

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE YÖNETİMİNDE İNSAN ODAKLI BAKIMIN
ETKİLERİ

Merve ŞAHİN

Danışman
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ

İZMİR- 2024

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : MERVE ŞAHİN
Öğrenci No : 2020801885
Tez Başlığı : Hastane Yönetiminde İnsan Odaklı Bakımın Etkileri

Savunma Tarihi : 06.06.2024
Danışmanı : Prof. Dr. Onur ÖZVERİ

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ	-Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr.Fatma TEKTÜFEKÇİ	-Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr.Süleyman DÜNDAR	- İzmir Bakırçay Üniversitesi	

MERVE ŞAHİN tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği () / oy çokluğu () ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Asuman ALTAY
Müdür

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “HASTANE YÖNETİMİNDE İNSAN ODAKLI BAKIMIN ETKİLERİ” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../.....

Merve ŞAHİN

DECLARATION

I hereby declare that this master's thesis/non-thesis master's term project titled as "Patient-Centered Care in Hospital Management" has been written by myself in accordance with the academic rules and ethical conduct. I also declare that all materials benefited in this thesis consist of the mentioned resources in the reference list. I verify all these with my honour.

.../.../.....

Merve ŞAHİN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Hastane Yönetiminde İnsan Odaklı Bakımın Etkileri

Merve ŞAHİN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Hastane yönetimi, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması ve hasta memnuniyetinin artırılması amacıyla sürekli olarak gelişen bir alandır bu çalışmada hastane yönetiminde hasta odaklı bakımın önemini vurgulamak, uygulama stratejilerini analiz etmek ve bu yaklaşımın hastaların sağlık sonuçlarına etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Hasta odaklı bakım, sağlık hizmeti sunumunun temelini oluşturan bir yaklaşımdır ve hastanın ihtiyaçlarına odaklanarak bireyselleştirilmiş bir tedavi ve bakım süreci sağlamayı amaçlar. Bu konsept, hastaların sadece hastalıklarıyla değil, aynı zamanda birey olarak ihtiyaçlarıyla da ilgilenilmesini öne çıkarır. Hasta odaklı bakım, modern sağlık hizmetlerinde giderek daha önemli bir rol oynamaktadır ve bu yaklaşımın benimsenmesi, daha etkili, güvenilir ve hasta memnuniyetine odaklı bir sağlık sistemi oluşturmada önemli bir adımdır. Hasta odaklı bakımın uygulanabilirliği ile birlikte bireyin yaşam kalitesinin, sağlık sonuçlarının, memnuniyet oranların pozitif anlamda artacağı maliyetin azalacağı öngörülmektedir. Hasta odaklı bakım, tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde kurumsal bir kültür haline getirilmelidir. Bu, hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların beklentilerini karşılayan sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumunu destekleyebilir.

Bu çalışmada hastane yönetiminde hasta odaklı bakımın benimsenmesinin, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hasta güvenliği ve memnuniyeti üzerindeki olumlu etkilerini incelemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Hastane Yönetimi, İnsan Odaklı Bakım, Hasta Odaklı Bakım.

ABSTRACT

Master's Thesis

Effects of Person - Centered Care in Hospital Management

Merve ŞAHİN

Dokuz Eylül University

Social Sciences Institute

Department of Business Administration

Hospital and Health Institutions Management Program

Hospital management is a field that is constantly evolving in order to provide healthcare services effectively and increase patient satisfaction. This study aims to emphasize the importance of patient-centered care in hospital management, analyze implementation strategies and evaluate the impact of this approach on patients' health outcomes. Patient-centered care is an approach that forms the basis of healthcare delivery and aims to provide an individualized treatment and care process by focusing on the patient's needs. This concept emphasizes caring for patients not only about their illness, but also about their needs as individuals. Patient-centered care is playing an increasingly important role in modern healthcare, and adopting this approach is an important step in creating a healthcare system that is more effective, reliable and focused on patient satisfaction. It is predicted that with the applicability of patient-centered care, the individual's quality of life, health outcomes, and satisfaction rates will increase positively and the cost will decrease. Patient-centered care should be made an institutional culture that covers the entire healthcare system. This can support a sustainable healthcare delivery that meets the expectations of both healthcare professionals and patients.

This study examines the positive effects of adopting patient-centered care in hospital management on the quality of healthcare services, patient safety and satisfaction.

Key Words: Hospital, Hospital Management, Person-Centered Care, Patient-Centered Care.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	II
YEMİN METNİ.....	III
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK KAVRAMI

1.1. SAĞLIĞIN TANIMI	6
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	7
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.2.4. Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Hizmetler	11
1.3. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ	12
1.4. DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMİ	17

İKİNCİ BÖLÜM HASTANE YAPISI VE YÖNETİMİ

2.1. HASTANE KAVRAMI	21
2.2. DÜNYADA HASTANELERİN GELİŞİMİ	22
2.3. TÜRKİYE’DE HASTANELERİN GELİŞİMİ	23
2.4. HASTANE YÖNETİMİ	24
2.5. HASTANE TÜRLERİ	26
2.5.1. Verilen hizmete Göre Hastaneler	26
2.5.2. Mülkiyetine Göre Hastaneler.....	27
2.5.3. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler.....	27
2.5.4. Yatak Kapasitesine Göre Hastaneler.....	27

2.5.5. Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler	27
2.5.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler.....	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA MERKEZLİLİK ve HASTA ODAKLI BAKIM

3.1. HASTA MERKEZLİLİK	29
3.2. HASTA ODAKLI BAKIM.....	30
3.3. HASTA ODAKLI BAKIMIN OLUMLU YÖNLERİ.....	31
3.4. HASTA ODAKLI BAKIMIN OLUMSUZ YÖNLERİ.....	33
3.5. HASTA ODAKLI BAKIMIN BİRLEŞENLERİ.....	34
3.5.1. Hasta Bakış Perspektifine Saygı Duymak.....	34
3.5.2. Bakım Sürecine Hastanın Katılımını Sağlamak	36
3.5.3. Hasta Konforunu Sağlamak.....	37
3.5.4. Hasta Haklarını Savunmak	38
3.6. HASTA ODAKLI BAKIM ÖNÜNDEKİ ENGELLER.....	38
3.7. HASTA ODAKLI BAKIM MODELLERİ.....	40
3.7.1. Picker Enstitü Modeli	40
3.7.2. Birey ve Aile Odaklı Bakım Enstitü Modeli (PFCC).....	41
3.7.3. Planetree Modeli.....	42
3.7.4. Hasta Odaklı Bakımın Sağlık Kurumu Yönetimi Açısından Avantajları	43

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

4.1. ARAŞIRMANIN MODELİ.....	47
4.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	47
4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	48
4.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	48
4.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	54
SONUÇ.....	65
KAYNAKÇA.....	69
EKLER.....	76

KISALTMALAR

İOB	: İnsan Odaklı Bakım
WHO - DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
USBS	: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
KSK	: Kişisel Sağlık Kayıtları
DTÖ	: Dünya Ticaret Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
İOM	: Uluslararası Göç Örgütü
İAPO	: Uluslararası Hasta Örgütleri Birliği
HOB	: Hasta Odaklı Bakım
PCC	: Hasta Merkezli Bakım
HCAHPS	: Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerine İlişkin Hastane Tüketici Değerlendirmesi
PFCC	: Birey ve Aile Merkezli Bakım
PAM	: Hasta Aktivasyon Ölçümü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1	: Hasta Odaklı Bakım Ölçeği İfadeleri	49
Tablo 2	: Hasta Odaklı Bakım Ölçeği Madde Analizi	50
Tablo 3	: Hasta Odaklı Bakım Ölçeği Faktör Yapısı	51
Tablo 4	: Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri	53
Tablo 5	: Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri	54
Tablo 6	: Normal Dağılım	55
Tablo 7	: Yöneticilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	56
Tablo 8	: Yöneticilerin Tanımlayıcı Özellikleri Göre Ortalamaları	57
Tablo 9	: Yöneticilerin İnsan Odaklı Bakım ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları	58
Tablo 10	: Hasta Odaklı Bakım Puan Ortalamaları	61
Tablo 11	: Korelasyon Analizi	61
Tablo 12	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu	62
Tablo 13	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Yönetici Olarak Tecrübe Göre Farklılaşma Durumu	62
Tablo 14	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Hastanede Yöneticilik Tecrübesine Göre Farklılaşma Durumu	62
Tablo 15	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Kendine Bağlı Kaç Kişiyle Çalışıldığına Göre Farklılaşma Durumu	63
Tablo 16	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Kendine Bağlı Kaç Ekiple Çalışıldığına Göre Farklılaşma Durumu	63
Tablo 17	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Çalışılan Şehire Göre Farklılaşma Durumu	63
Tablo 18	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu	63
Tablo 19	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Kaç Farklı Kurumda Yönetici Olarak Çalışıldığına Göre Farklılaşma Durumu	64
Tablo 20	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Sağlık Yönetimi Lisans Veya Lisansüstü Eğitimi Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	64
Tablo 21	: Hasta Odaklı Bakım Algısının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hastane Yönetim Basamakları	25
Şekil 2: Saçılım Grafiği.....	52
Şekil 3: Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram	53



GİRİŞ

İnsan odaklı bakım (İOB), hastaların fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyen bir bakım yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, bireylerin bireysel tercihlerini ve değerlerini ön planda tutarak, onların en iyi şekilde desteklenmesini sağlar. Bu bakım modelinin temel amacı, bireylerin yaşam kalitesini arttırmak ve onların mümkün olan en yüksek düzeyde bağımsızlık ve özerklikle yaşamalarını sağlamaktır.

Bu çalışma, insan odaklı bakımın sağlık hizmetleri yönetiminde ki etkisini araştırmayı amaçlamaktadır. Sağlık kuruluşları arasında rekabetin hız kazandığı günümüzde, kuruluşların yenilikçi ve değişen koşullara uyum sağlamaları önemlidir. (Baboo vd. 2016: 398). Günümüzde, sağlık hizmetlerinin kalitesi sadece tıbbi bakıma dayandırılmamaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerini algılaması, deneyimlemesi, tedavisinin etkinliği üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu nedenle sağladığı avantajlar arasında empati ve insan ilişkilerinin güçlenmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artması ve hasta memnuniyetinin yükselmesi gibi unsurlar yer alan hasta odaklı bakım yaklaşımının sağlık hizmetlerinin her aşamasından uygulanması büyük önem taşımaktadır. Bu bakım modeli aynı zamanda önemli bir paradigma değişikliğini ifade eden ve hastaların gereksinimlerine odaklanan bir yaklaşımı temsil eder. Bu konsept, hastaların sadece tıbbi durumları değil, aynı zamanda duygusal, psikososyal ve kültürel ihtiyaçlarını da içeren bütüncül bir bakım anlayışını içerir. Hastane yönetiminde hasta odaklı bakım, birçok avantaj sunabilir. Hasta odaklı bakım yaklaşımının benimsendiği kurumlarda rekabette önemli avantajlar kazanılacağı ve sağlığın gelişimine önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırıp ortak bir standarta ulaştırmak için geliştirilen bu yaklaşımla hasta ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyle birlikte hastanelerin fiziksel ve teknik unsurlarını baz alarak değerlendirme yapmaktadır. Örneğin, hasta odaları ve bekleme salonlarının konforu, tıbbi atık ve sterilizasyon yöntemi, tedavi süreçlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve sağlık bilgi sistemlerinin dijitalleşme seviyesi gibi fiziksel unsurlar getirilen yaklaşımların temel ölçüm parametresi olarak ele alınmaktadır (Kılıç vd. 2021: 557).

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasından bahsedilmiştir. Türkiye’de sağlık sisteminin evrimi, geçmişten günümüze önemli dönüşümler geçirmiştir. Osmanlı İmparatorluğu’ndan Cumhuriyet dönemine, ardından günümüz sağlık politikalarına kadar uzanan bu süreç, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi üzerinde durulmuştur. Teknolojinin hızla gelişmesi ve sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesiyle birlikte uzaktan sağlık sistemi, bu sistem sayesinde sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve artan kaliteli hizmet ifade edildi.

Çalışmanın ikinci bölümünde hastane kavramı geniş bir perspektiften ele alınmaktadır. İlk olarak hastane kavramının tanımı üzerinde durulmakta ve ardından dünya genelinde ve Türkiye’de hastanelerin tarihsel gelişimi incelenmektedir. Ayrıca, hastane yönetimi, hastane türleri ve bu türlerin çeşitli sınıflandırmaları detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; sağlık hizmetlerindeki paradigmanın evriminde önemli bir yer tutan hasta merkezilik ve hasta odaklı bakım kavramı ele alınmaktadır. Bu anlayışın, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve değerlendirilmesinde hastanın ihtiyacına odaklanmayı amaçlar. Bu bölümde, sağlık hizmetlerinde hasta merkezli yaklaşımların önemi vurgulanmakta olup, tezin ana konusunu destekleyecek temel bilgileri sunmaktadır.

Son olarak çalışmanın dördüncü bölümünde, tez çalışmasının metodolojisini ve elde edilen bulguları detaylı bir şekilde sunulmaktadır. Araştırmanın yapısal çerçevesi, hipotezler, evren ve örneklem, veri toplama aracı, verilerin istatistiksel analizi gibi önemli konular ele alınmaktadır.

Araştırmanın Problemi: Günümüzde hizmet sunan sağlık organizasyonlarının değişen piyasa koşullarına uyum sağlamaması durumunda rekabet gücünü kaybetme riski bulunmaktadır. Hastaların ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti hizmet kalitesi açısından kritik önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunan organizasyonların, hastaların beklenti ve ihtiyacına daha iyi cevap verebilmek için yenilikçi düşünceleri gerekmektedir. Bu doğrultuda geleneksel olan hastalık merkezli yaklaşım yerine insan merkezli yaklaşım önem kazanmaktadır. Böylece sağlık hizmeti daha kişiselleştirilmiş ve hasta odaklı bir şekilde sunulmaktadır.

Literatür incelendiğinde hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algılarını ölçme konusunda eksiklikler olduğu ve mevcut düzeyin yönetici bakış açısıyla

değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir. Bu çalışmada, sağlık organizasyonlarında hasta odaklı bakım yaklaşımının yetersizliği ve bu alandaki yenilikçi düşünce ihtiyacını ana problem olarak ele almaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı bakımın önemini vurgulamak ve yöneticilere bu konuda stratejik yönergeler sunarak hizmet kalitesini artırma çabalarına katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Araştırmanın Amacı: Bu tez çalışmasının amacı Ankara ve İstanbul illerinde İnsan Odaklı Bakım modeliyle akreditasyon almış iki farklı hastanede, hasta odaklı bakımın hastane yönetimine etkilerini belirlemektir. Bu etkilerin yöneticilerin hasta odaklı bakım algılarını nasıl etkilediğini incelemeyi ve bu etkilerin hangi yönde olduğunu belirlemeyi amaçlamaktadır. İnsan Odaklı Bakımın mevcut durumunu belirleyerek, sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve hastaların sağlık deneyimini iyileştirmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Tezin yöntemleri literatür taraması, saha çalışması ve veri analizini içerecek şekilde planlanmış olup, elde edilecek bulgular, sağlık yöneticileri, akademisyenler ve sağlık politika yapımcıları için değerli bir katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Araştırmanın Önemi: Sağlık hizmetlerindeki değişen paradigmalara rağmen, hasta odaklı bakımın hastane yönetimine etkilerine dair kapsamlı nitelikteki çalışmaların literatürde sınırlı olduğu gözlenmektedir. Bu konuda herhangi bir önceki çalışmaya rastlanmamış olması araştırmanın önemini ve özgünlüğünü arttırmaktadır. Bu tez çalışmasında literatürdeki boşluğu doldurarak, sağlık hizmetlerindeki güncel eğilimlere ve uygulamalara değerli bir katkı sunmayı hedeflemektedir. İnsan odaklı bakım modelinin hastane yönetimine etkilerini anlamak ve bu etkilerin hizmet kalitesi üzerindeki potansiyel etkilerini değerlendirmek için önemli bir adım olacaktır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H1: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı yüksektir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı tecrübeye göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı yöneticilik tecrübesine göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı kendine bağlı kaç kişiyle çalışıldığına göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı kendine bağlı kaç ekiple çalışıldığına göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı çalışılan şehire göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı kaç farklı kurumda yönetici olarak çalışıldığına göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı sağlık yönetimi lisans veya lisansüstü eğitimi alma durumuna Göre göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu tez çalışmasında Ankara ve İstanbul illerinde İnsan Odaklı Bakım akreditasyonları almış ve Türkiye genelinde bu akreditasyonu almak için gerekli süreçleri başarı ile tamamlamış iki farkı hastanede gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde bu akreditasyonu almış kurumların sınırlı sayıda olması araştırmamızın derinliğini arttırmamızda engel teşkil etmiştir. Çalışmanın temel sınırlılıklarından biri, Hasta ve Yakınları Danışma Kurullarının kurulması gereken işbirliği sonuçlarını net bir şekilde gözlemleyemememizdir. Hasta odaklı bakımın sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini anlamak ve bu alanda iyileştirmeler önermek için bu tür kurulların deneyimleri ve katkıları önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışma tezin metodolojik çerçevesi ve veri toplama süreçlerine bağlı olarak belirtilen sınırlılıkları içermektedir. Bu sınırlılıklar, çalışmanın sonuçlarının genellenebilirliğini etkileyebilir ve gelecekte yapılacak araştırmalar için önemli bir başlangıç noktası olabilir.

Araştırmanın Yöntemi: Yapılan araştırma ‘tarama modeli’ şeklinde geliştirilmiştir. Tarama modeli, araştırma konusu olan olay veya olguyu kendi doğal koşullarında ve olduğu gibi tanımlamaya odaklanırken, müdahale veya değişiklik yapma amacı gütmeksizin verilerin toplanmasını sağlar (Karasar, 2009 s:77).

Veri toplama sürecinde kullanılan yöntem olarak anket uygulanmıştır. Anket, katılımcıların kişisel bilgi formu ile birlikte hasta odaklı bakım düzeyini

değerlendirmeye yönelik bir ölçeği içermektedir. Bu ölçek ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış ve katılımcıların, 1 ile 5 arasında numaralandırılmış 14 Likert tipi ifadeden oluşan maddelerle kendilerini ifade etmeleri sağlanmaktadır. Anketin tasarımı sürecinde, ölçeğin güvenilirliğini ve geçerliliğini sağlamak adına literatür araştırması yapılmış ve uzman görüşleri alınmıştır (Baş, 2001). Bu yöntemler, ölçeğin katılımcıların algılarını doğru bir şekilde yansıtmalarını ve çalışmanın amacına uygun verilerin elde edilmesini sağlamak için kullanılmıştır. Bu yöntem hasta odaklı bakımın hastane yönetimine etkilerini anlamak ve bu alanda yapılan çalışmalara yeni bir bakış açısı sunmak için uygun bir çerçeve sağlamaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık armağanı şüphesiz insanlığa bahşedilen en değerli nimetlerden biridir. Bu olmadan, bireyler topluma karşı yükümlülüklerini yerine getiremezler ve tatmin edici bir yaşam arayışında engellenirler. Başarılar, zenginlik ve başarılı bir kariyer, yalnızca sağlıkla birlikte olduğunda gerçek değere sahiptir. Sağlıklı olma durumu insan mutluluğunun vazgeçilmez bir bileşenidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığın klasik tanımını "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu" olarak yapmaktadır. Bu tanım sadece fiziksel sağlığın değil aynı zamanda zihinsel ve sosyal refahın da önemini vurgulamaktadır. Bütünsel refah sadece fiziksel sağlığı değil aynı zamanda zihinsel ve ruhsal refahı da kapsar. Zihinsel ve fiziksel sağlığımız arasındaki karşılıklı bağlantı derindir. Zihnimiz sağlıklı olduğunda bedenimiz ve ruhumuz mükemmel bir uyum içindedir. Optimum zihinsel sağlığın bağışıklık sistemimiz, uyku düzenimiz ve stresi etkili bir şekilde yönetme yeteneğimiz üzerinde olumlu etkisi vardır. Ayrıca kronik hastalıklara ve beslenme dengesizliklerine karşı koruyucu bir önlem olarak hizmet vermektedir (Akben, 2006).

İnsan sağlığının yapısı çeşitli boyutları kapsamaktadır. Tarih boyunca sağlığın pek çok tanımı yapılmıştır. Bircher (2005) sağlığı, yaş, kültür ve kişisel sorumluluk dikkate alınarak yaşamın talepleriyle uyumlu fiziksel, zihinsel ve sosyal kapasiteleri kapsayan bütünsel bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Larson (1991) sağlığı, üretkenlik, pozitiflik duygusu ve meşgul ve canlı bir yaşam sürdürme arzusuyla karakterize edilen pozitif bir varoluş durumu olarak tanımlamaktadır. Sağlık kavramının çok yönlü ve karmaşık bir yapıya sahip olduğu açıktır. Yapılan araştırmada sağlık kavramı 'Sübjektif' ve 'Nesnel' olarak iki ayrı kategoriye ayrıldı. Sübjektif sağlık, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal refahına ilişkin kişisel yorumunu ifade eder. Bu bakış açısı kişinin herhangi bir hastalık yaşamamasına rağmen kendisini sağlıklı olarak algılayabileceğini kabul etmektedir.

Objektif sağlık kavramı, tıbbi muayene ve teşhisler sonucunda teşhis edilen herhangi bir hastalık veya anormallikten arınmış olma durumunu ifade eder. Bir kişinin gerçekten sağlıklı olduğunu kabul etmek için bireyin kendisini yalnızca öznel olarak

sağlıklı olarak algılaması değil, aynı zamanda nesnel sağlık kriterlerini de karşılaması gerekmektedir (Bolsay ve diğerleri, 2006: 79).

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetlerinin geniş kapsamı, genel refahı artırmayı amaçlayan çeşitli faaliyetleri ve müdahaleleri kapsar. Bu hizmetler, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Sayı: 224 Resmi Gazete, 12.01.1961 Sayı: 10705) ile tanımlandığı üzere dört ana alanda toplanabilir. Bu kategoriler; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirren hizmetleri içine almaktadır. Sağlık hizmetleri, bireylere gerekli araç ve desteği sağlayarak sağlığın korunmasında, hastalıklarla mücadelede ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kavramı, bireysel sağlığın korunmasını ve hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesini amaçlayan bir dizi tedbiri kapsamaktadır. Bu hizmetler, refah üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilecek hem fiziksel hem de çevresel faktörleri ele alarak genel halk sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı bireylerin iyilik halinin sağlanması, hastalıkların erken dönemde tespit edilmesi ve sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesidir. Bu önlemleri proaktif bir şekilde uygulayarak halk sağlığına yönelik potansiyel riskleri etkili bir şekilde azaltırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri aynı zamanda bilginin yayılması, toplumsal düzeyde sağlıklı davranışların teşvik edilmesi, salgın hastalıkların yayılmasının kontrol altına alınması, çevrenin düzenlenmesi, genel sağlık bilincinin artırılması ve bireylerin hastalıklara karşı korunmasında da hayati bir rol oynamaktadır. Ülkemizde tüm bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır (Erdem 2007: 61).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, temiz ve bol su sağlanması, atık yönetimi, sağlıklı konutların sağlanması, endüstriyel sağlığın kontrolü, vektör kaynaklı hastalıklarla mücadele, hava, radyasyon ve gürültü kirliliğinin önlenmesi gibi çeşitli

tedbirleri kapsamaktadır. Bu hizmetler sağlık hizmetlerinin birincil sorumluluğu olmasa da danışmanlık, denetim ve rehberlik sunma konusunda çok önemli bir rol oynamaktadır. Kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri arasında erken teşhis ve tedavi, engelliliğin önlenmesi, aşılama ve beslenme ve genel sağlık konularında eğitim yer almaktadır. Eski zamanlarda Çinliler iyi bir doktoru yalnızca hastaları tedavi eden değil aynı zamanda hastalıkları önlemeye odaklanan biri olarak görüyorlardı. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlığın belirleyicileri arasında fiziksel ve sosyal refah, bireyin kişisel özellikleri ve davranışları, finansal ve fiziksel çevre yer almaktadır. Sosyal, ekonomik ve fiziksel çevreyle ilişkili belirleyiciler, bireylerin doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşulları ifade eder.

