

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYALİZ HASTALARININ MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE DİYALİZ
MERKEZİ TERCİH NEDENLERİ: KONYA ÖRNEĞİ**

Çetin BEBE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Musa ÖZATA

KONYA-2016

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYALİZ HASTALARININ MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE
DİYALİZ MERKEZİ TERCİH NEDENLERİ: KONYA ÖRNEĞİ**

Çetin BEBE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Musa ÖZATA

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Öğretim Üyesi Yerleştirme Programı Koordinatörlüğü tarafından 2014 ÖYP-031 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2016

ONAY SAYFASI

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Çetin BEBE tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Juri Başkanı	Doç. Dr. Musa ÖZATA	İmza
--------------	---------------------	------

Danışman	Doç. Dr. Musa ÖZATA	İmza
----------	---------------------	------

Üye	Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK	İmza
-----	----------------------------	------

Üye	Yrd. Doç. Dr. Şerife Didem KAYA	İmza
-----	---------------------------------	------

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu.....tarih ve.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, genel olarak “hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşıldığı üzere hasta memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birinci faktör; hasta beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. İkinci faktör; hastaların aldıkları hizmetle ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. Özellikle kalan ömrünün büyük bir kısmını diyaliz merkezinde geçirmek zorunda olan diyaliz hastalarının tedavileri boyunca bu iki faktör göz önünde bulundurularak tedavilerinin sağlanması oldukça önem arz etmektedir. Yapılan bu çalışmanın bu doğrultuda hastaların memnuniyet düzeyinin arttırmak adına yapılacak çalışmalara ışık tutmasını temenni ederim.

Araştırmanın uygulanması sürecinde, destek ve ilgilerini benden esirgemeyen görüş ve önerileri doğrultusunda tez çalışmamın tamamlanmasında çok büyük katkıları olan Doç. Dr. Musa ÖZATA’ya;

Tez uygulanması sürecinde izin, destek ve katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü Şube Müdürü Sn. Dr. Durmuş Ali ASLANLAR ve Konya Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliğinin sayın yöneticilerine,

Yüksek lisans çalışmamın başından sonuna kadar desteklerini esirgemeyen mesai arkadaş ve dostlarım; Arş. Gör. Ramazan KIRAÇ, Arş. Gör. Rasim BABAHANOĞLU, Arş. Gör. Fatümatü Zehra ERCAN ve Arş. Gör. Mehmet KIRLIOĞLU’na,

Son olarak, yüksek lisans sürecimin başından sonuna kadar desteğini esirgemeyip anlayış ve sabırla hep yanımda olan hayat arkadaşım Fatma BEBE’ye sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Çetin BEBE

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlık Kavramı ve Hizmetleri.....	2
1.1.1. Sağlık Kavramı	3
1.1.2. Sağlık Hizmetleri	5
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı, Kapsamı ve Özellikleri.....	6
1.1.4. Türkiye’de Sağlık Sistemi, Sağlık Kurumları ve Sağlık Hizmeti Türleri	8
1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	13
1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı, Tedavi Seçenekleri ve Türkiye’nin Durumu...	21
1.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	21
1.2.2. Renal Replasman Tedavisi (RRT)	24
1.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi	27
1.2.4. Türkiye’de Hemodiyaliz Vakalarının İncelenmesi	29
1.3. Bazı OECD Ülkelerinde Sunulan Diyaliz Tedavi Hizmetlerinin İncelenmesi	32
1.3.1. Amerika Birleşik Devletleri	33
1.3.2. Almanya.....	34
1.3.3. İngiltere	35
1.3.4. Fransa	37
1.3.5. İtalya	38
1.3.6. Kanada	39
1.3.7. İspanya	40
1.3.8. İsviçre.....	41
1.3.9. Japonya	43
1.3.10. Türkiye.....	44
1.4. Hasta Memnuniyeti	46
1.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	47
1.5. Bölüm Değerlendirmesi	50
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	51
2.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	51
2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	52
2.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	53
2.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	53
2.6. Araştırma Etiği.....	53

2.7. Araştırma Çalışma Takvimi	53
2.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	54
2.8.1. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Hipotezler	54
2.8.2. Diyaliz Hastalarının Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Hipotezler	57
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	66
3. BULGULAR.....	67
3.1. Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tanımlayıcı İstatistiklerine Ait Bulgular	67
3.2. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	78
3.3. Diyaliz Hastalarının Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	86
4. TARTIŞMA.....	109
4.1. Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Tanımlayıcı İstatistiklerinin Değerlendirilmesi.....	109
4.2. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	111
4.3. Diyaliz Hastalarının Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	114
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	121
5.1. Sonuçlar	121
5.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Sonuçlar	121
5.1.2. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Sonuçlar	122
5.1.3. Diyaliz Hastaların Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerine İlişkin Sonuçlar	124
5.2. Öneriler	125
6. KAYNAKLAR	126
7. EKLER	131
EK-A: Anket Formu	131
EK-B: Etik Kurul Onayı	134
EK-C: Araştırma İzni.....	135
EK-D: Tezden Üretilmiş Yayın	136
8. ÖZGEÇMİŞ	145

SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DYOB	Türkiye Diyaliz Bilgi Yönetim Sistemi
GFH- GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik böbrek yetmezliği
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
M. S. B	Milli Savunma Bakanlığı
OECD	Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü
PD	Periton Diyalizi
RRT	Renal Replasman Tedavisi
RT	Renal Transplantasyon
SB	Sağlık Bakanlığı
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
₺	Türk Lirası
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeyleri Ve Diyaliz Merkezi Tercih Nedenleri: Konya Örneği

Çetin BEBE
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA 2016

Bu çalışmanın amacı diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerini saptamak ve hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerini belirlemektir. Araştırma tanımlayıcı türde bir çalışma olup, yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde faaliyet gösteren Kamu ve Özel diyaliz merkezlerinde tedavi gören diyaliz hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre araştırmanın yapıldığı tarihte Konya ilinde kamu ve özel diyaliz merkezlerinde tedavi gören 1203 kişiden oluşmaktadır. Bu doğrultuda örneklem grubuna 388 hasta alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Gökdoğan Kırmızı (2010)'nın hasta memnuniyeti için hazırlanmış olduğu anket formu bu çalışmada diyaliz hastalarına uyarlanarak veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırmanın anketi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik verileri yer almaktadır. İkinci bölümde diyaliz merkezi tercih nedenlerine yönelik maddeler bulunmakta ve üçüncü bölümde ise diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin tespitine yönelik maddeler bulunmaktadır.

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin aktarım sırasında eksiklikleri giderilerek ve kontrolü yapıldıktan sonra analiz işlemleri yapılmaya başlanmıştır. Analiz işlemlerinde ilk olarak kayıp veriler belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların demografik verileri analiz edilmiştir. Araştırmamızda verilerin normallik durumuna bakılarak parametrik ve parametrik olmayan testler uygulanması kararlaştırılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında *Ki-Kare Testi* uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalarda *Bağımsız Gruplar Arası t Testi*, çoklu karşılaştırmalarda ise *Tek Yönlü Varyans Analizi* kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların özel diyaliz merkezlerinden duydukları memnuniyet düzeyleri kamu diyaliz merkezlerine göre daha yüksek bulunmuş ve bu memnuniyetin hangi değişkenlerden kaynaklandığı ortaya konulmuştur. Ayrıca hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerine ilişkin sonuçlar da çalışmanın sonuçları arasında yer almış ve diyaliz merkezlerine, memnuniyet düzeyini artırma ve tercih edilme oranını yükseltmeye yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Diyaliz Hastaları, Tercih Nedenleri, Memnuniyet Düzeyi, Diyaliz Hizmetleri

SUMMARY

T.C.

SELÇUK UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Dialysis Patients' Levels of Satisfaction and Their Underlying Reasons in Choosing Dialysis Center: Konya Sample

Çetin BEBE

Health Management Department

MASTER THESIS/KONYA 2016

The Aim of this study is to detect the satisfaction level of the dialysis patients and determining their underlying reason in preference dialysis center. This research is a descriptive study and face-to-face survey technique was conducted. Universe of the study is 1203 dialysis patients whose treating during research in public and private dialysis centers which service in central province of Konya and registered by the provincial health directorate. The sample of the study consist of 388 patients chosen from 1203 dialysis patients.

This research conducted with questionnaire, which prepared by Gökdoğan Kırmızı (2010) for evaluating level of patient's satisfaction. This questionnaire adapted dialysis patients and used as a data collection tool. The questionnaire consists from three sections. First section include socio-demographic information of participants. Second section includes questions about the reasons for preference of dialysis center and third section consist of questions aim to determine the satisfaction level of patients.

Data analyzed with IBM SPSS 20.0 program. Analysis of the data realized after controlling and eliminating some lacks resultant during data entry. Process of analysis started with determining missing data and demographic data of participant. So by considering the condition of normality of data, was agreed that parametric and non-parametric tests to be applied. For comparison of categorical variables the *Chi-square* test was applied. Binary comparisons between *independent groups t-test*, and *one way analysis of variance* were used for multiple comparisons.

Result of research demonstrated that, patient's satisfaction levels about private dialysis center higher than satisfaction levels with public centers, and variables this satisfaction stems from. Furthermore reason of the patient preference of dialysis center take place in result of this study and some advices for improving satisfaction levels and preference rate are presented.

Key Words: Patient Satisfaction, Dialysis Patients, Reasons of Preference, Satisfaction Level, Dialysis Services

1. GİRİŞ

Sağlık ve hastalık kavramları, bireysel ve toplumsal yaşantımızın en önemli kavramlarından ikisidir. Sağlık hizmetleri, ülkelerin kalkınmışlık düzeylerinin en önemli belirleyicisi olup, sağlık statüsü göstergelerinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Öncelikli işlevleri açısından çok farklı türde sağlık kurumu bulunmaktadır. Evlerimizin yakınlarında bulunan aile sağlık merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, rahatsızlanınca gitmekten çekinmediğimiz hastaneler sağlık kurumlarından bazılarıdır.

Hizmet pazarlaması, güncel pazarlama yaklaşımları açısından giderek önem kazanmaktadır. Özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte hizmet pazarlaması son yıllarda, sağlık hizmetlerinde geniş uygulama alanı bulmaktadır. Bu gelişmeler özel sağlık kurumlarını tercih edilebilmek için farklı olmaya yöneltmektedir. Bu bağlamda sağlık kuruluşları sundukları hizmetlerin hastalarca beğenilmesi ve geliştirilmesi için hastaların memnuniyet düzeyinin saptanması yönünde araştırma çalışmaları yürütmektedir.

Günümüzün globalleşen dünyasında hastalar daha kaliteli ve daha ekonomik bir sağlık hizmeti almak için şehir, ülke hatta kıta değiştirmekte ve kendisine en uygun sağlık hizmetine ulaşabilmektedir. Böylesine küçülen bir dünyada sağlık kurumlarının hastaların beklentilerine karşılık vermeleri ve politikalarını bu beklentilere göre belirlemeleri kaçınılmaz olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hizmeti sunan işletmenin sunduğu hizmet ile hasta gereksinimini ne kadarını karşıladığını, hastanın hizmete ulaşabilirliğine, ne kadar faydalandığına ve hizmet alımından sonrasında ne düşündüğünü göstermektedir. Sağlık işletmelerinde hasta memnuniyetini etkileyen temel faktörler, aldığı tıbbi bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, sağlık personelin ilgisi, laboratuvar hizmetleri, temizlik, yemek, hizmete erişim hızı ve bürokratik işlemler gibi faktörlerdir.

Memnuniyet tüm kurum müşterileri için oldukça önemli bir kavram olmasına karşın, sağlık kurumları müşterileri başka bir deyişle hastalar için daha da önemlidir. Çünkü söz konusu olan ertelenemez ve ihmal edilemez olan “insan sağlığıdır”. Kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak diyaliz tedavisi gören hastalar, bir sağlık kuruluşuyla sürekli ilişki içindedirler. Bu hastalar için de memnuniyet kavramı oldukça önem arz etmektedir.

Diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve diyaliz merkezi tercih nedenlerinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde kavramsal bilgilerin yanında sağlık, sağlık hizmetleri, Türkiye'nin sağlık sistemi ve özellikleri, sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi konuları ele alınmıştır. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği hastalığı ve tedavi yöntemleri, kronik böbrek yetmezliği epidemiyolojisi ve Türkiye'de hemodiyaliz vakalarının incelenmesi konularına değinilmiştir. Son olarak bazı OECD ülkelerinin kısaca sağlık sistemleri, diyaliz tedavisi hizmetleri ve diyaliz hastalarının tedavilerinin finansman şekilleri incelenmiş ve ülkemiz açısından farklılıklar ortaya konulmuştur.

İkinci bölümde çalışmanın yöntemi hakkında ayrıntılı bilgiler sunulmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın modeli, evren ve örneklem seçimi, veri toplama tekniği ve veri toplamada kullanılan araçlar, araştırmanın etiği, çalışma takvimi, araştırmanın hipotezleri ve araştırmanın sınırlılıkları hakkında bilgiler verilmektedir.

Üçüncü bölümde araştırmanın bulguları yer almakta olup, bulgular üç aşamada ortaya konulmaktadır. Birinci aşamada; araştırmaya katılan diyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve diyaliz hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeylerine ve diyaliz merkezi tercih nedenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler sunulmaktadır. İkinci aşamada hasta memnuniyetinin sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin istatistikler sunulmaktadır. Üçüncü aşamada da hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinin sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin istatistikler sunulmaktadır.

Dördüncü bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatürde yer alan diğer çalışmalar ile karşılaştırılmaktadır.

Beşinci bölümde ise sonuçlara ilişkin genel değerlendirmeler yapılmakta ve öneriler sunulmaktadır.

1.1. Sağlık Kavramı ve Hizmetleri

Sağlıklı yaşam asırlar boyunca insanlığın en çok önem verdiği konulardan biri olmuştur. İnsanları hastalıklardan korumak, koruyucu önlemler alıp bu önlemler hakkında bilgilendirme ve tedavi etme işlevini yürütmek sağlık kurumlarının önemli

işlevleri arasında yer almaktadır. Sağlık alanındaki farkındalığın artması ve ilerleyen tıbbi, teknolojik gelişmeler sonucu hızla artan hastane sayısı beraberinde yoğun bir rekabet ortamı getirmiştir. Artan rekabet ortamının hastane yöneticilerini daha kaliteli hizmeti sunma konusunda teşvik ettiği yadsınamaz bir gerçektir.

Sağlık sisteminin temel amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan, her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç unsurlarından oluşan bir bütündür. (Yıldırım ve Tarcan 2000) Dünya Sağlık Örgütü 2000 Yılı Raporu, sağlık sisteminin temel gayesinin sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlanmıştır (WHO 2000).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun yanı sıra hastalıkların önlenmesi, toplumun ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri; toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri aracılığıyla sunulan hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Ülkemizde Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren sağlık alanı ve sağlık hizmetleri devletin öncelikleri arasında yer almış ve her dönemde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için çaba sarf edilmiştir. Fakat gösterilen tüm çabalara ve yapılan tüm çalışmalara rağmen sağlık hizmetlerinde istenilen noktaya gelinememiştir. Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı ve özel sektör tarafından sunulmaktadır (Ecer 2002).

1.1.1. Sağlık Kavramı

İlk çağlarda insanlar hastalıkların nedenlerinin kötü ruhlardan, cinlerden kaynaklandığına inanıyorlardı. Bu nedenle hastalıkların tedavisini büyü ve sihirlerde arıyorlardı. Doğada görülen olayları bilimsel bir çabayla açıklama yaklaşımı ve hekimliğin gelişmesiyle birlikte sonraki yüzyıllarda sağlık uygulamalarında ilerleme sağlandı. Mikroorganizmaların varlığının anlaşılması ile pek çok hastalığın nedeni de belirlendi. Teknolojik ilerlemelerden yararlanılarak tedavi yöntemleri geliştirildi. Bireyler ve toplumlar sağlıklı olmanın önemini kavradılar.

Sağlık, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık kavramlardan biridir. Bu kavramın tanımlanması, tartışılmakta olduğu tarihsel döneme ve tanımlanmakta olduğu kültüre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yaklaşık 170 yıldır, Amerika Birleşik

Devletleri'nde sađlđđın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın kişilerin, "yaşamlarını sŸrdŸrebilmelerinden, hasta olmamalarına, gŸnlŸk aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine, mutluluk duygusuna sahip olmalarına ve iyilik halinin sağlanması" varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (Somunoğlu 1999).

Sağlık sadece fiziksel bir değer değil, bŸyŸk çoğunlukla zihinsel ve ruhsal bir değerdir. ÇŸnkŸ zihinsel durumumuz fiziksel durumumuzu bŸyŸk ŸlçŸde etkiler. Sağlıklı bir insanın bedeni ve ruhu uyumludur. DŸřŸnce gŸcŸ yerindedir. Kendinin farkındadır. Hareketleri olumlu ve dengelidir (Akben 2006).

Hastalık ve sağlık kavramları kŸltŸrlere gŸre değişiklik gŸstermektedir. Oysa insan her yerde insandır. Bu nedenle insan sađlđđının bir evrensel tanımı olmalıdır. Sağlık, genellikle "hastalığın ve sakatlığın olmayışı" olarak tanımlanır. Ancak DŸnya Sağlık ŖrgŸtŸ'ne gŸre bilimsel olarak sağlık, "yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yŸnden tam bir iyilik halidir" diye tanımlanmıştır (Pampal ve ark 2004). Bu tanım artık bŸtŸn dŸnya Ÿlkelerince kabul edilen bir tanımdır. O halde, bireylerin tam olarak sağlıklı olabilmesi için beden, ruhen hasta veya sakat olmaması yetmemektedir. Bu bireyin aynı zamanda ruhen de dengeli olması, sosyal yŸnden tam olarak bir iyilik hali içinde bulunması gerekmektedir (Aksu 1986).

Sađlđđın tanımında birlikteliğin olmaması, sağlığa etki eden faktŖrlerin çok çeşitli olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlığı etkileyen faktŖrler belirlenirken genel anlamda iki yaklaşım ele alınabilir. Birincisi tıbbi yaklaşım, ikincisi ise sosyal yaklaşımdır. Tıbbi yaklaşıma gŸre, sağlık sadece dışarıdan gelen etkenler nedeniyle bozulmaktadır. Bu etkenler virŸs, bakteri gibi organizmalar olarak sıralanabilir. Sosyal yaklaşıma gŸre ise; kişinin sosyal sınıfı, mesleği ve eğitim durumu toplumda yaşayan bireylerin yakalanabilecekleri hastalıkları ve bunların ciddiyetlerini etkilemektedir. Bu yaklaşıma gŸre, sağlık sadece tıp biliminin ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğundan çıkmış, aynı zamanda sosyo-ekonomik gelişmişlik dŸzeyiyle de yakından ilişkili hale gelmiştir (Tatar 2007).

Sađlđđın tanımlanmasında ilk belirleyici adım, Lalonde'nin (1974) Kanadalıların sağlığı ile ilgili yaptđđı çalışma sonucunda atılmıştır. Lalonde çalışmasında sağlığı etkileyen dŖrt temel belirleyici faktŖrden bahsetmiştir. Bunlar, insan biyolojisi, evre, yaşam tarzı ve sağlık bakım organizasyonlarıdır. Bu alanlar bireyin ve toplumun, yaşamın

sürdürebilirliği için sürekli olarak etkileşim içerisinde bulunduğu alanlardır. Lalonde'nin temel olarak gösterdiği bütün faktörlerin ilişkisini tam olarak açıklayabilecek bir tanım, sağlık hizmetleri uygulamalarının geliştirilmesi açısından önemlidir (Kesgin ve Topuzoğlu 2006).

1.1.2. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin sosyal ve ekonomik açıdan daha iyi koşullarla hayatlarını sürdürmelerini sağlamaya yönelik istekleri insani doğal haklardandır. İyi yaşama koşullarına sahip olmanın unsurlarının başında sağlık hizmetlerinden etkin ve yeterli düzeyde yararlanmak gelmektedir. Bir ülkede etkin ve yeterli düzeyde sunulan sağlık hizmetleri insani gelişmişliği yükseltirken aynı zamanda toplumsal refahın gelişimine de öncülük etmektedir (Çelebi ve Cura 2013).

Ülkemizde insan sağlığını koruma ve geliştirme görevi, birçok ülkede olduğu gibi devletin görevleri arasındadır. Anayasanın 56.maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri getirmektedir. “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir” (1982 Anayasası).

Hizmet, “mutlaka olmasa da doğal olarak az ya da çok dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri ve hizmet personeli ve/veya hizmeti sağlayanın fiziksel kaynakları veya malları ve/veya sistemleri arasındaki etkileşim anında ortaya çıkan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlanan bir faaliyet ya da faaliyet dizisidir” (Öztürk 2013). Hizmetler ile ilgili yapılan sınıflandırmalarda, sağlık hizmetlerinin de yer aldığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri genel olarak sağlığın korunması, teşhis, tedavi ve bakım için bireysel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak bilinmektedir. Buna göre bireyin ve toplumun sağlığını korumak, hastalananların tedavisinin sağlamak, tedavi olup tam olarak iyileşemeyen sakat kalanların diğer insanlara bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürülebilmek için yapılan planlı çalışmaların tümü “sağlık hizmetleri” olarak adlandırılabilir. Sağlık konusu, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. maddesinde; “Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık güvencesi, beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, sakatlık, hastalık, yaşlılık ve kendi denetimi

dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir” ifadeleriyle yer almıştır (Odabaşı 1994).

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı, Kapsamı ve Özellikleri

Sağlıklı bir toplumun sağlıklı bireylerle başladığının bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde, en büyük yatırım sağlığı korumak ve iyileştirmekle görevli sağlık sektörüne yapılır (Sarvan 1994). Dünyada yaşanan hızlı değişim ve küreselleşme süreçleri ile birlikte ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri sağlık hizmetleri olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi, hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürülebilmelerini sağlamaktır. İnsanların sağlık hizmetlerinden yeterince, yerinde, zamanında ve gereksiz masraflardan kaçınarak yararlanmaları önemlidir.

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır. Sağlık işletmeleri ürettikleri sağlık hizmetlerinin türüne göre farklılaşmaktadır. Bununla birlikte sağlık kurumlarının çoğunluğunun dört grupta toplanan sağlık hizmetlerini değişik seviyelerde ürettikleri saptanmaktadır. Örneğin hastaneler, temel fonksiyonu olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu yanında, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sağlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Sağlık hizmetleri sektörünü diğer sektörlerden ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kurtulmuş 1998);

- Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hakimdir.
- Arz ve talep dengesizliği mevcuttur.
- Sağlık piyasalarında arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetlerini arz edenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.
- Sağlık piyasasında talebi öngörmek mümkün değildir.
- Sağlık piyasasına girişte kısıtlamalar mevcuttur.
- Alıcıların piyasa hakkında tam bilgileri yoktur.
- Sağlık hizmetlerinde homojenlik söz konusu değildir.
- Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.

- Sağlık hizmetleri ertelenemez ve ikame edilemez.
- Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki ilişki zayıftır.
- Sağlık piyasalarında kar amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur

Sağlık hizmetlerinin özellikleri ise şu şekilde sıralanabilir (Çıraklı ve Sayım 2009);

- *Kamusallık*: Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır, bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.
- *Dışsallık*: Sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.
- *Yararlı Mallar*: Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlanır.
- *Devlet Müdahaleleri*: Sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir.
- *Belirsizlik Altında Seçim*: Hizmet alan kişiler alacakları hizmetlerin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildirler ya da çok az bilgileri vardır.
- *Asimetrik Bilgilenme*: Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında bilgi açısından büyük fark vardır.
- *Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi*: Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir.
- *Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da Etkilemesi*: Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsallık özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir.

Başka bir açıdan sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Ateş 2013) ;

- *Sağlık hizmetleri emeğin yoğun olduğu, soyut hizmetlerdendir*; sağlık sektörü teknolojik gelişmenin en fazla gerçekleştiği sektörlerden olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve sunulması büyük oranda bireysel olarak gerçekleştiği için emek ağırlığını ve değerini korumaktadır. Hasta bakımı ve

cerrahi hizmetler emeğe bağılı olarak gerçekleşmekte iken tanı hizmetlerinde makinalaşma giderek artmaktadır

- *Sağlık hizmetleri ertelenemez ve acildir*; sağlık hizmetine olan ihtiyacın ne zaman doğacağı öngörülemez ve bu ihtiyaç ertelenemez. Hatta çoğunlukla bu ihtiyaç ortaya çıktığı anda giderilmesi gerekebilir. Toplu üretim söz konusu olmadığı için stoklanamaz ve anında üretilmesi ve dolayısıyla tüketilmesi gerekir.
- *Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma düzeyi yüksektir*; sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunun esas olması ve teknolojinin yoğun kullanımı bu alanda uzmanlık alanlarının çoğalmasına neden olmaktadır.
- *Sağlık hizmetlerinde hizmeti alanlar hizmeti verenlere birçok açıdan bağımlıdır*; sağlık hizmetlerinin ileri derecede uzmanlık bilgisi gerektirmesi bu konuda taraflar arasında bilgi asimetrisine sebep olmakta ve hizmeti alan kişileri hizmeti sunanlara bağımlı hale getirmektedir.
- *Sağlık hizmetlerinde çıktı ölçülemez*; sağlık hizmetinin soyut olması nedeniyle somut bir çıktı elde edilemez bu durum hizmete ilişkin kalite çalışmalarını zorlaştırmakta ve maliyet hesaplamaları konusunda da engel oluşturmaktadır.