Hastalık nedenlerinin belirlenmesini, patojen önleyici önlemlerin benimsenmesini, çevrenin ve kişisel hijyenin önemini tanımasını ve bireysel ve toplumsal refah arasındaki inkar edilemez bağlantıyı kapsayan koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi bu özel bağlamda daha da artmıştır. (Değirmenci 2020: 60). Ancak koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği, hizmetlere erişimdeki eşitsizlikler ve toplumdaki kültürel farklılıklar gibi faktörlerden dolayı dalgalanabilmektedir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumun ve farklı grupların özel ihtiyaçlarına göre planlanması ve yürütülmesine büyük bir titizlikle yaklaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, insanların yaşam kalitesini artırma, sağlık sistemleri üzerindeki yükü hafifletme ve kaynak kullanımını optimize etme potansiyeline sahiptir.

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin odağı, toplumun, bir hastalık veya travma sonrasında iyileşmesidir. Amaç, sağlıklarında bozulma yaşayan kişilerin refahını yeniden sağlamaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir uzantısı olan bu hizmetler, önemli mali kaynaklara, donanımlı tesislere ve nitelikli personel kadrosuna sahip sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duymaktadır (Altay, 2015: 35). Sağlık kurumları sağladıkları bakım düzeyine göre sınıflandırılmaktadır. Bu kurumlar üç gruba ayrılır: Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık tesisleri.

Birinci basamak sağlık hizmeti olarak bilinen sağlık hizmetlerinin ilk aşaması, genel sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisine odaklanır. Bu aşamada aile hekimleri,

pratisyen hekimler ve hemşireler de dahil olmak üzere çeşitli sağlık profesyonelleri görev yapmaktadır. Birinci basamak bakımı bireylerin genel sağlık ihtiyaçlarını karşılar ve kronik durumlar için sürekli yönetim sağlar. Bu ayakta tedavi tesisleri genellikle tıbbi yardım arayan kişilerin ilk temas noktasıdır. Birinci basamak sağlık kurumları, sağlık sorunlarını etkili ve verimli bir şekilde ele alarak diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının yükünü hafifletir. Bu alanda yapılan araştırmalar, sağlam temel sağlık hizmetlerinin varlığını ve çoğu sağlık sorununu etkili bir şekilde çözebilme yeteneğini ortaya koymaktadır (Başer ve diğerleri, 2015: 27). Teşhis edilen hastalığın tedavi planına göre hastalar bu kurumlarda bir sonraki aşamaya geçme şansına sahip oluyor. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri; Aile Hekimliği Merkezleri, 112 Acil Yardım İstasyonu, Sağlık Ocakları, Tıp Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Verem Savaş Dispanserleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Ana ve Çocuk gibi birçok tesisi kapsamaktadır. Sağlık ve Aile Planlaması Merkezleri.

İkincil bakım tesisleri, belirli sağlık sorunlarına yönelik, birinci basamak bakımının sağlayabileceği hizmetlerin ötesine geçen uzmanlaşmış hizmetler sunar. Bu düzeydeki bakım genellikle ileri teknolojiye erişimi olan uzman doktorları, cerrahları ve diğer sağlık uzmanlarını içerir. İkincil bakım hizmetleri, birinci basamak ortamlarında yönetilemeyen veya daha fazla değerlendirme ve tedavi gerektiren durumları ele almak üzere tasarlanmıştır. Örneğin, hastalar birinci basamak doktorları tarafından konsültasyon ve rehberlik için bir uzmana yönlendirilebilir. Bu tesislerde hem ayakta hem de yatarak tedavi seçenekleri sunulmaktadır. Bunlar genellikle çocuk hastaneleri, doğum hastaneleri veya psikiyatri hastaneleri gibi hizmetleri hastalık sınıflandırmasına, yaşa veya cinsiyete göre kategorize eden çok disiplinli kurumlardır. İkinci basamak sağlık tesislerine örnek olarak devlet hastaneleri (eğitim ve araştırma hastaneleri hariç), branş hastaneleri, ilçe poliklinikleri, entegre hastaneler, diş sağlığı hastaneleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı kamu kurumu hastaneleri gösterilebilir. Hastalar bu kurumlarda doğrudan tedavi talebinde bulunabilir veya birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sevk edilebilir.

Uzman hastaneler ve araştırma merkezleri gibi karmaşık ve uzmanlaşmış sağlık sorunlarının tedavisinde uzmanlaşmış kurumlar üçüncü basamak düzeyini oluşturur. Bu düzeydeki bakım, nadir hastalıkları olan, ilerlemiş veya ciddi rahatsızlıkları olan ve karmaşık cerrahi müdahaleler veya organ nakli gerektiren hastalar için tasarlanmıştır.

Durumu kritik olan hastalar, ileri teknolojiyle donatılmış, uzman kadroya sahip sağlık tesislerine yönlendiriliyor ve tedavileri titizlikle planlanıyor. Üçüncü basamak hizmetler genellikle ikinci basamak sağlık kuruluşlarından transfer edilen bireylere sunulmakta olup, her yaştan, cinsiyetten ve hastalıktan bireylere yönelik geniş bir tedavi seçeneği yelpazesi sunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarına örnek olarak onkoloji hastaneleri, sanatoryumlar ve akıl ve nörolojik sağlık hastaneleri verilebilir. Sağlık hizmetlerinin bu farklı düzeylerinin entegre edilmesiyle bireylerin ihtiyaçlarına verilen genel yanıt iyileştirilebilir ve bu da olumlu sağlık sonuçlarına yol açabilir.

1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri olarak da bilinen rehabilite edici sağlık hizmetleri, genel sağlığı ve refahı iyileştirmeyi ve iyileştirmeyi amaçlayan bir dizi program sunar. Bu hizmetler, fiziksel yaralanma veya hastalık geçirmiş kişilere destek ve tedavi sağlamaya, onların bağımsızlığını ve işlevselliğini yeniden kazanmalarına yardımcı olmaya odaklanır. Özel terapi seanslarından kişiselleştirilmiş egzersiz programlarına kadar, rehabilite edici sağlık hizmetleri, her bireyin kendine özgü ihtiyaçlarını karşılamak ve iyileşmelerini desteklemek için tasarlanmıştır. İster ameliyattan sonra iyileşme olsun, ister kronik rahatsızlıkların tedavisi ya da bir spor yaralanmasının üstesinden gelinmesi olsun, bu hizmetler bireylerin yeniden ayağa kalkmalarına ve hayatlarını dolu dolu yaşamalarına yardımcı olmada çok önemli bir rol oynamaktadır.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, ister fiziksel ister psikolojik olsun, sağlık sorunları, engellilikler veya uzun süreli hastalıklar sonrasında bireylerin işlevselliğini geri kazanmalarına ve yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış bir dizi hizmeti kapsar. Bu hizmetlerin temel amacı bireylerin bağımsızlığını arttırmak, günlük aktivitelere katılımlarını kolaylaştırmak ve sosyal katılımlarını desteklemektir. Tipik olarak multidisipliner bir ekip, her birey için kişiselleştirilmiş bir rehabilitasyon planı hazırlayarak rehabilitasyon sağlık hizmetleri sağlar. Rehabilitasyon hizmetleri iki gruba ayrılabilir: psikolojik ve fiziksel dezavantajları olan bireylerin normal yaşamlarına yeniden kazandırılmalarını amaçlayan sosyal rehabilitasyon hizmetleri ve kaza veya hastalık durumunda hasar

gören vücut organlarının fizik tedavi yoluyla onarılmasına odaklanan tıbbi rehabilitasyon hizmetleri (Atlı ve Yücel, 2018: 8).

Bu hizmetler söz konusu olduğunda yaklaşımın her bireyin özel ihtiyaçlarını ve sağlık durumunu karşılayacak şekilde uyarlanması çok önemlidir. Her insan kendini benzersiz bir durumda bulabileceğinden rehabilitasyon planlarının kişiye özel olması önemlidir. Tipik olarak bu bölümler fizyoterapistler, konuşma terapistleri, mesleki terapistler, psikologlar ve diğer uzmanlar gibi çeşitli uzmanlardan oluşur. Bu uzmanlık alanlarının her biri, bireyin özel ihtiyaçlarına göre uyarlanabilecek bir dizi beceri ve bilgiyi kapsar. Rehabilitasyonun temel amacı bireyin bağımsızlığını arttırmak ve genel yaşam kalitesini iyileştirmektir. Bu hizmetlerden yararlanarak bireylerin günlük aktivitelerini daha verimli bir şekilde gerçekleştirmeleri ve sosyal etkileşimlere aktif olarak katılmaları sağlanmaktadır. Rehabilitasyon, bireyin gereksinimlerine bağlı olarak düzenli takip ve destek gerektiren uzun vadeli bir süreç olabilir. Bu, bireyin ilerlemesinin izlenmesini, planda gerektiği gibi ayarlamalar yapılmasını ve sürekli yardım sunulmasını gerektirir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin sağlanması, bireylerin yaşamları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir, onlara sağlık sorunlarını yönetmede ve zorlukların üstesinden gelmede yardımcı olabilir. Üstelik bu hizmetler, bireyin sadece fiziksel refahını değil, psikososyal ve duygusal refahını da dikkate alarak bütüncül bir yaklaşım benimsiyor.

1.2.4. Sağlık Geliştirmeye Yönelik Hizmetler

Sağlığı geliştirme hizmetleri, bireylerin ve toplumların genel refahını artırmayı amaçlayan çeşitli strateji ve programları kapsar. Bu hizmetler hastalıkların önlenmesinde, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesinde, sağlık bilincinin artırılmasında ve erken teşhisin kolaylaştırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Aşılama, tarama testleri, besleyici diyet ve düzenli egzersiz gibi önleyici tedbirlerin uygulanmasıyla sağlıklı yaşam süren bireylerin sayısı artırılabilir. Tütün ve alkol tüketimini yönetmek gibi sağlıklı alışkanlıkların benimsenmesi, bireylerin genel sağlığını önemli ölçüde etkiler. Üstelik eğitim, farkındalık ve destek yoluyla toplum daha sağlıklı seçimler yapmaya motive edilebilir. Sağlık hizmetleri aynı zamanda rutin tarama testleri ve bilinçlendirme kampanyaları yoluyla erken teşhise öncelik verirken

aynı zamanda topluluklar arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltmaya da çalışmaktadır. Özellikle dışlanmış gruplara erişilebilir hizmetler sunularak sağlık daha adil bir şekilde dağıtılabilir. Bu alan, sağlığı iyileştirmeyi ve bireylerin niteliklerini geliştirmeyi amaçlayan hizmetleri kapsamaktadır. Geri dönüşü olmayan komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemek için tıbbi tedavi ve hizmetlere zamanında erişim çok önemlidir.

Genel refahı arttırmak için sağlıkla ilgili çeşitli çabalara girmek ve sağlık stratejilerini sürekli olarak gözden geçirmek zorunludur. Sağlık alanında ileri teknolojinin kullanılması, tıbbi hizmetlerin niteliğini önemli lde geliştirmiş, teşhis ve tedavi işlemlerini hızlandırmış ve geliştirmiştir (Aydın 2007: 16). Sürdürülebilir sağlık gelişimini teşvik etmek için bu hizmetlerin kapsamlı, yenilikçi ve kapsayıcı bir yaklaşımla planlanması büyük önem taşımaktadır.

1.3. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye, stratejik konumu ve kaliteli eğitim sistemi nedeniyle küresel sağlık sisteminde önemli bir yere sahiptir. Tarih boyunca Türkiye'nin sağlık sistemi dikkate değer bir dönüşüm geçirdi. Osmanlı döneminde geleneksel şifacılar ve hastaneler yaygındı, ancak Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte eğitilmiş hekimler tarafından verilen organize ve bilimsel odaklı halk sağlığı hizmetlerine doğru bir kayma yaşandı. İmparatorluktan ulus devlete geçiş, başta eğitim ve sağlık olmak üzere kamu hizmetleri anlayışında da önemli değişiklikleri beraberinde getirdi.

Osmanlı İmparatorluğu monarşik yönetim nedeniyle saray ve ordu etrafında dönen bir sağlık sistemine sahipti. 'Başhekim' veya 'Reisul Ettıba' pozisyonu, sağlık hizmetleri üzerinde otorite sahibiydi ve sarayda ve diğer devlet kurumlarında tıbbi konularda danışmanlık yapmada önemli bir rol oynadı. Sorumlulukları sağlık politikalarının ve hizmetlerinin düzenlenmesine kadar uzanıyordu (avdar ve Karcı 2014: 5). Ancak saray ve ordu dışındaki genel nüfus sağlık hizmetlerine erişimde zorluklarla karşı karşıya kaldı. Sonuç olarak, hizmetleri karşılığında ücret alan bağımsız doktorlara ve cerrahlara güvenmek zorunda kaldılar. Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetinin öncelikle büyük şehirlerde yoğunlaştığını belirtmek önemlidir.

Türkiye'de 1920 yılında sağlık hizmetlerini düzenlemek ve denetlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı kuruldu. Bu durum, Osmanlı İmparatorluğu'nun çöküşünün

ardından Cumhuriyetin kuruluşuyla aynı zamana denk gelen sağlık hizmetlerinde yeni bir dönemin başlangıcı oldu. Bu dönüştürücü dönemde, yenilikçi politika ve uygulamaların hayata geçirilmesi, ülkenin genel sağlık alanında ve halkın sağlıkla ilgili konularda farkındalığında önemli ilerlemelere yol açtı. Bununla birlikte zorluklar da mevcuttu. Kırsal bölgelerdeki yetersiz altyapı ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, ilerlemenin önünde engel oluşturuyordu. Bu çalışmanın amacı Türkiye sağlık sistemindeki çeşitli dönemleri ve gelişmeleri analiz etmektir.

Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşundan Atatürk'ün vefatına kadar geçen süreçte Türkiye sağlık alanında önemli gelişmeler yaşadı. Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarına denk gelen bu dönem, Türk sağlık sisteminin evrimini şekillendiren çok sayıda önemli sağlık politikası ve reformun önünü açtı. Cumhuriyetin ilk yılları, milletimizin sağlık sistemini modernleştirme çabalarının başladığı yıllara sahne olmuştur. Bu dönemde temel amaç, sağlık hizmetlerinin bilimsel temellere oturtularak etkinliğinin artırılmasıydı. Türkiye'de sağlık sisteminin modernizasyonu Cumhuriyetin ilk on beş yılında mevzuat ve kanunların uygulamaya konulmasıyla başlamıştır. Bu dönem, bilimsel esaslara dayanan ve daha etkili olduğu kanıtlanmış sağlık hizmetlerine doğru bir yönelime işaret etmektedir (Kasapoğlu, 2016: 133).

TBMM hükümeti ilk sağlık bakanı olarak Adnan Adıvar'ı atadı. 1921'den 1937'ye kadar bu görevi yürüten Refik Saydam, Batılı ülkelerde uygulananları yansıtan çok sayıda halk sağlığı projesi ve çalışmasını hayata geçirdi. Aşı kampanyaları, hastalık kontrol önlemleri ve epidemiyolojik araştırmalar da dahil olmak üzere toplumun genel sağlığını iyileştirmek için bir dizi girişimde bulunuldu. 1924 yılında sivil hastanelerin kurulması, devlet hastanelerinin yanı sıra özel ve sivil toplum sağlık kuruluşlarının da ortaya çıkmasının yolunu açmıştır. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak, 1928 yılında Türkiye'de tabiplerin birleştirilmesi yoluyla tıp mesleğini organize etmek ve geliştirmek amacıyla Tabipler Odası kuruldu.

Devletin sağlık sisteminin yapısının iyileştirilmesi, sağlık insan gücünün ve uzmanlık düzeyinin artırılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere yaygınlaştırılması ve sağlıkla ilgili düzenlemelerin yapılması hedeflerine başarıyla ulaşılmıştır (Berman ve Tatar, 2004; Metintaş, 2004). - Elçioğlu, 2007). Bu dönemde uygulamaya konulan mevzuat ve düzenleyici tedbirler değişikliklere uğrasa da günümüze kadar geçerliliğini korumuştur. Ülkemizde modern

bir sağlık altyapısının kurulmasına yönelik çabalar, bu dönemde yürütölen sağlık sistemini geliştirme çalışmaları ile önemli mesafeler katetmiştir. Bu gelişmelere rağmen tam kapsamlı bir altyapı sistemi sağlanamadı. Özellikle 1940'lerden sonra daha kapsamlı sağlık reformlarının uygulanması ve yenilikçi sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik çabalar devam etti.

Milletimizin tarihinin çok önemli bir döneminde, sağlık alanında önemli gelişmeler yaşandı. 1938 yılında Sağlık Bakanlığı'nın kurulması, sağlık politikaları ve hizmetlerinin merkezi yönetimini kolaylaştırması açısından önemli bir dönüm noktası oldu. Bu yeniden yapılanma sağlık sistemimizin verimliliğini ve etkinliğini artırdı. Ayrıca Köy Enstitüleri'nin hayata geçirilmesi, kırsal kesimde sağlık bilincinin artırılmasında ve sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılmasında hayati bir rol oynadı. Türkiye'de sosyal güvenlik ve sağlık sigortası sistemlerinin başlangıcı, 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kuruluşuna kadar uzanmaktadır. Bu gelişme, sağlık hizmetlerinin finansmanında organize ve kapsayıcı bir yaklaşımın yolunu açmıştır. Ayrıca bulaşıcı hastalıkların yayılmasını azaltmak amacıyla araştırmalar yapıldı ve amaç hastalık salgınlarını yönetmekti. Bununla birlikte, bu özel zaman diliminde yürütölen çalışmalar tamamen tek tip bir çerçeve oluşturmamıştır. Bunun yerine gelecekteki ilerlemeler ve bu ilerlemeler için zemin hazırladılar.

Ölkemizde sağlık sistemi pek çok değişime uğramış ve çeşitli gelişmelere sahne olmuştur. Bu gelişmelerin bir özetini sunmak gerekirse şunları içerir:

1961 Anayasası'nın uygulamaya konulması, sosyal güvenlik alanında önemli bir dönüm noktası olmuş, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) kurulması ve işçilerin sağlık ve sosyal güvenlik haklarının düzenlenmesine yol açmıştır. Ayrıca aynı yıl Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün kurulması, sağlık politikalarının planlanması ve yürütölmesinde önemli rol oynamıştır. Bu dönem aynı zamanda üniversite hastanelerinin de büyümesine sahne olmuş ve bu da sağlık hizmetlerinin ilerlemesine ve uzmanlaşmasına büyük katkı sağlamıştır. Sağlık profesyonellerinin eğitim ve öğretimine önem verilmiş, bunun sonucunda sağlık alanında yüksek vasıflı personel yetiştirmeye yönelik çeşitli program ve okullar kurulmuştur. Ayrıca kırsal alanlara yönelik hizmet modellerinin geliştirilmesiyle sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi amaçlandı. Ancak bazı sağlık politikalarının sınırlı kaynaklar

ve hizmetlerin eşitsiz dağılımı gibi faktörlerden etkilendiğini ve bunun sonraki yıllarda da yansımaları olduğunu belirtmekte fayda var.

1980'den 2000'e kadar olan zaman diliminde Türkiye sağlık hizmetleri alanında kayda değer dönüşümler yaşadı. Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı, yeni modellerin ve kurumsal düzenlemelerin uygulanmasını deneyimledi. 1989 yılı, sağlık sektöründe önemli bir değişimin yaşandığı yıl oldu; "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" yerine "Sağlık Bakanlığı" oluşturuldu ve bakanlığın görev ve sorumlulukları kapsamlı bir şekilde revize edildi. Bu yeniden yapılanma, yetki ve sorumlulukların daha net tanımlanmasıyla sonuçlandı. Daha sonra ülkemiz, 1990 yılında sağlık sisteminde verimliliğin artırılması, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve erişimin genişletilmesine yönelik geniş kapsamlı reformların hayata geçirilmesi amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı (SDP) başlatmıştır. Bu programda özellikle aile hekimliği ve temel sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Aile hekimliği modeli, bireylerin yaşam boyu sağlık takibi ve tedavisine öncelik vererek birinci basamak sağlık hizmetlerinde güçlü bir temel oluşturdu. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının artması, özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımının artmasına katkıda bulunmuştur. Bu dönüşümde teknolojik gelişmeler önemli rol oynamış, Sağlık Bilgi Sisteminin kurulmasına ve elektronik kayıt sistemlerinin benimsenmesine yol açmıştır. Bu dönemde sağlık sisteminde "insan haklarına dayalı devlet" anlayışından "insan haklarına saygılı devlet" anlayışına geçiş yaşandı. Bu yeni yaklaşım, bireysel hakların tanınmasına ve korunmasına vurgu yapmaktadır. Yeşil Kart uygulamasının hayata geçirilmesi, sigortasız bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli ilerlemeler sağladı. Sonuç olarak sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği ve adaleti teşvik etti ve sosyal devlet ilkesini daha da güçlendirmiştir.

Ülkemiz, 2003 yılında sağlık sisteminde devrim niteliğinde bir değişime yol açan kapsamlı bir girişim olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasına tanık olmuştur. Bu programın temel amacı sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve kalitesini artırmaktır. Sağlık altyapısına önemli yatırımlar yapılarak hastane yatak kapasitesinde artış ve modernizasyon sağlandı. OECD ve Dünya Bankasının 2008 yılında yayımladığı raporda Türkiye'nin sağlık hizmetleri alanında karşılaştığı zorluklar: Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik ve hizmet kalitesindeki varyasyonlar, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve finansman sorunları, sağlık hizmetlerinin yönetimi

verimliliği ve hizmet sunumundaki koordinasyon eksiklikleridir. Sağlıkta Dönüşüm Programının bu sorunların ele alınması ve çözülmesi amacıyla başlatıldığını vurgulamaktadır (OECD ve World Bank 2018: 14).