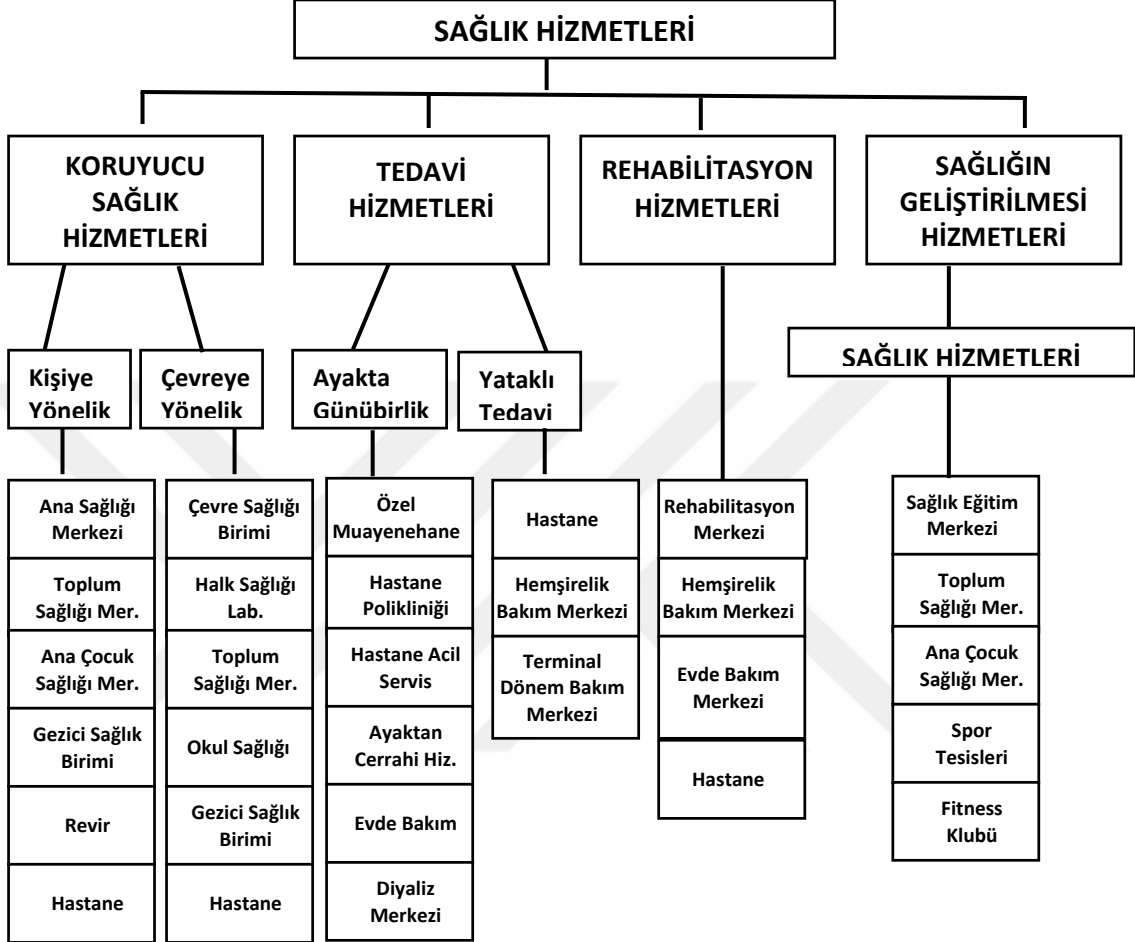
1.1.4. Türkiye’de Sağlık Sistemi, Sağlık Kurumları ve Sağlık Hizmeti Türleri

Türkiye’de sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetleri sunmak Sağlık Bakanlığı’nın görevidir. Bakanlık ülkenin sağlık sisteminin kurulmasından ve sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanmasından sorumludur ve aynı zamanda diğer hizmet sunucular üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir.

Günümüzde Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti üretmek yerine sektörü düzenleyici ve politika belirleyici görev üstlenmek eğilimine girmiştir. Ancak bakanlık, yürürlükteki yasalar gereğince halen sağlık hizmeti sunmakta ve bu görevi ulusal düzeydeki hastane, klinik, sağlık merkezi ve dispanserlerden oluşan bir ağda, yetersiz bir düzeyde gerçekleştirmektedir. Ülkedeki hastanelerin hemen hepsi Sağlık Bakanlığı yönetimi altındadır. Aynı sistem içinde koruyucu, ayakta poliklinik ve yataklı hizmetler de verilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın yana sıra diğer kamu kuruluşları ve hükümet dışı kuruluşlar da bazı sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve sunulmasına katkıda bulunmaktadırlar (Sargutan 2010).

Sağlık hizmetleri temel olarak, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri olarak sınıflandırılır.

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin ve Kurumlarının Sınıflandırılması.



Kaynak: Ş.Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara,2000

a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, halkı hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik hizmetlerdir. Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarını iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2000).

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri:

- Tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha ucuz ve etkindir.
- Uygulaması daha kolaydır.
- Sunumunda fazla insan gücüne ve araç-gerece ihtiyaç yoktur.
- İnsan gücü niteliğinin çok fazla olmasına gerek yoktur.
- Kullanılan teknoloji basit ve ucuzdur.
- Sağlık kurumlarının hasta yükünü azaltır.
- İşgücü kaybını minimuma indirir.
- Sunulan bu hizmetlerin sonucunda çevre düzenlemesi de yapılmış olur. (sıtma ile savaşa bataklıkların kurutulması gibi) (Tengilimoğlu ve ark 2014).

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; ruhsal ve bedensel sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, organize olmuş halkın gayretleriyle önlemenin yanı sıra, kişilerin ve ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından sağlık eğitimi, bağışıklama ve benzeri çabalarla, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanılarak yapılan hekimliktir (Altay 2007). Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır.

Kişiye yönelik koruyucu hizmetler; bu hizmetler hekim, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler; bağışıklama, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, iyi beslenme, kişisel temizlik ve bakım, aile planlaması ve sağlık eğitimi olmak üzere yedi grupta toplanabilir (Ateş 2013).

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler; çevrede bulunan ve birey sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi zararlı etkenlerden temizleme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme gayretlerinin tümü bu başlık altında ele alınabilir. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Akdur 2006):

- Yeteri kadar temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların bertaraf edilmesi,
- Hane sağlığı,
- Sanayi sağlığı,
- Haşerelerle mücadele,
- Hava kirliliği ile mücadele,

- Radyasyonla ve gürültü ile mücadele.

Sayılan bu maddelerden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen ziyade, diğer sektör ve meslek gruplarıyla işbirliği içinde yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün, bu alandaki temel görevi, denetim, danışmanlık ve eğitimidir (Akdur 2006).

b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sakatlık ya da hastalık durumu ortaya çıktığı zaman verilen hizmetlerdir. Sağlığını yitiren insanların sağlıklarına yeniden kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanmaktadır. Kendi içinde birinci basamak (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Tengilimoğlu ve ark 2014).

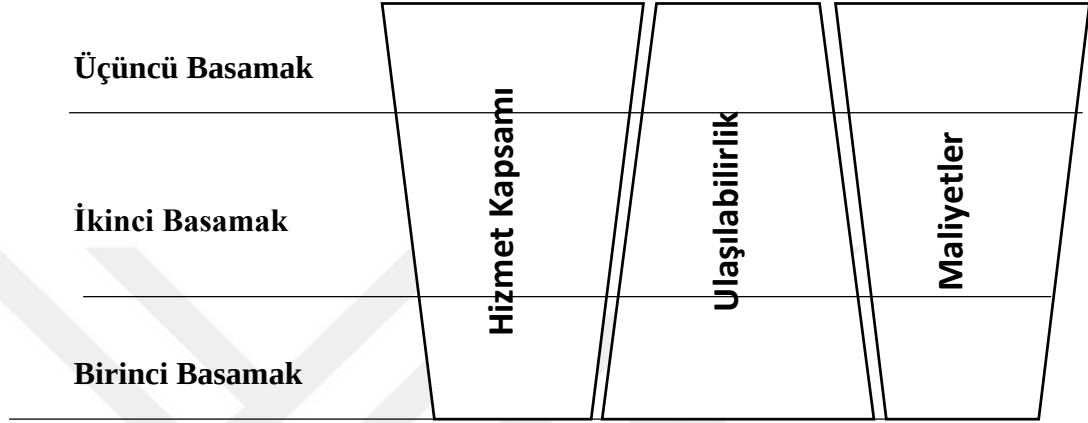
Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri en temel ifade ile insanların çeşitli sebeplerle başvurdukları ve oturdukları yere en yakın olan ilk sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmet olarak tanımlanabilir. Bu hizmetin en önemli özelliği genel itibarıyla bütün ülkelerde sağlık örgütlenmesinin dolayısıyla sağlık sisteminin temel unsuru olmasıdır (Ateş 2013).

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetleri vermektedir (Kısa 2002). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilme imkânı bulunmayan veya hastanın durumunun aciliyetine göre öncelikli olarak hastaneye gidilmesini gerektiren durumlarda, teşhis ve tedaviye yönelik olarak yataklı bir sağlık kuruluşunda (genel hastaneler) verilen hizmetleri içermektedir (Somunoğlu 2012).

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Farklı uzmanlık çeşitlerine sahip personeli bünyesinde barındıran ve ileri teknolojiye sahip olan sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetleridir. Kalp, onkoloji ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulabilmesi ve hastaların bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanabilmesi için, basamaklar arasındaki sevk zincirine yeterince önem verilmesi gerekir. Birinci basamakta verilen tedavinin yeterli olmaması durumunda, hastaların ikinci basamağa ve gerektiği

takdirde de üçüncü basamağa sevk edilmesi söz konusu olmalıdır. Aksi durumda ikinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmeti yeterince etkin olamaz. Sevk zincirine riayet edilmesi, hastaların gereksiz yere sağlık kurumlarında yığılımlar oluşmasını engelleyecek, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasına da imkân sağlayacaktır (Somunoğlu 2012).

Şekil 1.2. Birinci, İkinci ve Üçüncü sağlık hizmetlerinin Özellikleri.



Şekil 1.2’de de sunulduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri, dar kapsamlıdır; buna karşılık ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri geniş kapsamlıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2000).

c) Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Sakat ve işgücü kaybına uğrayanlara işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik sunulan hizmetlere rehabilitasyon hizmetleri denir. Kişilerin yitirdiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetler hekim ve diğer profesyonel sağlık personeli tarafından sunulan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından sunulan toplumsal yaşama entegreye yönelik sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır (Fişek 1963).

Rehabilitasyon hizmetleri, eş güdümlü ve bütünlük gösteren, tıbbi, sosyal ve eğitsel mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Bu hizmetler ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu ve ark 2014).

Tıbbi Rehabilitasyon

Bedensel kalıcı hasarların ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi,

ekstremitte protezlerinin kullanılması gibi hizmetlerden oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve ark 2014).

Sosyal Rehabilitasyon

Rehabilitasyonun bu çeşidi ile eski işinde çalışamayacak olan bireye yeni iş öğrenme ve beceriler edinme olanağı sağlanır. Yeni duruma uyum sağlamak amacıyla çeşitli pedagojik destek programları sunulur. Özürlü çocuklara yönelik açılan merkezler bu hizmeti veren kuruluşlara örnek gösterilebilir (Ateş 2013).

d) Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergeye göre de sağlığın geliştirilmesi; “Toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarını da kapsar” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi; sağlık statüsünün yükseltilmesine yönelik olarak yürütülen sağlığın korunması, sağlık eğitimi, hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesi ve yan etkilerinin azaltılması, stresin yönetimi, sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi için bireyde davranış değişikliğinin yaratılması vb. birçok faaliyeti kapsamaktadır (Somunoğlu 2012).

1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Toplumdaki bireylerin beklentilerini karşılamak üzere, üst düzeyde ve nitelikli sağlık hizmetinin sunulması ve bu hizmetleri ulaşılabilir yapmak, ülke sağlık sistemlerinin temel amacını oluşturmaktadır. Sağlık sisteminin organizasyonunda toplumun tüm bireylerinin hizmetlerden eşit ölçüde yararlanması ilkesi benimsenmekle birlikte, toplum içinde ayrıcalığı (ana çocuk sağlığı, mesleki hastalıklar vb.) olan ve farklı sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan kesimlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların sürdürülmesi de gereklidir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından farklı ülkeler tarafından benimsenen birçok örgütlenme modeli vardır. Sağlık hizmetinin sunumunun kamu hizmeti olarak ele alınmadığı durumlarda serbest piyasa koşullarının geçerliliğinden söz edilebilir. Fakat Alma-Ata Bildirgesi’nin ilkeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin satın alınmayan ve zorunlu bir hizmet olduğu ve aynı zamanda devlet tarafından verilmesi gerektiği noktasından hareket edildiğinde ise, sağlık hizmetlerin temel ilkeleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Somunoğlu 2012):

- Sosyal eşitlik,
- Birinci basamak sağlık hizmeti,
- Sürekli hizmet anlayışı,
- Bütünleştirilmiş sağlık hizmeti,
- Kademeli sevk sistemi,
- Ekip hizmeti,
- Ana ve çocuk sağlığına öncelik verilmesi,
- Koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi,
- Toplumsal katılım,
- Hizmet içi eğitim ve denetim,
- Esnek planlama,
- Sektörler arası işbirliği.

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye (Resmi Gazete 1983) göre Sağlık Bakanlığı'nın temel görevleri de aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmek,
- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yürütmek,
- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak ve denetlemek,
- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,

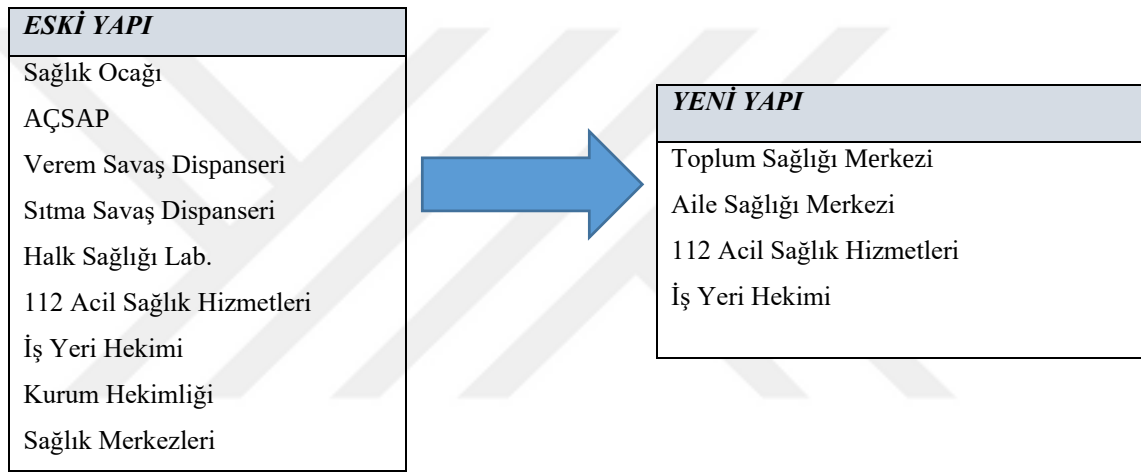
- Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletler arası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Türkiye’de hastanelerle ilgili planlama, denetim, koordinasyon, izin ve ruhsatlandırma gibi yetkiler 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nca yerine getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın yürütmekte olduğu sağlık hizmetlerini 2005 yılına kadar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı, Milli Savunma Bakanlığı (MSB), Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Türkiye Devlet Demir Yolları (TCDD) ve Posta Telgraf Telefon (PTT) İşletmeleri Genel Müdürlüğü gibi kamu kurum ve kuruluşları da sürdürmekteydi. Bu kamu kurum ve kuruluşlarının her biri kendi mevzuat ve işleyişine uygun olarak hareket ettiğinden ve kurumsal yapılanmalarının birbirlerinden farklı olmalarından kaynaklanan olumsuz etkenler sebebiyle sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması mümkün olamamıştır. Bu nedenle bu kurumlar arasında etkili, verimli ve koordineli çalışma çok zor olmakta ve hizmetlerin yerine ulaştırılması güçleşmekteydi. Bu durum sonuç olarak, sağlığa ayrılan kaynakların rasyonel kullanılamamasına neden olmakta ve meydana gelen atıl kapasite kaynakların israf olmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinde bu kaynak israflarını ortadan kaldırmak, hizmette etkin ve verimli yolları kullanmak maksadıyla hizmetlerin tek elden yürütülmesi zorunluluğu hasıl olmuştur. Bunun sonucu olarak, sorunların ortadan kaldırılabilmesi için, Milli savunma Bakanlığı ve Kamu Üniversitelerine Bağlı Sağlık Kuruluşları hariç, “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair 5283 Sayılı Kanun”, 19 Ocak 2005 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve 20 Şubat 2005 tarihinden itibaren kamuya ait tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. Bu şekilde yapılmış olan düzenleme ile tek elden etkili ve verimli sağlık hizmetleri vatandaşlara ulaştırılmaya başlanmıştır. Mevcut durumda kamu hastaneleri, Sağlık Bakanlığı bağlılık

kuruluşlardan biri olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na, üniversite hastaneleri YÖK'e ve askeri hastaneler ise Milli Savunma Bakanlığına bağlı olarak sağlık hizmetini sunmaya devam etmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Türkiye'de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmasıyla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması da yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılandırma çerçevesinde sunulan hizmeti tekrarlayan hizmetler değil, sorumluluğu ve yürütücülüğü belirlenmiş kurum ve kişilerce yapılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Şekil 1. 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası birinci basamak tedavi hizmetleri eski-yeni yapısı.



Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetini sunan kuruluşlar sundukları hizmet türüne göre yeniden belirlenmiş ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan üç temel kurum; Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri olarak belirlenmiştir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Sıtma Savaş, Verem Savaş hizmetlerinin Toplum Sağlığı Merkezi çatısı altında daha etkin olacak şekilde yer alması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011).

112 Acil Sağlık Hizmeti, hastane öncesi ve hastaneler arası hasta nakli veya kişilerin acil tıbbi müdahale ihtiyaçları durumunda hizmeti sunan bir merkeze bağlı istasyonlarda görev yapan sağlık personeli ile ambulanslarından oluşur (Sağlık Bakanlığı 2011).

Aile Sağlığı Merkezi görev tanımlamasında kısaca tarif edilecek olursa, kişilerin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini de sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerinin birlikteliğidir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Toplum Sağlığı Merkezi birinci basamak sağlık hizmetinden; toplumla ilişkili hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, gerektiğinde adli tıp hizmetleri, okul sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, acil sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, laboratuvar hizmetleri gibi hizmetlerin sunumu ve gerekli kurumlarla işbirliği içinde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden herkesin en iyi şekilde yararlanması için bölgedeki nüfusun sağlık düzeyini yükseltici planların yapılması ve bu hizmetlerin yapılmasına destek veren kurumlar ile işbirliği içerisinde yürütür. Toplum sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan toplumdaki insanların sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık düzeyini korumak ve bozulan sağlık düzeyini iyileştirici tedbirleri almak üzere tüm kurum ve kuruluşlarla gerekli işbirliğini yaparak hizmetlerini yürütür. Toplum sağlığı merkezi bu hizmetini yürütürken bazı sağlık hizmetlerini direkt kendisi sunabileceği gibi, diğer sağlık kuruluşlarından elde etmiş olduğu sağlık verilerini analiz ederek gerekli müdahaleleri gerçekleştirmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetini sunarken, verilerin yeterli, güvenli, etkin toplanması halinde birçok sağlık hizmetinin sunulması için gerekli stratejilerin oluşturulması mümkün olabilecektir. 2011 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Sağlık Bakanlığı, planlayan ve denetleyen bir yapı haline gelmiş, sağlık hizmetlerinin icrası bağlı kuruluşlar tarafından üstlenilmiş, 112 acil sağlık hizmetleri haricindeki tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu görevlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Türk Sağlık Sistemi'nin merkez örgütlenmesinde, Sağlık Bakanlığı aktif olarak rol almakta ve sağlık hizmetleri ile ilgili kararların alınmasından, politikaların belirlenmesinden ve uygulanmasından birinci derecede sorumlu olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin taşra düzeyindeki örgütlenmesinde ise, illerde idari (personel ve bölge yönetimi vb.) açıdan Valiye bağlı, ancak teknik (sağlık hizmetinin kapsamı vb.) açıdan Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu olan İl Sağlık Müdürleri rol almaktadır. Türk Sağlık Sistemi'nin sahip olduğu bu merkezi yapı, 2003 yılına kadar devam etmiştir. 2003 yılından itibaren, Sağlık Bakanlığı'nın rolünün yeniden tanımlanması ve kamu hastanelerinin özzerkleştirilmesine yönelik birtakım düzenlemeler yapılmıştır. *Sağlıkta Dönüşüm Programı* olarak ifade edilen bu düzenlemeler ile ülke sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulması,

herkesin eşit bir şekilde sağlık hizmetinden yararlanması ve hizmetlerin finansmanının sağlanması hedeflenmiştir. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için birtakım temel ilkeler benimsenmiştir. Bu ilkeler; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet şeklinde sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011):

- *İnsan merkezlilik:* Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanan bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.
- *Sürdürülebilirlik:* Geliştirilecek olan sistemin ülke şartları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- *Sürekli kalite gelişimi:* Vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- *Katılımcılık:* Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır.
- *Uzlaşmacılık:* Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.
- *Gönüllülük:* Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- *Güçler ayrılığı:* Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- *Desantralizasyon:* Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen şartlara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk

işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir

- *Hizmette rekabet:* Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sektörünü her yönü ile analiz edebilmek adına başlıca sekiz bileşenden oluşmuştur. Bunlar;

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Genel Sağlık Sigortası – herkesin tek çatı altında toplandığı bir yapılanma,
- Ulaşılabilir, yaygın ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi
- Bilgili, becerili ve yüksek motivasyonlu insan gücü,
- Sistemi destekleyici faaliyette bulunan eğitim ve bilim kurulları,
- Kalite ve akreditasyonun sağlanması,
- Akılcı ilaç ve malzeme kullanımını destekleyen kurumsal bir yapılanma (Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu),
- Sağlık Bilgi Sistemi (karar verme sürecine katkı için bilgiye erişim imkânı) şeklinde sıralanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ayrıca; hizmetin sunumuna ve hizmetin finansmanına yönelik bazı reformlar da getirmiştir. Hizmetin sunumuna ilişkin reformlar; birinci basamakta aile hekimliği sisteminin kurulmasını ve hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürölmesini hedeflemektedir. Hizmetin finansmanı alanında yapılan reformlar da; Genel Sağlık Sigortası kurulmasını, hizmeti sunan ile finanse edenin birbirinden ayrılmasını (SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri) ve tüm sosyal güvenlik kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmasını içermektedir (Somunoğlu 2012).

Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesi, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organıdır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile anne sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ana tedarikçisidir (Tengilimoğlu ve ark 2014).

Çizelge 1.1. Sağlık Bakanlığı kuruluşları.

Kuruluşun Adı / Yıl	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hastane	767	848	847	834	843	840	832
Sağlık Ocağı	5250	4944	4297	3842	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	-	-	6546	20185	20216	20811
Aile Sağlığı Merkezi	-	943	1765	2086	6367	6520	6660
AÇSAP Merkezi	298	227	225	222	188	183	189
Toplum Sağlığı Merkezi	-	182	373	429	961	957	957
Verem Savaş Dispanseri	249	247	243	229	198	194	179
KETEM	40	50	84	122	122	124	124
112 Acil Yardım İstasyonu	1175	1264	1308	1317	1375	1710	1863

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012.

Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı

Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06.04.2011 Tarihli ve 6223 sayılı Kanun'un verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulunca 11.10.2011 tarihinde kararlaştırılmış olup; 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı mükerrer Resmi Gazete 'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile düzenleme yürürlüğe girmiştir. Bu tarih itibari ile 181 sayılı Kanun hükmünde kararname ile gerçekleştirilen Teşkilat yapısı sona erdirilmiş ve Bakanlık teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Buna göre Bakanlık Teşkilatı, Bakanlık merkez ve taşra Teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve ark 2014).