Türkiye’de e-sağlık uygulamaları SDP ile ortaya koyulan temel bileşenlerden Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS) çalışmalarıyla hız kazanmıştır. SDP amaçları doğrultusunda e-sağlık uygulamaları yıllar içinde artmış ve 2015 yılında e-nabız Kişisel Sağlık Kayıt Sistemi hizmet vermeye başlamıştır. E-nabız sistemi, sağlık hizmeti kullanıcılarının internet ve mobil cihazlar yardımıyla kamu ya da özel sağlık hizmeti sunucusunda yaptırdığı muayene, tetkik ve tedaviye ilişkin kayıtlar ile tıbbi özgeçmişlerine ulaşım yönetebilecekleri kişisel sağlık kayıtları (KSK) sistemidir. E-nabız, bireylerin vermiş oldukları yetki çerçevesinde sağlık kayıtlarının hekimler tarafından değerlendirilebildiği, teşhis ve tedavi sürecini hızlandıracak, hekim ile hasta arasında güçlü bir iletişime olanak sağlayan geniş ve kapsamlı sağlık bilişim altyapısıdır. Sağlık hizmeti kullanıcıları gönüllülük esası ile e-devlet üzerinden ya da Aile Hekimine başvurarak edindikleri şifre ile sisteme giriş yapabilmektedirler (E-Nabız Klavuzu 2020: 3).

Elektronik reçete (E-reçete) sistemi ve sağlık bilgi sistemleri gibi ileri teknolojilerin entegrasyonu, sağlık hizmetlerinin daha verimli ve organize yönetimine büyük katkı sağlamıştır. 2019 yılında küresel çapta ortaya çıkan Covid-19 salgını, ülkemiz sağlık sisteminin dayanıklılığının bir testi oldu ve sağlık altyapısı ve kriz yönetimi alanındaki başarıları ışık tuttu. Şu anda finansman, eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine ilişkin daha fazla araştırma ve strateji geliştirilmesi için çaba sarf edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafında 10 Şubat 2022 tarihinde ülkemizde sağlık alanında önemli bir değişim yaratacağı belirtilen ‘Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik’ yürürlüğe geirmiştir. Yönetmelik kapsamında, bireyler sağlık hizmetlerini uzaktan alabilecekleri belirli imkanlara sahiptir. Bu hizmetler arasında muayene, tıbbi izlem, değerlendirme, tedavi ve ilaç yönetimi gibi birçok hizmet bulunmaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşam için destekleyici hizmetler ve psikosoyal hizmetlerde sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014).

Teletıp, günümüz sağlık hizmetleri açısından önemli bir gelişim aracı olarak karşımıza çıkıyor. Teletıp sayesinde coğrafi uzaklıkların veya fiziksel erişim

zorluklarının aşılması mümkün hale geliyor. Özellikle kırsal bölgede yaşayan veya uzman sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan insanlar için büyük avantaj sağlıyor. Ayrıca teletıp uygulaması acil durumlar veya afet gibi olağanüstü durumlarda kritik bir rol üstlenebilir. Uzaktan sağlık hizmeti sayesinde tıbbi destek hızla sağlanabilir. Sonuç olarak teletıpın gelecekte sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak daha fazla entegre olacağını ve bu alanda yapılan araştırmaların, teknolojinin insan sağlığına sağladığı katkıyı arttıracığı öngörülmektedir. Ancak bu süreçte dikkat edilmesi gereken çok sayıda teknik, etik ve yasal detayın olduğunda unutmamak gerekir.

1.4. DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMİ

Ulusların ilerlemesini değerlendirmek için, insan refahının temel bir yönü olan sağlığın geliştirilmesine önemli miktarda kaynak tahsis edilmesi zorunludur. Ayrıca ülkeler ekonomik büyümeye ve genel kalkınmaya temel hedefler olarak öncelik veriyor. Nüfus büyüklüğü, ekonomik ilerleme, uluslararası ticaret, teknolojik gelişmeler ve beşeri sermaye gibi birçok faktör bu arayışa önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (Özyakışır, 2011: 59). Günümüz hükümetlerinin sağlık politikalarına ilişkin uygulamalarının yanı sıra, 16. Yüzyılda salgın hastalıkları hedef alan nüfus sayımlarının yapıldığı ve bu amaçla istatistik dairelerinin kurulduğunu da görmek mümkündür. Fransız siyasetçi Condorcet tarafından ortaya atılan "sosyal matematik" kavramı, modern devlet ile vatandaşlarının refahı arasındaki bağlantıyı güçlendirmede çok önemli bir rol oynuyor. Sosyal matematik kavramı, devletin gücünü ekonomik büyüme ve nüfusun refahı ile ilişkilendiren merkantilist ideolojiye dayanmaktadır (Porter 2005: 48). Sonuç olarak, nüfusun sağlığı ve büyüklüğü, devletin ekonomik gücünü ve genel başarısını değerlendirmede önemli göstergeler olarak kabul edilmektedir.

Sanayi devrimi sırasında kırsal kesimlerin kentsel alanlara göçü, bireyleri sağlıksız yaşam ve çalışma koşullarına katlanmak zorunda bıraktı. Uzun çalışma saatleri, aşırı gürültü ve yetersiz beslenmenin birleşimi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına elverişli bir ortam yarattı. 19. Yüzyıl boyunca Avrupa'da salgın hastalık salgınları yaşandı. Bu konuyu ele almak amacıyla 23 Temmuz 1851'de Paris'te Uluslararası Sağlık Konferansı toplandı. Katılımcı ülkeler arasında Osmanlı

İmparatorluğu, İngiltere, Fransa, Toskana, Avusturya, Sicilya, Vatikan, Portekiz, Sardunya, Yunanistan ve Rusya vardı. Konferans sırasında her ülke, zamanın zorluklarını tartışmak ve uygun çözümler aramak üzere bir doktor ve bir diplomat gönderdi. Tartışmalar yaklaşık altı ay sürdü ve bir sağlık sözleşmesinin oluşturulmasıyla sonuçlandı. İlk toplantıda karantina ve deniz taşımacılığına ilişkin yönergelerin oluşturulmasının yanı sıra ulaşım uygulamalarını iyileştirmeye ve halk sağlığını korumaya yönelik planlar geliştirmeye odaklanıldı. Bu konferanslar 1866 yılının sonuna kadar devam etti. 1866 yılında üçüncü konferans İstanbul'da yapıldı. 13 Şubat 1866'da başlayıp 26 Eylül 1866'da sona eren İstanbul Sağlık Konferansı, küresel kolera salgınını ele almış ve yayılmasıyla mücadele için stratejiler geliştirmiştir (Metin ve Aydın, 2005: 35).

İstanbul Sağlık Konferansı'nda kolera salgınının Mısır'dan komşu Avrupa ülkelerine deniz yoluyla ulaşmasıyla ilk kez önemli bir olay yaşandı. İstanbul Konferansı, 1881 yılında Amerika'da düzenlenen konferansın yanı sıra Avrupa dışında düzenlenen az sayıdaki konferanstan biri olarak dikkat çekmektedir. Birçok ülkenin katılımına rağmen bu konferansta herhangi bir anlaşmaya varılamamıştır (Jones, 1975:24). Bu konferansın sonucunda Uluslararası Sağlık Bürosu kuruldu ve adı daha sonra Pan Amerikan Sağlık Örgütü olarak değiştirildi. Bu örgütün temel amaçları karantina protokolleri oluşturmak, bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi alışverişinde bulunmak, limanlardaki sağlık koşullarını iyileştirmek ve teknik yardım sağlamaktır (Duda, 2008: 37). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kurulmasının ardından bu örgüt, DSÖ ile birleşerek onun altı bölgesinden biri haline geldi.

Sağlık çalışmaları 19. Yüzyılda Osmanlı Devleti tarafından yürütülmüştür. Sultan Abdülmecit, 1839 yılında Akdeniz Bölgesi'nde karantina düzenlemelerini uygulamaya koydu ve İstanbul Yüksek Sağlık Şurası. Paris'te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı öncesinde İstanbul Top Health, Akdeniz bölgesindeki salgın hastalıklarla ilgili araştırmalar gerçekleştirdi. Bu yerel kuruluşlar zamanla Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bünyesinde bölgesel ofislere dönüştü. Ayrıca 1863 yılında kurulan "Yaralılara Yardım Komitesi" daha sonra Uluslararası Kızılhaç'a dönüşmüş ve adını bu komiteden almıştır. 1900'den 1948'e kadar dünya çapında yürütülen çalışmalar, bu yeni dönemde daha sonraki araştırmalara temel oluşturdu. Salgın hastalıklarla mücadeleye yönelik tedbirlerin uygulanmasında kayda değer ilerleme

kaydedildi. Uluslararası konferanslar çabalarında kararlı davrandılar. 1903 yılında 13. Uluslararası Sağlık Konferansı düzenlendi ve Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu'nun kurulmasına yol açtı. Bu büronun 1907 yılında Fransa'da açılması önemli bir dönüm noktası olmuş ve faaliyetleri I. Dünya Savaşı'nın başlangıcına kadar devam etmiştir. Bu süre zarfında temiz içme suyuna erişim, gıda güvenliğine ilişkin düzenlemelerin hayata geçirilmesi dahil pek çok girişimde bulunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1948'de kuruluşunu kapsayan dönemin başlangıcını belirleyen İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinden bu yana, küresel liderler ülkeler arasındaki uyumu yeniden tesis etmek için özenle çalıştı. Bu çabanın önemli bir bileşeni, ilk kez 1945'te San Francisco'da düzenlenen Birleşmiş Milletler toplantısında önerilen bir fikir olan Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulmasıydı. Brezilya delegasyonu, sağlığın barışın temel direği olarak önemini vurguladı ve Çin heyeti, uluslararası bir sağlık örgütünün kurulması için genel bir konferans toplanması önerisini ortaya koydu (Dünya Sağlık Örgütü, 1958:38). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1948 yılında organizasyonel çabaların tamamlanmasıyla kuruldu. Bu organizasyonun iç işleyişini ve sorumluluklarını incelemek için kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. DSÖ üyeliği, Birleşmiş Milletlere (BM) üye olan ve anayasasına uymayı kabul eden her ülkeye açıktır. BM üyesi olmayan ülkeler de örgütün genel kurulunda çoğunluk onayı almaları halinde DSÖ'ye katılabilirler. Şu anda, DSÖ altı bölge ofisinden oluşmakta ve 1996 yılından bu yana sürekli olarak yıllık Dünya Sağlık Raporları yayınlamaktadır. 2015 yılı itibarıyla DSÖ'de 193 üye ülke bulunmaktadır (kaynak: www.who.int, Üye Ülkeler, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kurulması küreselleşme alanında önemli bir dönüm noktası oldu. 1978 yılında Alma Ata'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü Toplantısı'nda "birinci basamak sağlık hizmeti" kavramı ön plana çıktı. Meclis, ulaşılabilir ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerinin topluma yaygınlaştırılmasını, uygun teknolojiden yararlanılmasını ve evrensel kapsamın hedeflenmesini amaçlayan "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık Bildirgesi"ni yayınladı. Ancak bu bildiride Dünya Bankası'nın (DB) maliyetlerin vergi yoluyla karşılanamayacağına ve kişilerin cebinden ödeme yapması gerektiğine ilişkin açıklamalarına yer verilmesi dikkate alınmamıştır (Aksakoğlu, 2003: 41). Zaman geçtikçe sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetlerinin sağlanması hükümetler için bir yük haline gelmiş ve bu yaklaşımın yeniden

değerlendirilmesine yol açmıştır. 1994 yılında düzenlenen Uruguay Uluslararası Sermaye Toplantısı'nda, "hizmetlerin kara dönüştürülmesi" kararının alınmasıyla hizmet sunumunda önemli bir değişim yaşandı. Bu karar, 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) kurulmasıyla daha da güçlendi. Bunun sonucunda hizmet alanların artık hizmet sağlayıcılara ücret ödemesi zorunlu hale geldi (Aksakoğlu, 2003: 41).

Sonuç olarak devletlerin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü azalmış ve istenmeyen sonuçlara yol açmıştır. Uygun planlama ve düzensiz önleyici hizmetlerin eksikliği, özel sektör tarafından sağlanan tedavi hizmetlerinin artan maliyetleriyle birleştiğinde yoksullar, kadınlar ve çocuklar gibi savunmasız grupları orantısız bir şekilde etkilemiş ve onlara zarar vermiştir (Labonte, 2007: 3). Bu değişikliklerin etkisinin farkında olan Dünya Sağlık Örgütü, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu aracılığıyla Sağlık 2020 Avrupa Politikası çerçevesinde sağlık sistemini geliştirmeye odaklanmıştır. Bu girişim özellikle Avrupa Bölgesini hedef almakta ve Sağlık 2020 stratejisinin uygulanmasını amaçlamaktadır. Nüfusun refahını artırmak için şu yaklaşımların uygulanması büyük önem taşıyor: halk sağlığını geliştirmek için araştırma yapmak, sağlıklı bir toplum için elverişli bir ortam oluşturmak ve sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizlikleri ele almak. Ayrıca Avrupa'da salgın hastalıklarla mücadele için çaba sarf edilmelidir. Bölge, hasta odaklı sağlık sistemleri geliştirerek acil durumlara hızla müdahale ediyoruz. (Dünya Sağlık Örgütü, 2012:4)

Modern sağlık sistemlerinin gelişimi 20. Yüzyılda çok sayıda ülkenin katılımıyla önemli bir olaydı. 1948'de Britanya'da Ulusal Sağlık Sisteminin (NHS) kurulması, hükümetin sağlık hizmetleri finansmanına katılımında önemli bir dönüm noktası oldu. O zamandan bu yana pek çok ülke, temel sağlık hizmetlerinin tüm bireyler için erişilebilir olmasını sağlamayı amaçlayan evrensel sağlık sigortası kavramını benimsemiştir. Tıp teknolojisinin ilerlemesi, teşhis ve tedavi seçeneklerinde hızlı gelişmelere yol açmıştır. Ancak bu teknolojilerin kullanılabilirliği hâlâ ülkeler arasında ve farklı toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Birçok ülke şu anda obezite, bulaşıcı hastalıklar ve zihinsel sağlık bozuklukları gibi halk sağlığı sorunlarına odaklanarak sağlık politikalarını yeniliyor. Son yıllarda, COVID-19 salgını dünya çapında sağlık sistemlerinin dayanıklılığının ve acil durumlara hazırlıklılığının bir testi olarak ortaya çıktı. Bu küresel kriz, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sürdürülmesi açısından yeni zorluklar ortaya çıkarmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE YAPISI VE YÖNETİMİ

2.1. HASTANE KAVRAMI

Canlı kuruluşlar olarak hastaneler teşhis, tedavi, cerrahi prosedürler, acil bakım, doğum ve rehabilitasyon dahil olmak üzere çeşitli tıbbi hizmetler sunar. Bu tesisler genellikle hem kamu hem de özel kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından işletilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre hastaneler, hem kısa hem de uzun vadeli bakıma ihtiyaç duyan hastalara hizmet veren, gözlem, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu kapsayan kapsamlı bir dizi sağlık hizmeti sunan yataklı tedavi kurumlarıdır. Sağlık hizmetlerinin karmaşık ve çok yönlü yönlerini ele almak amacıyla, hem bireylerin hem de toplumların refahını artırmaya yönelik çalışmalar yürütmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması toplumsal gereksinimlerle uyumlu olmalı, etkililik, etiklik ve uzun vadeli sürdürülebilirlik sağlanmalıdır.

Hastaneler, toplumsal sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesi, rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gibi önemli işlevleri yerine getirerek sağlık alanında hayati bir rol oynamaktadır. Hem acil müdahaleyi hem de planlı tedavi ve cerrahi prosedürleri kapsayan çok çeşitli sorumlulukları yerine getirerek bir ülkenin sağlık sisteminin temel direği olarak hizmet ederler. Hastaneler, çeşitli alanlarda uzmanlaşmış doktor, hemşire ve diğer eğitimli sağlık çalışanlarının uzmanlığı sayesinde hastalıkların teşhis ve tedavisi için gerekli hizmetleri sunmaktadır. Buna cerrahi müdahaleler, tıbbi testler, ilaç tedavileri ve rehabilitasyon programları dahildir. Hastane ortamlarında hasta bakımı ve konforu son derece önemlidir. Hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, hijyen standartlarını korumak ve tıbbi yardım arayan kişilerle etkili bir şekilde iletişim kurmak ve onları desteklemek zorunludur. Gelişmekte olan ülkelerde hastaneler, daha verimli hizmet sunmak için gelişmiş tıbbi ekipmanlardan, bilgi teknolojisinden ve modern altyapıdan yararlanıyor. Bu, teşhis ve tedavi süreçlerini iyileştirerek sonuçta hasta bakımını optimize edebilir.

Brown'a (1997:155) göre hastaneler birçok şekilde tanımlanabilir. Hastalara temel tedavi hizmetlerini sağlayan tıbbi kurumlar olarak işlev görürler. Ayrıca

yönetimleri ekonomik koşullardan etkilendiğinden ekonomik işletme olarak faaliyet göstermektedirler. Hastaneler aynı zamanda araştırma kurumu ve meslek kuruluşu olarak da hizmet vererek doktorların ve diğer sağlık personelinin eğitim ve öğretimine katkıda bulunmaktadır. Son olarak hastaneler sağladıkları sosyal faydalar nedeniyle sosyal kurumlar olarak değerlendirilmektedir. Hastaneler, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için hastalar, insan kaynakları, fiziksel altyapı, malzeme ve finansal kaynaklar dahil olmak üzere çeşitli girdiler almaktadır. Bu girdiler daha sonra farklı süreçlerle işlenerek hasta tedavisi, tıbbi personel eğitimi, araştırma geliştirme faaliyetleri gibi çeşitli alanlarda kullanılmaktadır. Bu nedenle hastaneler yalnızca hasta bakımına odaklı olmayıp, sağlık sistemlerinin genel işleyişinde önemli rol oynayan karmaşık organizasyonlardır. Bu kapsamlı yaklaşım, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmanın yanı sıra toplumsal sağlık bilincini de artırmaktadır (Gümüş, 2005: 67).

2.2. DÜNYADA HASTANELERİN GELİŞİMİ

Antik çağlardan beri bireyler, doğal dünyayla derin bir bağ kurmuş ve onun bol kaynaklarını sağlık sorunlarına çözüm bulmak için kullanmışlardır. Bu, yaralanmaları tedavi etmek ve rahatsızlıklarını hafifletmek için çeşitli bitki türlerinin iyileştirici özelliklerinden faydalanmayı içerir. Tarih boyunca insanlar, sağlıkla ilgili konularda doğanın çarelerini keşfetme ve kullanma konusunda yaratıcılık ve beceriklilik göstermişlerdir (Güntöre, 2005: 1). Geçmiş uygarlık dönemlerinde bireyler, hastalıkların kökenini kavramak ve çare bulmak için büyü ve dinsel inanışlara yönelmişlerdir. Bunun bir örneği, tanrı Asklepios'a adanan tapınakların hastaların tedavisi için kutsal alan olarak hizmet verdiği antik Yunan'da bulunabilir. O dönemde hastaneler, bugün kullandığımız bilimsel esaslara dayanan tıbbi metodolojilere bağlı kalmak yerine, tasavvuf ve dini inanç unsurlarıyla iç içeydi. Bununla birlikte, bu ilk tıbbi kuruluşlar, çağdaş hastanelerin öncüsü olarak kabul ediliyor ve sağlık hizmetlerinin ilerlemesinde çok önemli bir rol oynuyor.

Dünya çapında hastanelerin oluşumu, tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemeler, sağlık sistemlerindeki değişiklikler ve toplumsal ihtiyaçlardaki değişimler gibi çeşitli faktörlerden etkilenmiştir. 19. Yüzyılın sonlarından itibaren tıp ve bilimdeki ilerleme, organize ve profesyonel bir şekilde faaliyet gösteren modern hastanelerin kurulmasına

yol açmıştır. Avrupa'da hastaneler, 19. Yüzyılda doktorların benzer hastalıklara sahip hastaları ortak bir ortamda muayene edip gözlemlemeye başladığı hastaneler ortaya çıkmaya başladı. Bu süre zarfında hastaneler bu tıbbi işlevlerin gerçekleştirildiği yerler olarak hizmet vermiştir (Sezgin, 2011:35). 20. Yüzyılın ortalarından itibaren tıp teknolojisinin ve tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi, hastanelerin daha etkin ve çeşitli hizmet sunabilmesine olanak sağlamıştır. Gelişmiş cerrahi prosedürlerin, görüntüleme teknolojilerinin, laboratuvar testlerinin ve diğer tıbbi cihazların kullanıma sunulması, hastaneler tarafından sağlanan bakımın kalitesini büyük ölçüde artırdı. Son zamanlarda dijitalleşme ve e-sağlık uygulamalarının entegrasyonu, hastaneler ve hastalar arasındaki etkileşimin yanı sıra dosya ve diğer hizmetlerin yönetimini daha da geliştirdi. Hastanelerin sunduğu sağlık hizmetleri, teknolojideki gelişmelere bağlı olarak önemli bir dönüşüme uğramıştır. Bu dönüşümde elektronik sağlık kayıtları, teletıp ve yapay zekayla desteklenen teşhis yöntemleri önemli rol oynadı. Hastaneler, kapasitelerini ve hazırlıklılıklarını değerlendirmek için önemli olaylar olarak hizmet veren küresel salgınlar sırasında sıklıkla teste tabi tutulur. Sonuç olarak, hastanelerin acil durumları yönetme, pandemileri planlama ve salgınlarla mücadele konusundaki etkinliğini artırmak için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine giderek daha fazla vurgu yapılıyor.

2.3. TÜRKİYE'DE HASTANELERİN GELİŞİMİ

Hastaneler, eskiden yoksul bireylerin sığındıkları ve ölene kadar bakım gördükleri yerler olarak işlev görüyordu. Tıp Medresesi ve Gevher Nesibe Sultan Hastanesi olarak bilinen Türkiye'nin ilk sağlık kurumu 1206 yılında Kayseri'de kurulmuştur. Geçmişte Şifahane, Şifaiyye, Bimarhane, Tımarhane, Darişüfalar gibi çeşitli isimlerle anılan hastaneler kurulmuş ve kurulmuştur. Bu kuruluşlar yetimler, öğrenciler ve tüccarlar da dahil olmak üzere ihtiyaç sahibi bireylere sağlık hizmeti sunmayı amaçlıyordu (Acıduman, 2019: 9). Günümüzde sağlık tesislerinin çoğunluğu kamuya ait olmakla birlikte, özel ve vakıf kuruluşları da bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli rol oynayan hastaneleri işletiyorlar.