2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Yapısı ve Görevleri yeniden yapılandırılan Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısı; Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurullar, Merkez Teşkilatı Hizmet Birimleri ve Bağlı Kuruluşlar olarak üç kısımda toplanmıştır. Sağlık Bakanlığındaki kurullar; Bakanlık politikalarını oluşturma ve mevzuat düzenlemelerine yönelik çalışmaları yürüten *Sağlık Politikaları Kurulu*, sağlık meslek mensuplarına mesleki yeterlilik ve müeyyide uygulanma yetkisi bulunan *Sağlık Meslekleri Kurulu*, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş bildiren *Yüksek Sağlık Şurası* ve tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi konusunda karar veren *Tıpta Uzmanlık Kurulu* olmak üzere 4 kuruldan oluşmaktadır. Merkez Teşkilatı Hizmet Birimleri; *Sağlık Hizmetleri*

Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Denetim Hizmetleri Başkanlığı, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği ve Özel Kalem Müdürlüğü olmak üzere 12 birimden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar ise; kısaca birinci basamak sağlık hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerini ve laboratuvar hizmetlerini yürütmekten sorumlu *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, devlet hastanelerini yönetmek ve işletmekten sorumlu *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu*, ilaç, tıbbi cihaz ve her türlü tıbbi ürünün standartlarını belirlenmesinden, ruhsatlandırılmasından ve bu ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmaktan sorumlu *Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu* ve Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerini yerine getirmekten sorumlu *Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü* olmak üzere 4 kurumdan oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlanmasında ise; İllerde İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve ilçelerde İlçe sağlık Müdürlükleri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014)

1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı, Tedavi Seçenekleri ve Türkiye'nin Durumu

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik seyirli böbrek hastalıklarında, ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbrek fonksiyonlarının giderek bozulması ile ortaya çıkan bir hastalıktır ve böbrek fonksiyon kaybı kritik bir düzeyi aşınca altta yatan nedenin giderilmesi, çoğu kez hastalığın ilerlemesini durduramamaktadır. Bu bölümde Kronik böbrek yetmezliği hastalığından, ülkemizdeki ve dünyadaki tedavi seçeneklerinden bahsedilecektir. Ayrıca bu hastalığın Türkiye'deki durumu ve tedavi yöntemlerinden birisi olan hemodiyaliz tedavisinin ülke çapındaki mevcut durumu analiz edilecektir.

1.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) ülkemizde ve dünyada salgın haline gelmiş önemli bir halk sağlığı problemidir. Erken tanıda sıklıkla önlenabilir veya ilerlemesi geciktirilebilir olmasına karşın, farkındalığının ve erken tanısının düşük olması genellikle buna olanak vermemektedir. Dünyanın çeşitli yerlerinde yapılan çalışmalar, hastalığın farkındalık düzeyinin yüzde 10'un altında olduğunu göstermiştir (Plantinga ve ark 2008). Kronik Böbrek Hastalığına bağlı 2-4 klinik belirteci olan hastalarda bile farkındalık oranı yüzde 10'u geçmemektedir (Tuot ve ark 2011).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), pek çok etiyolojik sebebe bağlı olarak, nefronların sürekli ilerleyen ve geri dönüşümsüz kaybı ile GFR’de ilerleyici ve genellikle geri dönüşümsüz azalmayla karakterize, böbreğin sıvı- çözelti dengesini ayarlama ve metabolik-iç salgı fonksiyonlarında kronik, kalıcı ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir (Hishida 2002). Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) böbrek işlevlerinin geri döndürülemez biçimde giderek yok olmasıdır. Hastalık ortaya çıktığında, böbrekler kandaki atıkları temizleme, idrarı yoğunlaştırma ve bazı temel bileşenleri tutma işlevlerini kaybederler; hastalarda kansızlık, yorgunluk, halsizlik, bacak ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, hiper tansiyon, uyku bozuklukları ve kemik hastalığı bulguları görülmeye başlar. KBY'nin ileri dönemine Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) adı verilir; hastalar böbrek fonksiyonlarının tamamını veya tamamına yakınını yitirir, yaşayabilmek için Renal Replasman Tedavisi (RRT)'ne gereksinim duyar (Ernst & Young Global Limited 2013).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik böbrek hastalıklarında, ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbrek işlevlerinin giderek bozulması ile ortaya çıkan, kalıcı glomerül filtrasyon hızının (GFH) azalması ile kendini gösteren bir tablodur. Böbrek fonksiyon kaybı kritik bir düzeyin üzerine çıkınca altta yatan nedenin giderilmesi, çoğu kez hastalığın ilerlemesini durduramamaktadır (National Kidney Foundation 2002). Kronik böbrek yetmezliği primer veya sekonder olarak böbrekleri etkileyen patolojiler sonucu oluşan tüm organ ve sistemleri etkileyen bir hastalıktır. Bu hastalığın tedavisinde hasta kanının artık maddelerden temizlenmesini sağlayan hemodiyaliz ve periton diyalizi yöntemleri uygulanmaktadır (Çeliker ve ark 2001).

Tüm dünyada milyonlarca kişi diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir (Grassmann ve ark 2006). Kronik böbrek yetmezliği, medikal yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı, tedavi maliyeti nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Tip 2 diyabet ve hipertansiyonun artmasına paralel olarak KBY insidans ve prevalansının artması beklenmektedir (National Kidney Foundation 2002).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar, kronik böbrek yetmezliğinde buzdağının su üzerinde kalan kısmını oluşturmaktadır. Dünya genelinde erişkinlerin yaklaşık yüzde 10’unda çeşitli evrelerde böbrek hastalığı bulunduğu tahmin edilmektedir (Hallan ve ark 2006, Bello ve ark 2010). Kronik böbrek yetmezliğinde erken evrelerden

itibaren, başlıca kardiyovasküler nedenlere bağlı olarak morbidite ve mortalite riskleri artmıştır ve hastalık ilerledikçe bu artış daha da belirginleşmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan yüksek katılımlı bir çalışmada, KBY'li bir hastanın ölme olasılığının SDBY'ye ilerleme olasılığından 16 kat yüksek olduğu saptanmıştır (Go ve ark 2004). Diyalize başlayan hastaları daha da kötü bir son beklemekte ve hastaların neredeyse yarısı 5 yıl içinde hayatını kaybetmektedir (USRDS Annual Data Report 2013). Böbrek nakli yaşam süresini anlamlı olarak iyileştirmekte, ancak hiçbir zaman sağlıklı birey düzeyine ulaştıramamaktadır. Yüksek morbidite oranları ve yaşam kalitesinin düşüklüğü, bu hastaların aile ve sosyal yaşantılarını da olumsuz etkilemekte ve ekonomik üretkenliklerini engellemektedir (Kutner ve ark 2009).

Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici karakterdedir. Fonksiyon kaybının oranına göre klinik ve laboratuvar bulgular şu şekilde sıralanabilir (Jacobson 1991):

- Birinci seviyede basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen GFR düşüklüğü dışında kronik böbrek yetmezliğinin belirgin klinik ve laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır (Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı).
- İkinci evrede ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN (kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi) noktörü de klinik ve laboratuvar buna eklenir (Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı).
- Üçüncü evrede ikinci evrede gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asid yüksekliği eklenir (Orta derecede böbrek yetmezliği).
- Dördüncü evre üremi dönemi olup bu evrede yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmiştir. Hastalar renal replasman tedavilerine hazırlanırlar(Şiddetli böbrek yetmezliği)
- Beşinci evrede hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Son dönem böbrek yetmezliği)

Çizelge 1.2. K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri.

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1,73 m ²)
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 – 59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	SDBY	<15

Kaynak: (Jacobson 1991)

1.2.2. Renal Replasman Tedavisi (RRT)

Türkiye’de son dönem böbrek yetmezliği hasta sayısı 60.000’in üzerindedir. Son dönem böbrek yetmezliğinde tedavi seçenekleri hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyondur (organ nakli). Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde diğer ülkelerde de olduğu gibi en çok kullanılan yöntem 2012 yılı verilerine göre % 79,28 ile hemodiyalizdir. Hemodiyaliz; maliyeti yüksek, cihaz ve yetişmiş işgücü gerektiren ve süreklilik arz eden bir tedavi şeklidir (Sağlık Bakanlığı 2014).

a) Renal Replasman Tedavi Seçenekleri

Böbrek fonksiyonlarını iyileştirme tedavisi olan RRT, ilk kez 1960 yılında diyaliz uygulamaları ile ortaya çıkan bir kavram olarak hayatımıza girmiştir. Bugün RRT denince; böbrek fonksiyonları bozulmuş son dönem böbrek hastalarında yaşamın devamı için kullanılan tedavi yöntemleri anlaşılmaktadır. RRT içinde yer alan tedavi yöntemleri başlıca 4 ana başlıkta toplanabilir (Erek ve ark 2004):

- Beslenme ve Tıbbi Tedavi (Konservatif Tedavi)
- Hemodiyaliz (HD)
- Periton Diyalizi (PD)
- Renal Transplantasyon (RT)

KBY teşhisinden hemen sonra tedaviye başlanılmaktadır. SDBY aşamasına henüz gelmemiş KBY hastalarına koruyucu tedavi uygulanarak hastalığın SDBY’ye ilerlemesini yavaşlatarak ortaya çıkan üremik komplikasyonları önlemek, azaltmak veya ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır. Komplikasyonlar belirlenip ilaç ve diyet tedavisine başlanmakta; başlangıçta bu tedavi yeterli olsa da, böbrekler tümüyle işlevini yapamaz hale geldiğinde yani koruyucu tedavi ile üremik belirti ve bulguların kontrol edilemediği SDBY safhasında HD, PD ve RT olmak üzere başlıca 3 renal replasman tedavisi

uygulanmaktadır (Ersoy 2005). Hangi RRT yönteminin seçilmesi gerektiği konusunda çok fazla belirsizlik mevcuttur. Bununla birlikte, RRT SDBY’de hayatın devamı için şarttır. Tedavinin asıl amacı, hastaların yaşam süresini uzatmak ve bununla birlikte, aynı zamanda yaşam kalitesinin en iyi düzeyde tutulması da amaçlanmaktadır (Ersoy 2005).

Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, böbrek yetersizliği nedeniyle vücutta birikmiş olan üre, potasyum, kreatin, fosfor gibi çeşitli zararlı maddelerin ve suyun, vücut dışında yer alan yarı geçirgen bir zar yardımıyla, kandan temizlenmesi işlemidir. Başka bir ifadeyle Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın pıhtılaşmasının önlenmesi vücut dışında bir makine yardımıyla yarı geçirgen bir zardan geçirilerek sıvı-solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir (Akpolat ve Utaş 1997). Hemodiyaliz işlemi bazı temel fizik kurallarının pratikte örnek bir uygulamasıdır. Hasta kanı ve diyaliz sıvısı adı verilen bir solüsyon yarı geçirgen bir zar tarafından ayrılacak şekilde karşı karşıya getirilir. Hemodiyaliz zarı üzerindeki por denilen mikroskobik delikler su, sodyum, potasyum, üre gibi küçük moleküllü maddelerin bir taraftan diğer tarafa geçmesine engel olamaz. Protein gibi daha büyük moleküllü maddeler, bakteriler veya kan hücreleri, çapları porlardan daha büyük olduğundan bir yandan diğer tarafa geçemezler. Porlardan geçebilen küçük moleküller zarın iki yanındaki yoğunluğun eşitlenene kadar yüksek yoğunluklu taraftan diğer tarafa doğru yer değiştirir (Ersoy 2005).

Hemodiyaliz sırasında, hastanın kanı vücudun dışında bir filtreden geçer ve hastaya geri verilir. Filtre zarındaki küçük gözenekler toksinleri süzerken, proteinler gibi hayati bileşenler kanda bırakılır ve aynı zamanda fazla su da bu küçük gözeneklerden atılır. İşlem, bir kan pompası ve güvenliği sağlayan sistemler ile donatılmış bir diyaliz makinesi ile kontrol edilir. Hemodiyaliz, damar erişim yolu problemi olan hastalar dışında tüm hastalara uygulanabilir, çok fazla sakıncalı değildir. Özellikle dolaşım sistemi düzenli olmayan ve sürekli hipotansiyonu olan hastalarda HD tedavisinin uygulanması zordur. Ayrıca bazı hasta gruplarında da sürekli HD tedavisinin yapılıp yapılmaması tartışmalı bir durumdur: çoklu organ yetmezlikleri, kötü huylu hipertansiyon, ileri alzheimeri olan hastalarda bazen HD tedavisine başlanmayabilir. Örneğin ilerlemiş karaciğer yetmezliği olanlarda asit, beyin hastalığı, kanamaya yatkınlık ve hipotansiyon (tansiyon düşüklüğü) bulunabilir. Bir arada bulunan bu durumlar damar erişim yolunun

sağlanmasında sorun oluşturabilir, hemodiyaliz sırasında hipotansiyon ağırlaşır yeterince sıvı çekilememesine sebep olabilir (Serdengeçti ve Seyahi 2009).

Periton Diyalizi

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden periton diyalizi geliştirilmiştir (Sorkin 1994).

Hastanın yaşadığı yerde hemodiyaliz imkanı olmaması durumunda, bir hastaneye ve makinelere bağlı olmak istemeyen genç, hareketli hastalarda, hepatit riskinin düşüklüğü nedeni ile RT vericisi hazır olan ya da kadavra listesinde olan hastalar için daha uygun bir tedavidir. Çocuklar, yaşlılar, diyabetikler, RT adayları ve Kardiyovasküler instabil hastalar en uygun hasta grubudur. Hastanın PD tedavisini sürdürebilecek uyumu sağlayabilecek olması esastır. PD, çoğu kez sürekli ayaktan periton diyalizi şeklinde ya da evde aletli periton diyaliz şeklinde uygulanır (Turgan ve Zingroff 1995).

Periton diyalizinde vucüt ısısına kadar ısıtılmış genelde 2 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna yerleştirilmiş olan katater vasıtasıyla 10 dakika gibi bir sürede periton boşluğuna verilir. Periton diyaliz tipine göre değişen periyotta bu solüsyonlar periton boşluğunda bekletilir. Bekleme sürecinden yaklaşık 20 dakika içerisinde diyalizat periton boşluğundan geri alınır ve yeni bir diyalizat tekrar periton boşluğuna verilir. Bu işlem genel olarak günde 4 kez, haftanın 7 günü uygulanır (Urden ve Stacy 2000).

Renal Transplantasyon

Son yıllarda immünsüpresif (bağışıklık sisteminin baskılanması durumu) ve antimikrobiyal tedavide, enfeksiyonların kontrolü ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler RT'yi en fazla tercih edilen, en başarılı RRT yöntemi haline getirmiştir. Ancak yeterli sayıda böbrek donörü bulunamamasından dolayı hastaların çoğu HD ve PD arasında seçim yapmaktadır (Kaplan 2006). SDBY' ine erişen veya HD, sürekli periton diyaliz ve böbrek nakli gibi renal replasman tedavisi gerektiren KBY olguları için koşulların uygunluğunda gerek morbidite gerek mortalite gerekse yaşam kalitesi bakımından en seçkin uygulama böbrek naklidir (Yenicesu 2001). Günümüzde yeni immünosüpresif ajanların kullanıma girmesi ve organ nakli tecrübelerinin artması ile giderek daha çok hasta renal transplantasyon adayı olarak kabul edilmektedir (Türkmen 2002).

Çizelge 1.3. 2012 yıl sonu itibarıyla kronik Hemodiyaliz/periton diyaliz programında veya fonksiyone greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dahil) Renal Replasman Tedavi tipine göre dağılımı.

Tedavi Türleri	Sayı	%
Hemodiyaliz	48.900	79,28
Periton Diyalizi	4.777	7,75
Transplantasyon*	8.000	12,97
Toplam	61.677	100,0

*Yaklaşık Sayı

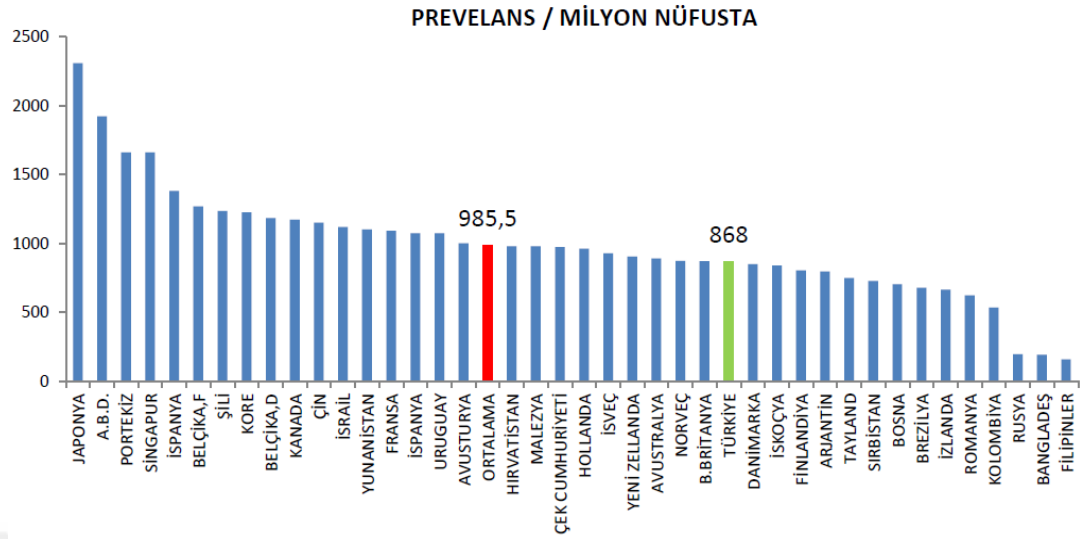
Kaynak: (Türkiye Nefroloji Derneği 2013)

Tablo x incelendiğinde 2012 yılı sonu itibarıyla Türkiye’de Renal Replasman Tedavisi gören hastaların %79,28 inin hemodiyaliz tedavisi gördüğü, periton diyalizi tedavisi görenlerin sayısı 4777 iken transplantasyon sayısının yaklaşık 8000 civarı olduğu görülmektedir.

1.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Kronik böbrek hastalığının erken ve orta evreleri genellikle tanısı zor olduğundan, toplum temelli çalışmalar yapılmaksızın hastalığın insidans ve prevalansını belirlemek zordur. Toplum temelli çalışmalarda kronik böbrek yetmezliği hastalığı taramasında kullanılan testlerin (mikroalbuminüri, tahmini GFH hesaplama formülleri) bazı kısıtlılıkları ve GFH düşük olan yaşlıların toplumdaki oranının yüksekliği nedeniyle kronik böbrek yetmezliği hastalığı sıklığının olduğundan yüksek bulunduğu yorumları yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014). İdrarda albumin denen proteinin atılması yani mikroalbuminüri böbrek hastalığının başladığını gösterir. Mikroalbuminüri, idrarda günde 30-300mg protein atılmasıdır. Eğer tedavi edilmezse bu hastaların %20-40’ında böbrek yetmezliği ilerdeki yıllarda gelişebilir (Özata 2015). Farklı ülkelerde yapılan çeşitli epidemiyolojik araştırmaların sonuçlarına göre dünyada kronik böbrek yetmezliği oranı yüzde 10-16, mikroalbuminüri oranı ise yüzde 6-14 arasında değişmektedir. Sonuç olarak, dünyada 500 milyondan fazla insanda KBY olduğu tahmin edilmektedir. Diğer bir ifadeyle, genel olarak her 9-10 erişkinin birinde değişik derecelerde böbrek hastalığı olduğu düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2014).

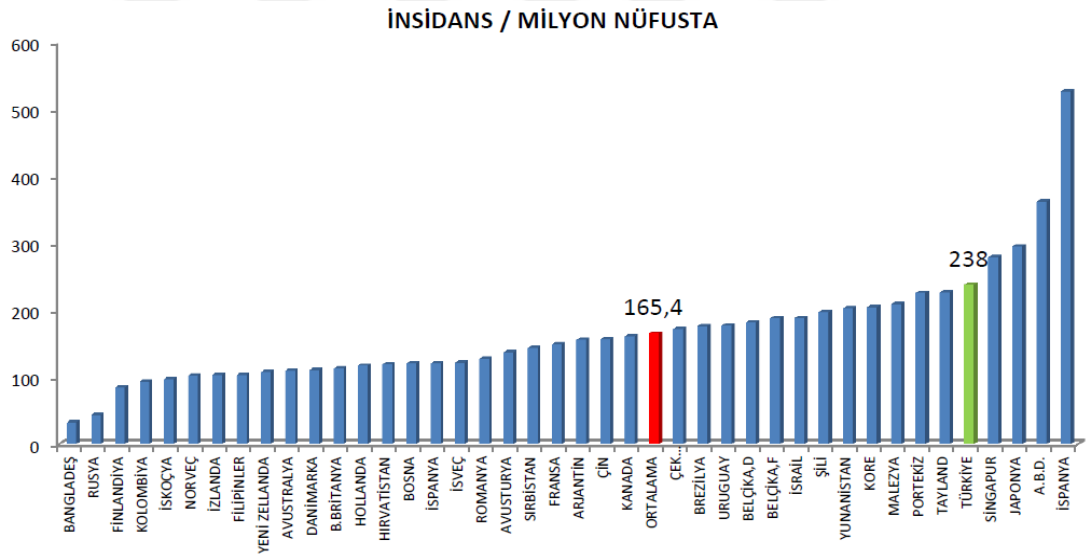
Grafik 1. 1. 2011 yılı Milyon nüfusta son dönem böbrek hastalığı genel prevalansı.



Kaynak: (USRDS Annual Data Report 2013) s. 340

ABD Böbrek Bilgi Sistemi 2011 verilerine göre Türkiye SDBY Genel Prevelansı (yaygınlığı) 868' dir. SDBY ortalama prevalansı ise 985,5' tir.

Grafik 1. 2. 2011 yılı milyon nüfusta son dönem böbrek hastalığı insidansı.



Kaynak: (USRDS Annual Data Report 2013) , s.338

ABD Böbrek Bilgi Sistemi 2011 verilerine göre Türkiye SDBY insidansı milyon nüfusta 238' dir. SDBY ortalama insidansı 165,4' tür.

Türkiye Nefroloji Derneği tarafından gerçekleştirilen CREDIT çalışması ile ülkemizde KBY prevalansı ile eşlik eden bozukluk durumların sıklığı saptanmıştır. Türkiye’de 23 ilde küme örneklem yöntemiyle seçilen 18 yaşın üzerindeki 10.748 kişide

yapılan CREDIT çalışması birinci fazının sonuçlarına göre; Türkiye’deki genel erişkin popülasyonda KBY prevalansı yüzde 15,7 olarak bulunmuştur. Buna göre, ülkemizde her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde böbrek hastalığı mevcut olduğu söylenebilir. GFH düşük (<60 ml/dk) olan hasta oranı ise yüzde 5,1 olup, her 20 yetişkinden birisinde kritik düzeyde KBY hastası olduğunu göstermektedir. Bu oranlara göre, KBY hastalığının ülkemizde yaklaşık 7,3 milyon erişkini etkilediğini ve bunlardan 2,4 milyon kişinin 60 ml/dk’nın altında GFH’ye (evre 3-5) sahip olduğu tahmin edilmektedir. Böbrek hasarının göstergesi olan mikroalbüminüri oranı yüzde 10,2, makroalbüminüri oranı ise yüzde 2 saptanmıştır. Bu sonuçlar, KBH’nin dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Üstelik Türkiye için sorunun boyutu çok daha büyük görünmektedir. Birçok epidemiyolojik çalışmanın aksine, CREDIT çalışması Türkiye’de kadınlarda KBY prevalansının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir (yüzde 18,4 ve yüzde 12,8, $p<0,001$). Beklenildiği üzere, yaşlanma ile KBY hastalığının sıklığının giderek arttığı, 40 yaş altında 10’dan düşük olan prevalansın 80 yaş üzerinde yüzde 50’nin üzerine çıktığı görülmüştür. KBY prevalansı bakımından coğrafik bölgeler arasında anlamlı farklılıklar mevcuttur. KBY sıklığı Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde en yüksek, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde ise en düşüktür. Lojistik regresyon analizi ülkemizde KBY sıklığının kadınlarda, yaşlılarda, kırsal bölgede yaşayanlarda, bazı coğrafik bölgelerde (Marmara, Güneydoğu Anadolu) ikamet edenlerde; hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir (Sağlık Bakanlığı 2014).

1.2.4. Türkiye’de Hemodiyaliz Vakalarının İncelenmesi

Türkiye’de yıllar geçtikçe kronik böbrek yetmezliği vakalarının sayısında ciddi artışlar görülmüştür. Kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak, hemodiyaliz vakalarında artışlar paralellik göstermektedir.

Çizelge 1.4. 2014 yılı temmuz sonu itibarı ile hemodiyaliz hasta sayısı.

Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
14.502	%27	2.964	%6	36.140	%67	53.606	%100

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2014)

Tablo 4'te görüldüğü gibi hemodiyaliz hasta sayıları 2014 yılı itibariyle 53.606 kişidir. Diyaliz tedavisinde en büyük hizmet payını özel sektör (%67) karşılamakta iken; en düşük hizmet payını ise üniversite hastaneleri(%6) karşılamaktadır.