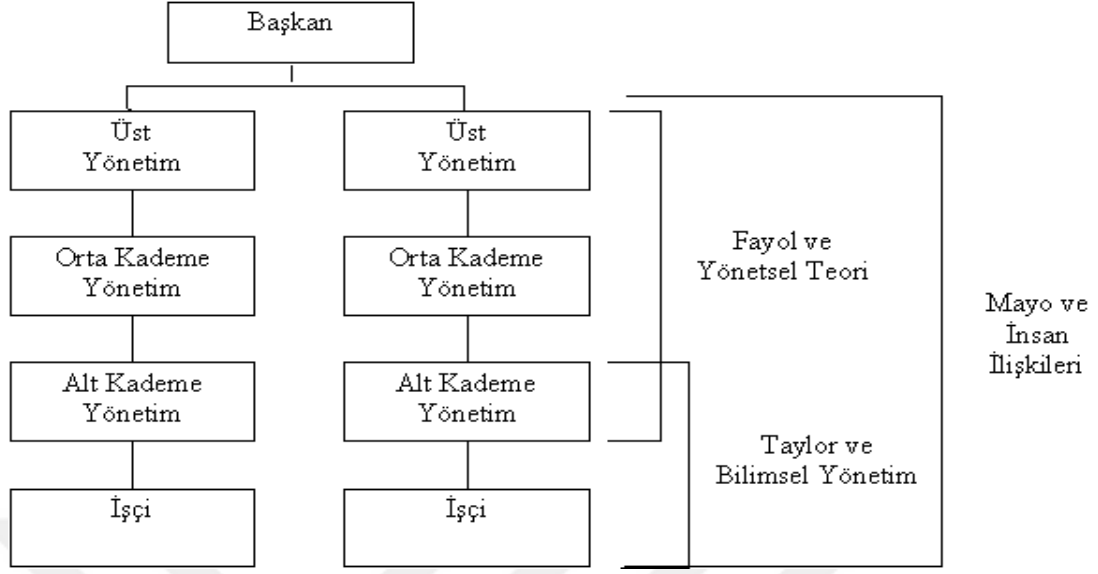
Son zamanlarda özel sektöre ait sağlık tesislerinin sayısında artış yaşanırken, eş zamanlı olarak Kamu Hastaneleri Birliği ve Şehir Hastaneleri kurularak kamu

hastaneleri de özelleştirildi. Bu önlemler sağlık hizmetlerinin sunumunu optimize etmek amacıyla uygulanmıştır. Ancak, son teknoloji olanakların varlığına rağmen ara sıra bazı eksiklikler ortaya çıkmıştır. Bu eksiklikler, sağlık sisteminin hızla genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan ve standartların ve erişilebilirliğin düşmesine yol açan belirli bölgelerde hizmet kalitesinin ortalamasının altında kalmasına neden oldu. Özelleştirme ve özel hastanelerin yaygınlaştırılması gibi politikaların da sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizliklere veya eşitsizliklere yol açabileceği öngörülüyor. Bu nedenle sağlık politikaları ve uygulamalarının kapsamlı değerlendirmelerinin yapılması zorunludur.

2.4. HASTANE YÖNETİMİ

Bir hastaneyi yönetmek, çeşitli meslek gruplarının işbirliği ve sunulan hizmetlerin insan hayatını doğrudan etkileyen kritik yapısı nedeniyle diğer işletmelere kıyasla benzersiz zorluklar sunar. Türkiye'deki tüm hastaneleri kapsayabilecek tek boyutlu bir organizasyon yapısının bulunmadığını belirtmek önemlidir. Bunun nedeni, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile belediyeler tarafından işletilmeyen hastanelerin 'Özel Hastaneler Kanunu' ve 'Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde belirtilen esaslara uymasındır (Alper, 2012: 53). Sağlık yönetiminin temel amacı, hasta tedavisinde mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Sağlık hizmeti sunumundaki sınırlı kaynaklar göz önüne alındığında, bunların kullanımını optimize etmek için ekonomik kararlar alınmaktadır. Malzeme yönetimi, arıtma malzemelerinin depolanması, tedariki, dağıtımı ve kullanımını kapsayan kaynak verimliliğinde çok önemli bir rol oynar. Tam zamanında hizmet üretimi kavramı, hastalara zamanında ve etkili sağlık hizmeti sunumunda planlama ve organizasyonun önemini vurgulamaktadır. Sağlık yönetimi ayrıca hasta tedavisinin kalitesi ile maliyet kontrolü arasında bir denge kurarak yüksek kaliteli ve uygun maliyetli hizmetler sunmaya çalışır. Bu yaklaşım, sağlık kurumlarının uzun vadeli sürdürülebilirliğini sağlarken, hastaların ihtiyaçlarının da karşılanmasını sağlar.

Şekil 1: Hastane Yönetim Basamakları



Hastane Yönetiminde odaklanılması gereken en önemli husus risklerin ve krizlerin yönetimidir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, yangın ve deprem gibi doğal afetlerle karşılaştırılabilecek düzeyde belirli bir risk içermektedir. Bu riskler, uygun şekilde ele alınmazsa hastaların, çalışanların ve ziyaretçilerin sağlığını tehlikeye atabilir. Sağlık sektöründe risk yönetiminin öneminin farkına varılarak hastane yönetiminin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Süreç yönetimi ise çalışanların, hastaların ve ziyaretçilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi, performansın izlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin uygulanması gibi bir dizi faaliyeti kapsamaktadır. İş akış diyagramlarının, görev tanımlarının ve analizlerinin yapıldığı hastanelerde, bir yönetim modeli olarak süreç yönetiminin benimsenmesi zorunludur (Yazan, 2015:22). Eş zamanlı olarak yöneticiler, işi etkileyen hem yakın hem de uzak dış faktörlerden kaynaklanan zorlukları etkili bir şekilde yönetmek için stratejik yönetim uygulamalarını hayata geçirmelidir. Bu, işletmenin büyümesini ve kârlılığını etkileyebilecek tüm faktörlerin ele alınmasını içerir. Yöneticiler, iş ortamındaki değişiklikleri öngörerek ve iç ve rekabetçi taleplere yanıt vererek, işi rekabetçi pazarda en iyi şekilde konumlandırabilirler. Dinamik bir ortamda faaliyet gösteren sağlık kurumlarında yöneticilerin stratejik yönetime öncelik vermesi büyük önem taşımaktadır (Robinson vd., 2007:3). Günümüzde teknolojideki ilerlemeler ve rekabet ortamlarının artmasıyla birlikte, çok sayıda profesyonelin yer aldığı, eğitim ve araştırma amaçlarına hizmet eden karmaşık organizasyonlar olan hastanelerin,

ekiplerini stratejik olarak yönetmesi ve iş akışlarını kolaylaştırması gerekmektedir. Hastaneler çağdaş yönetim ilkelerini uygulayarak hedeflerine etkili ve verimli bir şekilde başarıyla ulaşabilirler.

2.5. HASTANE TÜRLERİ

Hastanelerin kuruluş amacı toplumun çeşitli sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Bireylerin özel gereksinimlerini karşılamak için hastaneler bir dizi farklılaştırılmış hizmet sunmaktadır. Hastaneleri karmaşık sistemler olarak gören hastaneler, çok yönlü işlevleriyle tanınmaktadır. Sistematik bir yaklaşımı benimseyen hastaneler, çeşitli bileşenlerinin birbirine bağlılığını kavramaya odaklanarak bütünsel varlıklar olarak incelenir. Bu yaklaşım hastanelerin yatak kapasitesi, hastanın kalış süresi, mülkiyeti, ve akreditasyon durumu (Kavuncubaşı vd. 2018: 111). Ayrıca hastaneler verdikleri hizmetlere göre de sınıflandırılabilir.

2.5.1. Verilen Hizmete Göre Hastaneler

Hastaneler sundukları hizmetlerin niteliğine göre iki ayrı gruba ayrılır. Bu gruplar şunları içerir:

Genel Hastaneler: Bu kurumlar sağlık sisteminde hayati bir rol oynamaktadır ve durumları, yaşları veya cinsiyetleri ne olursa olsun çok çeşitli bireylere hizmet vermektedir. Çeşitli uzmanlıklara sahip sağlık profesyonelleri ile geniş bir yelpazede tıbbi hizmetler sunmaktadırlar. Bunların önemi, toplumun geniş bir kesimine hizmet edebilme yeteneklerinde yatmaktadır ve bu da onları genel sağlık sisteminin ayrılmaz bir bileşeni haline getirmektedir. Branş hastaneleri olarak bilinen uzmanlaşmış sağlık kurumları, belirli yaş gruplarına, cinsiyetlere veya belirli dokularla ilgili hastalıklara hitap etmektedir. Bu hastaneler, belirli sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere titizlikle tasarlanmış olup, bu hastaneleri karmaşık ve özel sağlık sorunları olan hastalar için tercih edilen seçenek haline getirmektedir. Bu kategoride kadın hastalıkları ve doğumun yanı sıra ruh sağlığı ve nörolojik hastalıklara ayrılmış hastanelerimiz bulunmaktadır.

2.5.2. Mülkiyetine Göre Hastaneler

Türkiye'deki hastanelerin değerlendirilmesi mülkiyet ve bağlılığa göre yapılmaktadır. Bunlar doğrudan devlete bağlı hastaneler, dolaylı olarak devlete bağlı hastaneler ve özel hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. TÜİK'in 2021 yılı son verilerine göre ülkede doğrudan devlete bağlı 908 hastane, 68 üniversite hastanesi ve 571 özel hastane bulunmaktadır (SB. 2021: 3).

2.5.3. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Hastaneler eğitim durumlarına göre iki ayrı gruba ayrılabilir: eğitim hastaneleri ve eğitim dışı hastaneler. Eğitim hastaneleri, tanı koyma ve tedavi planının uygulanmasının yanında sağlık profesyonelleri için eğitim alanı olarak da hizmet vermektedir. Öte yandan, eğitim dışı hastaneler herhangi bir eğitim bileşeni olmaksızın yalnızca teşhis ve tedavi işlevlerini sağlamaya odaklanmaktadır.

2.5.4. Yatak Kapasitesine Göre Hastaneler

Hastaneler yatak kapasitelerine ve büyüklüklerine göre inşa edilmiştir. Hastanelerdeki yatak sayısı arttıkça personel sayısının da artacağı bilinen bir gerçektir. Sonuç olarak hastaneler büyüdükçe daha karmaşık bir organizasyonel çerçeveye ve ek yönetim düzeylerine ihtiyaç duyarlar (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009: 183). Hastanelerin büyüklüğü üç farklı kategoride değerlendirilmektedir. Hastaneler yatak kapasitelerine göre küçük, orta ve büyük ölçekli olarak sınıflandırılabilir. Küçük ölçekli hastanelerin kapasitesi genellikle 50-100 yatak kapasitesine sahipken, orta ölçekli hastanelerin kapasitesi 200-400 yatak arasında değişmektedir. Büyük ölçekli hastanelerde ise yatak kapasitesi 600 ve üzerindedir.

2.5.5. Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler

Hastaneler, hastaların kalış süresine göre değerlendirilir ve onları iki kategoriye ayıran bir sınıflandırma sistemi ortaya çıkar: kısa vadeli ve uzun vadeli tesisler. Kısa süreli akut bakım hastaneleri, kalış süresi 30 günü aşmayan hastaneler olarak

sınıflandırılırken, uzun süreli, kronik bakım hastaneleri, kalış süresi 30 günü aşan hastaneler olarak sınıflandırılır. İkinci kategoriye giren hastanelere örnek olarak Psikaytr Hastaneleri verilebilir.

2.5.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, hastanelerin akreditasyon süreciyle sağlanır. Bu süreç, küresel olarak tanınan standartlara uygunluğun değerlendirilmesini ve belgelenmesini içerir. Bir hastanenin akreditasyon alması, belirli bir standartlar dizisine ulaştığını ve hasta güvenliği, personel eğitimi ve yüksek kaliteli hizmet sunumu gibi temel alanlarda mükemmelleştiğini gösterir. Akreditasyon, tutarlı hizmet sunumunun sürdürülmesinde ve hasta memnuniyetinin artırılmasında hayati bir rol oynar. Akreditasyon sürecinin bir hastane tarafından başarıyla tamamlanması, hastaların ve ailelerinin güvenilir, yüksek kaliteli sağlık hizmetinin sağlanmasına güvenebilmelerini sağlar. Ancak akreditasyonun karmaşık ve maliyetli yapısı nedeniyle bazı hastaneler zorluklarla karşılaşabilir veya sürece katılamayabilir. Sonuç olarak, akreditasyon sağlık hizmeti kalitesini artırmanın değerli bir yolu olmaya devam etse de bazı engeller ortaya çıkarabilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA MERKEZLİLİK ve HASTA ODAKLI BAKIM

Aşağıdaki bölümde sağlık kurumlarında hasta merkezli bakımın tanımı ve önemi vurgulanarak açıklanacaktır. Daha sonra avantajların, dezavantajların, bileşenlerin, engellerin ve çeşitli modellerin analizi yapılacaktır. Son olarak hasta odaklı bakımın sağlık kurumu yönetimi üzerindeki etkisi araştırılarak bu yaklaşımın hem teorik hem de pratik yönlerinin kapsamlı bir değerlendirmesi yapılacaktır.

3.1. HASTA MERKEZLİLİK

Hasta Odaklılık modeli, sağlık hizmetlerini tasarlarken, yönetirken ve değerlendirirken hastaların istek ve gereksinimlerini dikkate alan kapsamlı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temel amacı hastalara öncelik vermek ve onları bakım ve tedavi süreçlerine aktif olarak dahil etmektir. Sağlık uzmanlarıyla işbirliğine dayalı çabalar yoluyla, sağlık hizmetlerini şekillendirmek ve gerçek ilişkiler kurmak için hastaların ihtiyaçları ve tercihleri dikkate alınır. Bu yaklaşımı benimseyerek sağlık hizmetlerini daha verimli ve güvenilir bir şekilde sunarak memnuniyet oranlarının artırılması amaçlanmaktadır (Bankert ve ark. 2014: 162). Sağlık sektöründe son dönemde yaşanan değişimler nedeniyle hasta odaklı bakıma verilen önem giderek daha fazla öne çıkıyor. Sonuç olarak, hastalar artık sağlık hizmetlerinde daha aktif bir rol oynamaya teşvik ediliyor. Bu çerçevede hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili karar alma sürecine aktif katılımlarının hem bireysel hem de toplum sağlığı açısından olumlu sonuçlar doğuracağı ileri sürülmektedir (Özkan, 2017: 1760). Hasta merkezli yaklaşım, sağlık hizmetlerinde bireylerin güçlendirilmesi yoluyla sağlık ve tedavi süreçlerinin ilerlemesini kolaylaştırarak sağlık sonuçlarının iyileşmesini, sağlık harcamalarının azalmasını ve daha etkin sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlar. Bununla birlikte, bu yaklaşımın başarılı olabilmesi için hem sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem de hastaların bu zihniyeti benimsemeleri ve işbirlikçi çabalara katılmaları çok önemlidir.

3.2. HASTA ODAKLI BAKIM

Sağlık hizmetleri alanında hastanın ihtiyaçlarına ve refahına öncelik vermek çok önemlidir. Hasta odaklı bakım olarak bilinen bu kavram, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda hayati bir rol oynamaktadır. Sağlık uzmanları hastayı bakımının merkezine yerleştirerek tedavi planlarının hastanın tercihleri, değerleri ve hedefleri ile uyumlu olmasını sağlayabilirler. Hasta merkezli bakım, hastayı aktif olarak dinlemeyi, girdilerine değer vermeyi ve karar alma süreçlerine onu dahil etmeyi içerir. Bu yaklaşım, hastanın benzersiz deneyimlerinin, inançlarının ve kültürel geçmişinin sağlık hizmeti yolculuğunu şekillendirmedeki önemini kabul eder.

Ayrıca hasta odaklı bakım, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasında etkili iletişimin gerekliliğini vurgulamaktadır. Açık ve özlü bilgiler, hastaların durumlarını, tedavi seçeneklerini ve potansiyel riskleri veya faydaları anlamalarına yardımcı olur. Bu, hastaların bakımları hakkında bilinçli kararlar almalarını ve sağlık yönetimlerine aktif olarak katılmalarını sağlar. Özetle, hasta merkezli bakım, sağlık hizmetinin temel bir yönü olup, Hastanın ihtiyaçları ve tercihleri ön plandadır. Sağlık uzmanları bu yaklaşımı benimseyerek hastalarına kişiselleştirilmiş, şefkatli ve etkili bakım almalarını sağlayabilirler.

Bireylerin sağlık hizmetlerinden en yüksek faydayı alabilmeleri için hasta odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi zorunludur. Bu yaklaşım, hastalara ve yakınlarına saygı göstermeyi, onları tedavi ve bakım süreçlerine aktif olarak dahil etmeyi, onların konforunu ön planda tutmayı, yaşam tarzlarını dikkate almayı ve haklarını savunmayı gerektirir. Bu uygulamanın benimsenmesi sağlık hizmetleri paradigmasında önemli bir değişim anlamına gelir. 2001 yılında Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 'Kalite Uçurumunu Aşmak' raporu hasta merkezli bakım yaklaşımının önemini altını çizdi. Bu rapor, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için hem bireysel hem de sistemsel dönüşümlerin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Raporda öncelikli hedeflerden birinin hasta odaklı bakım yaklaşımının hayata geçirilmesi olduğu açıkça belirtiliyor. Sonuç olarak raporda bu yaklaşımın sağlık kurumlarında benimsenmesi ve uygulanmasının önemi vurgulanmaktadır (Şahin vd., 2014: 41).

Hasta merkezli bakımın önemi, Uluslararası Hasta Örgütleri Birliği (IAPO) tarafından belirtildiği gibi, hastaları sağlık sisteminin merkezine yerleştirme ve onu onların ihtiyaçlarına göre uyarlama vurgusunda yatmaktadır (Ocloo ve ark., 2016: 627)

. Hasta merkezli bakım, fiziksel rahatsızlıkları ele almanın ötesine geçerek işlevsiz durumları da ele alarak tıbbın kapsamını genişletmektedir (Nikola ve diğerleri, 2000: 1087). Tarihsel olarak, sağlık hizmeti sağlayıcıları hastalar için sıklıkla yalnızca kendi uzmanlıklarına dayanarak ve her bireyin benzersiz deneyimlerini ve gereksinimlerini yeterince dikkate almadan tedavi rejimleri tasarlamışlardır. Ancak yapılan çalışmalar, sağlık hizmeti sunumunda hastaya daha fazla önem verilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için kişiselleştirilmiş ve etkili bir bakım modelinin uygulanması esastır.

3.3. HASTA ODAKLI BAKIMIN OLUMLU YÖNLERİ

Hastaların sağlık hizmetlerine aktif katılımı, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında hayati bir rol oynamaktadır. Hasta merkezli bakımın önemli bir faydası hastaları motive etme yeteneğidir. Hasta merkezli bakım, hastaların iyi bilgilendirilmesini ve tedavinin her aşamasına aktif olarak katılmalarını sağlayarak, tedavi yöntemi ile hasta arasında uyumlu bir ilişki kurulmasını teşvik eder. Hasta merkezli bakım, hastaların tedavi aşamasında pasif kaldığı geleneksel yöntemlerin aksine, hastanın yaşamını yalnızca tedavi etrafında planlama ihtiyacını ortadan kaldırır. Bunun yerine tedavi, hastanın yaşam tarzına uyacak şekilde uyarlanır, bu da tedaviye uyumun artması ve daha iyi sağlık sonuçlarıyla sonuçlanır. Ek olarak, hasta merkezli bakım klinik karar almayı geliştirir. Avustralya'da yürütülen araştırmalar, hasta merkezli bakım yaklaşımının, özellikle hasta devir işlemleri yoluyla, kliniklere nasıl entegre edildiğine dair içgörü sağlıyor. Hasta devir teslimi, bir hastanın bakımının bir sağlık uzmanından diğerine devredilmesi sürecini ifade eder.

Sağlık durumu, tedavi planları, ilaç detayları, laboratuvar sonuçları gibi hayati önem taşıyan hasta bilgilerinin güvenli bir şekilde aktarılmasını sağlamak amacıyla titiz bir süreç takip edilmektedir. Bu süreci hastanın yatağının başında gerçekleştirerek tedavi yolculuğuna aktif olarak dahil olurlar ve aldıkları sağlık hizmetlerine ilişkin daha derin bir anlayış kazanırlar (ACSQHC, 2011: 18). Hastaların bu sürece katılımı, sağlık sistemi içerisinde şeffaflığın teşvik edilmesinde ve güvenilir bir ortamın teşvik edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Ocloo ve diğerleri, 2015: 627). Hastalar, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılar arasındaki işbirliği, bilinçli sağlık hizmeti

kararları vermek için en güvenilir kanıtları toplamak açısından önemlidir (Grol, 2001: 286). Bu kanıtlar, klinik uygulama kılavuzlarının geliştirilmesi, sağlık hizmetleri kaynaklarının etkili bir şekilde tahsis edilmesi ve siyasi kararların kamuya açık olarak gerekçelendirilmesi için kullanılır. Sağlık hizmetlerinin temel hedeflerine ulaşmak, yani kaliteyi artırmak, halk sağlığını iyileştirmek ve maliyetleri azaltmak için hasta odaklı bakım hayati bir stratejik süreçtir. Bu nedenle, etkili ve verimli hasta katılımını kolaylaştırmak için bahsedilen hususların ele alınması zorunludur. Olumlu sağlık sonuçlarını teşvik etmek için sağlık kurumlarının hasta katılımını birinci öncelik haline getiren bir organizasyon kültürü oluşturması gerekmektedir. Bu, sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde planlamak ve yönetmek için hastalar, yakınları ve hizmet sağlayıcılar arasında aktif işbirliğinin teşvik edilmesini içerir. Ayrıca hastaların kendilerinin ve aile üyelerinin refahının sorumluluğunu üstlenme yeteneğine ve isteğine sahip olmaları gerekir (Athenahealth, 2014: 3).

Hasta merkezli bakımın ve aktif katılımın uygulanması yoluyla sağlık hizmeti sağlayıcıları, kişisel farkındalığı geliştirme ve hastaları kendi sağlıklarını izleme konusunda güçlendirme fırsatına sahip olur. Bu yaklaşım, sağlık sistemindeki hataların azaltılmasında ve risklerin en aza indirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, hastanın beklentileri ve tercihlerinin daha derinlemesine anlaşılmasına olanak tanıyarak sonuçta iyileşme sürecini geliştirir ve hasta sonuçlarını olumlu yönde etkiler (Broom ve ark., 2013: 254). Kapsamlı araştırmalar, sağlık kurumları ile hastalar ve aileleri arasında güçlü ortaklıklar kurmanın son derece önemli olduğunu göstermektedir. Çalışmalar, hasta merkezli bakımın benimsenmesi ve uygulanmasının genel kurumsal performansta iyileşmelere, acil çağrılarda önemli azalmalara ve ölüm oranlarında kayda değer bir azalmaya yol açtığını göstermiştir (Gerdik, 2010: 1680). Hastaları ve ailelerini sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve sağlık sisteminin etkinliğinin artırılmasına aktif olarak dahil ederek, yalnızca hasta güvenliğini artırmakla kalmaz, aynı zamanda tedavi sürecindeki kalite standartlarını da aşmaktadır. DSÖ'nün 'Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı' gündemi, sağlık hizmeti kalitesinin ve sağlık sisteminin verimliliğinin iyileştirilmesinde hasta katılımının önemini vurgulamaktadır (Pittet ve diğerleri, 2005: 9).

Bertaki ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre hasta odaklı bakım almayan bireylerin yıllık ortalama 1435 dolar sağlık bakım maliyeti oluyor. Hasta odaklı bakım

modelinden yararlananların ise yıllık ortalama sağlık harcaması 948 dolar oluyor. Çalışmada ayrıca hasta merkezli bakım modelinin acil servis, uzman konsültasyonu, ayakta veya yatarak tedavi ve tanı işlemleri gibi sağlık hizmetlerinin kullanımını nasıl etkilediği de incelenmektedir (Arttıran ve diğerleri, 2014: 41). Bu yaklaşımın avantajlarından biri, hastayı merkeze alan bakım planlamasına imkan vermesi ve bunun sonucunda klinik ve fonksiyonel sonuçların azalmasının yanı sıra sağlık harcamalarının da azalmasıdır.

3.4. HASTA ODAKLI BAKIMIN OLUMSUZ YÖNLERİ

İnsan odaklı bakım çok sayıda fayda sunarken, potansiyel dezavantajların kabul edilmesi ve ele alınması önemlidir. Bu endişelerden biri, topluluk katılımı çabalarının ayrılmaz bir parçası olan etik ikilemlerin varlığıdır. Sağlık çalışanları yoğun programları nedeniyle istemeden de olsa gün sonunda hastalarla görüşmekten kaçınabilmektedir. Bu toplantılar açık iletişim hatları kurmak ve hastanın ihtiyaçlarını daha iyi anlamak için çok önemlidir. Bu tartışmalar uzarsa ve hasta durumunda herhangi bir iyileşme bildirmezse, tıbbi personel bunun nedenini belirleme ve çözüm bulma konusunda endişelenebilir. Zamanı etkili bir şekilde yönetmek ve yeterli kaynak tahsis etmek bu tür zorlukların üstesinden gelmede hayati önem taşıyor. Ancak sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sistem, zaman ve kaynak açısından sınırlamalarla karşılaşabilir ve bu da kişiselleştirilmiş bakım sunma yeteneklerini engelleyebilir.

Hasta merkezli bakımın etkisi, hastaların bilgileri, deneyimleri, hastalığın ilerlemesi, demografik özellikleri, tedavi ve bakımın yanı sıra katılım düzeyleri de dahil olmak üzere yaşamlarının çeşitli yönlerini kapsar. Araştırmalar, hastalığın ileri evresindeki, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düşük hastaların bakımlarında aktif rol istemeyebileceğini göstermektedir. Tersine, hastalar ve aileleri organizasyonel düzeyde planlama ve karar verme sürecindeki sorumluluklarını anlamada eksiklik yaşayabilir ve bu da güvenlik kaygılarına yol açabilir. Bu tür zorluklar tedavi ve bakım sürecini önemli ölçüde engelleyebilir. Ayrıca sık görülen akut durumlarda hasta merkezli yaklaşımın gerekliliği konusunda endişeler bulunmaktadır. Hastaların bu durumlarda duygu ve korku yaşadıklarını kabul etmek önemlidir. McWhinney, acil ve stresli durumlarda tıbbi müdahale ve acil sorun çözümü ihtiyacını vurguluyor.

Ayrıca hasta odaklı bakımın uygulanması, hastaların beklentilerini artırma potansiyeline sahip olup, sağlık profesyonelleri için artan talep ve beklentileri yönetmede zorluk teşkil etmektedir. Aynı zamanda bu yaklaşım, hastalar tarafından daha fazla bilginin paylaşılmasını teşvik etmekte ve hasta mahremiyetinin korunması ve sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanmasına daha fazla odaklanılmasını gerektirmektedir. Sağlık sistemlerinin karmaşık ve bürokratik yapısı, idari engellerle karşılaşabileceği için hasta merkezli bakımın başarılı bir şekilde uygulanmasını engelleyebilmektedir. Bununla birlikte, bu dezavantajları etkili bir şekilde ele almak ve üstesinden gelmek için çeşitli iyileştirmeler yapmak, sonuçta sağlık hizmetlerinin daha kişiselleştirilmiş, verimli ve hasta memnuniyeti odaklı olmasını sağlamak çok önemlidir.

3.5. HASTA ODAKLI BAKIMIN BİRLEŞENLERİ

Hasta merkezli bakım, hastaların tercihlerini ve tarzlarını kabul etmek ve anlamak, kişiye özel ve kapsamlı sağlık hizmetleri sunmak, bakım kararları alırken sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında işbirliğini teşvik etmek, hastalar için sıcak bir ortam yaratmak ve onların ihtiyaçlarını savunmak etrafında dönen çeşitli unsurları kapsar. Bu özel yaklaşım hasta tercihlerinin ve değerlerinin önemini vurgulamaktadır.

3.5.1. Hasta Bakış Perspektifine Saygı Duymak

Hasta odaklı bakımın özü, her bireyin yalnızca fiziksel sağlığını değil aynı zamanda duygusal ve psikolojik refahını da kapsayan bakış açısının kabul edilmesi ve onurlandırılmasında yatmaktadır. Hastaların duygusal durumlarını anlayarak ve bu konuda saygılı bir tavır sergileyerek onların genel refahına önemli katkı sağlayabiliriz. Kişiselleştirilmiş bakımın sağlanması, en uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesinde etkilidir. Sosyal yaşamlarında önem taşıyan etkinlikleri anlamak, aldıkları bakımı algılamalarının temelini oluşturur (McCormack, 2003: 205). Örneğin, bir hastanın mesleki veya ailevi taahhütleri, belirli bir tedavi planının uygulanmasını büyük ölçüde etkileyebilir. Ancak hastanın yaşam tarzını ele alarak reçete edilen bakıma daha iyi uyum sağlayabiliriz.

Hasta merkezli bakımın (PCC) uygulanabilmesi için sağlık profesyonellerinin, hastaları bakım kararlarına aktif olarak dahil etmeleri ve tedavi ve yaşam hedeflerine ulaşmalarında onları desteklemeleri gerekmektedir. Hastaları ve sevdiklerini bakım sürecine dahil etmek, onlara olası komplikasyonlar hakkında kapsamlı bir anlayış sağlamak ve onları karar alma sürecine dahil etmek çok önemlidir. Örneğin hastalar, bir hastalığı tedavi edebilen ancak aynı zamanda olumsuz yan etkileri de olan bir tedaviyle ilişkili potansiyel sağlık riskleri konusunda bilgilendirilmelidir. Bu, hastaların kısa vadeli zarara karşı uzun vadeli faydaları tartarak bilinçli kararlar almasına olanak tanır. Cramm ve ark. (2018) bu kararlara hastanın katılımının sağlanmasının önemini vurgulamaktadır.

Kaliteli bakım sunumunun sağlanması için sağlık hizmetlerinin ve bakım sunumunun hastaların gözünden değerlendirilmesi önemlidir. Bu değerlendirme klinik görüşmeleri, bakım planlarının uygulanmasını ve bakımın etkinliğinin değerlendirilmesini kapsar. Bakım sunarken hasta değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak, aynı zamanda kapsamlı ve koordineli sağlık hizmeti sunumunu sağlamak için diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapmak çok önemlidir. Hastaların farklı kültürel kökenden geldiği göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının çeşitli kültürel uygulamalar, inançlar ve değerler konusunda anlayışa sahip olması zorunludur. Bu farkındalık, etkili iletişimi kolaylaştırmada ve bakım stratejilerinin her hastanın kendine özgü ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlanmasında hayati bir rol oynamaktadır (Matteliano, 2012: 426).

Bu yöntemin ilk adımı, bireyin sağlık koşulları dikkate alınarak tercihlerine ilişkin kesin ayrıntıların toplanmasını veya diğer aile üyelerini ve hastanın bakıcısını dahil etmeyi içerir. Toplanan bu bilgiler, hastanın sağlık ve işlevselliğinin kapsamlı bir değerlendirmesiyle bir araya getirilerek, kişinin sağlık ve yaşam hedeflerini formüle etmesine ve ifade etmesine yardımcı olmak için kullanılır. Bu hedefler, bireyin nasıl işlev görmeyi arzuladığının belirlenmesine ve gelecekteki refah durumunu tasavvur etmesine temel oluşturur (Arslanoğlu ve ark. 2019: 160).

3.5.2. Bakım Sürecine Hastanın Katılımını Sağlamak

Bireyin kendi sağlık hizmetlerine aktif katılımı, refahıyla ilgili karar verme sürecini kapsar. Bu aktif katılım, hastanın yalnızca sağlığı üzerinde kontrol sahibi olma kapasitesini arttırmakla kalmaz, aynı zamanda öz bakım becerilerinin gelişimini de teşvik eder. Ayrıca bu düzeydeki katılımın tedaviye uyumu arttırdığı da kaydedildi. Hastalar, bakımlarına aktif olarak katılarak kişisel değerlerine ve yaşam tarzı tercihlerine daha fazla uyum sağlarlar. Sağlık uygulayıcıları daha sonra bu faktörleri dikkate alan bir tedavi planı hazırlayabilir.

Hastaların sağlık hizmetleri sürecine aktif katılımını teşvik etmek için katılımlarını engelleyebilecek engellerin belirlenmesi ve ele alınması çok önemlidir. Önemli engellerden biri iletişim sorunudur. İletişimdeki zorluklar, hastaların sağlık hizmetlerine aktif olarak katılmalarını engelleyebilmektedir. Hastaların sağlıkları hakkında bilinçli kararlar verebilmelerini sağlamak için sağlık hizmeti sağlayıcılarının iletişimi geliştirmeye öncelik vermesi gerekir. Bu, sağlık bilgileri aktarılırken daha basit bir dil kullanılarak ve tıbbi jargondan kaçınılarak başarılabilir. Sağlıkla ilgili bilgilerin hastaların kolayca anlayabileceği ve yönetebileceği şekilde sunulması esastır. Ayrıca sağlık profesyonelleri, hastanın kültürüne ve diline saygı göstermenin bir yolu olarak, hastanın kültürel geçmişinde yaygın olarak kullanılan bileşenlerin adlarını öğrenmeye ve kullanmaya çaba göstermelidir. Hasta odaklı bakımın bir parçası olarak sağlık hizmeti verenlerin iletişim becerilerini sürekli geliştirmeleri ve hastalarla etkili bir şekilde iletişim kurmaları zorunludur (Stiles, 2012: 35).

Çoklu hastalıkları olan kronik hastaların sağlık durumları sadece bakım süreçlerinden etkilenmemekte, aynı zamanda aile üyeleri üzerinde de olumsuz etki yaratmaktadır. Bu sorunu çözmek için bakıcıların ve yakınlarının hastaların bakım planlarına dahil edilmesi önerilir. Bu planlar hem hastaların hem de bakıcıların ihtiyaçlarını ve yeteneklerini dikkate alacak şekilde tasarlanmıştır. Hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesiyle odak noktası aile üyelerinin katılımına kaydırılır ve onların bakım sürecinin yönetimine aktif katılımları teşvik edilir. Çeşitli araştırmaların bulguları göz önüne alındığında, hasta ve hasta yakınlarının tıbbi teşhis, muayene ve tedavi sürecine dahil edilmesinin optimal verimin sağlanması açısından hayati önem taşıdığı ortaya çıkmaktadır.

3.5.3. Hasta Konforunu Sağlamak

Hastalar genellikle hastalıklarının ve aldıkları bakımın etkisine ilişkin kaygı duyguları yaşarlar. Bu endişeler, fiziksel sağlık sorunlarının ötesine geçerek, sosyal yaşamları üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilecek kalıcı ağrı ve yorgunluğu da kapsamaktadır. Tedavi sürecindeki müdahaleler ve kurulan ilişkiler çoğu zaman ek endişe ve endişelere yol açmaktadır. Hastaların fiziksel sağlığı ve konforu için etkili destek sağlamak çok önemlidir. Bu, hastaların görüşmeler sırasında kendilerini güvende ve rahat hissetmelerinin sağlanması, endişeleri ve tıbbi durumları hakkında açık tartışmayı teşvik eden bir ortam yaratılması ve hastalıklarının hem biyolojik hem de psikososyal yönlerinin dikkate alınmasıyla başarılabilir (Lipkin ve ark. 1984: 282). . Etkili ağrı yönetimi, yeterli uyku ve hastaların günlük aktivitelere yönelik yardım ihtiyaçlarının karşılanması da sağlık uzmanları tarafından önceliklendirilmelidir. Ayrıca hastaların günlük yaşamlarında rahatlık yaşamalarının sağlanması da önemlidir. Bu da ziyaretler sırasında temiz ve konforlu alanların korunmasını ve hastaların mahremiyetine saygı gösterilmesini gerektirmektedir (Cramm, 2018: 67).

Ulusal Kalite Forumu, 2005 yılında Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları ve Sistemlerinin Hastane Tüketici Değerlendirmesi (HCAHPS) adlı bir çalışma gerçekleştirdi. Bu çalışmanın amacı, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sistemleriyle karşılaşmalarını değerlendirmektir. Bu çalışma sayesinde hastaların sağlık hizmeti deneyimlerine ilişkin algılarını ve memnuniyetlerini etkileyen çeşitli faktörler belirlendi. Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları ve Sistemlerine İlişkin Hastane Tüketici Değerlendirmesi (HCAHPS) çalışması, hastaların sağlık hizmetleriyle karşılaşmalarını değerlendirmek ve geliştirmek için değerli bir araç olarak geniş çapta kabul görmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta odaklı bakımı geliştirmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırması için bir yol haritası görevi gördü. Bu sonuçlar, hasta memnuniyetini artırmak ve sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için sağlık hizmeti sağlayıcılarının belirli alanlara yoğunlaşmasının önemini vurgulamaktadır (Bankert, 2014). Ayrıca hastalara eğitim durumları, tedavi ve bakım planı anlayışları hakkında kapsamlı açıklamalar yapılması önemlidir. Onların rızasını almak çok önemlidir, aynı zamanda onların rahatını ve esenliğini artırmak için rahat ve güvenilir bir ortamın oluşturulmasını da sağlar. Bütün bunlar hasta haklarının savunulması ilkesiyle uyumludur.

3.5.4. Hasta Haklarını Savunmak

Hasta haklarının korunması, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu hakları desteklemesini ve korumasını sağlamak gibi önemli bir görevi içerir. Bu, hastaların bilgilendirilmesi, karar alma süreçlerine dahil edilmesi, mahremiyetlerinin korunması, şikâyetlerinin ele alınması gibi çeşitli konuları kapsıyor. Sağlık kurumlarında hasta haklarının savunuculuğunu yapmak üzere 'Hasta Hakları Birimi' adı verilen özel bir birim kurulmuştur. Bu birim hastaların sorunlarının yanı sıra manevi destek de sağlamakta ve sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek aksaklıklarla ilgilenmektedir. Bu bölümdeki personel; hastalar, aileleri, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında merkezi bir iletişim noktası görevi görmektedir. Hasta hakları savunucuları, hastaların haklarını korumak için yorulmadan çalışırken, aynı zamanda onların ihtiyaçlarını anlayıp destek vermeye de çabalyor. Hasta odaklı bu yaklaşımla hasta memnuniyetinin sağlanması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın optimize edilmesi amaçlanmaktadır.

Hastaların hastalıkları ve tedavi prosedürlerine ilişkin bilgiye erişiminin sağlanması, bireylerin kendilerini değerli hissetmelerine ve sağlık hizmetlerine aktif olarak katılmalarına olanak tanıyan temel bir haktır. Hasta haklarının desteklenmesi, mahremiyetin korunmasının yanı sıra adalet ve tarafsızlığın desteklenmesini de kapsar. Adil bir sağlık sistemi, herkes için eşit muameleyi, saygıyı ve doğuştan gelen haklar olarak sınırsız erişimi gerektirir. Ayrıca bu yaklaşım, güvenilir bir hasta-hekim ittifakının gelişmesini teşvik etmekte ve halkın sağlık sistemine olan güvenini artırmaktadır. Hastanın güçlendirilmesinin desteklenmesi, hasta odaklı bakım çerçevesinde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Bu yetkilendirme, hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını optimize etmelerine ve kendi sağlık durumlarını yönetme sorumluluğunu üstlenmelerine olanak tanır (Bann, 2010: 746).

3.6. HASTA ODAKLI BAKIM ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Hasta merkezli bakımın sağlanması genellikle kaynaklar, yönetim ve etik davranışla ilgili konular da dahil olmak üzere çeşitli zorluklar nedeniyle engellenmektedir. Hasta merkezli bakıma ulaşmadaki zorluklardan biri kaynak

sınırlaması meselesidir. Bu sınırlamalar, hizmet sunumunda kaynakların yetersizliği, bu kaynakların etkin dağıtılmaması gibi çeşitli boyutları kapsamaktadır. Bu sınırlamalara örnek olarak insan kaynakları, tıbbi ekipman ve ilaç teminindeki sorunlar ile fiziksel altyapıdaki eksiklikler gösterilebilir (Longmore, 2014: 369). Özellikle hasta etkileşimi yoğun olan hemşirelerin hasta odaklı bakım sunmadaki etkinliği çeşitli faktörlere bağlanmaktadır. Bunlar arasında personel eksikliğinden kaynaklanan ağır iş yükü, vardiyalı çalışma talepleri, tükenmişlik, yetersiz iletişim, duyarsızlaşma, merhamet yorgunluğu ve hastalar ve ailelerinin yetersiz anlaşılması yer alıyor. Hem hastaların hem de sağlık profesyonellerinin bakım sürecine aktif olarak katılmalarını sağlamak önemlidir.

İdari işler, hasta merkezli bakımın uygulanmasında önemli bir engel teşkil etmektedir. Pek çok sağlık çalışanı, klinik dokümantasyon ve idari görevler gibi görevlere önemli miktarda zaman ayırdığını görüyor. Sağlık kurumları, personel yetersizliği, stres ve aşırı iletişim gibi sorunları çözmek için idari otomasyon, süreç iyileştirmeleri ve çalışanların üzerindeki idari yükü hafifletmek amacıyla destek personelinin işe alınması gibi stratejiler kullanmaktadır. Ayrıca eğitim ve rehberlik hizmetlerinin sunulması, sağlık personelinin iş yükünün azaltılmasına yardımcı olarak hasta bakımına öncelik vermelerine olanak sağlayabilir (Baboo vd., 2016: 403).

Jangland ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada sağlık bakım ortamlarında etik olmayan davranışlar konusu araştırılmıştır. Araştırmada sağlık çalışanlarının hastalara kötü muamele ettiğine ilişkin önemli bulgular ortaya çıktı. Katılımcılar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının yetkilerini kötüye kullandıkları, potansiyel olarak bireylerin ve genel olarak toplumun refahını tehlikeye attıkları durumları bildirdiler. Bu tür eylemler hem hasta güvenliğini tehlikeye atıyor hem de haklarını ihlal ediyor. Ayrıca araştırma, sağlık hizmeti sunucularının saldırgan tutumlarını benimsemelerinin memnuniyet oranlarında önemli bir düşüşe yol açtığını ortaya koymuştur (Deborah, 2009: 186). Sonuç olarak, hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki bu olumsuz etkileşimler, hastanın tedaviye aktif katılımını engellemekte ve süreç boyunca etkili iletişim ve uyum sağlamayı engellemektedir.

3.7. HASTA ODAKLI BAKIM MODELLERİ

Hasta odaklı bakım modelleri olarak da bilinen hasta odaklı bakım modelleri, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir unsurudur. Bu modeller, hastanın ihtiyaç ve tercihlerini ön planda tutarak sağlık yolculuğu boyunca sesinin duyulmasını ve değerlerine saygı duyulmasını sağlar. Bu modeller, hastayı bakımın merkezine yerleştirerek hasta memnuniyetini artırmayı, sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi ve işbirlikçi ve güçlendirici bir sağlık hizmeti deneyimini teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Hasta odaklı bakım modelleri, etkili iletişimi, ortak karar almayı ve her hastanın kendine özgü ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmiş tedavi planlarını vurgular. Bu yaklaşım güven, empati ve karşılıklı saygıya dayalı güçlü bir hasta-sağlayıcı ilişkisi kurmanın önemini kabul eder. Sağlık kuruluşları ve sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin sunumunu dönüştürmek ve daha hasta merkezli bir sağlık sistemi oluşturmak için giderek daha fazla hasta odaklı bakım modellerini benimsiyor.

Hasta merkezli bakımı geliştirmek için her biri farklı yönleri vurgulayan ve sağlık hizmetlerini iyileştirmeye yönelik kapsamlı yaklaşımlar sunan çok sayıda model oluşturulmuştur. Bu modeller sağlık hizmetlerini daha kişi merkezli, etkili ve tatmin edici hale getirmeye çalışmaktadır. Sağlık sistemleri, hasta merkezli bakımı desteklemek için bu modelleri kullanarak daha iyi sonuçlar elde edebilir ve hastaların sağlık hizmetleri deneyimlerini geliştirebilir. Sağlık kuruluşlarının hasta odaklı bakımı geliştirmek için her modelin güçlü yönlerini ele alması, değerlendirmesi ve uygulaması çok önemlidir. Bu doğrultuda ABD'de geliştirilen ve bireysel ihtiyaçların karşılanmasında etkili olduğu kanıtlanmış olan Picker Institute Modeli (Picker Commonwealth Dimensions), Institute for Family Centered Care ve Çınarağacı Modelini (Planetree Modeli) incelenmiştir.

3.7.1. Picker Enstitü Modeli

Sağlık alanında bir araştırma kuruluşu olan Picker Institute, yenilikçi programlar geliştirerek hasta deneyimini iyileştirmeye kendini adanmıştır. Bu programlardan biri, Picker Institute tarafından oluşturulan ve sağlık kurumlarında hizmet sunumunun kalitesini değerlendirmek için kapsamlı bir araç görevi gören sekiz boyutlu ölçüm modelidir. Bu model Avrupa, Kanada ve ABD'de çok sayıda kuruluş

tarafından yaygın bir şekilde tanındı ve benimsendi. Bu modelin kapsadığı boyutlar arasında doktor-hasta iletişimi, hasta güvenliği, eğitim ve bilgilendirme, aile ve sosyal destek, duygusal destek, fiziksel konfor, hasta ihtiyaçlarına saygı ve bakım koordinasyonu yer almaktadır. Sağlık kurumları bu boyutları kullanarak genel hasta deneyimini etkili bir şekilde değerlendirip iyileştirebilir, sonuçta hizmet kalitesinin artmasına ve daha iyi sağlık sonuçlarına yol açabilir (Erodğan ve ark. 2020: 111).