Çizelge 1.5. Hemodiyaliz hasta sayıları (1995 – 2014).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Önceki Yıla Göre Değişim Oranı	1995'e Göre Artış (Kat)
1995	8.054	2.340	1.318	11.712	0	0
1996	4.904	2.197	2.768	9.869	-0,16	-0,2
1997	5.104	1.633	4.269	11.006	0,12	-0,1
1998	5.299	2.220	5.272	12.791	0,16	0,1
1999	5.828	2.381	7.034	15.243	0,19	0,3
2000	6.739	2.138	9.186	18.063	0,19	0,5
2001	7.911	2.916	10.092	20.919	0,16	0,8
2002	8.240	2.754	11.938	22.932	0,1	1
2003	9.067	3.105	14.535	26.707	0,16	1,3
2004	9.508	3.213	17.054	29.775	0,11	1,5
2005	9.587	3.209	20.691	33.487	0,12	1,9
2006	11.758	4.032	23.236	39.026	0,17	2,3
2007	9.895	2.697	28.289	40.881	0,05	2,5
2008	10.316	2.687	31.657	44.660	0,09	2,8
2009	11.000	2.805	34.628	48.433	0,08	3,1
2010	11.937	2.752	35.310	49.999	0,03	3,3
2011	12.204	2.989	35.816	51.009	0,02	3,4
2012	12.902	3.485	36.142	52.529	0,03	3,5
2013	13.177	3.468	36.547	53.192	0,01	3,5
2014	14.502	2.964	36.140	53.606	0,01	3,6

Kaynak:(Sağlık Bakanlığı 2014)

Hemodiyaliz hasta sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Yıllara göre tablo incelendiğinde hemodiyaliz hasta sayısı 1995 verilerine göre yaklaşık 3,6 katına çıkmıştır. Yıllar içinde hasta yükünü karşılamada özel sektör en önemli paya sahip olduğu buna karşın üniversite hastanelerinin payını çok fazla değişmediği görülmektedir.

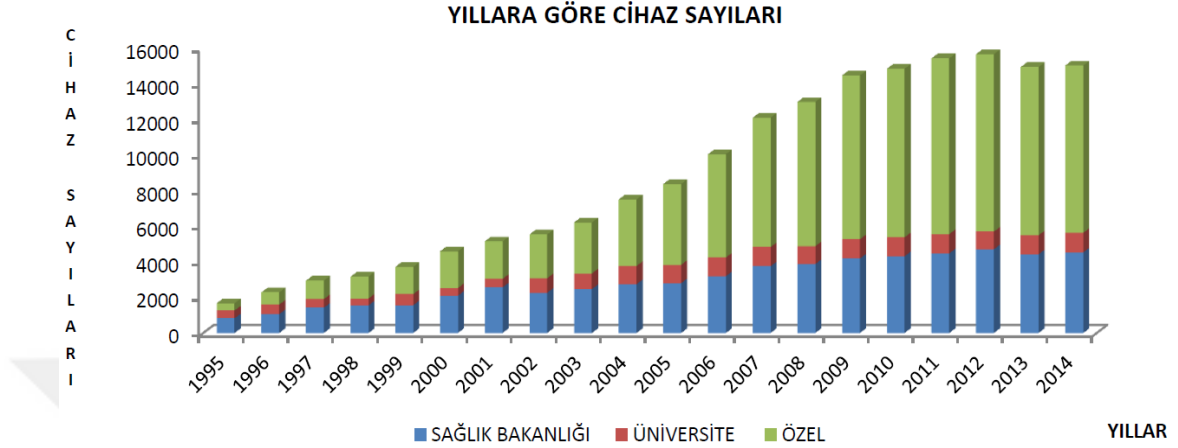
Çizelge 1.6. Yaş ve cinsiyete göre hemodiyaliz vaka dağılımı.

Kadın	Erkek	<18 Yaş	18-65 Yaş	>65 Yaş	Toplam
23533	30056	293	32331	20965	53589
% 43,9	% 56,1	% 0,5	% 60,3	% 39,1	% 100,0

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2014)

Türkiye diyaliz bilgi yönetim sisteminin (DYOB) verilerine göre; Erkek hasta sayısı kadın hasta sayısından % 12 fazladır. 65 yaş üstü hastaların toplam hastalara oranı % 39,1 ' dir.

Grafik 1.3. Hemodiyaliz cihaz sayıları (1995 - 2014 Temmuz arası).



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2014)

Sürekli artış gösteren hemodiyaliz vakalarına müdahale etmek için teknik donanımın yeterli olabilmesi için yıllar içinde cihaz sayısı sürekli arttırılmıştır ve 1995'ten günümüze cihaz artış hızı (8,0) hasta artış hızının (3,6) iki katından fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 1.7. Cihaz Başına Düşen Hasta Sayısı

Kurum Türü	Cihaz Sayıları	Hasta Sayıları	Cihaz Başına Hasta Sayısı
Sağlık Bakanlığı	4.868	14.502	2,98
Üniversite	1.151	2.964	2,58
Özel	9.824	36.140	3,68
Toplam	15.843	53.606	3

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2014)

Cihaz başına en yüksek hasta sayısı (3,68) özel merkezdedir. Cihaz başına en düşük hasta sayısı (2,58) ise Üniversitedir. Türkiye' de genel olarak cihaz başına hasta sayısı 3'tür (Arızalı ve yedek cihazlar bu sayılara dahildir.).

Çizelge 1.8. Hemodiyaliz merkez sayıları (1995 - 2014 Temmuz arası).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
1995	86	26	34	146
1996	122	27	51	200
1997	163	24	64	251
1998	165	28	85	278
1999	184	27	107	318
2000	196	29	123	348
2001	222	33	136	391
2002	238	38	167	443
2003	242	41	186	469
2004	263	46	209	518
2005	290	49	238	577
2006	323	50	306	679
2007	356	52	354	762
2008	384	46	399	829
2009	393	51	410	854
2010	399	52	390	841
2011	414	52	388	854
2012	419	54	377	850
2013	437	61	354	852
2014	437	61	354	852

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2014)

Sağlık Bakanlığı hemodiyaliz merkez sayıları 1995'ten bu yana 4.1 kat, Üniversite merkez sayıları 1.4 kat, özel merkez sayıları ise 9.4 kat artmıştır. Sağlık Bakanlığı'nda hasta sayısı artışı merkez sayısı artışından düşüktür. 2009'dan bu yana özel merkez sayılarında düşüş gözlenmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri diyaliz merkezi yeterliliklerini karşılayamayan merkezlerin askıya alınması ya da kapatılması olduğu düşünülmektedir.

1.3. Bazı OECD Ülkelerinde Sunulan Diyaliz Tedavi Hizmetlerinin İncelenmesi

Dünyanın değişik ülkelerinde son dönem böbrek yetmezliği ve tedavisi için farklılıklar mevcuttur. Tedavi şekilleri hemen hemen her ülkede benzerlik gösterse de geri ödeme şekilleri ülkelerin sağlık sistemi ve finansman şekillerine göre farklılık göstermektedir. Her ülke kendi içinde bir yapılanma oluşturmuş ve diyaliz tedavisini kendi vatandaşları için en uygun şekilde sunmak için uğraş göstermektedir. Aşağıda bazı ülkelerin sağlık yapıları ve diyaliz hizmetlerinin işleyişi incelenmiş olup özet olarak ülkeler hakkında bilgiler verilmiştir.

1.3.1. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika sağlık sistemin en önemli üç özelliği şöyle sıralanabilir. Birincisi; ABD'de birçok endüstrileşmiş şehir bulunması ve bu şehirler tarafından mevcut kaynakların sağlığa ayrılan oranının yüksek olması. İkincisi; ulusal hükümetin istikrarlı bir sağlık politikası takip etmesi ve üçüncüsü ise, ABD'de kapitalist bir ekonominin varlığıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlere ait gelirlerin kullanılmasının yanında tıbbi bakım (medicare) ve tıbbi yardım (medicaid) için yapılan genel yardımlar ve merkezi idare ile eyaletlerin bazı hastaneleri finanse etmeleri, özel sigortaların sağladığı finansman ve cepten ödemeler finansman kaynaklarını oluşturmaktadır. Gerçekte, ABD'de kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir finansman sistemi mevcuttur (Mutlu ve Işık 2002).

Günümüzde diyaliz hizmetleri, gelişen teknoloji ve insan ihtiyaçlarının çeşitliliğiyle birlikte değişiklik arz etmektedir. Amerika'da diyaliz hizmetleri dört farklı alternatifte sunulmaktadır (U.S Renal Care 2016);

- a) *Evde Periton Diyalizi:* Amerika'da yaygın olarak kullanılan evde bakım hizmetleri diyaliz hizmeti alanında da uzmanlaşmıştır. Alanında eğitilmiş hemşire ve hekimler tarafından hastaya kendi evinde periton diyalizi hizmeti sunulmaktadır.
- b) *Evde Hemodiyaliz:* Evde bakım hizmetleri tarafından alanında eğitilmiş sağlık personeliyle birlikte hastanın rahatı bozulmadan kendi evinde diyaliz tedavisine olanak sağlayan bir sistemdir.
- c) *Diyaliz Merkezinde Normal Tedavi:* Özel olarak diyaliz hastalarına tahsis edilen kliniklerde hastaların gün boyunca diyaliz tedavisi alabileceği alternatif bir diyaliz hizmeti sistemidir.
- d) *Diyaliz Merkezinde Gece Tedavisi:* Hastaların günlük işlerinden geri kalmaması için diyaliz merkezinde 6-8 saat boyunca uyku pozisyonunda tedavi imkanı sağlayan bir hemodiyaliz sistemidir. Zamanın geniş olmasından dolayı diyaliz tedavisi, yavaş ve nazik bir şekilde hastanın rahatını bozmayacak nitelikte verilir. Normal diyaliz tedavisini süresi 4 saat civarırken bu sistemde 6-8 saat süreyle bu tedavi uygulanır. Bu sistemin en büyük avantajı hastaları günlük işlerinden, sosyal hayatından geri bırakmayan atıl bir zaman dilimi olan gece vaktinin bu tedavi için değerlendirilmesidir.

Hastaların %10'u periton diyalizi alırken geriye kalanlar ise hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Hastaların yaklaşık %1'i ise evde diyaliz tedavisi almaktadır. Son dönem böbrek yetmezliğinden mustarip kişiler genellikle klinik ortamında özel sağlık merkezlerinde tedavi görürler. 1972 yılından bu yana son dönem böbrek hastaları, yaş, gelir ya da fonksiyonel durumları ne olursa olsun hastalık durumuyla ilgili Kamu Sağlık Sigortası (The Public Medicare Program) kapsamında sübvans edilmeleri uygun görülmüştür. Normal şartlarda Kamu Sağlık Sigortası, yaşlı (65 yaş ve üzeri) ve engelli hastaları kapsarken son dönem böbrek hastaları da kapsam altına alınmıştır. Kronik böbrek yetmezliği kapsamında olan bireyler 30 aylık dönem boyunca sağlık sigortası kapsamına alınmazlar. Bu bekleme periyodu özel sağlık sigortaları için çok çekici bir durumdur. Son dönem böbrek hastaları yaşlılar gibi sağlık sigortası kapsamına alınmıştır ancak bazı özel tedavi ve ilaçlar hastalar tarafından karşılanır. Hastalar Kamu sağlık sigortasından prim ödeyerek yararlanırlar. Hastaların sağlık sigortası için ödedikleri prim miktarı %20'dir. Hastalar bu sağlık sigortasının yanında genellikle tamamlayıcı bir devlet ya da özel sağlık sigortasına ihtiyaç duyarlar. Ancak hastalar buna rağmen ayaktan tedavi hizmetlerinde sigorta kapsamı dışında tutulan ilaç ve bazı tedavilerde cepten sağlık harcaması yapmak zorundadır. Diyaliz hizmetlerinin nerdeyse tamamı özel sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği ve demografik değişikliklerle beraber Kamu sağlık sigortasına kaydolanların sayısında ciddi artışlar olmasından dolayı Kamu Sağlık Sigortası finansal baskıyla karşı karşıya kalmıştır. Bu sistem özellikle maddi durumu sıkıntılı olan son dönem böbrek hastaları için ciddi zorluklara sebep olmaktadır (Hirth 2007).

1.3.2. Almanya

Almanya'da sağlık finansmanı açısından tamamen karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Almanya'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır. Hastaların doktor ücretlerini Ulusal Doktor Birliği ve hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastanelerin finansmanı ise, değişik şekillerde olmaktadır. Hastanelerin her türlü alt yapı ve yatırım harcamaları merkezi hükümetin gelirleri ile finanse edilirken, cari ve diğer harcamalar hastalık fonları ve hastaneler arasındaki görüşmeler ile belirlenir (Mutlu ve Işık 2002).

Almanya’da diyaliz hizmetleri özel ve kar amacı gütmeyen derneklere bağlı diyaliz merkezlerinde uzman doktorlar eşliğinde sunulur. Son dönem böbrek yetmezliği tedavisi de genel sağlık sistemine entegre edilmiştir. Diyaliz tedavisi tedavi modu bağımsız, haftalık sabit bir oranda sunulur. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında tedavilerin %90’ından fazlası karşılanırken geriye kalan kısmı sisteme entegre özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır. Hem çalışanlar hem de işverenler zorunlu sağlık sigortası için prim katkısı yapmaktadır. Hastalar genellikle hususi ticari taksitlerle diyaliz merkezine taşınır ve tedavi sonrası tekrar aynı şekilde evlerine bırakılır. Böylece hastanın meşakkatli geçen tedavi süreci biraz daha kolaylaştırılmış olmaktadır. Alman sağlık sistemi artan harcamalardan dolayı finansman bakımından zorluklar yaşamaktadır. Bugüne kadar halk istediği kurumda istediği tedavi imkanına sahipken, artan harcamalardan dolayı çeşitli tedbirler alınması zaruri bir hal almıştır. Devlet ilaç ve tedavi giderlerinde kısıtlamaya gitmek durumunda kalmıştır (Kleophas ve Reichel 2007).

Almanya’da diyaliz hizmetleri genel itibariyle diyaliz merkezlerinde uzman hekim ve hemşirelerce yürütülür. Ayrıca bunun dışında evde diyaliz hizmetleri de ülke genelinde kısıtlı düzeyde de olsa mevcuttur. Hastalar haftada en az bir kez nefrologlar tarafından muayene edilip durum analizi yapılır. Sınırlı sayıdaki bakım merkezlerinde de sosyal, kişisel veya ailevi nedenlerden dolayı evlerinde olmayan bakıma muhtaç hastalara diyaliz hizmeti sunulur. Hemodiyaliz hasta profili genel nüfus ile karşılaştırıldığında %36’sı yüksek diyabet ve hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir (Kleophas ve Reichel 2007).

Günümüzde hemodiyaliz tedavisi için kabul edilebilir tedavi süresi için bir rehber bulunmamaktadır. Tipik bir tedavi 240 dakika sürdüğü tahmin edilmektedir. Diyaliz tedavilerinin %85’i ortalama 240 dakika ve haftada 3 gün olarak gerçekleştirilmektedir. Diyabetik hastaların durumu uzman hekimler tarafından uygun görülürse diyaliz tedavileri zorunlu sağlık sigortası kapsamında gerçekleştirilir (Kleophas ve Reichel 2007).

1.3.3. İngiltere

İngiltere’de sağlık hizmetleri, 1948’te kurulan NHS (National Health Service- Ulusal Sağlık Hizmetleri) tarafından koordine edilmektedir. Sağlık Bakanlığının altında faaliyet gösteren NHS’nin temel amacı, sağlık hizmetlerinde yenilikleri araştırmak ve sağlık sektörü yöneticilerine eğitimler uygulayarak verimliliklerini artırmaktır. NHS

hizmetleri birinci basamak (primary care) ve ikinci basamak (secondary care) olmak üzere iki düzeyde gerçekleştirilmektedir. NHS hastane hizmetleri ikincil bakım hizmetleri altında ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2016).

İngiltere’de sağlık sisteminin finansmanı toplanan vergiler aracılığı ile sağlanmaktadır. Sistem her İngiliz vatandaşının bir genel pratisyenin (General practitioner-GP) listesine üye olma ve tamamen vergilerle finanse edilen bu sistemde, hizmeti kullanma sırasında ücretsiz olarak tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânı vermektedir. Bu hizmetler ev ziyaretleri, aşılamalar, tetkik ve tedavi hizmetleri yanında, gerek duyulan vakalarda ikinci basamak hizmetleri için bir uygun hastane departmanı ile temas kurma, gerekli bilgileri aktarma, randevu alma ve ikinci basamak ile ilgili işlemler tamamlandıktan sonra hastanın sürekli takibini içerir. Aile hekimine başvuran hastanın ikinci basamağa sevki gerektiğinde aile hekimi hastaya üç seçenek sunmaktadır (iki NHS hastanesi ve bir özel hastaneye sevk seçeneği; bu uygulama özel sektörü canlandırmak ve sistem içindeki ağırlığının artırılması amacıyla yapılmıştır). NHS’nin temel amacı hastaları hastanelerden uzak tutmaktır. İkinci basamak üzerindeki yükün azaltılması amacıyla aile hekimlerine daha fazla üstünlük ve güç sağlanmasının yanı sıra çeşitli ek uygulamalarda oluşturulmuştur. Aynı hastalığa sahip kişilerin hastalıkları konusunda eğitilmeleri (hasta destek grupları) ve toplum hastaneleri uygulaması (bu hastaneler, aile hekimleri tarafından kurulmuş ve kısa süreli yatış ve takip gereken hastalar, ikinci basamak hastanede ameliyat edilen ve rehabilitasyon ihtiyacı olan hastalara hizmet verilmektedir) (Sağlık Bakanlığı 2016).

İngiltere’de diyaliz tedavisi alan hastalar diğer kronik hastalıkları olan hastalardan farklı bir muamele görmezler. Diyaliz hizmetleri finansmanı kamu vergilerinden sağlanır ve hizmet sunumu tamamen ücretsizdir. Diyaliz hizmetlerine yoğun talep olmasından dolayı kamunun finansman kaynaklarında problemler yaşanmaya başlanmıştır. Buna rağmen son on yılda sağlık finansmanı genişlemiştir. Sağlık hizmetleri sağlayıcıları ile finansman sağlayıcılar arasında anlaşmalar yapılmaktadır (Nicholson ve Roderick 2007).

İngiltere’de diyaliz tedavisi genellikle ana diyaliz merkezlerinde ve uydu (Satelite) diyaliz merkezlerinde verilirken az sayıda hasta evde hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Ana diyaliz merkezlerinde böbrek trnasplantasyonu dahil olmak üzere tüm tedaviler kapsamlı şekilde verilmekteyken uydu diyaliz merkezlerinde sadece

hemodiyaliz tedavisi verilmektedir. Ana diyaliz merkezleri şehir merkezlerinde büyük yerleşim alanlarında kurulurken uydu diyaliz merkezleri kırsal kesimlerde ve şehir merkezlerinde faaliyet göstermektedir. Hastaların durumlarına göre ana diyaliz merkezlerinde veya uydu diyaliz merkezlerinde tedavi görmelerine karar verilir. Ana diyaliz merkezlerinde uzman nefrologlar eşliğinde tedavi hizmetleri sağlanırken uydu diyaliz merkezlerinde genellikle diyaliz hemşireleri tarafından diyaliz tedavisi sağlanır. Coğrafi şartlar ve hasta sayısına göre ana ve uydu diyaliz merkezlerinin kurulmasına karar verilmektedir. Hastalar 2 günde bir, haftada 3 kez diyaliz tedavisi almaktadır. Hastaların evlerinden diyaliz merkezlerine, diyaliz merkezlerinde evlerine ulaştırılma süreleri 30 dakikayı geçmemelidir. Diyaliz makinalarının kullanım süreleri 7-10 yıl ya da 25.000-40.000 saat olması gerekmektedir. Diyaliz hizmetleri hem NHS'ye bağlı istasyonlar hem de özel istasyonlarca sunulmaktadır. Özel diyaliz istasyonları NHS ile uyumlu bir şekilde çalışmaktadır (Nicholson ve Roderick 2007, The Renal Association 2016)

İngiltere'de diyaliz hizmetleri üç farklı şekilde sağlanmaktadır (The National Service Framework for Renal Services 2004):

- a) *Evde Hemodiyaliz Hizmeti:* Hastanın kendi evinde eğitimli personel aracılığıyla sunulan hemodiyaliz tedavisi çeşididir.
- b) *Ana veya Uydu Diyaliz İstasyonunda Diyaliz Hizmeti:* Ana diyaliz merkezlerinde tam kapsamlı böbrek tedavisi sağlanırken uydu diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi sağlanmaktadır.
- c) *Yatarak Diyaliz Hizmeti:* Özellikle yaşlı hastalara diyaliz merkezlerinde uzmanlarca sağlanan diyaliz tedavisi türüdür.

1.3.4. Fransa

Fransa sağlık sistemi vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları (özel, vakıf) ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur. Sosyal sigorta sistemi ikinci dünya savaşından sonra 1945'li yıllarda yardım sandıklarının gelişmesi ile uygulamaya konmuştur. Başlangıçta işçileri ve ailelerini kapsayan sistemin genişlemesi aşama aşama gerçekleşmiş, 1961'de tarım çalışanları, 1966'da da serbest çalışanlar kapsama alınmıştır. 1974'te genel sigorta şeklinde herhangi bir güvencesi olmayanların da kapsanacağı bir sigorta sisteminin kurulması oylamaya sunulmuştur. Bu sigortadan yararlanabilmek için kişilerin prim ödemesi, eğer gelirleri yetersiz ise il düzeyindeki yerel

kurumlardan istekte bulunmaları kararlaştırılmıştır. Fransa sosyal sigorta sistemi ağırlıklı olarak İngiltere'deki Beveridge sisteminden esinlenen, herkesin benzer haklardan yararlanmasını hedefleyen bir sistemdir. Hizmet sunumu kamu ve özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Birinci (ayaktan hizmetler) ve ikinci basamak (yataklı hizmetler) sağlık hizmetleri serbest çalışan hekimler (genel pratisyenlerin %7'si, uzmanların %68'i), diş hekimleri ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından, yerel yönetimlerce yönetilen yaklaşık 1000 dispanserde ve hastanelerde verilmektedir. Hizmet almada herhangi bir sınırlama yoktur ve herkes istediği hekimi seçebilir. Bir filtre sistemi kurulmaya çalışılmaktadır (Türk 2007).

Fransa'da diyaliz hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Hastalar dilediği kurumda tedavi olabilir. Tedavi ücretlerinin tamamı ulusal sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Evde diyaliz ve diyaliz merkezinde diyaliz hizmeti olmak üzere iki farklı şekilde diyaliz hizmeti sunulmaktadır. Evde diyaliz hizmetinin sunumu oldukça zor olduğundan genellikle diyaliz merkezlerinde tedavi sağlanır. Gerek kamu gerekse özel diyaliz merkezleri neredeyse %100 doluluk oranıyla çalışmaktadır. Merkezler arasında yatak dolumu için çok az rekabet oluşmaktadır Bu durum devletin diyaliz merkezlerini nüfusa ve hastalık oranına göre planlamasının sonucudur. Böylelikle kaynak yönetimi en üst düzeyde sağlanmaktadır. Son yıllarda Fransa'da son dönem böbrek yetmezliği tahminlerinde tutarsızlık olmasından dolayı devletin bölgesel planlamada yeterli olduğu söylenemez. Diyaliz için gerekli yatak sayısı hakkında planlamalar yapmadan önce, Fransa'da daha doğru epidemiyolojik verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Diyaliz tedavisi haftalık 540-1440 dakika ve ortalama 720 dakika sürmektedir. Günlük ortalama 3-4 saat süren diyaliz tedavisi hastayı evden alıp eve geri bırakma (15-30 dakika) ile birlikte yaklaşık 4-5 saat sürmektedir (Durand-Zaleski ve ark 2007).

1.3.5. İtalya

İtalya sağlık sistemi ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde organize edilmektedir. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı yer alır ve sağlıkla ilgili politika, amaç ve temel prensipleri belirler. Bölgesel düzeyde ise, bölge sağlık yönetimlerinde sağlık birimleri aracılığı ve kamu-özele ait hastaneler aracılığı ile sağlık hizmetleri verilir. Birinci basamakta sağlık hizmetleri yerel sağlık otoritelerine bağlı, devletle sözleşme yaparak çalışan bağımlı veya bağımsız uzman ve genel pratisyenler tarafından verilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise akredite kamu ve sağlık

kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. İkinci ve üçüncü basamağa sevk, birinci basamaktaki genel pratisyenlerin sevk etmesi ile mümkün olmaktadır. Sevk dışında müracaat olması durumunda ücret ödenmektedir. Acil durumlarda ücret ödenmemektedir. Hekim maaşları yerel hastalık otoriteleri tarafından ödenmektedir. Maaşlar hekimin hizmet süresi ve sorumluluk düzeyi ile orantılı olarak sabit bir miktar ile bunun üzerine maliyet kontrol ve üretkenliğe göre performans sistemine göre belirlenir (Lo ve ark 2009).