3.7.2. Birey ve Aile Odaklı Bakım Enstitü Modeli (PFCC)

Birey ve Aile Odaklı Bakım Enstitüsü Modeli (PFCC), bireyler ve aileleri için kişiselleştirilmiş bakımı önceliklendiren bir çerçevedir. Bu model, sağlık hizmetlerinin her hastanın ve sevdiklerinin benzersiz ihtiyaç ve tercihlerini karşılayacak şekilde uyarlanmasının önemini vurgulamaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, PFCC yaklaşımını benimseyerek hastaların bakım ve karar alma süreçlerinde aktif katılımcılar olmalarını sağlayabilir. Bu model, sağlık hizmetlerine aile katılımının önemini kabul etmekte ve sağlık profesyonelleri ile aileler arasındaki işbirliğini teşvik etmektedir. Mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için. PFCC modeli sayesinde sağlık kuruluşları, hasta odaklı bakımı teşvik eden ve bireyler ve aileleri için genel sağlık hizmeti deneyimini geliştiren destekleyici ve kapsayıcı bir ortam yaratabilir.

1992 yılında kurulan aile merkezli bakım kavramı, sağlık hizmeti alan bireyin, ailenin ihtiyaçlarının karşılanması, bakıma katılımın teşvik edilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sağlanması arasındaki bağlantıya odaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik bu yaklaşım, ailelerin tıbbi bakım sağlamada oynadığı önemli rolü kabul eder; bireyler, aileler ve sağlık uzmanları arasındaki işbirliğini teşvik eder ve bireylerin ve ailelerin benzersiz güçlerine, deneyimlerine ve kültürel geçmişlerine değer verir. Bireysel ve aile merkezli bakım modeli, duygusal, sosyal ve gelişimsel destek sağlayarak sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul edilmekte ve her yaşta bireyin sağlık ve refahının geliştirilmesinde ailelerin önemi vurgulanmaktadır (Özpuat, 2017: 78). Bu modelin temelinde, her hastanın özel ihtiyaçlarını karşılayan özelleştirilmiş bakım planları geliştirmeyi amaçlayan Bireyselleştirilmiş Bakım Planları bulunmaktadır. Bu bağlamda hastaların ve ailelerinin sağlık hizmeti sunumuna katılımı büyük önem taşımaktadır.

Etkili hizmet sunumu, sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileleri arasında açık iletişim ve işbirliğini gerektirir. Sağlık alışanlarının eğitilmesi ve bilinçlendirilmesine odaklanan bu modelde, birey ve aile merkezli bakımın ilke ve uygulamaları vurgulanmaktadır. Hastalara ve ailelerine destek, bireye ve sevdiklerine odaklanan bakım modelinin çok önemli bir yönüdür. Bu model, hastalığın seyri boyunca duygusal, psikolojik ve sosyal desteğin önemini kabul etmektedir. Hastaların ve ailelerinin gerekli desteği alması ve kaynaklara erişiminin sağlanması büyük önem taşıyor. Hasta ve aile geri bildirimlerinden yararlanmak, sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması ve yükseltilmesinde önemli bir araçtır (elik, 2018: 27).

3.7.3. Planetree Modeli

Planetree, sağlık kurumlarının nasıl geliştirilebileceğine dair net bir vizyonla 1978 yılında kuruldu. Planetree'nin temel amacı, hastaların genel deneyimini ve memnuniyetini artırarak sağlık hizmetlerinin sağlanması devrim yaratmaktır (Frampton, 2001: 4).

Bu modelin uygulaması, farklı büyüklükleri kapsayacak şekilde leğine göre değişiklik göstermektedir. Bu boyutlar insan etkileşimini kapsamakta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasındaki etkileşimde kişisel bakım, nezaket ve empati gibi unsurların önemini vurgulamaktadır. Model, hastalar ve sağlık uzmanları arasında olumlu ve destekleyici ilişkilerin geliştirilmesinin iyileşme sürecini büyük ölçüde etkileyebileceğini ve katkıda bulunabileceğini ne sürüyor.

Hasta bilgilerinin ve eğitiminin sağlanması, hizmetlerin sunumunda çok önemlidir; hastaların ve ailelerinin bilinçli kararlar vermesini sağlar.

Hasta yakınlarının katılımı ve yardımı, hasta bakımında hayati bir rol oynamakta ve işbirliğinin önemini vurgulamaktadır.

Bu modelin odak noktası sağlıklı beslenme uygulamalarını teşvik etmek ve desteklemektir. Beslenme programlarının hastaların iyileşmesinde ve refahında rol oynaması çok önemlidir.

Manevi Refah için İç Kaynaklardan Yararlanma: Hastaların, manevi ihtiyaçlarını karşılamak için kendi iç g ve maneviyat depolarından yararlanmaları teşvik edilir.

Hastayla Temasin İyileştirici Gücü: Hasta merkezli bakımın öneminin bilincinde olarak, fiziksel temas ve dokunma, hastaya konfor sağlama ve iyileşmeyi kolaylaştırma aracı olarak kullanılır.

Sanatın, özellikle de müziğin ve görsel sanatların gücü, iyileşmeyi destekleme yeteneğiyle kabul edilmektedir. Hastaların iyileşme süreci buldukları ortamın mimarisi ve tasarımından etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık bakım ortamlarında iyileştirici ve destekleyici ortamların oluşturulması çok önemlidir.

Shaller'e (2007: 4) göre tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin entegrasyonu, geleneksel tıp uygulamalarının yanı sıra, bireylerin farklı ihtiyaçlarına yönelik çeşitli tedavi yöntemlerinin de kullanılmasını önermektedir.

3.7.4. Hasta Odaklı Bakımın Sağlık Kurumu Yönetimi Açısından Avantajları

İnsan refahının birincil belirleyicisi bireyin kendisinde yatmaktadır. Diyet seçimleri, yaşam tarzı, uyku düzeni ve fiziksel aktivite gibi çeşitli faktörler kişinin genel sağlığını doğrudan etkiler. Sonuç olarak bireyler kendi refahlarının sorumluluğunu taşırlar. Hastalık yükünü taşıyanların, sağlık hizmetlerinin zamanlaması, yeri ve sağlayıcısı konusunda bilgi sahibi olmaları ve karar alma süreçlerine aktif olarak katılmaları gerekmektedir. Hastaların tıbbi bakımlarının sonuçlarına ilişkin, genellikle sağlık durumlarının iyileştirilmesini, hafifletilmesini veya istikrara kavuşturulmasını içeren belirli beklentileri vardır (Alahdab, 2019: 23).

Literatür incelendiğinde hasta odaklı bakımın hastalardan olumlu geri bildirim almada önemli bir rol oynadığı, aynı zamanda sağlık bakım maliyetlerini ve eşitsizlikleri azalttığı ortaya çıkıyor. Ayrıca bakımın kalitesini artırır ve olumlu sağlık sonuçlarını destekler. Hasta odaklı bakım aynı zamanda masrafların azalmasına, memnuniyet oranlarının artmasına, tedavi planlarına daha iyi uyum sağlanmasına, doktor memnuniyetinin artmasına ve daha az ciddi komplikasyonların ve acil servis ziyaretlerinin azalmasına yol açar. Hasta merkezli bakımın ek avantajları arasında yanlış tedavi vakalarında algılanan bir azalma, daha düşük enfeksiyon oranları, gelişmiş hasta işlevselliği, gelişmiş sağlık hizmetleri ve hastaların kendi sağlık durumlarının

sorumluluğunu üstlenmesi yer alır. Ayrıca hasta memnuniyeti yanında sağlık personelinin memnuniyetinin de arttığı belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2014: 38).

Hasta merkezli standartların dahil edilmesi, yalnızca hastayla ortak karar alma sürecine dahil olmayı değil, aynı zamanda kuruluşun kalite arayışında hastanın bakış açısına değer vermeyi de gerektirir. Çalışmalar, hastanın aktif katılımının hasta memnuniyeti, hizmet prosedürleri, sonuçlar, masraflar ve hatta çalışanların memnuniyeti üzerinde yararlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Hasta Aktivasyon Ölçümü (PAM) veya hasta katılım ölçümü, hasta katılımının derecesini değerlendirmek için kullanılan en yaygın araçtır. Hastaları dört farklı seviyeye kategorize eden bu ölçüm, katılımlarının boyutunu ölçer. Seviye 1'de hastalar pasif bir tavır sergilerler ve sağlık durumlarını etkili bir şekilde kontrol etme becerisinden yoksundurlar. Seviye 2'de hastalar yetersizlik duygusu yaşayabilir ve sağlık sorunlarını etkili bir şekilde ele almak için gerekli kaynaklara ve uzmanlığa sahip olamayabilirler. Seviye 3'e geçildiğinde, hastalar sağlık sorunlarını yönetmek için harekete geçmeye hazırdır ancak özgüven ve algılanan becerilerde eksiklik ile mücadele ederler. Seviye 4'te bireyler sağlıklarını korumak için çok sayıda olumlu davranışı benimsemişlerdir. Ancak günlük yaşamın zorlukları bu alışkanlıkları sürdürme yeteneklerini engelleyebilir. Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme girişimleri geleneksel olarak sağlık profesyonelleri ve kurumları tarafından belirlenen standartlara ve önlemlere odaklanırken, hasta deneyimi, beklentileri ve memnuniyeti sıklıkla göz ardı edilmiştir. Hasta merkezli bakım yaklaşımında hasta katılım düzeylerinin incelenmesi, hastanın bakış açısının göz ardı edilmemesinin önemini vurgulamaktadır. Veriler, artan hasta katılımının daha iyi sonuçlara ve maliyet düşüşüne yol açtığını açıkça göstermektedir (Alahdab, 2019: 25).

Hasta merkezli bakımın sağlanması, her hastanın benzersiz ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamak için duyarlı ve kişiye özel bir yaklaşımı içerir. Bu yaklaşım hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemekte ve sağlık kurumlarına duyulan güven duygusunu güçlendirmektedir. Sağlık çalışanları ile hastalar arasında etkili ve açık iletişim teşvik edilerek hastaların tedavilerine aktif katılımı sağlanmaktadır. Hasta odaklı bakım, hastaların özel ihtiyaçlarını, tercihlerini ve yaşam koşullarını dikkate alan bireyselleştirilmiş tedavi planlarına öncelik vererek, daha etkin ve hasta odaklı sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunuyor. Bu model yalnızca hastalıkların tedavisine

odaklanmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık eğitimi, tarama programları ve risk faktörlerinin yönetimi gibi hastalıkları önlemeye yönelik stratejileri de içerir. Hasta odaklı bakım, hastanın tedavi planlarına uyumunu artırarak sağlık sonuçlarının iyileşmesine ve sağlık çalışanları arasında iş tatmininin ve motivasyonunun artmasına yol açar.

Çalışanlar, hastalarla daha derin bir bağ kurarak, tedavi yolculuklarına aktif olarak katılarak ve hasta memnuniyeti açısından olumlu sonuçlara tanık olarak daha yüksek iş tatmini yaşayabilirler. Bu avantajlar, sağlık kuruluşlarının daha verimli, hasta odaklı ve kalıcı sağlık hizmetleri çözümleri sunmalarına olanak sağlar. Hasta odaklı bakıma öncelik vermek, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılamak için çok önemli bir yaklaşımdır. Günümüzde sağlık maliyetlerinin artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması, yaşlanan nüfus ve bireylerin kendilerini tedavi etme eğilimlerinin artması gibi çeşitli faktörlerin, insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için etkin ve verimli sistemlere olan gerekliliği arttırmaktadır. Bu bağlamda Tıp Enstitüsü- Robert Wood Johnson Vakfı girişi tarafından yayınlanan raporlar, bu ihtiyaçların karşılanmasında hemşirelerin önemli bir rol oynadığını vurgular. Hemşireler, yüksek kalitede, güvenli, hasta merkezli, erişilebilir bir bakım sisteminin oluşturulmasında etkin rol üstlendiğini göstermesine yönelik farkındalık yaratmıştır. (Jahani vd. 2016: 45). Hemşireler, hastaların ihtiyaçlarına uygun şekilde bakım sağlar, tedavi planını uygulurlar, hasta eğitimini gerçekleştirirler. Hemşirelerin fazla sorumluluk alması aynı zamanda liderlik rolü üstlenmesini, sağlık hizmetlerinin daha iyi koordine edilmesini sağlayabilir.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sunulması yaklaşımı olan hasta odaklı bakım, hizmeti sunucuları ve hastalar arasında karşılıklı güvene dayalı iş birliği fikrine dayanmaktadır. Bununla beraber düşük maliyetli ya da gereksiz tetkik, tedavi, hastane yatışlarını ve doktor tavsiyelerini azaltırken hasta çıktılarını ve deneyimlerini kolaylaştırmak için düzenlenmiştir. Bu uygulamalar hasta konsültasyonu ve raporlanması tarafından değerlendirilir (Miller vd. 2009: 1). Hastane yönetiminin temel amaçlarından biri olan 'Hasta güvenliği' konusunda da 2007 yılında Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (ACSQHC) ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hasta odaklı bakım yaklaşımını hastaların emniyetini arttırmanın yolu olarak görmüştür. Hasta odaklı bakım yaklaşımı hastaların sağlık durumları hakkında

bilgilendirilmesini ve bu bilgilerin doğru ve güvenilir bir şekilde iletilmesini sağlar. Hasta güvenliği standartlarını ve kalite iyileştirme çabalarını destekler. Hastalıkların azaltılması, enfeksiyon kontrolü ve prosedür standartlarının takibi gibi önlemler bakımın bir parçası olarak güçlendirilir. Bu uygulamalar sayesinde hem hastanın hemde klinik personelinin memnuniyeti artırılır (Deloney, 2018: 120)



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma “tarama modeli” şeklinde geliştirilmiştir. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009, s.77).

4.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı yüksektir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı yaşa göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı tecrübeye göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı yöneticilik tecrübesine göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı kendine bağlı kaç kişiyle çalışıldığına göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı kendine bağlı kaç ekiple çalışıldığına göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı çalışılan şehire göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı kaç farklı kurumda yönetici olarak çalışıldığına göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı sağlık yönetimi lisans veya lisansüstü eğitimi alma durumuna Göre göre farklılık göstermektedir.

H0: Hastane yöneticilerinin hasta odaklı bakım algısı medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

4.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini iki özel hastanede görev yapan yöneticiler oluşturmaktadır. Örneklemine rastgele örnek metodu ile ulaşılabilir 93 yönetici oluşturmaktadır.

4.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi uygulanmıştır. Ankette katılımcıların kişisel bilgi formu ve hasta odaklı bakım düzeyini belirlemeye yönelik bir ölçek içermektedir. Hasta odaklı bakım algısını tespit etme amaçlı kullanılan ölçek, ilgili literatür incelenerek ifadeler şeklinde hazırlanmıştır. Baş (2001) tarafından vurgulandığı üzere, likert ölçek tasarlanırken literatür araştırması yapılması ve uzman görüşü alınması önerilmiştir. Ölçek, katılımcıların ifadelerle onaylama ve kabul etmeme derecelerini belirtmelerini istediği, 1'den 5'e kadar numaralandırılmış 14 Likert tipi maddeden meydana gelmektedir.

Tablo 1: Hasta Odaklı Bakım Ölçeği İfadeleri

İfadeler	Kaynak
Hasta gereksinimleri belirlenmektedir	Özdelikara ve Mehtap (2013)
Hasta önerileri alınır ve değerlendirilir	Başol ve Abdülkadir (2015)
Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulmaktadır	Übeyli ve Güler (2003)
Hasta memnuniyetini ölçmek için hastalarla iletişim kurulmaktadır	Kılıç ve Topuz (2015), Tübey (2023)
Kurumum hasta istek ve ihtiyaçlarını belirlemedeki başarısı yüksektir.	Kıdak ve Aksaraylı (2009), Dalkılıç ve Kurtoğlu (2021)
Hastalardan gelecek geribildirim için sosyal medya veya da web-tabanlı teknolojilerin kullanılmaktadır	Toygar (2018)
Hasta beklentisini karşılamak ve bu beklentiyi aşmak için sağlık hizmetlerimizde yenilikler yapılmaktadır	Karaca (2014)
Hasta şikayetlerinin dikkate alınır ve gelecekte benzer şikayetlerle karşılaşmamak için etkin bir şekilde çözülür	Yalçınkaya ve Güçlü (2023)
Kurumda hasta bilgilendirme sistemi kullanılmaktadır	Şengün (2016)
Hastanın sorun, kaygı ve ihtiyaçlarının açığa çıkarılması sağlanmaktadır	Kumbasar (2016)
Hekim ve hasta arasında sürekli ilişki geliştirilmektedir	Öngören (2017)
Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmektedir	Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019)
Tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturulmaktadır	Kumbasar (2016)
Aile ve yakınları tedavi ve bakım sürecine dâhil edilmektedir	Erdoğan ve Kırılmaz (2020)

Hasta odaklı bakım ölçeği için güvenilirlik ve geçerlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin genel güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği $\alpha=0.886$ olarak oldukça yüksek saptanmıştır. Ölçeğin madde analizi sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 2: Hasta Odaklı Bakım Ölçeği Madde Analizi

	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Crombach Alpha
Hasta gereksinimleri belirlenmektedir	,685	,872
Hasta önerileri alınır ve değerlendirilir	,504	,881
Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulmaktadır	,383	,886
Hasta memnuniyetini ölçmek için hastalarla iletişim kurulmaktadır	,479	,882
Kurumum hasta istek ve ihtiyaçlarını belirlemedeki başarısı yüksektir.	,610	,876
Hastalardan gelecek geribildirim için sosyal medya ve ya da web-tabanlı teknolojilerin kullanılmaktadır	,528	,880
Hasta beklentisini karşılamak ve bu beklentiyi aşmak için sağlık hizmetlerimizde yenilikler yapılmaktadır	,628	,875
Hasta şikayetlerinin dikkate alınır ve gelecekte benzer şikayetlerle karşılaşmamak için etkin bir şekilde çözülür	,497	,881
Kurumda hasta bilgilendirme sistemi kullanılmaktadır	,649	,874
Hastanın sorun, kaygı ve ihtiyaçlarının açığa çıkarılması sağlanmaktadır	,698	,871
Hekim ve hasta arasında sürekli ilişki geliştirilmektedir	,580	,877
Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmektedir	,653	,874
Tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturulmaktadır	,591	,877
Aile ve yakınları tedavi ve bakım sürecine dâhil edilmektedir	,390	,885

Madde analizi sonucunda ölçeğin maddelerinin çıkarılması durumunda güvenilirliklerinin azaldığı ve madde toplam korelasyon değerlerinin oldukça yüksek (>0.30) olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı(açımlayıcı) faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=0.864>0,60$) örnekleminin faktör analizi için yeterli büyüklükte

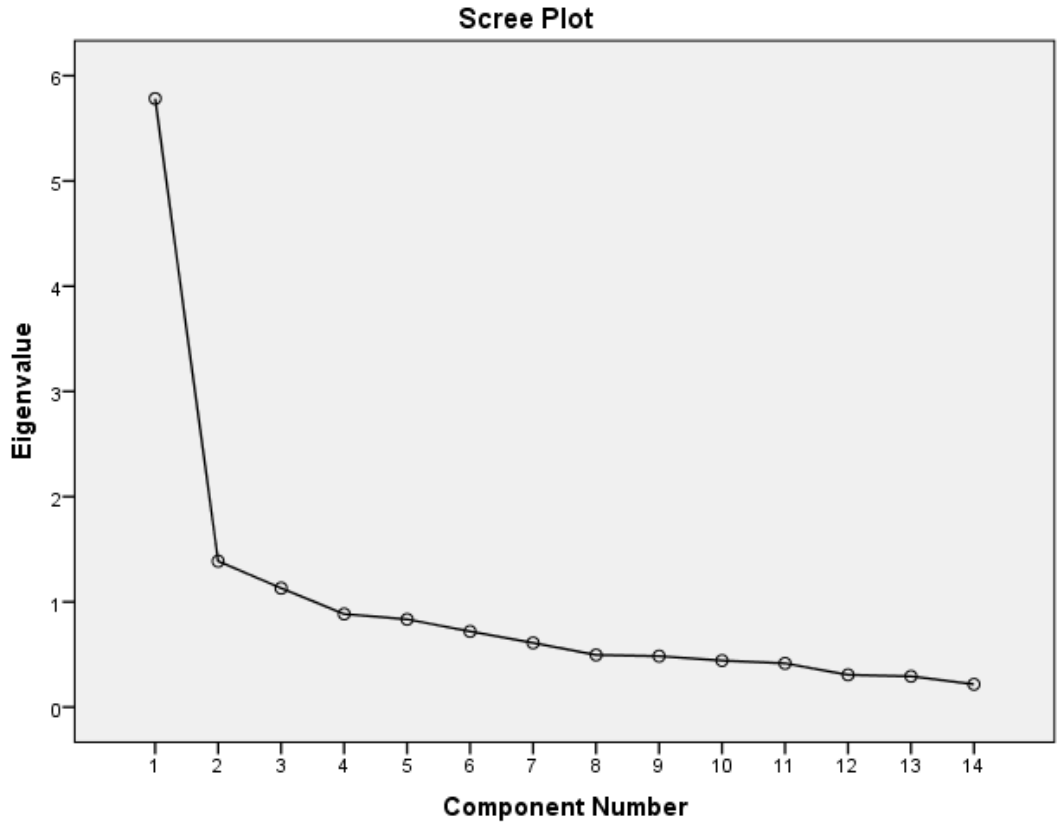
olduğu belirlenmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi tercih edilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının korunması amaçlanmıştır. Faktör analizi sonucunda, değişkenlerin toplam açıklanan varyansının %59.283 olduğu ve tek bir faktör altında toplandığı gözlemlenmiştir. Oluşan faktör yapısı ölçeği aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3: Hasta Odaklı Bakım Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Faktör Yüğü
Tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturulmaktadır	0,760
Aile ve yakınları tedavi ve bakım sürecine dâhil edilmektedir	0,758
Hekim ve hasta arasında sürekli ilişki geliştirilmektedir	0,644
Hastanın sorun, kaygı ve ihtiyaçlarının açığa çıkarılması sağlanmaktadır	0,610
Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmektedir	0,766
Hasta önerileri alınır ve değerlendirilir	0,761
Hastalardan gelecek geribildirim için sosyal medya ve ya da web-tabanlı teknolojilerin kullanılmaktadır	0,606
Hasta gereksinimleri belirlenmektedir	0,568
Kurumda hasta bilgilendirme sistemi kullanılmaktadır	0,463
Hasta şikayetlerinin dikkate alınır ve gelecekte benzer şikayetlerle karşılaşmamak için etkin bir şekilde çözülür	0,727
Hasta memnuniyetini ölçmek için hastalarla iletişim kurulmaktadır	0,703
Hasta beklentisini karşılamak ve bu beklentiyi aşmak için sağlık hizmetlerimizde yenilikler yapılmaktadır	0,681
Kurumum hasta istek ve ihtiyaçlarını belirlemedeki başarısı yüksektir.	0,613
Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulmaktadır	0,555
Toplam Varyans=%59.283; Genel Güvenirlik (Alpha)=0.886	

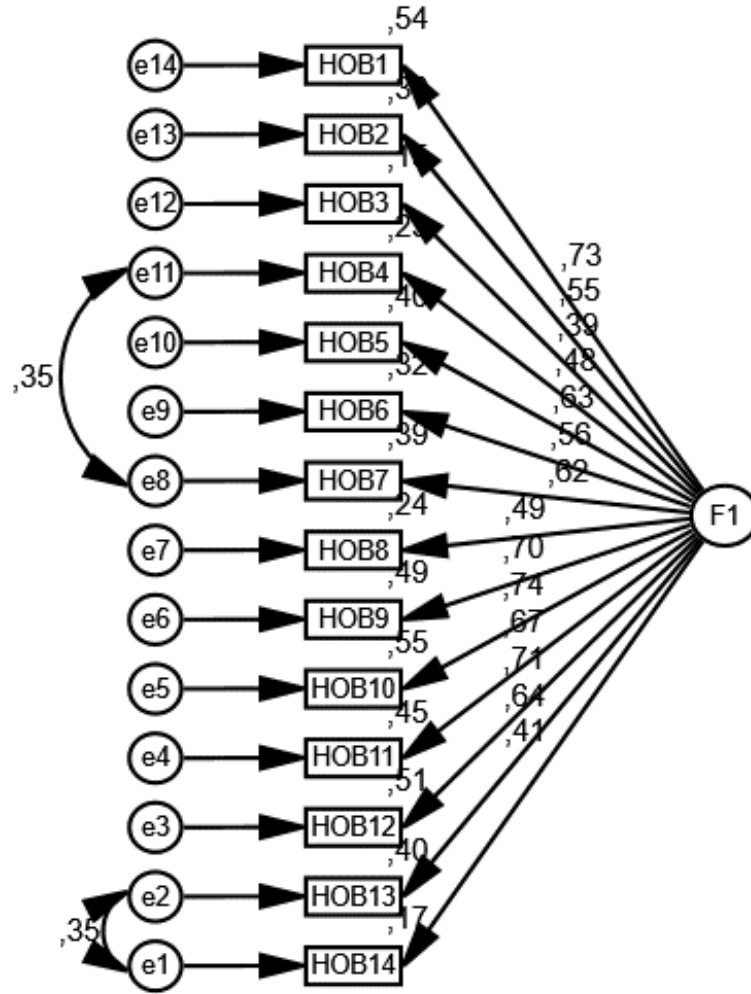
Ölçeğin faktör yapısına ilişkin Scree plot (Özdeğer Saçılım) grafiği aşağıda verilmektedir.