İtalya’da diyaliz hizmetleri hem kamu hem de özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Hastalar diyaliz merkezlerinin kalitesine göre ya da evlerine yakınlık durumuna göre diledikleri diyaliz merkezinden hizmet alma hakkına sahiptir. Diyaliz tedavisinin ulusal sağlık sigortasınca (NHS) karşılanır. Devlet özel sektörden hastalar için hizmet alımı gerçekleştirir. Hastalar hem kamuya ait diyaliz merkezlerinde hem de özel diyaliz merkezlerinde ücretsiz tedavi olmaktadır. Diyaliz merkezlerinde bir hemşireye en fazla 3 hasta düşmekte ve takipleri çok iyi bir şekilde yapılmaktadır. Ancak hemşire yetersizliğinden bu oran çoğu zaman sağlanamamaktadır. Hemodiyaliz merkezlerinin tam doluluk oranıyla çalışmalarından dolayı genellikle diyaliz tedavisi üç vardiya şeklinde sağlanmaktadır. Hastalara kaliteli hizmet sunumu verebilmek için bir hemşire en fazla iki vardiyada görevlendirilebilir. Hastalar ortalama ayda bir kez hastanede testleri yapılarak kontrol edilir. Ayrıca yılda ortalama 139 kez diyaliz merkezlerinde tedavi edilir. Hastalar ön görülen tedaviye sadakatle bağlı kalarak diyaliz hizmetini alma konusunda bir kültür edinmiş durumdadır (Pontoriero ve ark 2007).

1.3.6. Kanada

Kanada’da Federal bir hükümet, 10 eyalet ve 3 bölge yönetimi vardır. Sağlık sistemi de bu şekilde yapılanmıştır. Kanada’nın sağlık sistemi, federal, il/ yönetim birimi ve bölge gibi çeşitli düzeylerde yönetilir. Sağlık hizmeti, kente ait bir sorumluluktur. Federal yönetim, kendi sağlık bakanlığı aracılığıyla, sağlık hizmetinin sunulmasını desteklemek için, Kanada Sağlık Yasası’nın (1984) ilkelerine bağlı kalmaları şartıyla, illere fonlar aktarır (Sağlık Bakanlığı 2010). Federal yönetim ile eyalet ve bölge yönetimlerinin sağlık politikalarının eşgüdümünü sağlamak üzere bir de yönetimler arası düzey vardır. Federal hükümet ve eyalet hükümetleri ile bölge hükümetlerinin sağlık bakanlarının katıldığı bir komitede karar verilen sağlık politikaları ülke çapında uygulamaya koyulmaktadır (Sargutan 2010).

Federal ve bölge yönetimleri Kanada Sağlık Yasası’na göre belirlenmiş olan hastane hizmetleri, doktor hizmetleri, cerrahi dış sağlığı hizmetleri gibi sağlık

hizmetlerini çoğunlukla doğrudan kendi sağlık altyapısı ile değil, özel hizmet sunucularından sağlamaktadır. Bireysel hizmet sunucularını temsil eden birlikler ya da hastane yönetimleri ile eyalet ve bölge yönetimleri arasında sunulacak sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin fiyatları konusunda anlaşmalar yapılmaktadır (Sargutan 2010).

Kanada’da son dönem böbrek yetmezliği hastalığında ABD, Avrupa ülkeleri ve diğer uluslararası karşılaştırmalar temel alındığında iyi sonuçlar alındığı söylenebilir (CIHI 2005). Kanada’da zorunlu devlet sigortasının yanında aynı zamanda özel sağlık sigortaları da bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası devlet sigortası kapsamında olmayan bazı ilaç, ayaktan tedavi ve dış tedavilerini karşılamak için kullanılmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklar devlet sigortası tarafından karşılanmaktadır. Kanada’da sağlık bakım hizmetleri evrenseldir. Yani kişi Kanada vatandaşı olsun veya olmasın sağlık bakım hizmeti almak için sigorta kapsamına alınması uygundur. Tüm hastalar benzer tedavilerden yararlanma hakkına sahiptir. Kanada’da ABD-İngiltere karması bir diyaliz hizmeti mevcuttur. ABD’de olduğu gibi dört çeşit (evde periton diyalizi, evde hemodiyaliz, diyaliz merkezinde normal tedavi ve diyaliz merkezinde gece tedavisi) diyaliz tedavi seçenekleri sunulmaktadır. İngiltere ile benzerliği ise küçük yerleşim birimlerinde uydu (satelite) diyaliz merkezi, büyük yerleşim yerlerinde ise ana diyaliz merkezleri mevcut olmasıdır. Hastalar ortalama 240 dakika diyaliz tedavisi alırlar (Manns ve ark 2007).

1.3.7. İspanya

İspanya sağlık sistemi tüm nüfusu kapsayan, kamu ve özel sektörün yer aldığı, genelde hükümet bütçesiyle finanse edilen, merkezi ve bölgesel sağlık hizmetlerinden oluşan bir sistemdir. İspanyol sağlık sisteminin temel özelliği tüm vatandaşları kapsamı ve bu ücretsiz olarak verilen hizmetlerin genel vergilerle finanse edilmesidir. Sağlık yönetiminde yetkilerin büyük bir kısmı özerk bölge yönetimlerine devredilmiş olmasına rağmen temel sağlık yasalarının çıkarılması, ulusal sağlık sistemine kaynak sağlanması, ilaç politikaları gibi konularda yetkiler merkezi hükümette kalmıştır. Merkezi hükümetin diğer bakanlıkları ilişkili oldukları sağlık konularından sorumludurlar. İspanya sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin verilmesi üç sağlık seviyesine göre şekillenmiştir. Bu hizmetler temel sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve hastane hizmetleridir. Temel sağlık hizmetleri koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini, belli nüfus gruplarına verilen hizmetleri, acil servis hizmetlerini ve dış tedavisi hizmetlerini kapsar. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri İspanya sağlık sisteminin uzmanlık hizmeti ile ilgili grubuna

dâhil edilmiştir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri bir bütündür ve hastanelerin çoğu kamuya aittir. İspanya sağlık sigortasından, çalışanlar ile bakmakla yükümlü olduklarının yararlanma hakkı bulunmaktadır. Sigortalı ile birlikte yaşamaları ve sigortalıya ekonomik bakımdan bağımlı olmaları halinde; sigortalının eşi, son bir yılda birlikte yaşadığı hayat arkadaşı, çocukları ile ebeveynleri bakmakla yükümlü olduğu kişiler kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık sigortası kapsamında genel ve uzman hekim muayeneleri, yatarak tedavi, ilaç yardımı, laboratuvar ve ulaşım hizmetleri verilmektedir. Sigortalı kimselerin sigortalılıkları sona erse dahi son yılda ödedikleri katkı payı tutarına ve aile durumlarına göre 52 haftaya kadar sağlık yardımlarından yararlanma hakkı bulunabilmektedir. Sağlık yardımları; Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu, özerk yönetime sahip yerel sağlık sunucuları veya sözleşmeli doktorlar ve hastaneler ile sunulmaktadır. Ülkede özel sağlık sigortası da faaldir. Bunların üyeleri ayrıca Ulusal Sağlık Sistemi ile de kapsandığı için çifte kapsanma söz konusudur. Özel sağlık sigortası şirketleri müşterilerine genelde kamu sağlık sisteminde finansmanı sağlanmayan diş protezi ve geleneksel tıp gibi alanlarda hizmet paketi sunmaktadırlar (Sargutan 2010, Sosyal Güvenlik Kurumu 2012).

İspanya sağlık sisteminde diyaliz hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından yürütülmektedir. Hastalar diledikleri yerde tedavi olma hakkına sahiptir. Kronik böbrek yetmezliği ile ilgili tüm tedavi masrafları sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Hastalardan herhangi bir katkı payı alınmaz. Son yıllarda bu alana yapılan finans destekleri ciddi bir büyümeye neden olmuş ve ülkenin sağlık sisteminde arızalara neden olmuştur. Ülkede dört farklı şekilde (evde periton diyalizi, evde hemodiyaliz, diyaliz merkezinde normal tedavi ve diyaliz merkezinde gece tedavisi) diyaliz hizmeti sunulmaktadır. En yaygın kullanılan tedavi türü diyaliz merkezinde normal tedavi yöntemidir. Ülkenin tüm diyaliz merkezleri Ulusal Sağlık Kontrolü (National Agencies of Health Control) tarafından denetlenerek kalite akreditasyonları gerçekleştirilir. Hastaların tedavi şekilleri diğer ülkelerle benzerlik göstermektedir (Luno 2007).

1.3.8. İsviçre

Federal bir devlet olan İsviçre'nin parlamentosu büyük ve küçük iki meclisten oluşmaktadır. 200 üyeli Ulusal Temsilciler Meclisi ve 46 üyeli Kanton Temsilcileri Meclisi. Yasamanın çift meclisle şekillenmesi temelini anayasadan almaktadır. Her iki meclis de eşit güce sahiptir. Halkın ve kantonların egemenliğinin eşitliği ilkesi anayasa

ile güvence altına alınmıştır. Ulusal Temsilciler Meclisi'ne kantonların kaç temsilci göndereceği son nüfus sayımına göre belirlenmekte ve sürekli değişmektedir. Büyük meclise gönderilecek temsilciler halk tarafından seçimle belirlenmektedir. Küçük meclise ise kantonların nüfusuna bakılmaksızın tam kantonlar iki, yarım kantonlar bir temsilci göndermektedir. Her iki meclise seçilenlerin görev süresi dört yıldır. Referandumlar yoluyla her yurttaş federal hükümet tarafından kabul edilmiş yasaların geçerliliğini sorgulayabilir ve federal anayasada düzeltme yapılmasını isteyebilir. Bu haklar İsviçre'yi doğrudan demokrasi uygulanan bir ülke yapmaktadır. 1999 anayasasına göre federasyona özel olarak delege edilmemiş tüm güçler kantonların elindedir. Tüm kantonlar belediyelerden oluşmaktadır (Sönmez 2007).

İsviçre siyasi politikalarının özelliği olan liberalizm ve federalizm aynı zamanda sağlık sistemini de şekillendirmiştir. Liberalizm sağlık sisteminde özel teşebbüsün ve serbest piyasanın hakim olması, devletin sadece düzenleyici rol üstlenmesi, federalizm ise sağlık hizmetlerinin temelde kantonların sorumluluğunda olması ile ilgilidir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu temelde kantonların sorumluluğunda olmasına karşın sosyal sigorta ve sağlık sigortasına ilişkin yasa yapma yetkisi federal hükümettedir. İsviçre'nin tek bir ulusal sağlık bakanlığı ve sağlık sistemi yoktur. Bunun yerine 26 kantona karşılık gelen 26 mini sağlık sistemine sahiptir. Bu nedenle sistem, merkeziyetçi olmaktan çok uzaktır (Frei ve Hunsche 2001, Sargutan 2010).

İsviçre'de toplumun %97'si ayakta tedavi ve hastane hizmetlerini içeren sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanı doğrudan, kişisel ödemeler, sigorta primleri ve hazine gelirleriyle karşılanır. Ülkede uygulanmakta olan üç tip sigorta sistemi vardır. Bunlar zorunlu temel sosyal sigorta, isteğe bağlı destekleyici sigorta ile hastalık, yaşlılık ve kaza sigortasıdır. Bu sigortalardan zorunlu temel sosyal sigortanın kapsamı lüks sayılabilecek düzeydedir. Sigorta primleri Federal Hükümet tarafından belirlenir ve sabit olmayıp gelir düzeyine bağlıdır. Sağlık hizmeti sağlayanlar büyük çoğunlukla sigorta şirketleri ya da hastaların direk ödemeleri ile finanse edilirler. Vergilerden sağlanan federal, kantonal ya da belediye sübvansiyonları hastanelerin, yaşlı, mental ya da fiziksel engel li kişilerin ayaktan ya da bakarak bakımları, zorunlu sağlık sigortası için prim sübvansiyonu sağlar. Geri ödeme kapsamında olan hizmetler sağlık sigorta yasasınca belirlenmiştir. Hekimlere hizmet başı ödeme yapılır (fee for service). Ücretler kantonal düzeyde hekim birliği ile sağlık sigortaları birliği arasında yapılan anlaşmalarla belirlenir (Sönmez 2007, Wikstrom ve ark 2007, Sargutan 2010).

İsviçre’de diyaliz hizmetleri büyük ölçüde kamu tarafından sağlanırken az sayıda özel sektöre bağlı merkezler de mevcuttur. Diyaliz merkezleri ülkenin her tarafına eşit dağılmamıştır. Sağlık politikası olarak daha çok böbrek nakline odaklanılmış ancak diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi canlı verici bulmada ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Sağlık sigortası tarafından genellikle tedavi masrafları karşılanmaktadır. Üç farklı şekilde (Periton diyaliz, normal hemodiyaliz ve evde hemodiyaliz) diyaliz tedavisi sağlanmaktadır. Evde hemodiyaliz kullanımı oldukça düşüktür (Yaklaşık %1). Diyaliz merkezlerinin planlanması ve denetimi kantonlarca sağlanmaktadır. Ülkede diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi gün geçtikçe diyaliz hizmeti maliyetleri artmakta ve devlet bu probleme çözüm arayışındadır (Wikstrom ve ark 2007).

1.3.9. Japonya

Dünyanın hem teknolojik hem de kişi başına yaklaşık 40.000 ABD \$ gelirle ekonomik açıdan en gelişmiş ülkelerinden biri olan Japonya’da, bu gelişmişlik sağlık sistemine de aynı şekilde yansımıştır. Ortalama yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranlarının azlığı açısından dünyada en ön sıralarda gelen Japonya, gerek sağlık hizmetlerinin sunumu gerekse mali yapısı açısından oldukça başarılı bir düzeydedir. Japonya’da sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulan birden fazla ödeyeni bulunan bir sistemdir. Toplam harcamanın %60’ı sigorta, %25’i kamu desteği, %10’u yerel yönetimler, kalan kısımda diğer değişik kaynaklardan oluşmaktadır. Japonya’da gelir düzeyine bakılmaksızın sağlık hizmetleri sistemi tüm vatandaşları kapsayacak şekilde gelişmiştir. Sağlık hizmetlerini en önemli karakteristiklerinden biri tüm tıp kurumlarına serbest erişimin ve yararlanmada eşitliğin garanti altına alınmış olmasıdır. Japonya’da sosyal sigorta programı çalışanları için sağlık sigortası ve serbest çalışanların emeklerini kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası olmak üzere ikiye ayrılır. Çalışanlar için sağlık sigortası iş yerini kapsamaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası ise tarım işleri, ormancılar, kendi işyerinde çalışanlar ve işsizleri kapsamaktadır. Sağlık programları, kişilerin isteklerini dikkate almaksızın önceden belirlenmiş gruplara göre düzenlemiştir. Sistem ulusal ve yerel yönetimlerin yanı sıra, işverenler ve bireylerden alınan primlerle finanse edilir. Japonya sosyal güvenlik programlarının kapsamı oldukça büyüktür. Ulusal sağlık sigortasının yanında kar amacı gütmeyen 5000’in üzerinde özel sağlık sigortası da mevcuttur (Naito 2006, Fukuhara ve ark 2007, Sargutan 2010).

Japonya’da son dönem böbrek yetmezliği insidansı yaşanan nüfus ile paralel olarak son dönemlerde artış göstermiştir. Böbrek nakli canlı verici yetersizliğinden nadir

olarak gerçekleştirilir. Özel diyaliz kliniklerinde tedavi masrafları çoğunluğu oturum ve dinlenme başına sabit ücretler, servis ücreti olarak ödenir. Hastane tabanlı diyaliz hizmetlerinde hizmet ya da tanı için ek ücretler alınmaktadır. Yaygın olarak kullanılan diyaliz hizmeti için geri ödemelerde indirimle gidilmiştir. Japonya’da diyaliz hizmetleri hem kamu hem de özel diyaliz merkezleri tarafından yürütülmektedir. Ortalama yaşam ve yaşlı birey sayısı giderek artmaktadır. Bu yüzden kronik böbrek yetmezliği hastalığı da artış göstermektedir. Hastalardan diyaliz hizmeti için katkı payı alınmaktadır (Fukuhara ve ark 2007).

Japonya’da hem diyaliz merkezlerinde tedavi hem de ev hemodiyalizi hizmetleri bulunmaktadır. Hastaların çoğunluğu diyaliz merkezlerinde tedavi olmayı tercih etmektedir. Evde diyaliz hizmet çok az hasta tarafından tercih edilmektedir. Genellikle yaşlılar ve yatalak hastalar tarafından evde hemodiyaliz kullanılır. Hastalar diyaliz merkezini bağlı oldukları sigorta kuruluşlarıyla beraber seçmektedir. Sigorta şirketleri hastaların kurum tercihlerinde önemli rol oynamaktadır (Naito 2006).

1.3.10. Türkiye

Sağlık Bakanlığı'na ülke çapında diyaliz hizmetlerinin gelişiminden ve takibinden Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı ve Diyaliz Bilimsel Danışma Kurulu destek olur. Sosyal Güvenlik Kurumu sosyal güvenlik hizmetleri için ana ödeyici konumundadır. Diyaliz alanında, SGK, kamu ve üniversite hastanelerini olduğu kadar, özel diyaliz merkezlerini de finanse etmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı SGK'nın başındadır ve istihdam koşullarının iyileştirilmesi ve Türk vatandaşlarına sosyal güvence geliştirilmesi ve sağlanmasından sorumludur. Türkiye'deki mevcut diyaliz geri ödeme modeli ücret karşılığı hizmet ve paket planın ortasındadır. Sağlayıcılar uyguladıkları toplam diyaliz seansına göre geri ödeme alırlar. Türkiye'de özel hizmet sağlayıcılar için geri ödeme oranı diyaliz seansını, teşhis amaçlı tahlili ve heparini içerir (Ernst & Young Global Limited 2013).

Diyaliz tedavisi için gerekli eritoproteinle beraber ekstra diyaliz ilacı SGK tarafından karşılanır, yerel eczanelerde hastalara reçete karşılığı bedelsiz olarak verilmektedir. Damar yolu da SGK tarafından karşılanır. Genellikle tüm özel merkezler ulaşım, yemek gibi ekstra ücretsiz hizmetler de sunmaktadır. Türkiye’de kronik böbrek yetmezliği tedavisinde yaygın olarak periton diyalizi ve hemodiyaliz tedavisi kullanılmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliğinin ilk safhalarında periton diyalizi son

safhalarında ise hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Diyaliz merkezleri, merkezin durumuna göre iki veya üç seans halinde diyaliz hizmeti sunmaktadır. Hastalar iki günde bir 4 saat süreyle diyaliz tedavisi almaktadır.

Özetle;

Çizelge 1.9. Ülkelere göre diyaliz tedavi yöntemleri ve finansmanı

Ülkeler	Diyaliz Tedavi Yöntemleri	Finansman
ABD	• Evde Periton Diyalizi • Evde Hemodiyaliz • Diyaliz Merkezinde Normal Tedavi • Diyaliz Merkezinde Gece Tedavisi	• Özel Sağlık Sigortası • Kamu Sağlık Sigortası
Almanya	• Özel ve Kar Amacı Gütmeyen Diyaliz Merkezlerinde Hemodiyaliz Tedavisi • Evde Hemodiyaliz	• Kamu Sağlık Sigortası • Özel Sağlık Sigortası
İngiltere	• Evde Hemodiyaliz Hizmeti • Ana veya Uydu Diyaliz İstasyonunda Diyaliz Hizmeti • Yatarak Diyaliz Hizmeti	• Kamu Sağlık Sigortası (NHS)
Fransa	• Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Diyaliz Hizmeti • Evde Diyaliz	• Kamu Sağlık Sigortası
İtalya	• Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Diyaliz Hizmeti • Evde Diyaliz	• Kamu Sağlık Sigortası
Kanada	• Evde Periton Diyalizi • Evde Hemodiyaliz • Diyaliz Merkezinde Normal Tedavi • Diyaliz Merkezinde Gece Tedavisi • Ana veya Uydu Diyaliz İstasyonunda Diyaliz Hizmeti	• Özel Sağlık Sigortası • Kamu Sağlık Sigortası
İspanya	• Evde Periton Diyalizi • Evde Hemodiyaliz • Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Normal Tedavi • Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Gece Tedavisi	• Kamu Sağlık Sigortası
İsviçre	• Periton Diyalizi Tedavisi • Evde Hemodiyaliz Tedavisi • Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Hemodiyaliz Tedavisi	• Kamu Sağlık Sigortası
Japonya	• Evde Hemodiyaliz Tedavisi • Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Hemodiyaliz Tedavisi	• Kamu Sağlık Sigortası • Cepten Sağlık Harcamaları
Türkiye	• Özel ve Kamu Diyaliz Merkezlerinde Hemodiyaliz Tedavisi	• Kamu Sağlık Sigortası

İncelenen OECD ülkelerinin sağlık sistemleri farklılık göstermektedir. En büyük farklılık Amerika Birleşik Devletlerinde görülmektedir. Özel sağlık sigortacılığın çok büyük etkisi nedeniyle vatandaşların büyük bir kısmı tedavilerini çok büyük ücretler karşılığı sağlamak zorunda kalmıştır. Özel sağlık sigortacılığı diğer OECD ülkelerinde de bulunmasına karşın ABD'deki kadar yaygın değildir. Hemen hemen tüm ülkelerde zorunlu kamu sağlık sigortası mevcuttur. Kamu sağlık sigortası vatandaşların tedavilerinin büyük bir kısmını karşılamakla yükümlüdür.

İncelenen tüm ülkelerin diyaliz tedavi yöntemlerinin benzerlik gösterdiği görülmüştür. ABD'de gece hemodiyaliz tedavi seçeneği diğer ülkelerde pek rastlanmayan bir seçenek olarak farklılık göstermektedir. Kronik böbrek yetmezliği tedavisi diğer kronik hastalıkların tedavisinde olduğu gibi genellikle tüm ülkelere kamu sağlık sigortası tarafından finanse edilmektedir. Bu tedavilerin finansmanı ülkelerin bütçesini zorlasa da sosyal devlet anlayışı gereğince ülkeler bu hizmeti vatandaşlarına sunmaya devam etmektedir. Evde hemodiyaliz hizmeti tüm ülkelerde bulunmakla birlikte; profesyonel kişilere duyulan ihtiyaçtan dolayı genellikle çok fazla tercih edilmemektedir. Ülkemizde de olduğu gibi incelenen tüm OECD ülkelerinde genellikle merkezde hemodiyaliz tedavisi en çok tercih edilen yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkelerin diyaliz tedavi yöntemlerinin büyük oranda benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

1.4. Hasta Memnuniyeti

Memnun olma, sevinme anlamlarına gelen memnuniyet etimolojik olarak minnet sözcüğünden gelmektedir. Minnet ise yapılan bir iyiliğe karşı kendini borçlu saymaktan, gönül borcundan ve şükran duymaktan doğmaktadır (TDK 2016). Hasta memnuniyeti; hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerini gerçekleştirebilmesi olarak tanımlanabilir (Sezgin 1998). Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur (Akgün ve ark. 1997).

Sağlık kurumları kendilerinden hizmet satın almak isteyen müşterilerine kaliteli hizmet sunmalı, çok yüksek olan maliyetlerini düşürecek teknikler oluşturmalıdır. Hizmet verme süresini optimum seviyeye çekebilmeli, teşhis koyma ve tedavi yöntemini seçmede

sıfır hatayı hedeflemelidir. Aynı zamanda bu kurumlar hastaya durumu hakkında yeterli ve aydınlatıcı bilgi vermeli, mümkün olduğunca hastayı sağlığına kavuşturabilmeli, hastane sonrası yapması gerekenler hakkında hasta yeterince bilgilendirilip yönlendirilmeli ve müşterilerinin memnun olarak ayrılmasını sağlamalıdır (Pakdil 2011).

Hasta memnuniyetini belirleyen birinci faktör, hastaların beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarından alacakları hizmetlerde aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir (Kavuncubaşı 2000). Hasta memnuniyetini belirleyen ikinci faktör, hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili algılamalarıdır. Algılar, bireyin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir (Kısa 2007). Hasta memnuniyeti sağlık-bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler vermektedir. Sağlık hizmetlerinden memnun olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine uymaktadır ve sağlık hizmetine tekrar gerek duyduklarında yine aynı sağlık kurumunu tercih etmektedir.