Şekil 2: Saçılım Grafiği



Özdeğer saçılım grafiği araştırıldığında birinci faktörleme ardından kırılma yaşandığı belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analize ilişkin diyagram aşağıda verilmektedir.

Şekil 3: Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram



Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği kriterleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 4: Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
χ^2/sd	<2	<5	1,59
GFI	>0.95	>0.90	0.90
AGFI	>0.95	>0.90	0.90
CFI	>0.95	>0.90	0.93
RMSEA	<0.05	<0.08	0.06
RMR	<0.05	<0.08	0.03

*, ** Kaynaklar: (Şimşek, 2007; Hooper and Mullen 2008; Schumacker and Lomax, 2010; Waltz, Strickland and Lenz 2010; Wang and Wang, 2012; Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidell, 2007).

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır. Standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 5: Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri

Maddeler ve Faktörler			β	Std. B	S.Hata	t	P
HOB14	<---	F1	1,000	,409			
HOB13	<---	F1	1,552	,635	,366	4,242	p<0,001
HOB12	<---	F1	1,827	,713	,494	3,700	p<0,001
HOB11	<---	F1	1,964	,668	,543	3,619	p<0,001
HOB10	<---	F1	2,127	,741	,568	3,745	p<0,001
HOB9	<---	F1	1,797	,698	,489	3,675	p<0,001
HOB8	<---	F1	1,459	,494	,459	3,180	,001
HOB7	<---	F1	1,737	,625	,492	3,529	p<0,001
HOB6	<---	F1	1,708	,563	,505	3,383	p<0,001
HOB5	<---	F1	1,643	,634	,463	3,551	p<0,001
HOB4	<---	F1	1,464	,482	,467	3,136	,002
HOB3	<---	F1	1,040	,388	,374	2,778	,005
HOB2	<---	F1	1,438	,550	,429	3,348	p<0,001
HOB1	<---	F1	1,985	,732	,532	3,731	p<0,001

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır.

4.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan yöneticilerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 6: Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Hasta Odaklı Bakım	0,321	-1,763

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Yöneticilerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) analizlerinden faydalanılmıştır.

BULGULAR ve YORUMLAR

Yöneticilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7: Yöneticilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çalışılan Şehir	Ankara	46	49,5
	İstanbul	47	50,5
Cinsiyet	Erkek	42	45,2
	Kadın	51	54,8
Yaş	35 ve Altı	31	33,3
	36-40	19	20,4
	41-45	21	22,6
	46 ve Üzeri	22	23,7
Medeni Durum	Evli	55	59,1
	Bekar	38	40,9
Yönetici Olarak Tecrübe	1-3 Yıl	12	12,9
	4-6 Yıl	19	20,4
	7-9 Yıl	26	28,0
	10-12 Yıl	18	19,4
	12 Yıl Üzeri	18	19,4
Hastanede Yöneticilik Tecrübesi	1-3 Yıl	17	18,3
	4-6 Yıl	17	18,3
	7-9 Yıl	28	30,1
	10-12 Yıl	12	12,9
	12 Yıl Üzeri	19	20,4
Kaç Farklı Kurumda Yönetici Olarak Çalışıldığı	1	56	60,2
	2 ve Üzeri	37	39,8
Sağlık Yönetimi Lisans Veya Lisansüstü Eğitimi Alma	Evet	35	37,6
	Hayır	58	62,4
Kendine Bağlı Kaç Ekiple Çalışıldığı	1	33	35,5
	2	30	32,3
	3 ve Üzeri	30	32,3
Kendine Bağlı Kaç Kişiyle Çalışıldığı	10 ve Altı	21	22,6
	11-50	49	52,7
	51 ve Üzeri	23	24,7

Yöneticiler çalışılan şehire göre 46'sı (%49,5) Ankara, 47'si (%50,5) İstanbul olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler cinsiyete göre 42'si (%45,2) erkek, 51'i (%54,8) kadın olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler yaşa göre 31'i (%33,3) 35 ve altı, 19'u (%20,4) 36-40, 21'i (%22,6) 41-45, 22'si (%23,7) 46 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler medeni duruma göre 55'i (%59,1) evli, 38'i (%40,9) bekar olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler yönetici olarak tecrübeye göre 12'si (%12,9) 1-3 yıl, 19'u (%20,4) 4-6 yıl, 26'sı (%28,0) 7-9 yıl, 18'i (%19,4) 10-12 yıl, 18'i (%19,4) 12 yıl üzeri olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler hastanede yöneticilik tecrübesine göre 17'si (%18,3) 1-3 yıl, 17'si (%18,3) 4-6 yıl, 28'i (%30,1) 7-9 yıl, 12'si (%12,9) 10-12 yıl, 19'u (%20,4) 12 yıl üzeri olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler kaç farklı kurumda yönetici olarak çalışıldığına göre 56'sı (%60,2) 1, 37'si (%39,8) 2 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler sağlık yönetimi lisans veya lisansüstü eğitimi alma durumuna göre 35'i (%37,6) evet, 58'i (%62,4) hayır olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler kendine bağlı kaç ekiple çalışıldığına göre 33'ü (%35,5) 1, 30'u (%32,3) 2, 30'u (%32,3) 3 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Yöneticiler kendine bağlı kaç kişiyle çalışıldığına göre 21'i (%22,6) 10 ve altı, 49'u (%52,7) 11-50, 23'ü (%24,7) 51 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Tablo 8: Yöneticilerin Tanımlayıcı Özellikleri Göre Ortalamaları

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
	Ort	Ss
Yaş	39,740	7,262
Kendine Bağlı Kaç Ekiple Çalışıldığı	2,410	1,727
Kendine Bağlı Kaç Kişiyile Çalışıldığı	73,800	175,289

Yöneticilerin “yaş” ortalaması $39,740 \pm 7,262$ (Min=26; Maks=61), “kendine bağlı kaç ekiple çalışıldığı” ortalaması $2,410 \pm 1,727$ (Min=1; Maks=9), “kendine bağlı kaç kişiyle çalışıldığı” ortalaması $73,800 \pm 175,289$ (Min=3; Maks=1063) olarak

belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren yöneticilerin hasta odaklı bakım konusuna ilişkin yanıtlarının yayılımları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 9: Yöneticilerin Hasta Odaklı Bakım Konusuna İlişkin Yanıtlarının Yayılımları

	Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		Ort	Ss
	f	%	f	%	F	%	f	%		
Hasta gereksinimleri belirlenmektedir	1	1,1	1	1,1	39	41,9	52	55,9	4,530	0,582
Hasta Önerileri Alınır ve Değerlendirilir	1	1,1	1	1,1	56	60,2	35	37,6	4,340	0,561
Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulmaktadır	0	0,0	10	10,8	61	65,6	22	23,7	4,130	0,575
Hasta memnuniyetini ölçmek için hastalarla iletişim kurulmaktadır	1	1,1	5	5,4	32	34,4	55	59,1	4,520	0,653
Kurumum Hasta İstek ve İhtiyaçlarını Belirlemedeki Başarısı Yüksekler.	0	0,0	3	3,2	49	52,7	41	44,1	4,410	0,556
Hastalardan Gelecek Geribildirim İçin Sosyal Medya ve Ya Da Web-tabanlı Teknolojilerin Kullanılmaktadır	1	1,1	5	5,4	38	40,9	49	52,7	4,450	0,651
Hasta Beklentisini Karşılama ve Bu Beklentiyi Aşmak İçin Sağlık Hizmetlerimizde Yenilikler Yapılmaktadır	1	1,1	2	2,2	46	49,5	44	47,3	4,430	0,597
Hasta Şikayetlerinin Dikkate Alınır ve Gelecekte Benzer Şikayetlerle Karşılaşmamak İçin Etkin Bir Şekilde Çözülür	1	1,1	4	4,3	31	33,3	57	61,3	4,550	0,634
Kurumda hasta bilgilendirme sistemi kullanılmaktadır	1	1,1	0	0,0	33	35,5	59	63,4	4,610	0,552
Hastanın Sorun, Kaygı ve İhtiyaçlarının Açığa Çıkarılması Sağlanmaktadır	0	0,0	6	6,5	29	31,2	58	62,4	4,560	0,616
Hekim ve Hasta Arasında Sürekli İlişki Geliştirilmektedir	0	0,0	7	7,5	40	43,0	46	49,5	4,420	0,631
Hastanın Değerlerine, Tercihlerine ve İhtiyaçlarına Saygı Gösterilmektedir	0	0,0	3	3,2	29	31,2	61	65,6	4,620	0,550
Tedavi ve Bakım Sürecinde Bütünlük ve Düzen Oluşturulmaktadır	0	0,0	2	2,2	29	31,2	62	66,7	4,650	0,524
Aile ve Yakınları Tedavi ve Bakım Sürecine Dâhil Edilmektedir	0	0,0	4	4,3	15	16,1	74	79,6	4,750	0,525

Araştırmaya katılan yöneticilerin hasta odaklı bakım konusunun ifadelerine ilişkin yanıtları araştırıldığında;

“*Hasta Gereksinimleri Belirlenmektedir*” üzerine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %1,1'i (n=1) bazen, %41,9'u (n=39) çoğu zaman, %55,9'u (n=52) her zaman

yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hasta gereksinimleri belirlenmektedir” önermesine büyük ($\bar{x}=4,530$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“*Hasta Önerileri Alınır ve Değerlendirilir*” ifadesine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %1,1'i (n=1) bazen, %60,2'si (n=56) çoğu zaman, %37,6'sı (n=35) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hasta önerileri alınır ve değerlendirilir” önermesine büyük ($\bar{x}=4,340$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“*Hastalara Yönelik Yeni Alanların Oluşturulmaktadır*” ifadesine yöneticilerin, %10,8'i (n=10) bazen, %65,6'sı (n=61) çoğu zaman, %23,7'si (n=22) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hastalara yönelik yeni alanların oluşturulmaktadır” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,130$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“*Hasta Memnuniyetini Ölçmek İçin Hastalarla İletişim Kurulmaktadır*” ifadesine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %5,4'ü (n=5) bazen, %34,4'ü (n=32) çoğu zaman, %59,1'i (n=55) her zaman şeklinde cevaplamıştır. Yöneticilerin “hasta memnuniyetini ölçmek için hastalarla iletişim kurulmaktadır” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,520$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“*Kurumum Hasta İstek ve İhtiyaçlarını Belirlemedeki Başarısı Yüksek*” ifadesine yöneticilerin, %3,2'si (n=3) bazen, %52,7'si (n=49) çoğu zaman, %44,1'i (n=41) her zaman şeklinde cevaplamıştır. Yöneticilerin “kurumum hasta istek ve ihtiyaçlarını belirlemedeki başarısı yüksektir.” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,410$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“*Hastalardan Gelecek Geribildirim İçin Sosyal Medya ve Ya Da Web-tabanlı Teknolojilerin Kullanılmaktadır*” ifadesine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %5,4'ü (n=5) bazen, %40,9'u (n=38) çoğu zaman, %52,7'si (n=49) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hastalardan gelecek geribildirim için sosyal medya ve ya da web-tabanlı teknolojilerin kullanılmaktadır” önermesine büyük ($\bar{x}=4,450$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“*Hasta Beklentisini Karşılama ve Bu Beklentiyi Aşmak İçin Sağlık Hizmetlerimizde Yenilikler Yapılmaktadır*” ifadesine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %2,2'si (n=2) bazen, %49,5'i (n=46) çoğu zaman, %47,3'ü (n=44) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hasta beklentisini karşılamak ve bu beklentiyi aşmak için sağlık hizmetlerimizde yenilikler yapılmaktadır” önermesine büyük ($\bar{x}=4,430$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hasta Şikayetlerinin Dikkate Alınır ve Gelecekte Benzer Şikayetlerle Karşılaşmamak İçin Etkin Bir Şekilde Çözülür” ifadesine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %4,3'ü (n=4) bazen, %33,3'ü (n=31) çoğu zaman, %61,3'ü (n=57) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hasta şikayetlerinin dikkate alınır ve gelecekte benzer şikayetlerle karşılaşmamak için etkin bir şekilde çözülür” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,550$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Kurumda Hasta Bilgilendirme Sistemi Kullanılmaktadır” ifadesine yöneticilerin, %1,1'i (n=1) nadiren, %35,5'i (n=33) çoğu zaman, %63,4'ü (n=59) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “kurumda hasta bilgilendirme sistemi kullanılmaktadır” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,610$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastanın Sorun, Kaygı ve İhtiyaçlarının Açığa Çıkarılması Sağlanmaktadır” ifadesine yöneticilerin, %6,5'i (n=6) bazen, %31,2'si (n=29) çoğu zaman, %62,4'ü (n=58) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hastanın sorun, kaygı ve ihtiyaçlarının açığa çıkarılması sağlanmaktadır” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,560$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir..

“Hekim ve Hasta Arasında Sürekli İlişki Geliştirilmektedir” ifadesine yöneticilerin, %7,5'i (n=7) bazen, %43,0'ı (n=40) çoğu zaman, %49,5'i (n=46) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hekim ve hasta arasında sürekli ilişki geliştirilmektedir” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,420$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastanın Değerlerine, Tercihlerine ve İhtiyaçlarına Saygı Gösterilmektedir” ifadesine yöneticilerin, %3,2'si (n=3) bazen, %31,2'si (n=29) çoğu zaman, %65,6'sı (n=61) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmektedir” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,620$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Tedavi ve Bakım Sürecinde Bütünlük ve Düzen Oluşturulmaktadır” ifadesine yöneticilerin, %2,2'si (n=2) bazen, %31,2'si (n=29) çoğu zaman, %66,7'si (n=62) her zaman yanıtını vermiştir. Yöneticilerin “tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturulmaktadır” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,650$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Aile ve Yakınları Tedavi ve Bakım Sürecine Dâhil Edilmektedir” ifadesine yöneticilerin, %4,3'ü (n=4) bazen, %16,1'i (n=15) çoğu zaman, %79,6'sı (n=74) her zaman şeklinde cevaplamıştır. Yöneticilerin “aile ve yakınları tedavi ve bakım sürecine dâhil edilmektedir” önermesine çok büyük ($\bar{x}=4,750$) oranda katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 10: Hasta Odaklı Bakım Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
İnsan Odaklı Bakım	93	4,498	0,373	2,570	5,000

Yöneticilerin “Hasta odaklı bakım” ortalama değeri oldukça yüksek $4,498 \pm 0,373$ (Min=2.57; Maks=5) belirlenmiştir.

Tablo 11: Korelasyon Analizi

		İnsan Odaklı Bakım
Yaş	R	0,029
	P	0,785
Kendine Bağlı Kaç Ekiple Çalışıldığı	R	0,146
	P	0,162
Kendine Bağlı Kaç Kişiyile Çalışıldığı	R	0,187
	P	0,073

* $<0,05$; ** $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

İnsan odaklı bakım ile yaş, kendine bağlı kaç ekiple çalışıldığı, kendine bağlı kaç kişiyile çalışıldığı arasında korelasyon analizleri incelendiğinde korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 12: Hasta Odaklı Bakım Algısının Yaşa Göre Değişim Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Hasta Odaklı Bakım	35 ve Altı	31	4,463	0,490	0,268	0,848
	36-40	19	4,511	0,321		
	41-45	21	4,554	0,303		
	46 ve Üzeri	22	4,481	0,293		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları yaşa göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0.05$).

Tablo 13: Hasta Odaklı Bakım Algısının Yönetici Olarak Tecrübeye Göre Değişim Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Hasta Odaklı Bakım	1-3 Yıl	12	4,268	0,350	1,705	0,156
	4-6 Yıl	19	4,583	0,282		
	7-9 Yıl	26	4,467	0,477		
	10-12 Yıl	18	4,575	0,262		
	12 Yıl Üzeri	18	4,528	0,363		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları yönetici olarak tecrübeye göre önemli bir farklılık sergilememektedir ($p>0.05$).

Tablo 14: Hasta Odaklı Bakım Algısının Hastanede Yöneticilik Tecrübesine Göre Değişim Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Hasta Odaklı Bakım	1-3 Yıl	17	4,399	0,364	0,785	0,538
	4-6 Yıl	17	4,567	0,300		
	7-9 Yıl	28	4,452	0,463		
	10-12 Yıl	12	4,595	0,237		
	12 Yıl Üzeri	19	4,530	0,364		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları hastanede yöneticilik tecrübesine göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0.05$).

Tablo 15: Hasta Odaklı Bakım Algısının Kendine Bağlı Kaç Kişiyile Çalışıldığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Hasta Odaklı Bakım	10 ve Altı	21	4,466	0,329	1,069	0,348
	11-50	49	4,465	0,310		
	51 ve Üzeri	23	4,596	0,511		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları kendine bağlı kaç kişiyile çalışıldığına göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0.05$).

Tablo 16: Hasta Odaklı Bakım Algısının Kendine Bağlı Kaç Ekipile Çalışıldığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Hasta Odaklı Bakım	1	33	4,522	0,322	0,357	0,701
	2	30	4,450	0,317		
	3 ve Üzeri	30	4,519	0,472		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları kendine bağlı kaç ekipile çalışıldığına göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0.05$).

Tablo 17: Hasta Odaklı Bakım Algısının Çalışılan Şehire Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	P
Hasta Odaklı Bakım	Ankara	46	4,540	0,416	1,093	91	0,277
	İstanbul	47	4,456	0,324			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları çalışılan şehire göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 18: Hasta Odaklı Bakım Algısının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	P
Hasta Odaklı Bakım	Erkek	42	4,522	0,296	0,571	91	0,570
	Kadın	51	4,478	0,428			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları cinsiyete göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Hasta Odaklı Bakım Algısının Kaç Farklı Kurumda Yönetici Olarak Çalışıldığına Göre Değişim Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	P
Hasta Odaklı Bakım	1	56	4,512	0,406	0,436	91	0,664
	2 ve Üzeri	37	4,477	0,321			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları kaç farklı kurumda yönetici olarak çalışıldığına göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 20: Hasta Odaklı Bakım Algısının Sağlık Yönetimi Lisans Veya Lisansüstü Eğitimi Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	P
Hasta Odaklı Bakım	Evet	35	4,584	0,302	1,746	91	0,084
	Hayır	58	4,446	0,404			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları sağlık yönetimi lisans veya lisansüstü öğrenim görme durumuna göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 21: Hasta Odaklı Bakım Algısının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	P
Hasta Odaklı Bakım	Evli	55	4,520	0,311	0,676	91	0,501
	Bekar	38	4,466	0,451			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yöneticilerin hasta odaklı bakım puanları medeni duruma göre önemli bir değişiklik sergilememektedir ($p>0,05$).

SONUÇ

Hastane yönetiminde hasta odaklı bakımın etkilerini konu edinen bu tez çalışmasında çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan anket formu gerekli etik izinler alındıktan sonra akreditasyon almış iki farklı hastanede uygulanmıştır.

Literatür incelendiğinde hasta odaklı bakım konusu üzerine çeşitli çalışmalar yapıldığı ancak Hastane Yönetimi açısından konunun değerlendirildiği kapsayıcı nitelikte olanların sayıca az olduğu görülmektedir. Hasta odaklı bakım akreditasyonu alan kurumların ülkemizde sınırlı sayıda olması araştırmayı derinleştirmemizde bir engel teşkil etti. Çalışma esaslarına göre kurulması gereken Hasta ve Yakınları Danışma Kurulları deneyimlerini, sonuçlarını ve nasıl iyileştirileceği konusunda işbirliği sonuçlarını net olarak gözlemleyemedik. Bu tür sorunları aşmak ve hasta odaklı bakımın değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için yapılan çalışmalara daha fazla odaklanmak için yönetimlerin, sağlık çalışanlarının ve paydaşların katılımını sağlayacak stratejiler geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca kaynakların yönetimi ve kültürel değişimler gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması da gereklidir.

Çalışma incelendiğinde araştırmaya katılan yöneticilerin çoğunluğunu (% 54.8) kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık sektörünün önemli bir paydasını oluşturan yönetici kadrosunun kadın çalışanlardan oluştuğunu göstermektedir. Kadınların liderlik rollerindeki etkinliği açısından olumlu bir gelişmedir. Aynı zamanda kadınların sağlık hizmetleri yönetimindeki artan rolü sektördeki cinsiyet eşitliğine yönelik ilerlemenin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Yöneticilerin çoğu 35 yaş altı (%33.3) ve bu hastanelerin çoğunlukla genç yöneticilerden oluştuğu ve genç yeteneklere önem verildiği görülmektedir. Genç yöneticilerin getirdiği yenilikçi perpektifler ve teknolojiye olan hakimiyet sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlayabilir ve sağlık hizmetlerinin daha etkili ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasına katkıda bulunabilir.

Yöneticilerin çoğunluğu (%59.1) evli olduğu, yöneticilerin aile sorumlulukları ve kişisel deneyimlerinin sağlık hizmeti yönetimine yansıtılabileceğini göstermektedir. Yönetici olarak tecrübelerinin 7-9 yıl arasında (% 28) olarak belirtilmiştir. Bu durum

katılımcıların araştırma yapılan hastanelerde önemli deneyimlere sahip olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde yönetilmesine katkı sağlar.