1.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Steiber'e (1989) göre hasta memnuniyetinin değerlendirme kriterleri şunlardır;

- Doktorlar
- Bakımın Maliyeti
- Genel Bakım
- Ziyaretçi Politikası
- Hemşireler
- Personel Hizmetleri
- Beslenme Hizmetleri
- Giriş ve Taburcu Hizmetleri
- Park Hizmetleri
- Temizlik Oda hizmetleri

Lewis (1994) ise hasta memnuniyetinde etkili olan kriterleri şu şekilde sıralamıştır;

- İnsanca Yaklaşım
- Psiko-Sosyal İlgi
- Genel Kalite
- Bilgilendirme
- Teknik Yeterlilik
- Bakım Çıktıları
- Fiziki Durum
- Bakımın Devamlılığı
- Bakımın Maliyeti
- Genel Tatmin
- Bürokrasi
- Hastanenin Geneli

Hasta memnuniyetini etkileyen ölçütler olarak; hijyen, ilgi, teknolojik alt yapı, zamanlılık gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin yanı sıra, gereksinim duyulduğunda ulaşılabilen, uygun fiyatta ve uygun kalitede olma kriterleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu vardır (Engiz 1997):

- Hastanın tıbbi gereksinimleri,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
- Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları,
- Zihinlerindeki kalite tanımı

Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini yakalayabilmeleri için, sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir (Hayran ve Uz 1988);

- Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi,
- Hasta hak, gereksinim, istek ve beklentilerinin karşılanması

Literatürde genel itibariyle hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hastaya ilişkin faktörler, hizmet verenlere ilişkin faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

a) Hastaya İlişkin Faktörler

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Yılmaz 2001). Her insan hastalığı kendi bakış açısına göre yorumlar. Hasta, kendi yorumuna göre mutlu olur, acı çeker, yalnız kalır. Her şey hastanın kendi bakış açısına bağlıdır. Bu yüzden hastalar kendi dünya görüşlerine göre hekimlerin davranışlarını iyi veya kötü diye yorumlamakta, memnun olup veya olmamaktadırlar (Özkan 2011).

b) Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Yılmaz 2001). Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık hizmetleri sektöründe de insan kaynağı çok önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde çalışanlar; hekim, hemşire, hasta kayıt personeli, sekreter ve sağlık teknisyenlerinden oluşmaktadır. Sağlık sektöründe müşteri olan hastalar hastane çalışanlarından arkadaşlık seviyesinde yakın ilgi beklemektedirler. Bu sayede hastanın memnuniyetinin arttığı çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur (Gülmez 2005).

c) Çevresel Faktörler

Çevre, insanların yaşamları boyunca ilişkilerini sürdürdükleri ve karşılıklı olarak etkileşim içinde bulundukları fiziki, biyolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel ortamlar için kullanılan bir terimdir. Başka bir ifadeyle, bireyin var olduğu ortam ya da şartların tamamı çevredir denilebilir. Bu sebepten sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesi ancak sağlıklı bir çevre ile mümkündür.(Atilla 2012) Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Yılmaz 2001).

1.5. Bölüm Değerlendirmesi

Diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve diyaliz merkezi tercih nedenlerinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışmanın bu bölümünün ilk kısmında kavramsal bilgilerin yanında sağlık, sağı hizmetleri, Türkiye'nin sağlık sistemi ve özellikleri, sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi konuları ele alınmıştır.

Bu bölümün ikinci kısmında kronik böbrek yetmezliği hastalığı ve tedavi yöntemleri, kronik böbrek yetmezliği epidemiyolojisi ve Türkiye'de hemodiyaliz vakalarının incelenmesi konularına değinilmiştir. Yaşlanan nüfus ile beraber kronik hastalıklar da artış göstermekte ve kronik böbrek yetmezliği hastalığı da bundan nasibini almaktadır. Hastaların yaşam kalitelerini arttırmak ve yaşamlarını devam ettirmek için hemodiyaliz tedavisi kaçınılmazdır. Bu kısımda ülkemizin hemodiyaliz merkezi sayıları, diyaliz hasta sayıları ve bazı göstergelerde dünyadaki konumu ele alınmıştır.

Üçüncü kısımda bazı OECD ülkelerinin sağlık sistemleri, diyaliz tedavisi hizmetleri ve diyaliz hastalarının tedavilerinin finansman şekilleri kısaca incelenmiş ve ülkemiz açısından farklılıklar ortaya konulmuştur. OECD ülkelerinde diyaliz tedavi hizmetleri bazı ülkelerde farklılıklar gösterse de genel olarak benzer tedavi yöntemleri uygulandığı görülmüştür. Devlet politikası olarak sosyal devlet olma gereğinden ötürü hemen hemen tüm ülkelerde kronik hastalıkların tedavisinin kamu tarafından sağlandığı görülmüştür. İncelenen tüm OECD ülkelerinde diyaliz tedavi giderlerinde ciddi artışların olduğu ve bu artışların devletlerin ekonomisini olumsuz yönde etkilediği; devletlerin bu problemin çözümü için çareler aradığı görülmüştür.

Hasta memnuniyeti çok göreceli bir kavramdır ve deneyimlerden, yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerlerden ve verilen hizmetten beklentilerden etkilenmektedir. Dördüncü bölümde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler incelenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın yöntemi hakkında ayrıntılı bilgiler sunulmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın modeli, evren ve örneklem seçimi, veri toplama tekniği ve veri toplamada kullanılan araçlar, araştırmanın etiği, çalışma takvimi, araştırmanın hipotezleri ve araştırmanın sınırlılıkları hakkında bilgiler verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın amacı; Konya merkezinde yaşayan diyaliz hastalarının hizmet aldıkları diyaliz merkezlerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve tedavi gördükleri diyaliz merkezini tercih nedenlerinin saptanmasıdır. Literatür taramasında ülkemizde diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerini ve diyaliz merkezi tercih nedenlerini saptamaya yönelik herhangi bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Bu nedenle gerçekleştirilen bu çalışma bu alanda yapılan ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

2.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde faaliyet gösteren kamu ve özel diyaliz merkezlerinde tedavi gören diyaliz hastaları oluşturmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre araştırmanın yapıldığı tarihte Konya ilinde kamuya ait diyaliz merkezlerinde 181 hasta tedavi görürken özel diyaliz merkezlerinde 1022 hasta tedavi görmektedir. Araştırmanın evreni 1203 kişiden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğün belirlenmesi amacıyla çizelge 2.4.1'den faydalanılmıştır (Altunışık ve ark 2010). Buna göre örneklem büyüklüğünün en az 297 kişi olması gerektiği saptanmıştır. Ancak araştırmadan elde edilen sonuçların gücünü arttırmak amacıyla araştırmaya katılmayı kabul eden 389 kişilik bir örneklem grubu araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Çizelge 2.4.1. Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri

N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	350	185	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370
70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	600	234	2000	322	40000	380
110	86	650	241	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	10000000	384
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		
180	123	1000	278	4500	354		

Kaynak: Altunışık ve ark 2012 (N=Evren büyüklüğü, S= Gerekli Örnek Büyüklüğü)

2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında yüz yüze anket tekniği uygulanmıştır. Hastaların büyük bir kısmı okuma yazma bilmediğinden, hastaların yaş ortalamasının çok yüksek olmasından ve diyaliz tedavisi alırken sürekli uzanma pozisyonunda bulunmalarından dolayı anketler araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Gökdoğan Kırmızı (2010)’nın “Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti “Balıkesir Özel Hastanesi Örneği” konulu yüksek lisans tezi çalışmasında hasta memnuniyeti için hazırlamış olduğu anket formu bu araştırmada diyaliz hastalarına uyarlanarak veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Gökdoğan Kırmızı’nın hazırlamış olduğu anket formu özel hastanede tedavi gören hastalara uygulanmak için oluşturulmuştur. Bu form araştırmamızın örneklem grubuna literatür bilgileri doğrultusunda uyarlanmıştır. Anket formunda hastaların tedavileri boyunca kimden yardım aldıkları ve hangi konularda yardıma ihtiyaç duydukları soruları alt maddeleriyle birlikte bulunmakta iken bu sorular araştırmamızın konu sınırının dışına çıktığından anket formundan çıkarılmıştır. Ayrıca hastanede bulunup diyaliz merkezlerinde bulunmayan personel ve diğer özellikler ile ilgili maddeler anket formundan arındırılmış ve 32 sorudan oluşan Ek-A’daki form oluşturulmuştur.

Araştırmanın anketi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 15 soru bulunmakta ve araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik verileri yer almaktadır. İkinci bölümde diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin tespitine ilişkin 15 soru bulunmaktadır. Bu bölümde doktordan, hemşireden, diğer çalışanlardan, binanın konforundan, kullanılan teknik donanımdan ve genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyinin tespiti için 5'li likert tipi (1) "Çok Kötü", (2) "Kötü", (3) "Orta", (4) "İyi" ve (5) "Çok iyi" şeklinde kullanılmıştır. 5'li likert tipli soruların aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve bir ölçek puanı elde edilerek diğer analizler buna göre yapılmıştır. 5'li likert tipli soruların güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach's Alpha kat sayısı 0,853 olarak bulunmuştur. Üçüncü kısımda diyaliz merkezi tercih nedenlerine yönelik 2 soru bulunmaktadır. Bu bölümde hastaların, birden fazla seçenek işaretlemesi serbest bırakılmıştır.

2.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada anket (Ek-A) kullanılmıştır. Araştırmalar, verilerin toplanma zamanına göre anlık, kesitsel ve boylamsal olmak üzere üçe ayrılırlar (Büyüköztürk ve ark 2013). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak toplanmıştır.

2.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin aktarım sırasında eksiklikleri giderilerek ve kontrolü yapıldıktan sonra analiz işlemleri yapılmaya başlanmıştır. Analiz işlemlerinde ilk olarak kayıp veriler belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların demografik verileri analiz edilmiştir. Araştırmamızda verilerin normallik durumuna bakılarak parametrik ve parametrik olmayan testler uygulanması kararlaştırılmıştır.

2.6. Araştırma Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden Etik Kurul onayı (Ek-B) alınmıştır. Ayrıca araştırmamızın kamu hastanelerine bağlı diyaliz merkezleri için Konya kamu hastaneler birliği genel sekreterliğinden de izin alınmıştır (Ek-C).

2.7. Araştırma Çalışma Takvimi

Araştırma süreci aşağıdaki takvim aşaması kapsamında gerçekleştirilmiştir:

- Konu seçimi ve literatür değerlendirmesi (kaynak taraması, konunun seçimi; konunun sınırlarının belirlenmesi): 4 ay (Temmuz-Kasım 2015)

Bu tarih sonrası;

- Tez önerisi verilmesi (konunun belirlenmesi): 1 ay
- Literatür değerlendirmesi ve veri toplama formu (literatür özetinin yazılması): 3 ay
- Gerekli izinlerin alınması, verilerin toplanması ve verilerin analizi (araştırma yerinde örneklem üzerinde veri toplama araçlarının uygulanması, verilerin istatistik analizinin yapılması): 2 ay
- Araştırma raporunun yazılması (Bulgular; Tartışma; Özet; Sonuç ve Önerilerin yazımı): 1 ay

2.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri iki ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar; a) Diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılmasına ilişkin hipotezler, b) Diyaliz hastalarının diyaliz merkezi tercih nedenlerinin sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılmasına ilişkin hipotezler. Çalışmanın alt hipotezleri şu şekildedir:

2.8.1. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Hipotezler

Hipotez 1:Ho =Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 2:Ho = Hastaların hemşireden duydukları memnuniyet düzeyi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 3:Ho= Hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 4:Ho= Hastaların binanın konforundan duydukları memnuniyet düzeyi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 5:Ho= Hastaların genel olarak hizmetlerden duydukları memnuniyet düzeyi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 6:Ho= Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 7:Ho= Hastaların hemşireden duydukları memnuniyet düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 8:Ho= Hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 9:Ho= Hastaların binanın konforundan duydukları memnuniyet düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 10:Ho= Hastaların genel olarak hizmetlerden duydukları memnuniyet düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 11:Ho= Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 12:Ho= Hastaların hemşireden duydukları memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 13:Ho= Hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur

Hipotez 14:Ho= Hastaların binanın konforundan duydukları memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 15:Ho= Hastaların genel olarak hizmetlerden duydukları memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 16:Ho= Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 17:Ho= Hastaların hemşireden duydukları memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 18:Ho= Hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 19:Ho= Hastaların binanın konforundan duydukları memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 20:Ho= Hastaların genel olarak hizmetlerden duydukları memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 21:Ho= Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 22:Ho= Hastaların hemşireden duydukları memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 23:Ho= Hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 24:Ho= Hastaların binanın konforundan duydukları memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 25:Ho= Hastaların genel olarak hizmetlerden duydukları memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 26:Ho= Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 27:Ho= Hastaların hemşireden duydukları memnuniyet düzeyi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 28:Ho= Hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 29:Ho= Hastaların binanın konforundan duydukları memnuniyet düzeyi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 30:Ho= Hastaların genel olarak hizmetlerden duydukları memnuniyet düzeyi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 31:Ho= Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 32:Ho= Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 33:Ho= Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 34:Ho= Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 35:Ho= Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 36:Ho= Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

2.8.2. Diyaliz Hastalarının Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Hipotezler

Hipotez 37:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan deneyimli ve güler yüzlü personel ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 38:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan yüksek kalite ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 39:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hizmet sunuşunun hızlı olması ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 40:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan ulaşım kolaylığı ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 41:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın konforu ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 42:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın temizliği ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 43:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hastanın sağlık giderlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanıyor olması ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 44:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan deneyimli ve güler yüzlü personel ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 45:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan yüksek kalite ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 46:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hizmet sunuşunun hızlı olması ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 47:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan ulaşım kolaylığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 48:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın konforu ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 49:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın temizliği ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 50:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hastanın sağlık giderlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanıyor olması ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 51:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan deneyimli ve güler yüzlü personel ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 52:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan yüksek kalite ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 53:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hizmet sunuşunun hızlı olması ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 54:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan ulaşım kolaylığı ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 55:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın konforu ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 56:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın temizliği ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 57:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hastanın sağlık giderlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanıyor olması ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 58:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan deneyimli ve güler yüzlü personel ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 59:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan yüksek kalite ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 60:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hizmet sunuşunun hızlı olması ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 61:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan ulaşım kolaylığı ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 62:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın konforu ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 63:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın temizliği ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 64:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hastanın sağıık giderlerinin sağıık sigortası tarafından karşılanıyor olması ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 65:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan deneyimli ve güler yüzlü personel ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 66:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan yüksek kalite ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 67:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hizmet sunuşunun hızlı olması ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 68:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan ulaşım kolaylığı ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 69:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın konforu ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 70:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın temizliği ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 71:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hastanın sağıık giderlerinin sağıık sigortası tarafından karşılanıyor olması ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 72:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan deneyimli ve güler yüzlü personel ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 73:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan yüksek kalite ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 74:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hizmet sunuşunun hızlı olması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 75:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan ulaşım kolaylığı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 76:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın konforu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 77:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan binanın temizliği ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 78:Ho= Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğerk diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerden biri olan hastanın sağlık giderlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanıyor olması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 79:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin tanınmış olması ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 80:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin hastanın evine/işyerine yakın olması ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 81:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 82:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan tavsiye üzerine ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 83:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hekimi tanıyor olma ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 84:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan gazete, tv ve internet reklamları ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 85:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 86:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun başkaları tarafından önerilmesi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 87:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan acil olarak başvurma ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 88:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun hastayı yönlendirmesi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 89:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hastanın daha iyi hizmet alacağını düşünmesi ile diyaliz merkezi türü arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 90:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin tanınmış olması ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 91:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin hastanın evine/işyerine yakın olması ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 92:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 93:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan tavsiye üzerine ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 94:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hekimi tanıyor olma ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 95:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan gazete, tv ve internet reklamları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 96:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 97:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun başkaları tarafından önerilmesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 98:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan acil olarak başvurma ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 99:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun hastayı yönlendirmesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 100:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hastanın daha iyi hizmet alacağını düşünmesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 101:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin tanınmış olması ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 102:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin hastanın evine/işyerine yakın olması ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 103:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 104:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan tavsiye üzerine ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 105:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hekimi tanıyor olma ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 106:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan gazete, tv ve internet reklamları ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 107:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 108:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun başkaları tarafından önerilmesi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 109:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan acil olarak başvurma ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 110:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun hastayı yönlendirmesi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 111:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hastanın daha iyi hizmet alacağını düşünmesi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 112:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin tanınmış olması ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 113:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin hastanın evine/işyerine yakın olması ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 114:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 115:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan tavsiye üzerine ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 116:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hekimi tanıyor olma ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 117:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan gazete, tv ve internet reklamları ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 118:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 119:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun başkaları tarafından önerilmesi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 120:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan acil olarak başvurma ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 121:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun hastayı yönlendirmesi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 122:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hastanın daha iyi hizmet alacağını düşünmesi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 123:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin tanınmış olması ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 124:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin hastanın evine/işyerine yakın olması ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 125:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 126:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan tavsiye üzerine ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 127:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hekimi tanıyor olma ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 128:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan gazete, tv ve internet reklamları ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 129:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 130:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun başkaları tarafından önerilmesi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 131:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan acil olarak başvurma ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 132:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun hastayı yönlendirmesi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 133:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hastanın daha iyi hizmet alacağını düşünmesi ile ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 134:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin tanınmış olması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 135:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan diyaliz merkezinin hastanın evine/işyerine yakın olması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 136:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 137:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan tavsiye üzerine ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 138:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hekimi tanıyor olma ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 139:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan gazete, tv ve internet reklamları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 140:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 141:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun başkaları tarafından önerilmesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 142:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan acil olarak başvurma ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 143:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan doktorun hastayı yönlendirmesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 144:Ho= Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerinden biri olan hastanın daha iyi hizmet alacağını düşünmesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı evren için geçerli olup, ülke kapsamına genellenemez. Konya İlinde araştırmaya katılan diyaliz hastalarının dışında kalan diyaliz hastaları araştırmaya dahil edilememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Literatürde bu konuda araştırma sayısının yetersiz olması nedeniyle bulguları yorumlama sürecinde kullanılabilecek kaynakların sayısının azlığı da bir diğer sınırlılıktır.

3. BULGULAR

Konya merkezinde yaşayan diyaliz hastalarının hizmet aldıkları diyaliz merkezlerinden duydukları memnuniyet düzeylerini ölçmek ve tedavi gördükleri diyaliz merkezini tercih nedenlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular üç ana başlık altında ortaya konmuştur. Birinci aşamada diyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular, ikinci aşamada diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, üçüncü aşamada ise diyaliz hastalarının diyaliz merkezi tercih nedenlerinin sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

3.1. Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tanımlayıcı İstatistiklerine Ait Bulgular

Araştırma kapsamındaki diyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin bulgular şu şekildedir:

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri.

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
50 Yaş ve Altı	103	26,5
51-60	111	28,6
61-70	111	28,6
71 Yaş ve Üstü	63	16,2
Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	224	57,7
Kadın	164	42,3
Öğrenim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okur-Yazar Olmayanlar	78	20,1
İlköğretim	246	63,4
Ortaöğretim ve Üstü	64	16,5
Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	355	91,5
Bekar	33	8,5
Tedavi Gördüğü Kurum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kamu	76	19,6
Özel	312	80,4
Tedavi Gördüğü Kurum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Konya Eğitim Araştırma	41	10,6
Numune Devlet Hastanesi	35	9,0
Özel FMC Konya D. M	49	12,6
Özel Konya Huzur D. M	35	9,0
Özel Nefrotrans Selçuklu	41	10,6
Özel Ölmez D. M	44	11,3
Özel Nefrotrans Karatay	41	10,6
Özel RTS Beyhekim D.	41	10,6
Başkent Üni. Konya	45	11,6
Mevlana Üni. Sağ. Uy. Ve	16	4,1
Toplam	389	100,0

Araştırmaya katılan hastaların %57,7'si (n=224) *erkek* ve %42,3'ü (n=164) *kadın* hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %26,5'i (n=103) *50 yaş ve altında* iken, %28,6'sı (n=111) *51-60 yaş* arası, %28,6'sı (n=111) *61-70 yaş* arası ve %16,2'si (n=63) ise *71 yaş ve üstü* olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında; hastaların %20,1'i (n=78) *okuryazar olmadığı*, %63,4'ü (n=246) *ilköğretim* mezunu ve %16,5'i (n=64) ise *ortaöğretim* ve üstü bir öğretim programında mezun olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %91,5'i (n=355) *evli* ve %8,5'i (n=33) de *bekârdır*. Araştırmaya özel diyaliz merkezlerinden 312(%80,4) hasta katılırken 76 (%19,6) hasta *kamuya ait bir diyaliz merkezinden* araştırmaya dâhil olmuştur

Çizelge 3.1.1. (Devam). Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri.

Hastaların Mesleği	Sayı(n)	Yüzde (%)
Esnaf	49	12,6
Çiftçi	32	8,2
Memur / Emekli Memur	27	7,0
İşçi / Emekli İşçi	88	22,7
Serbest Meslek	36	9,3
Ev Hanımı	156	40,2
Hastaların Eşlerinin Mesleği	Sayı(n)	Yüzde (%)
Bekar	33	8,5
Esnaf	31	8,0
Çiftçi	27	7,0
Memur / Emekli Memur	14	3,6
İşçi / Emekli İşçi	66	17,0
Serbest Meslek	17	4,4
Ev Hanımı	200	51,5
Hastaların Kronik Hastalıkları Var mı?	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yok	201	51,8
Tansiyon	27	7,0
Şeker	23	5,9
Tansiyon - Diyabet	63	16,2
Tansiyon - Diyabet - Kalp	57	14,7
Diğer	17	4,4
Toplam	389	100,0

Çizelge 3.1.1. (Devam). Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri

Kaç Yıldır Diyaliz Tedavisi Alıyorsunuz?	Sayı(n)	Yüzde(%)
1-2 Yıl	121	31,2
3-5 Yıl	94	24,2
6-9 Yıl	98	25,3
10 Yıl ve üstü	75	19,3
Daha önce başka bir diyaliz merkezine gittiniz mi?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Evet	85	21,9
Hayır	303	78,1
Ne Kadar Süreyle Başka Diyaliz Merkezine Gittiniz?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Başka Diyaliz Merkezine Gitmedim	303	78,1
1 yıl ve daha az	35	9,0
2-3 yıl	29	7,5
4 yıl ve üstü	21	5,4
Toplam	389	100

Araştırmaya katılan hastaların %12,6'sı (n=49) *esnaf*, %8,2'si (n=32) *çiftçi*, %7,0'si (n=27) *memur/emekli memur*, %22,7'si (n=88) *işçi/emekli işçi*, %9,3'ü (n=36) *serbest meslek* ve %40,2'si (n=156) *ev hanımıdır*. Katılımcıların eşlerinin meslekleri incelendiğinde ise; katılımcıların eşlerinin %8,0'i (n=31) *esnaf*, %7,0'si (n=27) *çiftçi*, %3,6'sı (n=14) *memur/emekli memur*, %17,0'si (n=66) *işçi/emekli işçi*, %4,4'ü (n=17) *serbest meslek* ve %51,5'i (n=200) ise *ev hanımı* olduğu görülmüştür. Hastaların %51,8'nin (n=201) herhangi bir *kronik hastalığı olmamasına* karşın; %7,0'sinin (n=27) *tansiyon*, %5,9'unun (n=23) *diyabet*, %16,2'sinin *tansiyon ve diyabet*, %14,7'sinin (n=57) *tansiyon, diyabet ve kalp hastası* olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %31,2'sinin (n=121) *1-2 yıldır* diyaliz tedavisi aldığı, %24,2'sinin (n=94) *3-5 yıl*, %25,3'ünün (n=98) *6-9 yıl* ve %19,3'ünün (n=75) *10 yıl ve daha fazla* süredir diyaliz tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Hastaların %78,1'i (n=303) *daha önce başka bir diyaliz merkezine gitmediğini* belirtirken %21,9'u (n=85) *daha önce başka bir diyaliz merkezine gittiğini* belirtmiştir. Hastaların %9,0'u daha önce *1 yıl ve daha az* başka bir diyaliz merkezine gitmişken, %7,5'i *2-3 yıl* ve %5,4'ü *4 yıl ve daha fazla süreyle* daha önce başka bir diyaliz merkezine gitmiştir.

Çizelge 3.1.1 (Devam). Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri.

Daha Önce Gittiğiniz Diyaliz Merkezinden Neden Ayrıldınız?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Başka Bir Diyaliz Merkezine Gitmedim	303	78,1
Memnuniyetsizlik	30	7,7
Ulaşım Zorluğu	10	2,6
Diyaliz Merkezinin Kapanması	11	2,8
Ev/İşyeri Taşınma Durumu	19	4,9
Diğer	15	3,9
Şu Anki Diyaliz Merkezine Ne Kadar Süredir Geliyorsunuz?	Sayı(n)	Yüzde (%)
1 Yıl ve Daha Az	96	24,7
2-3 Yıl	78	20,1
4-5 Yıl	66	17,0
6-7 Yıl	60	15,5
8 Yıl ve Üstü	88	22,7
Ailenizin Ortalama Geliri Yaklaşık Ne Kadardır?	Sayı(n)	Yüzde(%)
400-1000 ₺	187	48,2
1001-1500 ₺	155	39,9
1500 ₺ ve üstü	46	11,9
Her Ay Sağlık Giderleri İçin Cebinizden Ne Kadar Para Harcıyorsunuz?	Sayı(n)	Yüzde (%)
Hiç Para Harcamıyorum	160	41,2
10-25 ₺	118	30,4
26-40 ₺	69	17,8
40 ₺'den Fazla	41	10,6
Toplam	389	100,0

Katılımcıların %7,7'si (n=30) daha önce gittiği diyaliz merkezinden memnun kalmadığı için ayrıldığını belirtirken, %2,6'sı (n=10) ulaşım zorluğundan, %2,8'i (n=11) diyaliz merkezinin kapanmasından, %4,9'u (n=19) ev/işyeri taşınma durumundan ve %3,9'u (n=15) diğer çeşitli nedenlerden dolayı daha önce gittiği diyaliz merkezinden ayrıldığını belirtmiştir. Hastaların %24,7'si (n=96) 1 yıl ve daha az süredir şu anki diyaliz merkezine giderken; %20,1'i (n=78) 2-3 yıl, %17,0'si (n=66) 4-5 yıl, %15,5'i (n=60) 6-7 yıl ve %22,7'si (n=88) 8 yıl ve daha fazla süredir şu anki diyaliz merkezine gitmektedir. Katılımcıların %48,2'sinin (n=160) aylık ortalama geliri 400-1000 ₺ arası iken; %39,9'unun (n=155) aylık ortalama geliri 1001-1500 ₺ ve %11,9'unun (n=46) ortalama geliri ise 1500 ₺ ve üstü olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %41,2'sinin sağlık giderleri için aylık cebinden hiç para harcamadığı, %30,4'ünün 10-25 ₺ arası para harcadığı, %17,8'inin (n=69) 26-40 ₺ para harcadığı ve %10,6'sının (n=41) ise 40 ₺'den daha fazla para harcadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.2. Hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	221	57,0
Yüksek Kalite	306	78,9
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	75	19,3
Ulaşımın Kolaylığı	85	21,9
Binanın Konforu	73	18,8
Binanın Temizliği	75	19,3
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	73	18,8
Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Sayı	Yüzde
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	103	26,5
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	88	22,7
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	74	19,1
Tavsiye Üzerine	119	30,7
Hekimi Tanıyor Olmanız	79	20,4
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	80	20,6
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	89	22,9
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	109	28,1
Acil Olarak Başvuruma	106	27,3
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	198	51,0
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	85	21,9

Çizelge 3.1.2’de görüldüğü üzere hastaların “bu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler nelerdir?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Hastaların %57’si (n=221) *deneyimli ve güler yüzlü personel* özelliği maddesini ayırt edici faktör olarak görmüştür. Hastaların %78,9’u (n=306) *yüksek kalite* özelliğini ayırt edici faktör olarak görmektedir. Diğer maddelere verilen cevaplar ise şöyledir; hastalar *hizmet sunuşunun hızlı olması* maddesini %19,3 (n=75) *ulaşımın kolaylığı* maddesini %21,9 (n=85) ve binanın *konforu* maddesini ise %18,8’i (n=73) ile ayırt edici faktör olarak tercih etmiştir. *Binanın temizliği* maddesini hastaların %19,3’ü (n=75) tercih ederken *sağlık sigortamı karşılıyor olması* maddesini ise katılımcıların %18,8’i (n=73) ayırt edici faktör olarak belirtmiştir.

Çizelge 3.1.2’de görüldüğü üzere katılımcıların “neden bu diyaliz merkezini seçtiniz?” sorusuna hastaların verdiği cevaplar incelendiğinde *diyaliz Merkezinin tanınmış olması* özelliğini hastaların %26,5 (n=103) tercih nedeni olarak görmektedir. Aynı sorunun diğer maddeleri incelendiğinde ise; *diyaliz Merkezinin evinize/işyerinize yakın olması* maddesini tercih nedeni olarak görenlerin oranı %22,7 (n=88) iken *daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet* maddesine ise hastaların %19,1’i (n=74) tercih nedeni olarak görmektedir. *Tavsiye üzerine* gittikleri diyaliz merkezini tercih eden

hastaların yüzdesi %30,7 (n=119) olduğu ve *hekimini tanıyor olma* faktörüne “evet” diyenler ise %20,4 (n=79) olarak tespit edilmiştir. *Gazete, tv ve internet reklamları* aracılığıyla gittikleri diyaliz merkezini tercih edenlerin oranı %20,6 (n=80) olduğu ve *sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması* faktörünün oranı ise %22,9 (n=89) olduğu gözlemlenmiştir. *Doktorun başkaları tarafından önerilmesi* maddesine evet diyenlerin oranı %28,1 (n=109) olarak saptanmıştır. *Acil olarak başvuruma* maddesine “evet” diyenlerin oranı %27,3 (n=106) iken *doktorum beni yönlendirdiği için* maddesine katılım oranının %51 (n=198) olduğu çizelge 3.1.2’de görülmektedir. *Daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için* maddesini ise hastaların %21,9’u (n=85) tercih nedeni olarak görmektedir.

Çizelge 3.1.3. Diyaliz merkezinin ulaşımı ve bekleme süresine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Diyaliz Merkezine Ulaşımınızı Nasıl Sağladınız?	Sayı (n)	Yüzde
Kendi İmkânlarımla	70	18,0
Diyaliz Merkezinin Servisiyle	318	82,0
Diyaliz Merkezine Ulaşmada Zorluk Yaşıyor Musunuz?	Sayı (n)	Yüzde
Evet	62	16,0
Hayır	326	84,0
Randevu Saatiniz İle Tedavi Aldığınız Saat Arasındaki Bekleme Süreniz Ne Kadardır?	Sayı (n)	Yüzde (%)
10dk ve Daha Az	157	40,5
10-20 dk	70	18,0
20-30 dk	74	19,1
30-40 dk	63	16,2
40 dk ve Üzeri	24	6,2

Çizelge 3.1.3’de görüldüğü üzere hastaların %18,0’i (n=70) diyaliz merkezinine *kendi imkanlarıyla* ulaşırken %82,0’si (n=318) *diyaliz merkezini servisiyle* diyaliz merkezine ulaşımı sağlamaktadır. Hastaların %16,0’sı (n=62) *ulaşımda zorluk yaşadığını* belirtirken %84’ü (n=326) *herhangi bir zorluk yaşamadığı* belirtmiştir. Katılımcıların %40,5’i (n=157) randevu saati ile tedavi aldığı saat arasına *10 dakika ve daha az* beklemekte olduğunu belirtirken %18,0’i (n=70) *10-20 dakika* arası beklediğini, %19,1’i (n=74) *20-30 dakika* arası beklediğini, %16,2’si (n=63) *30-40 dakika* arası beklediğini ve %6,2’si (n=24) *40 dakika ve daha fazla süre* beklediğini belirtmiştir.

Çizelge 3.1.4. Diyaliz merkezinin hizmetlerinden duyulan memnuniyete ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Doktorunuzu Değerlendirir Misiniz?	Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%
Bilgi ve Becerisi	28	7,2	94	24,2	266	68,6
Yeterince Zaman Ayırma Durumu	21	5,4	124	32,0	243	62,6
Hastalığınız ve Yapılacaklar Hakkında Bilgilendirme Durumu	40	10,3	113	29,1	235	60,6
Güler yüzlü ve Nazik Davranması	38	9,8	112	28,9	238	61,3
Size Karşı İlgisi ve Davranışları	54	13,9	108	27,8	226	58,2
Gerek Duyduğunda Ulaşabilme	48	12,4	112	28,9	228	58,8
Hemşirenizi Değerlendirir Misiniz?	Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%
Bilgi ve Becerisi	49	12,6	98	25,3	241	62,1
Yeterince Zaman Ayırma Durumu	58	14,9	118	30,4	212	54,6
Hastalığınız ve Yapılacaklar Hakkında Bilgilendirme Durumu	57	14,7	112	28,9	219	56,4
Güler yüzlü ve Nazik Davranması	43	11,1	115	29,6	230	59,3
Bakım ve Takipte Yeterlilik Durumu	45	11,6	120	30,9	223	57,5
Size Karşı İlgisi ve Davranışları	36	9,3	113	29,1	239	61,6
Evde Bakım Konusunda Bilgilendirme	37	9,5	121	31,2	230	59,3
Diğer Çalışanları Değerlendirir Misiniz?	Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%
Duyarlılığı ve Becerisi	58	14,9	111	28,6	219	56,4
Yeterince Zaman Ayırma Durumu	52	13,4	108	27,8	228	58,8
Güler Yüzlü ve Nazik Davranması	20	5,2	72	18,6	296	76,3
Kişisel Temizlikleri	64	16,5	92	23,7	232	59,8

Çizelge 3.1.4’te hastaların diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden duydukları memnuniyete ilişkin frekans analizleri gösterilmiştir. Söz konusu çizelgede verilerin toplanmasında 5’li likert tipi kullanılmış ancak “çok kötü” ve “kötü” seçenekleri hastalar tarafından tercih edilmediğinden çizelgeden çıkarılmıştır. Buna göre ilk olarak hastalar doktorunu çeşitli yönlerle değerlendirmektedir. *Doktorun bilgi becerisini* hastaların %68,6’sı (n=266) “çok iyi” olarak nitelendirilirken %24,2’si (n=94) “iyi” ve %7,2’si (n=28) “orta” olarak nitelendirilmiştir. Hekimin hastalara yeterince zaman ayırma durumu incelendiğinde hastaların %62,6’sı (n=243) *hekimin yeterince zaman ayırma*

durumunu “çok iyi” olarak nitelendirirken; %32,0’si (n=124) “iyi” olarak ve %5,4’ü (n=21) “orta” olarak nitelendirmiştir. *Hekimin katılımcıların hastalığı ve yapılacaklar hakkında bilgilendirme* durumuna bakıldığında ise hastaların %60,6’sı (n=235) “çok iyi”, %29,1’i (n=113) “iyi” ve %10,3’ü (n=40) “orta” olduğunu düşünmektedir. Doktor değerlendirmesiyle ilgili diğer maddelere verilen cevaplara bakıldığında yine benzer sonuçların çıktığı görülmektedir. Bu maddelere kısaca değinilecek olursa; hastalar *hekimin güler yüzlü ve nazik davranmasına* %61,3 (n=238) ile “çok iyi”, %28,9 (n=112) ile “iyi”, %9,8 (n=38) ile “orta” cevabını verirken; *size karşı ilgisi ve davranışlarına* %58,2 (n=226) ile “çok iyi”, %27,8 (n=108) ile “iyi”, %13,9 (n=54) ile “orta” ve *gerek duyulduğunda ulaşılabilme* maddesine ise %58,8 (n=228) ile “çok iyi”, %28,9 (n=112) ile “iyi”, %12,4 (n=48) ile “orta” cevabını vermiştir.

Diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden ikinci aşamasında hastalardan hemşirelerini değerlendirmeleri istenmiştir. Bu değerlendirmeye göre hastaların %62,1’i (n=241) hemşireleri *bilgi ve beceri* yönünden “çok iyi”, %25,3’ü (n=98) iyi, %12,6’sı (n=49) ise “orta” olarak nitelendirmiştir. Hemşirelerin hastalara *yeterince zaman ayırma durumu* incelendiğinde; hastaların %54,6’sı (n=212) hemşirelerin bu özelliğini “çok iyi”, %30,4’ü (n=118) iyi, %14,9’u (n=58) ise “orta” olarak nitelendirmiştir. Hemşirenin *katılımcıların hastalığı ve yapılacaklar hakkında bilgilendirme* durumuna bakıldığında ise hastaların %56,4’ü (n=219) “çok iyi” ve %28,9’u (n=112) “iyi” ve %14,7’si (n=57) “orta” olduğunu düşünmektedir. Hemşire değerlendirilmesiyle ilgili diğer maddelere verilen cevaplara bakıldığında yine benzer sonuçların çıktığı görülmektedir. Bu maddelerden elde edilen sonuçlara göre; Hemşirelerin *güler yüzlü ve nazik davranması* maddesini hastaların %59,3’ü (n=230) “çok iyi”, %29,6’sı (n=115) “iyi”, %11,1’i (n=43) “orta” olarak nitelendirirken, *bakım ve takipte yeterlilik durumu* maddesini ise hastaların %57,5’i (n=223) “çok iyi” ve %30,9’u (n=120) “iyi”, %11,6’sı (n=45) “orta” olarak nitelendirmiştir. Hemşirelerin hastalara karşı *ilgisi ve davranışları* maddesini hastaların %61,6’sı (n=239) “çok iyi”, %29,1’i (n=113) “iyi”, %9,3’ü (n=36) “orta” olarak nitelendirirken, *evde bakım konusunda bilgilendirme durumu* maddesini ise hastaların %59,3’ü (n=230) “çok iyi” %31,2’si (n=121) “iyi” ve %9,5’i (n=37) “orta” olarak nitelendirmiştir.

Diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden üçüncü aşamasında hastalardan diğer çalışanları değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların %56,4’ü (n=219) diğer çalışanların *duyarlılığı ve becerisini* “çok iyi” olarak nitelendirirken %28,6’sı (n=111) “iyi” ve

%14,9'u (n=58) "orta" olarak nitelendirmektedir. Hastalara göre diğer çalışanların hastalara yeterince zaman ayırması %58,8 (n=228) ile "çok iyi", %27,8 (n=108) ile "iyi" ve %13,4 (n=52) ile "orta"dır. Diğer maddelerin de sonuç olarak benzerlik gösterdiği çizelgede görülmektedir. Buna göre; diğer çalışanların *güler yüzlü ve nazik davranmasını* hastaların %76,3'ü (n=296) "çok iyi", %18,6'sı (n=72) "iyi", %5,2'si (n=20) "orta" olarak yorumlarken diğer çalışanların *kişisel temizliklerini* hastaların %59,8'i (n=232) "çok iyi", %23,7'si (n=92) "iyi" ve %16,5'i (n=64) "orta" olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 3.1.4. (Devam). Diyaliz merkezinin hizmetlerinden duyulan memnuniyete ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Diyaliz Merkezinin Fiziki Durumunu Nasıl Değerlendiriyorsunuz?	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dekorasyon	37	9,5	44	11,3	109	28,1	198	51,0
Sessizlik	0	0,0	49	12,6	128	33,0	211	54,4
Isı	0	0,0	52	13,4	127	32,7	209	53,9
Aydınlatma	0	0,0	60	15,5	102	26,3	226	58,2
Temizlik	32	8,2	55	14,2	111	28,6	190	49,0
Koku	0	0,0	59	15,2	114	29,4	215	55,4
Binanın Dış Görünüşü	0	0,0	65	16,8	86	22,2	237	61,1
Genel Değerlendirme Yapar Mısınız?	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diyaliz Merkezinizde Kaldığınız Sürece Aldığınız Hizmetleri Genel Olarak Nasıl Değerlendiriyorsunuz?	0	0,0	38	9,8	119	30,7	231	59,5
Diyaliz Merkezinizde Kullanılan Teknik İmkânlar (Tıbbi Cihazlar vs.)	0	0,0	36	9,3	112	28,9	240	61,9

Çizelge 3.1.4'ün devamında hastaların devam etmekte oldukları diyaliz merkezinin *fiziki durumunu* değerlendirmeleri istenmiştir. Söz konusu çizelgede verilerin toplanmasında 5'li likert tipi kullanılmış ancak "çok kötü" seçeneği hastalar tarafından tercih edilmediğinden çizelgeden çıkarılmıştır. Bu değerlendirme sonucu elde edilen bulgular incelendiğinde; hastaların %51,0'i (n=198) gittikleri diyaliz merkezlerinin *dekorasyonunu* "çok iyi" olduğunu düşünürken %28,1'i (n=109) "iyi", %11,3'ü (n=44)

“orta” ve %9,5’i (n=37) “kötü” olduğunu düşünmektedir. Hastaların %54,4’ü (n=211) gitmekte olduğu diyaliz merkezinin *sessizliğinin* “çok iyi” olduğunu belirtirken %33,0’ü (n=128) “iyi”, %12,6’sı (n=49) “orta” olduğunu belirtmiştir. Hastaların %53,9’u (n=209) diyaliz merkezinin *ısısını* “çok iyi” olarak nitelendirirken, %32,7’si (n=127) “iyi” ve %13,4’ü (n=52) “orta” olarak nitelendirmiştir. Diyaliz merkezinin fiziki yapısıyla ilgili diğer maddelerin sonucu da öncekilerle paralellik arz etmektedir. Buna göre; diyaliz merkezinin *aydınlatması* hastaların %58,2’sine (n=226) göre “çok iyi”, %26,3’üne (n=102) göre “iyi” ve %15,5’ine (n=60) göre ise “ortadır”. Binanın *temizliği* hastaların %49,0’una (n=190) göre “çok iyi”, %28,6’sına (n=111) göre “iyi”, %14,2’sine (n=55) göre “orta” ve %8,2’sine (n=32) göre “kötüdür”. Hastalara göre *binanın dış görünüşü* hastaların %61,1’ine (n=237) göre “çok iyi”, %22,2’sine (n=86) göre “iyi” ve %16,8’ine (n=65) göre “orta” iken binanın *kokusu* hastaların %55,4’üne (n=215) göre “çok iyi”, %29,4’üne (n=114) göre “iyi” ve %15,2’sine (n=59) göre “ortadır”.

Araştırmanın devamında hastaların diyaliz merkezini *genel olarak değerlendirmeleri* istenmiştir. Bunun sonucunda elde edilen bulgular göre; *Diyaliz merkezimizde kaldığınız sürece aldığınız hizmetleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?* Sorusuna hastaların %59,5’i (n=231) “çok iyi”, %30,7’si (n=119) “iyi”, %9,8’i (n=38) ise “orta” yanıtını vermiştir. *Diyaliz merkezinizde kullanılan teknik imkânların (tıbbi cihazlar vs.)* değerlendirilmesi maddesine ise hastaların %61,9’u (n=240) “çok iyi” olarak nitelendirirken %28,9’u (n=112) “iyi” ve %9,3’ü (n=36) “orta” olarak nitelendirilmiştir.

Çizelge 3.1.5. Diyaliz merkezinden duyulan memnuniyet/memnuniyetsizlik verilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Diyaliz Merkezinden Memnuniyetinizi Aşağıdaki İbarelerden Hangisi İle İfade Edersiniz?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memnun Değilim	37	9,5
Kısmen Memnunum	44	11,3
Memnunum	307	79,1
	Evet	Hayır
	n	%
Bu Diyaliz Merkezini Başkalarına Önerir misiniz?	340	87,6
Doktorunuzu Başkalarına Önerir misiniz?	341	87,9
	48	12,4
	47	12,1

Çizelge 3.1.5 incelendiğinde hastaların, %9,5'i (n=37) *devam etmekte olduğu diyaliz merkezinden* “memnun değilken” %11,3'ü (n=44) “kısmen memnun” ve %79,1'inin (n=307) ise “memnun” olduğu belirlenmiştir. Hastaların %87,6'sı (n=340) bu diyaliz merkezini başkalarına önerir misiniz? Sorusuna “evet” ve doktorunuzu başkalarına önerir misiniz? Sorusuna ise hastaların %87,9'u (n=341) “evet” yanıtını verdiği görülmektedir

Çizelge 3.1.6. Hastanın memnuniyetini etkileyen personel ve davranışı ile ilgili tanımlayıcı istatistikler.

Memnuniyetinizi Etkileyen Personel Hangisidir?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diyaliz Merkezi Yönetimi	112	28,9
Doktorum	323	83,2
Hemşire	322	83,0
Sekreterlik / Danışmanlık hizmeti personeli	104	26,8
Hasta Bakıcı	275	70,9
Güvenlik görevlileri	85	21,9
Temizlik görevlileri	113	29,1
Memnuniyetinizde Sizinle İlgilenen Personelin Hangi Davranışı Etkili Olmaktadır?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilgili olması	306	78,9
İlgili Davranması	298	76,8
Yeterince zaman ayırması	254	65,5
Dinlemesi	247	63,7
Öncelik vermesi	64	16,5
Beni Bilgilendirmesi	242	62,4
Güler yüzlülüğü	161	41,5
Kişisel Temizliği	109	28,1
Ulaşılabilirliği	209	53,9
Güvenirliliği	111	28,6
Nazik Olması	106	27,3
Beni Anlaması (Empati)	148	38,1

Araştırmada *hastanın memnuniyetini etkileyen personel ve davranışı* ile ilgili sorular sorulmuş ve elde edilen bulgular Çizelge 3.1.7’de açıklanmıştır. Buna göre *hastanın memnuniyetini en çok etkileyen personelin kim olduğu* sorulduğunda ilk sırada “doktor” (%83,2 ve n=323) ikinci sırada da “hemşire” (%83,0 ve n=322) olduğu saptanmıştır. Diğer personelle ilgili bulgular ise şu şekildedir: “Diyaliz merkezi yönetimi” %28,9 (n=112) oranında hastanın memnuniyetini etkilerken, “sekreterlik / danışmanlık hizmeti personeli” %26,8 (n=104), “hasta bakıcı” %70,9 (n=275), “güvenlik görevlileri” %21,9 (n=85) ve “temizlik görevlileri” %29,1 (n=113) oranında etkilemektedir. *Memnuniyetinizde sizinle ilgilenen personelin hangi davranışı etkili olacaktır?* sorusuna verilen cevaplara göre elde edilen bulgular şu şekildedir: Hastalara göre personelin “bilgili olması” %78,9 (n=306), “ilgili davranması” %76,8 (n=298), “yeterince zaman ayırması” %65,5 (n=254), “dinlemesi” %63,7 (n=247) ve “öncelik vermesi” %16,5 (n=64) oranında etkilemektedir. Diğer maddelere bakıldığında ise hastalara göre “personelin bilgilendirmesi” %62,4 (n=242), “güler yüzlülüğü” %41,5 (n=161), “temizliği” %28,1 (n=109), “ulaşılabilirliği” %53,9 (n=209), “güvenirliliği” %28,6 (n=111), “nazik olması” %27,3 (n=106) ve “empati yapması” %38,1 (n=148) oranında hastanın memnuniyetini etkilemektedir.

3.2. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Çizelge 3.2.1. Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Düzeyine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	$\bar{x}$	ss
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	4,5464	,35380
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	4,4926	,35023
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	4,5277	,49712
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	4,3752	,45587
Genel Olarak Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	4,4777	,31055
Diyaliz Merkezinin Teknik İmkânlarından Duyulan Memnuniyet Düzeyi	4,5258	,66032

Veri toplama aracında *doktordan duyulan memnuniyet, hemşireden duyulan memnuniyet, diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet, bina konforundan duyulan memnuniyet ve genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet* başlıklarının alt maddelerinden elde edilen skorların aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve çizelge 3.2.1

de gösterilmiştir. Ayrıca *diyaliz merkezinin teknik imkanlarından duyulan memnuniyet düzeyinin* aritmetik ortalaması hesaplanmış ve çizelgede gösterilmiştir.

Çizelge 3.2.2. Diyaliz Merkezi Türü Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Bağımsız Gruplar Arası t Testi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Diyaliz Merkezi Türü	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kamu	76	4,28	,413	-7,777	,000
	Özel	312	4,61	,305		
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kamu	76	4,23	,380	-7,798	,000
	Özel	312	4,55	,311		
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kamu	76	4,13	,528	-8,417	,000
	Özel	312	4,62	,438		
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kamu	76	3,88	,445	-12,247	,000
	Özel	312	4,49	,371		
Genel Olarak Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kamu	76	4,12	,340	-13,201	,000
	Özel	312	4,56	,233		

Diyaliz merkezi türü açısından *diyaliz merkezi hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyleri* incelendiğinde; *Kamu ve özel diyaliz merkezleri* açısından diyaliz merkezlerinin tüm hizmetleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre diyaliz merkezlerinin tüm hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi *özel diyaliz merkezlerinde, kamu diyaliz merkezlerine* göre daha yüksek bulunmuştur

Çizelge 3.2.3. Cinsiyet Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Bağımsız Gruplar Arası t Testi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kadın	164	4,52	,353	-,806	,421
	Erkek	224	4,55	,354		
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kadın	164	4,48	,383	-,190	,849
	Erkek	224	4,49	,324		
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kadın	164	4,51	,555	-,422	,673
	Erkek	224	4,53	,451		
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kadın	164	4,35	,474	-,634	,526
	Erkek	224	4,38	,442		
Genel Olarak Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Kadın	164	4,46	,328	-,676	,499
	Erkek	224	4,48	,297		

Cinsiyet açısından diyaliz merkezinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir. Diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi genel olarak yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3.2.4. Medeni Durum Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Bağımsız Gruplar Arası t Testi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Medeni durum	n	$\bar{x}$	ss	t	p
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Bekar	33	4,54	,398	-,016	,989
	Evli	355	4,54	,350		
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Bekar	33	4,41	,320	-1,323	,187
	Evli	355	4,49	,352		
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Bekar	33	4,33	,482	-2,362	,019
	Evli	355	4,54	,495		
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Bekar	33	4,24	,494	-1,754	,080
	Evli	355	4,38	,450		
Genel Olarak Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Bekar	33	4,38	,332	-1,820	,070
	Evli	355	4,48	,307		

Diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyleri medeni durum açısından incelendiğinde; diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi ile medeni durum arasındaki fark anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur. Evli hastaların bekar hastalara göre diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi daha yüksektir. Medeni durum açısından diyaliz merkezinin diğer hizmetleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.5. Yaş Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Yaş	n	$\bar{x}$	F	p	Post Hoc
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	50 Yaş ve Altı	103	4,47	2,422	,066	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)
	51-60 Yaş	111	4,53			
	61-70 Yaş	111	4,58			
	71 Yaş ve Üstü	63	4,61			
	Toplam	388	4,54			
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	50 Yaş ve Altı	103	4,47	1,680	,171	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)
	51-60 Yaş	111	4,48			
	61-70 Yaş	111	4,47			
	71 Yaş ve Üstü	63	4,58			
	Toplam	388	4,49			

Çizelge 3.2.5.(Devam). Yaş Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Yaş	n	$\bar{x}$	F	p	Post Hoc
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	50 Yaş ve Altı	103	4,47	5,928	,001	Games Howell test sonuçlarına göre: 50 yaş ve altı - 71 yaş ve üstü ve 51-60 yaş - 71 yaş ve üstü arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	51-60 Yaş	111	4,43			
	61-70 Yaş	111	4,54			
	71 Yaş ve Üstü	63	4,74			
	Toplam	388	4,52			
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	50 Yaş ve Altı	103	4,26	7,924	,000	Games Howell test sonuçlarına göre: 50 yaş ve altı - 71 yaş ve üstü, 50 yaş ve altı - 61-70 yaş ve 51-60 yaş - 71 yaş ve üstü arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	51-60 Yaş	111	4,29			
	61-70 Yaş	111	4,44			
	71 Yaş ve Üstü	63	4,56			
	Toplam	388	4,37			
Genel Olarak Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	50 Yaş ve Altı	103	4,41	6,650	,000	Games Howell test sonuçlarına göre: 50 yaş ve altı - 71 yaş ve üstü ve 51-60 yaş - 71 yaş ve üstü arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	51-60 Yaş	111	4,43			
	61-70 Yaş	111	4,50			
	71 Yaş ve Üstü	63	4,61			
	Toplam	388	4,47			

Diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi yaş faktörü açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Doktordan duyulan memnuniyet ile hemşireden duyulan memnuniyetin yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş grupları ile diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi, bina konforundan duyulan memnuniyet düzeyi ve genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda Scheffe Testi, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise Games Howell Testi uygulanmıştır. Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.2.6. Eğitim Durumu Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	F	P	Post Hoc
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Okur-Yazar Değil	78	4,58	,596	,551	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	İlköğretim	246	4,53			
	Ortaöğretim ve Üstü	64	4,53			
	Toplam	388	4,54			
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Okur-Yazar Değil	78	4,43	1,773	,171	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	İlköğretim	246	4,51			
	Ortaöğretim ve Üstü	64	4,48			
	Toplam	388	4,49			
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Okur-Yazar Değil	78	4,53	,477	,621	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	İlköğretim	246	4,54			
	Ortaöğretim ve Üstü	64	4,47			
	Toplam	388	4,52			
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	Okur-Yazar Değil	78	4,35	,170	,844	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	İlköğretim	246	4,37			
	Ortaöğretim ve Üstü	64	4,40			
	Toplam	388	4,37			
Hizmetlerden Duyulan Genel Memnuniyet Düzey	Okur-Yazar Değil	78	4,46	,122	,885	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	İlköğretim	246	4,48			
	Ortaöğretim ve Üstü	64	4,47			
	Toplam	388	4,47			

Eğitim durumu ile diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Test işlemi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2.7. Ortalama Gelir Açısından Diyaliz Merkezi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi).