Yöneticilerin kendine bağlı kaç ekiple çalıştığına göre elde edilen sonuçta % 35.5, bir ekiple olarak belirtmiştir. Bu durum, küçük ve spesifik bir alanda uzmanlaşmış yöneticiler için tipik olabilir. Örneğin bir bölüm veya birim yöneticisi, sadece kendi birimindeki personeli ve operasyonları yönetebilir. Kendine bağlı kaç kişi ile çalışıldığı ise (%52.7) ile 11-50 kişi arası olarak değerlendirilmiştir. Bu durum, daha büyük ve çeşitli ekiple çalışan yöneticileri temsil ediyor. Hastane yöneticileri genellikle farklı departmanlardan veya birimlerden oluşan geniş ekipleri yönetirler. Bu departmanlar arası koordinasyon ve iletişim, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında kritik bir rol oynar.

Çalışmada elde edilen sosyo-demografik bulguların değerlendirilmesi sonrasında, yöneticilerin hasta odaklı bakım ile ilgili ifadelerine değişkenleri ve alt boyutları üzerinden analizler yapılmıştır. Bu değişkenler ve alt boyutları üzerinden yapılan analizler, yöneticilerin hasta odaklı bakımı ne kadar benimsediklerini, hangi alanlarda güçlü olduklarını ve hangi alanlarda gelişme fırsatları olduğunu belirlememize yardımcı olur. Bu da etkili hasta odaklı bakım stratejileri geliştirmemize yardımcı olur.

Sağlık organizasyonlarında hasta merkezliliğinin benimsenmesi, birçok önemli fayda sağlamaktadır. Bu yaklaşım hastaların ihtiyaçlarına odaklanır ve onların beklentilerini karşılamaya çalışır. Bu da doğrudan hasta memnuniyetini artırır. Memnun kalan hastalar, tedavi sürecine daha olumlu bir bakış açısıyla yaklaşabilir ve sağlık hizmeti sunan organizasyona olan güvenlerini artırabilir. Hasta deneyiminin iyileştirilmesinde bu yaklaşımın rolü ve hasta geri bildirimlerinin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

Aynı zamanda hasta merkezli bakım, hastaların tedavi planlarına aktif bir şekilde katılmalarını teşvik eder. Hasta, tedavi sürecinde daha fazla sorumluluk alarak, uyum ve iyileşme sürecine olumlu bir etki yapabilir. Bu durum hastaların tedaviye uyumunu artırır, sağlık sonuçlarını iyileştirerek sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir.

Sağlık kurumları, hasta güvenliğine odaklanarak, hataları önleme ve riskleri azaltma konusunda daha etkili bir sistem oluşturabilirler. Bu yaklaşımla sağlık

hizmetlerinin kalitesi artırılabilir. Hastaların bireysel ihtiyaçlarına duyarlılık, doğru tanı ve tedavi süreçleri, hasta merkezli bir yaklaşımla daha iyi yönetilebilir.

Hasta merkezli organizasyonlar, sağlık profesyonellerinin iş doyumunu artırabilir. Hastalarla daha yakın bir ilişki kurma fırsatı ve hasta memnuniyetine katkıda bulunma hissi, sağlık personelinin motivasyonunu artırabilir. Hasta ve yakınları ile bakım verenler arasında etkili iletişim kurmayı teşvik eder. Açık iletişim, hastaların tedavi planlarını ve sağlık durumlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir.

Hasta merkezli bir yaklaşım, sağlık organizasyonlarına rekabet avantajı sağlayabilir. Memnun hastalar, organizasyonun tercih edilmesine ve hasta sadakatinin artmasına neden olabilir. Memnun hastalar, deneyimlerinden memnun kaldıkları sağlık hizmeti sunucularını tercih etme eğilimindedir. Bu durum sağlık organizasyonları için daha fazla hasta çekme ve elde tutma şansı demektir. Ayrıca, sağlık organizasyonlarının hasta merkezli bakımı benimsemelerinin sadece etik bir sorumluluk değil, aynı zamanda operasyonel ve stratejik bir avantaj olabileceğini göstermektedir. Memnun hastaların organizasyonu tercih etmesi işletme açısından maliyetleri düşürebilir çünkü daha az hasta kaybı ve tekrarlamalı ziyaretlerle birlikte daha az personel ve kaynak kullanımı gerekebilir. Aynı zamanda, memnun kalan hastalar olumlu ağızdan ağıza iletişim yoluyla organizasyonun itibarını arttırabilirler, bu durum organik bir pazarlama oluşturabilir.

Hastane yöneticileri, hasta odaklı bakımı uygulamak için bir dizi strateji kullanabilirler. Bu stratejiler arasında sağlık çalışanlarının eğitimle desteklenmesi, hasta ve yakınlarına yönelik etkili iletişim ve bilgilendirme, hasta güvenliği ve kalite kontrol önlemleri bulunur. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini ölçmek için geri bildirim alma ve değerlendirme süreçleride önemlidir.

Hastanelerde bir çok olumlu etki yaratan bu yaklaşımla hastaların aktif katılımı ve tercihlerinin dikkate alınması, tedavi uyumunu artırır ve sonuçların daha iyi olmasını sağlar.

Sonuç olarak hasta odaklı bakımın hastane yönetimine entegrasyonunun sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve başarıya ulaşması için nasıl optimize edilebileceği üzerine stratejik öneriler sunulacaktır. Hastaların kendi tedavi ve bakım sürecinde etkin olmaları, ortak karar alma süreci küresel olarak kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu bağlamda tüm sağlık organizasyonlarının bu konuda çalışmalarını geliştirmeleri, uygun

koşullar sağlanarak hasta ve yakınlarını tedavi hakkında tüm karar alma sürecine dahil etmeleri öneri olarak sunulabilir.

Hasta odaklı bakım, toplumda sağlık okuryazarlığını arttırırken, sağlık bilincinin artırılmasına katkıda bulunur. Sağlık profesyonelleri, hastalıkların önlenmesi, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesi gibi konularda toplumun bilinçlenmesine öncülük edebilir. Hasta odaklı bakım, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sağlamayı hedefler. Bu, sosyoekonomik faktörlere bağlı sağlık eşitsizliklerini azaltabilir ve toplumun genel sağlığını iyileştirebilir. Hasta odaklı bakım, hastalıkların daha erken aşamalarda teşhis edilmesini ve etkili tedavi süreçlerinin uygulanmasını teşvik eder. Bu, uzun vadeli sağlık maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunabilir. Hasta odaklı bakım, toplumda genel bir sağlık bilinci oluşturabilir. Hastaların kendi sağlıklarına daha fazla dikkat etmeleri, sağlıklı alışkanlıklar geliştirmeleri ve bu bilinci topluma yaymaları teşvik edilebilir. Bu faydaları, hem bireysel sağlık sonuçlarını hem de toplumsal sağlık düzeyini olumlu yönde etkileyerek daha sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmaya yardımcı olabilir. Bu yaklaşımın belirlenmesi topluma çalışmamızın bir önerisi olarak sunulabilir.

KAYNAKÇA

- Acıduman, A. Darüşşifalar Bağlamında Kitabeler, Vakıf Kayıtları ve Tıp Tarihi Açısından Önemleri - Anadolu Selçuklu Darüşşifaları Özelinde. 2010, Cilt: 63, Sayı: 1, 9-15.
- Akben, A. Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam. Siyah Beyaz Yayınevi. 2006.
- Akdur, R. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması (3. Baskı). Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1999, Sy. 5-6.
- Aksakoğlu, G. Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Değişim. Sol, 199, 2003, Sy. 41-45.
- Alahdab, H. Sağlık Hizmet Kalitesinde Hastanın Rolü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 2019, Sy. 23.
- Alper, M. Türkiye’de Kamu Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısı, Kamu Hastaneler Birliği Kapsamı Değerlendirmesi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2012, Sy. 53.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, 2007, Sy. 64:33-58.
- Arslanoğlu, A., ve Kırılmaz, H. Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım. İnsan ve İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi, 2019, 7(24), 111-112. <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.668806>
- Athenahealth. 5 Elements of a Successful Patient Engagement Strategy. Retrieved from <https://www.athenahealth.com/white-papers/patient-engagement-strategy> , 2014.
- Atlı, Y., ve Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2018, Sy. 2(2).
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (2011).
- Aydın, S. Sağlıkın Geliştirilmesi: Görevimizin Farkındamıyız? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, İstanbul. <http://www.sdplatform.com/Dergi/48/Sagligin-gelistirilmesi-Gorevimizin-farkinda-miyiz.aspx> , 2007.
- Bankert, E., Lazarek-LaQuay, A., ve Joseph, J. M. (2014). Bölüm 6. İn P. Kelly, B. A. Vottero, ve C. A. Christie-McAuliffe (Eds.), Patient-Centered Care. Springer

Publishing Company.

Başol, E., & Abdülkadir, I. Ş. İ. K. Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 2015. Sy. 2(2), 1-26.

Bolsay, N., ve Sevil, Ü. Sağlık Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006. Sy. 9(3), 79.

Broom, M., Brady, B., et al. World Café Methodology Engages Stakeholders in Designing a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 2013, 19(5), 254. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2012.12.002>

Brown, E. R. Evolving Hospital Administration. *Hospital Journal*, 1997. 35(19), 155.
Cramm, J. M., ve Nieboer, A. P. Validation of Instrument for the Assessment of Patient-Centered Care among Patients with Multimorbidity in the Primary Care Setting. 2018.

Çavdar, N., ve Karcı, E. (XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması’na Dair Bibliyografik Bir Deneme).

Dağlı, G. H. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı. *Ankara Üniversitesi, YYLT, Ankara, SBE*, 2006. Sy. 12.

Dalkılıç, S., & Kurtoğlu, R. Hastaların Tüketicileştirilmesi ve Hasta Güçlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2021. Sy. 7(3), 456-471.

Delaney, L. J. Patient-Centered Care as an Approach to Improving Health Care in Australia. *The Australian Journal of Nursing Practice*. 2018. Sy. 25, 119-123.

Delaney, L. J. Patient-Centred Care as an Approach to Improving Health Care in Australia. *The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*. 2018. Sy. 25(1), 119-123.

Demirel Değirmenci, S. Sağlık Hizmetlerinde Reform: Temel Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir İnceleme. *Ankara Üniversitesi, Doktora Tezi* 2020. Sy. 60.

Duda, H. Ü. Uluslararası Örgütler Bağlamında Global Sağlık Politikaları. *İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi*. 2008.

Erdem, Ş. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması: Hastaların Sunulan Hizmetin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). *Trakya*

- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne. 2007. Sy. 61.
- Erdoğan, M. İç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisi. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2019. Sy.1.
- Frampton, S. B. Planetree Patient-Centered Care and the Healing Arts. 2001. Sy. 7(1), 17.
- George, D., ve Mallery, M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10th ed.). Boston: Pearson. 2010.
- Gerdik, C., et al. Successful Implementation of a Family and Patient Activated Rapid Response Team in an Adult Level 1 Trauma Center. Resuscitation. 2010. Sy. 81(12), 1680. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.06.020>
- Grol, R. Improving the Quality of Medical Care: Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. 2001. Sy. 286(20).
- Güdük, Ö., ve Kılıç, C. H. Sağlık Hizmeti Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017. Sy. 7(2), 102.
- Gümüş, Ö. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları. Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2005. Sy. 67.
- Jahani, S., Abedi, H., Elahi, N., ve Fallahi Khoşknab, M. Iranian Entrepreneur Nurses' Perceived Barriers to Entrepreneurship: A Qualitative Study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016. Sy. 21(1), 45.
- Jahani, S., Abedi, H., Elahi, N., ve Fallahi-Khoshknab, M. Iranian Entrepreneur Nurses' Perceived Barriers to Entrepreneurship: A Qualitative Study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016. Sy. 21(1), 45.
- Jardien-Baboo, S., van Rooyen, D., Ricks, E., ve Ürdün, P. J. Perceptions of Patient-Centred Care at Public Hospitals in Nelson Mandela Bay. Health SA Gesondheid. 2016. Sy. 21(1), 398.
- Jones, N. H. The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851-1938. World Health Organization, Geneva. 1975.
- Kaptanoğlu, A. Y. Sağlık Yönetimi. Beşir Kitabevi, İstanbul. 2011. Sy. 20.
- Karaca, Ş. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta beklentileri konusunda bir uygulama (Aydın Devlet Hastanesi üzerine bir çalışma) (Doctoral dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi). 2014.

- Kasapoğlu, A. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2016. Sy. 19, 133.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (5. Baskı). Siyasal Kitabevi. 2018.
- Kavuncuoğlu, Ş. Hastaneler ve Sağlık Kurumlarının Yönetimi. 2000.
- Kıdak, L., & Aksaraylı, M. Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2009. Sy. 7(1), 75-94.
- Kılıç, T., & Topuz, R. Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2015. Sy. 9(1), 78-97.
- Kumbasar, B. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde iletişim. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016. Sy. 3(1), 85-90.
- Labonte, R., ve Schrecker, T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background. *Globalization and Health*. 2007. Sy. 3(5), 1-15.
- Matteliano, M. A., ve Street, D. Providers' Perspectives on Cultural Competence in Ethnically Diverse Primary Care Practices. *Journal of American Association of Nurse Practitioners*. 2012. Sy. 24(7), 426.
<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/23276924>
- McCorcmack, B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. 2003. Sy. 9(3), 205.
- McWhinney, I. R., ve Freeman, T. *Textbook of Family Medicine* (3rd ed.). Oxford University Press. 2009. Sy. 3.
- Mead, N., ve Bower, P. Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science ve Medicine*. 2000. Sy. 51, 1087.
- Metin, B., ve Sevim, T. A. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri. SSBY Yayınları, Ankara. 2005.
- Miller, L. R., ve Peck, B. M. Patient-Centered Care: An Examination of Provider–Patient Communication Over Time. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. 2019. Sy. 6.
- Ocloo, J., ve Mathews, R. From Tokenism to Empowerment: Progressing Patient and Public Involvement in Healthcare Improvement. 2016. Sy. 627. Retrieved from

<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/25/8/626.full.pdf>

Ocloo, J., ve Matthews, R. From Tokenism to Empowerment: Progressing Patient and Public Involvement in Healthcare Improvement. 2015. Sy. 627.

Öngören, B. Hekim-Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2017. Sy. (10), 57-69.

Özdelikara, A., Mehtap, T. A. N., & POLAT, H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2013. Sy. 21(1), 1-8.

Özkan, O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017. Sy. 2, 1760.

Özpuolat, F. Kronik Hastalıkların Birey ve Aile Odaklı Bakımında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 3(2), 78.

Öztek, Z., Üner, S., ve Eren, N. (2015). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. 2017.

Öztürk Güntöre, S. Tıp ve Felsefe. Nobel Kitapevleri, İstanbul, 2005, Sy. 1.

Özyakışır, D. Beseri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü: Teorik Bir Değerlendirme. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi, 2011, sy. 59.

Özyakışır, D. Beseri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü: Teorik Bir Değerlendirme. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi, 2011, sy. 6(1), 46-71.

Pittet, D., Donaldson, L., et al. Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, sy. 26(11), 9.

Porter, D. Health, Civilization and the State. Routledge Taylor and Francis Group, London and New York, 2005

Robinson, R. B., Jr., ve Pearce, J. A. Research Thrusts in Small Firm Strategic Planning. Academy of Management, 2007, sy. 9, 3.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni, Sayı:10. 2022 Retrieved from

<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 05.01.1961, 2. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.4.224.pdf>

Sezgin, D. (2011). Tıbbileştiren Yaşam Bireyselleştiren Sağlık, 35-45.

- Shaller, D. (2007). Patient-Centered Care: What Does it Take?. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/228787332> Patient-Centered Care What Does It Take
- Şahin, G., Arttıran İğde, F. (2014). Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite, 41.
- Şahin, G., ve Arttıran İğde, F. A. (2014). Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/278765160> Hasta Merkezli Bakim-Ortak Karar Alma Sureci ve Kalite
- Şengün, H. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2016, sy. 79(1).
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. Using Multivariate Statistics (6th ed.). Pearson, 2013.
- Taşkın Kılıç, S., ve Bostan, H. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, hasta odaklı yaklaşım: Hasta dostu ölçeği tasarımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2021, sy. 24(3), 555-570.
- Taşkın Kılıç, S., ve Bostan, H. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hasta odaklı yaklaşım: Hasta dostu ölçeği tasarımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2021, sy. 24(3), 557.
- Tengilimlioğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel, 2012.
- Topkaya, Ö. Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2016, sy. 21(2), 707-722.
- Toygur, Ş. A. E-sağlık uygulamaları. Yasama Dergisi, 2018, sy. (37), 101-123.
- Tübey, G. Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyet Düzeyine Etkisi: Fizyoterapi Hizmeti Alan Hastalarda Bir Değerlendirme (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Türk, S. S. (2019). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, 2023, sy. 32.
- Übeyli, E.D., Güler, İ., “Koruyucu Hekimlikte Bilgisayar Uygulamaları”, 3. Uluslararası İleri Teknolojiler Sempozyumu, Ağustos, Ankara, 2003.
- WHO, Social Determinants of Health. <https://www.who.int/social-determinants/en/>
- World Health Organization. The New European Policy for Health-Health 2020, Policy Framework and Strategy, Draft 2. World Health Organization Regional Office for

Europe, Denmark, 2012, sy.1-183.

Yalçinkaya, D., & Güçlü, A. Hastanelerde Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2023, sy. 26(1), 65-84.

Yavaş Çelik, M. Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik, 2018, sy. 28(1).

Yazan, T. Kamu Hastanelerinde Temel Yönetim Sorunları ve İdeal Hastane Yönetimi (Alanya Devlet Hastanesi Çalışanları Örneği) (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015, sy. 22.

Arslanoğlu, A., & Kırılmaz, H. Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2019, sy. 6(2), 158-166.
e-Nabız Klavuzu, https://enabiz.gov.tr/document/KILAVUZ_.pdf, 2020

Kolcuoğlu A, Covid 19 Sürecinde Sağlık Personelinin Teletıp Uygulamaları Konusunda Farkındalık Düzeyi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi) Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Mersin, 2023, sy. 10-11.

Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. İnsan ve İnsan, 2020, sy. 7(24), 97-126.

EKLER

HASTANE YÖNETİMİNDE İNSAN ODAKLI BAKIM

Sayın Katılımcılar,
Bu çalışma; "HASTANE YÖNETİMİNDE İNSAN ODAKLI BAKIMIN ETKİLERİ" konulu tez çalışmasının uygulama kısmı ile ilgilidir. Araştırmanın amacı insan odaklı bakımın etkilerini belirlemek üzere yönetici görüşlerine dayanmaktadır. Yapılan araştırma tamamıyla akademik nitelikli olup çalışmadan elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve alınan cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

MERVE ŞAHİN
Dokuz Eylül Üniversitesi - Yüksek Lisans Öğrencisi

İlerleme durumunu kaydetmek için [Google'da oturum açın](#) [Daha fazla bilgi](#)

* Zorunlu soruyu belirtir

Adınız *

Yanıtınız

Çalıştığınız Şehir *

Yanıtınız

Cinsiyetiniz? *

Kadın

Erkek

Yaşınız? *

Yanıtınız

Medeni Durumunuz? *

Evli

Bekar

Yönetici olarak toplam tecrübeniz? (Yıl) *

- 1-3 yıl
- 4-6 yıl
- 7-9 yıl
- 10-12 yıl
- 12 yıl üzeri

Çalıştığınız hastanede yönetici olarak çalışma süreniz? *

- 1-3 yıl
- 4-6 yıl
- 7-9 yıl
- 10-12 yıl
- 12 yıl üzeri

Kaç farklı kurumda yönetici olarak görev yaptınız? *

Yanıtınız

Bildiğiniz yabancı diller nedir?

Yanıtınız

Sağlık yönetimi alanında lisans veya lisansüstü eğitimi aldınız mı? *

- Evet
- Hayır

Size bağlı kaç ekip çalışmaktadır? *

Yanıtınız

Size bağlı toplam kaç kişi çalışmaktadır? *

Yanıtınız

*

	1 Hiçbir zaman	2 Nadiren	3 Bazen	4 Çoğu zaman	5 Her zaman
Hasta gereksinimleri belirlenmektedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta önerileri alınır ve değerlendirilir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta memnuniyetini ölçmek için hastalarla iletişim kurulmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurumum hasta istek ve ihtiyaçlarını belirlemedeki başarısı yüksektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastalardan gelecek geribildirim için sosyal medya ve/ya da web-tabanlı teknolojilerin kullanılmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta beklentisini karşılamak ve bu beklentiyi aşmak için sağlık hizmetlerimizde yenilikler yapılmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta şikayetlerinin dikkate alınır ve gelecekte benzer şikayetlerle karşılaşmamak için etkin bir şekilde çözülür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurumda hasta bilgilendirme sistemi kullanılmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanın sorun, kaygı ve ihtiyaçlarının açığa çıkarılması sağlanmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hekim ve hasta arasında sürekli ilişki geliştirilmektedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmektedir

Tedavi ve bakım sürecinde bütünlük ve düzen oluşturulmaktadır

Aile ve yakınları tedavi ve bakım sürecine dâhil edilmektedir

Gönder

Formu temizle

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır. [Kötüye Kullanımı Bildirme](#) - [Hizmet Şartları](#) - [Gizlilik Politikası](#)

Google Formlar

TEŞEKKÜR

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, insan sağlığı hızla gelişme kaydetmiştir. Bu gelişme, hastane yönetiminin çeşitli stratejiler geliştirmesini gerekli kılmıştır. Geliştirilen bu yöntemlerden biri olan İnsan Odaklı Bakım yaklaşımı ile hasta ve sağlık kurumlarının karşılıklı şeffaf ve güvenilir tedavi planı düzenlenmesini ve memnuniyet oranının artmasını sağlamıştır.

Bu çalışmada hastane yönetimi açısından insan odaklı bakım yaklaşımının avantajlarını incelemek amaçlanmaktadır. Tezim boyunca bana yol gösterdiği, yardım ve desteğini esirgemediği için Sayın danışmanım ve değerli büyüğüm Prof. Dr. Onur Özveri'ye, sevgili hocalarıma teşekkür ederim. Sevgili yöneticim Burcu Bozkurt'a tezimi hazırladığım süre boyunca benden desteğini esirgemediği için, Ankara Güven Hastanesi yöneticilerine, tüm eğitim sürecimde çalışma programı düzenleyip uygun hale getiren çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim. Çalışmamda bana yön gösteren, destekleyen Bodrum Amerikan Hastanesi Başhekim Yardımcısı Dr. Şahin Ünal'a, Canım babam İhsan Şahin ve annem Ayten Şahin'e hayatım boyunca her an ve her konuda arkamda oldukları ve hiçbir zaman benden desteklerini ve sevgilerini esirgemedikleri için, benim için ayrı ve anlamlı yerleri olan canım dostlarıma ve değerli büyüklerime bana verdikleri huzur için sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.