Diyaliz Merkezi Hizmetleri	Ortalama Gelir	n	$\bar{x}$	F	p	Post Hoc
Doktordan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	400-1000 ₺	187	4,55	1,693	,185	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	1001-1499 ₺	155	4,56			
	1500 ₺ ve Üstü	46	4,45			
	Toplam	388	4,54			
Hemşireden Duyulan Memnuniyet Düzeyi	400-1000 ₺	187	4,47	,377	,686	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	1001-1499 ₺	155	4,50			
	1500 ₺ ve Üstü	46	4,50			
	Toplam	388	4,49			
Diğer Çalışanlardan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	400-1000 ₺	187	4,51	,603	,547	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	1001-1499 ₺	155	4,51			
	1500 ₺ ve Üstü	46	4,60			
	Toplam	388	4,52			
Bina Konforundan Duyulan Memnuniyet Düzeyi	400-1000 ₺	187	4,36	,817	,443	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	1001-1499 ₺	155	4,40			
	1500 ₺ ve Üstü	46	4,31			
	Toplam	388	4,37			
Hizmetlerden Duyulan Genel Memnuniyet Düzeyi	400-1000 ₺	187	4,47	,385	,681	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	1001-1499 ₺	155	4,49			
	1500 ₺ ve Üstü	46	4,45			
	Toplam	388	4,47			

Ortalama gelir ile diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Test işlemi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2.8. Diyaliz Merkezinin Teknik İmkânlarından Duyulan memnuniyetin bazı demografik değişkenlerle (Diyaliz Merkezi Türü, Cinsiyet, Medeni Durum) karşılaştırılması (Bağımsız Gruplar Arası t Testi).

Diyaliz Merkezi Türü	n	$\bar{x}$	t	p
Kamu	76	4,03	-7,842	,000
Özel	312	4,64		
Cinsiyet	n	$\bar{x}$	t	p
Kadın	164	4,46	-1,438	,151
Erkek	224	4,56		
Medeni Durum	n	$\bar{x}$	t	p
Bekar	33	4,18	-3,164	,002
Evli	355	4,55		

Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile sosyo demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi, cinsiyet açısından farklılık göstermediği ($p>0,05$), medeni durum ve diyaliz merkezi türü açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.9. Diyaliz Merkezinin Teknik İmkânlarından Duyulan memnuniyetin bazı demografik değişkenlerle (Yaş, Ortalama Gelir, Eğitim Durumu) karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi).

Yaş	n	$\bar{x}$	F	p	Post Hoc
50 Yaş ve Altı	103	4,37	2,688	,046	Scheffe testi sonucuna göre: 50 yaş ve altı - 71 yaş ve üstü arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
51-60 Yaş	111	4,54			
61-70 Yaş	111	4,56			
71 yaş ve Üstü	63	4,65			
Toplam	388	4,52			
Ortalama Gelir	n	$\bar{x}$	F	p	Post Hoc
400-1000 ₺	187	4,58	2,089	,125	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)
1001-1499 ₺	155	4,50			
1500 ₺ ve Üstü	46	4,36			
Toplam	388	4,52			
Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	F	p	Post Hoc
Okur-Yazar Değil	78	4,60	1,100	,334	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)
İlköğretim	246	4,52			
Ortaöğretim ve Üstü	64	4,43			
Toplam	388	4,52			

Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile sosyo demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$); ortalama gelir ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda Scheffe Testi, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise Games Howell Testi uygulanmıştır.

3.3. Diyaliz Hastalarının Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Çizelge 3.3.1. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Diyaliz Merkezi Türü Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Diyaliz Merkezi Türü		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	Kamu	Sayı	35	41	76	,350	,321
		Yüzde	46,1%	53,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	132	180	312		
		Yüzde	42,3%	57,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	167	221	388		
		Yüzde	43,0%	57,0%	100,0%		
Yüksek Kalite	Kamu	Sayı	35	41	76	35,210	,000
		Yüzde	46,1%	53,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	47	265	312		
		Yüzde	15,1%	84,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	82	306	388		
		Yüzde	21,1%	78,9%	100,0%		
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	Kamu	Sayı	53	23	76	7,245	,007
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	260	52	312		
		Yüzde	83,3%	16,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Ulaşımın Kolaylığı	Kamu	Sayı	42	34	76	28,793	,000
		Yüzde	55,3%	44,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	261	51	312		
		Yüzde	83,7%	16,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		
Binanın Konforu	Kamu	Sayı	56	20	76	3,482	,047
		Yüzde	73,7%	26,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	259	53	312		
		Yüzde	83,0%	17,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		
Binanın Temizliği	Kamu	Sayı	57	19	76	1,949	,110
		Yüzde	75,0%	25,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	256	56	312		
		Yüzde	82,1%	17,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	Kamu	Sayı	40	36	76	50,449	,000
		Yüzde	52,6%	47,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	275	37	312		
		Yüzde	88,1%	11,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin diyaliz merkezi türü açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda yüksek kalite, hizmet sunuşunun hızlı olması, ulaşım kolaylığı, binanın konforu ve sağlık sigortasının karşılama durumu

ile diyaliz merkezi türleri arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Özel diyaliz merkezlerinde kamu diyaliz merkezlerine göre yüksek kalite özelliğinin oranı daha yüksek bulunmasına karşın, anlamlı fark bulunan diğer özelliklerde kamu diyaliz merkezlerinin oranı özel diyaliz merkezlerinin oranına göre daha yüksek bulunmuştur. Diyaliz merkezi türü ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.2. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Cinsiyet		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	Kadın	Sayı	68	96	164	,288	,333
		Yüzde	41,5%	58,5%	100,0%		
	Erkek	Sayı	99	125	224		
		Yüzde	44,2%	55,8%	100,0%		
	Toplam	Sayı	167	221	388		
		Yüzde	43,0%	57,0%	100,0%		
Yüksek Kalite	Kadın	Sayı	38	126	164	,707	,237
		Yüzde	23,2%	76,8%	100,0%		
	Erkek	Sayı	44	180	224		
		Yüzde	19,6%	80,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	82	306	388		
		Yüzde	21,1%	78,9%	100,0%		
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	Kadın	Sayı	128	36	164	1,252	,161
		Yüzde	78,0%	22,0%	100,0%		
	Erkek	Sayı	185	39	224		
		Yüzde	82,6%	17,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Ulaşımın Kolaylığı	Kadın	Sayı	133	31	164	1,499	,135
		Yüzde	81,1%	18,9%	100,0%		
	Erkek	Sayı	170	54	224		
		Yüzde	75,9%	24,1%	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		
Binanın Konforu	Kadın	Sayı	135	29	164	,238	,362
		Yüzde	82,3%	17,7%	100,0%		
	Erkek	Sayı	180	44	224		
		Yüzde	80,4%	19,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Çizelge 3.3.2 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Cinsiyet		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Binanın Temizliği	Kadın	Sayı	139	25	164	3,041	,052
		Yüzde	84,8%	15,2%	100,0%		
	Erkek	Sayı	174	50	224		
		Yüzde	77,7%	22,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	Kadın	Sayı	136	28	164	,564	,269
		Yüzde	82,9%	17,1%	100,0%		
	Erkek	Sayı	179	45	224		
		Yüzde	79,9%	20,1%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi kullanılmıştır. Ayırt edici özelliklerin cinsiyet açısından istatistiki olarak farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.3. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Medeni Durum		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	Bekar	Sayı	23	10	33	10,453	,001
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	144	211	355		
		Yüzde	40,6%	59,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	167	221	388		
		Yüzde	43,0%	57,0%	100,0%		
Yüksek Kalite	Bekar	Sayı	12	21	33	5,019	,026
		Yüzde	36,4%	63,6%	100,0%		
	Evli	Sayı	70	285	355		
		Yüzde	19,7%	80,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	82	306	388		
		Yüzde	21,1%	78,9%	100,0%		
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	Bekar	Sayı	27	6	33	,030	,538
		Yüzde	81,8%	18,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	286	69	355		
		Yüzde	80,6%	19,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Ulaşımın Kolaylığı	Bekar	Sayı	25	8	33	,115	,439
		Yüzde	75,8%	24,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	278	77	355		
		Yüzde	78,3%	21,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		

Çizelge 3.3.3 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Medeni Durum		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Binanın Konforu	Bekar	Sayı	26	7	33	,136	,430
		Yüzde	78,8%	21,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	289	66	355		
		Yüzde	81,4%	18,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		
Binanın Temizliği	Bekar	Sayı	25	8	33	,558	,293
		Yüzde	75,8%	24,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	288	67	355		
		Yüzde	81,1%	18,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	Bekar	Sayı	23	10	33	3,117	,068
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	292	63	355		
		Yüzde	82,3%	17,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin medeni durum açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum ile ayırt edici özelliklerden deneyimli ve güler yüzlü personel ve yüksek kalite özelliklerindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki özelliğe de evli hastaların bekar hastalara göre daha çok önem gösterdiği belirlenmiştir. Medeni durum ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.4. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Yaş Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Yaş		Cevap		Toplam	Ki- Kare	p
			Hayır	Evet			
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	50 Yaş ve Altı	Sayı	39	64	103	4,512	,211
		Yüzde	37,9%	62,1%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	53	58	111		
		Yüzde	47,7%	52,3%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	43	68	111		
		Yüzde	38,7%	61,3%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	32	31	63		
		Yüzde	50,8%	49,2%	100,0%		
Yüksek Kalite	50 Yaş ve Altı	Sayı	26	77	103	4,140	,247
		Yüzde	25,2%	74,8%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	20	91	111		
		Yüzde	18,0%	82,0%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	27	84	111		
		Yüzde	24,3%	75,7%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	9	54	63		
		Yüzde	14,3%	85,7%	100,0%		
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	50 Yaş ve Altı	Sayı	82	21	103	11,486	,009
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	79	32	111		
		Yüzde	71,2%	28,8%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	97	14	111		
		Yüzde	87,4%	12,6%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	55	8	63		
		Yüzde	87,3%	12,7%	100,0%		
Ulaşımın Kolaylığı	50 Yaş ve Altı	Sayı	82	21	103	2,343	,504
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	85	26	111		
		Yüzde	76,6%	23,4%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	83	28	111		
		Yüzde	74,8%	25,2%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	53	10	63		
		Yüzde	84,1%	15,9%	100,0%		
Toplam		Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		

Çizelge 3.3.4 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Yaş Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Yaş		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Binanın Konforu	50 Yaş ve Altı	Sayı	80	23	103	5,529	,137
		Yüzde	77,7%	22,3%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	85	26	111		
		Yüzde	76,6%	23,4%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	97	14	111		
		Yüzde	87,4%	12,6%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	53	10	63		
		Yüzde	84,1%	15,9%	100,0%		
Binanın Temizliği	50 Yaş ve Altı	Sayı	79	24	103	5,753	,124
		Yüzde	76,7%	23,3%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	90	21	111		
		Yüzde	81,1%	18,9%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	97	14	111		
		Yüzde	87,4%	12,6%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	47	16	63		
		Yüzde	74,6%	25,4%	100,0%		
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	50 Yaş ve Altı	Sayı	82	21	103	4,368	,224
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	85	26	111		
		Yüzde	76,6%	23,4%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	92	19	111		
		Yüzde	82,9%	17,1%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	56	7	63		
		Yüzde	88,9%	11,1%	100,0%		
Toplam		Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin yaş açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda yaş ile ayırt edici özelliklerden hizmet sunuşunun hızlı olması özelliğindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 51-60 yaş grubundaki hastaların diğer yaş grubundaki hastalara göre hizmet sunuşunun hızlı olmasına daha çok önem gösterdiği belirlenmiştir. Yaş ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.5. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Ortalama Gelir Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Ortalama Gelir		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	400-1000 ₺	Sayı	100	87	187	22,791	,000
		Yüzde	53,5%	46,5%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	44	111	155		
		Yüzde	28,4%	71,6%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	23	23	46		
		Yüzde	50,0%	50,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	167	221	388		
		Yüzde	43,0%	57,0%	100,0%		
Yüksek Kalite	400-1000 ₺	Sayı	47	140	187	3,465	,177
		Yüzde	25,1%	74,9%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	27	128	155		
		Yüzde	17,4%	82,6%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	8	38	46		
		Yüzde	17,4%	82,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	82	306	388		
		Yüzde	21,1%	78,9%	100,0%		
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	400-1000 ₺	Sayı	157	30	187	3,456	,178
		Yüzde	84,0%	16,0%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	118	37	155		
		Yüzde	76,1%	23,9%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	38	8	46		
		Yüzde	82,6%	17,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Ulaşımın Kolaylığı	400-1000 ₺	Sayı	152	35	187	2,548	,280
		Yüzde	81,3%	18,7%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	118	37	155		
		Yüzde	76,1%	23,9%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	33	13	46		
		Yüzde	71,7%	28,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		
Binanın Konforu	400-1000 ₺	Sayı	152	35	187	,533	,766
		Yüzde	81,3%	18,7%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	124	31	155		
		Yüzde	80,0%	20,0%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	39	7	46		
		Yüzde	84,8%	15,2%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Çizelge 3.3.5 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Ortalama Gelir Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Ortalama Gelir		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Binanın Temizliği	400-1000 ₺	Sayı	154	33	187	6,349	,042
		Yüzde	82,4%	17,6%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	117	38	155		
		Yüzde	75,5%	24,5%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	42	4	46		
		Yüzde	91,3%	8,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	313	75	388		
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	400-1000 ₺	Sayı	144	43	187	4,367	,113
		Yüzde	77,0%	23,0%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	133	22	155		
		Yüzde	85,8%	14,2%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	38	8	46		
		Yüzde	82,6%	17,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin ortalama gelir açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi yapılmıştır. Analiz sonucunda gelir durumu ile ayırt edici özelliklerden deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliği özelliklerindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). 1001-1499 ₺ gelir grubundaki hastaların diğer gelir grubundaki hastalara göre deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliğine daha çok önem verdiği belirlenmiştir. Ortalama gelir ile diğer ayırt edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.3.6. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Eğitim Durumu		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Deneyimli ve Güler Yüzlü Personel	Okur-Yazar Değil	Sayı	44	34	78	7,130	,029
		Yüzde	56,4%	43,6%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	98	148	246		
		Yüzde	39,8%	60,2%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	25	39	64		
		Yüzde	39,1%	60,9%	100,0%		
Yüksek Kalite	Okur-Yazar Değil	Sayı	13	65	78	1,176	,555
		Yüzde	16,7%	83,3%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	55	191	246		
		Yüzde	22,4%	77,6%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	14	50	64		
		Yüzde	21,9%	78,1%	100,0%		
Hizmet Sunuşunun Hızlı Olması	Okur-Yazar Değil	Sayı	60	18	78	,886	,642
		Yüzde	76,9%	23,1%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	201	45	246		
		Yüzde	81,7%	18,3%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	52	12	64		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		
Ulaşımın Kolaylığı	Okur-Yazar Değil	Sayı	70	8	78	3,152	,207
		Yüzde	89,7%	10,3%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	197	49	246		
		Yüzde	80,1%	19,9%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	46	18	64		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
Binanın Konforu	Okur-Yazar Değil	Sayı	69	9	78	3,573	,168
		Yüzde	88,5%	11,5%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	194	52	246		
		Yüzde	78,9%	21,1%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	52	12	64		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		
Toplam		Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Çizelge 3.3.6 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özelliklerin Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz Merkezlerinden Ayıran Özellikler Nelerdir?	Eğitim Durumu		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Binanın Temizliği	Okur-Yazar Değil	Sayı	70	8	78	7,348	,025
		Yüzde	89,7%	10,3%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	197	49	246		
		Yüzde	80,1%	19,9%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	46	18	64		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
Sağlık Sigortamı Karşılıyor Olması	Okur-Yazar Değil	Sayı	63	15	78	,513	,774
		Yüzde	80,8%	19,2%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	198	48	246		
		Yüzde	80,5%	19,5%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	54	10	64		
		Yüzde	84,4%	15,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	315	73	388		
		Yüzde	81,2%	18,8%	100,0%		

Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin eğitim durumu açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi yapılmıştır. Analiz sonucunda eğitim durumu ile ayırt edici özelliklerden deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliği özelliklerindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyi grubundaki hastaların diğer eğitim gruplarındaki hastalara göre deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliğine daha çok önem verdiği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ile diğer ayırt edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.7. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Diyaliz Merkezi Türü Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Diyaliz Merkezi Türü		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	Kamu	Sayı	50	26	76	2,847	,063
		Yüzde	65,8%	34,2%	100,0%		
	Özel	Sayı	235	77	312		
		Yüzde	75,3%	24,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	285	103	388		
		Yüzde	73,5%	26,5%	100,0%		
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	Kamu	Sayı	55	21	76	1,321	,159
		Yüzde	72,4%	27,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	245	67	312		
		Yüzde	78,5%	21,5%	100,0%		
	Toplam	Sayı	300	88	388		
		Yüzde	77,3%	22,7%	100,0%		
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	Kamu	Sayı	53	23	76	7,669	,006
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	261	51	312		
		Yüzde	83,7%	16,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	314	74	388		
		Yüzde	80,9%	19,1%	100,0%		
Tavsiye Üzerine	Kamu	Sayı	54	22	76	,132	,415
		Yüzde	71,1%	28,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	215	97	312		
		Yüzde	68,9%	31,1%	100,0%		
	Toplam	Sayı	269	119	388		
		Yüzde	69,3%	30,7%	100,0%		
Hekimi Tanıyor Olmanız	Kamu	Sayı	57	19	76	1,254	,168
		Yüzde	75,0%	25,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	252	60	312		
		Yüzde	80,8%	19,2%	100,0%		
	Toplam	Sayı	309	79	388		
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	Kamu	Sayı	62	14	76	,279	,362
		Yüzde	81,6%	18,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	246	66	312		
		Yüzde	78,8%	21,2%	100,0%		
	Toplam	Sayı	308	80	388		
		Yüzde	79,4%	20,6%	100,0%		
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	Kamu	Sayı	36	40	76	47,143	,000
		Yüzde	47,4%	52,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	263	49	312		
		Yüzde	84,3%	15,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	299	89	388		
		Yüzde	77,1%	22,9%	100,0%		

Çizelge 3.3.7 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Diyaliz Merkezi Türü Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Diyaliz Merkezi Türü		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	Kamu	Sayı	46	30	76	6,060	,011
		Yüzde	60,5%	39,5	100,0%		
	Özel	Sayı	233	79	312		
		Yüzde	74,7%	25,3	100,0%		
	Toplam	Sayı	279	109	388		
		Yüzde	71,9%	28,1	100,0%		
Acil Olarak Başvuruma	Kamu	Sayı	57	19	76	,256	,363
		Yüzde	75,0%	25,0	100,0%		
	Özel	Sayı	225	87	312		
		Yüzde	72,1%	27,9	100,0%		
	Toplam	Sayı	282	106	388		
		Yüzde	72,7%	27,3	100,0%		
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	Kamu	Sayı	69	7	76	66,147	,000
		Yüzde	90,8%	9,2%	100,0%		
	Özel	Sayı	121	191	312		
		Yüzde	38,8%	61,2	100,0%		
	Toplam	Sayı	190	198	388		
		Yüzde	49,0%	51,0	100,0%		
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	Kamu	Sayı	61	15	76	,260	,367
		Yüzde	80,3%	19,7	100,0%		
	Özel	Sayı	242	70	312		
		Yüzde	77,6%	22,4	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9	100,0%		

Diyaliz merkezi türü ile diyaliz merkezi tercih nedenleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla Ki-kare testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda diyaliz merkezi tercih nedenlerinden; daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet, sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması, doktorun başkaları tarafından önerilmesi ve doktorum beni yönlendirdiği için maddeleriyle diyaliz merkezi türü arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Doktor yönlendirmesiyle diyaliz merkezini tercih edenlerin oranı özel diyaliz merkezlerinde kamu diyaliz merkezine göre daha yüksek bulunurken; anlamlı fark bulunan diğer tüm maddelerde (daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet, sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ve doktorun başkaları tarafından önerilmesi) kamu diyaliz merkezlerinin özel diyaliz merkezlerine göre tercih oranı daha yüksek bulunmuştur. Diyaliz merkezi türü ile diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.3.8. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Cinsiyet		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	Kadın	Sayı	125	39	164	1,115	,174
		Yüzde	76,2%	23,8%	100,0%		
	Erkek	Sayı	160	64	224		
		Yüzde	71,4%	28,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	285	103	388		
		Yüzde	73,5%	26,5%	100,0%		
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	Kadın	Sayı	130	34	164	,615	,255
		Yüzde	79,3%	20,7%	100,0%		
	Erkek	Sayı	170	54	224		
		Yüzde	75,9%	24,1%	100,0%		
	Toplam	Sayı	300	88	388		
		Yüzde	77,3%	22,7%	100,0%		
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	Kadın	Sayı	129	35	164	,948	,199
		Yüzde	78,7%	21,3%	100,0%		
	Erkek	Sayı	185	39	224		
		Yüzde	82,6%	17,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	314	74	388		
		Yüzde	80,9%	19,1%	100,0%		
Tavsiye Üzerine	Kadın	Sayı	108	56	164	1,616	,123
		Yüzde	65,9%	34,1%	100,0%		
	Erkek	Sayı	161	63	224		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
	Toplam	Sayı	269	119	388		
		Yüzde	69,3%	30,7%	100,0%		
Hekimi Tanıyor Olmanız	Kadın	Sayı	129	35	164	,168	,387
		Yüzde	78,7%	21,3%	100,0%		
	Erkek	Sayı	180	44	224		
		Yüzde	80,4%	19,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	309	79	388		
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	Kadın	Sayı	135	29	164	1,496	,136
		Yüzde	82,3%	17,7%	100,0%		
	Erkek	Sayı	173	51	224		
		Yüzde	77,2%	22,8%	100,0%		
	Toplam	Sayı	308	80	388		
		Yüzde	79,4%	20,6%	100,0%		
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	Kadın	Sayı	123	41	164	,683	,240
		Yüzde	75,0%	25,0%	100,0%		
	Erkek	Sayı	176	48	224		
		Yüzde	78,6%	21,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	299	89	388		
		Yüzde	77,1%	22,9%	100,0%		

Çizelge 3.3.8 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Cinsiyet		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	Kadın	Sayı	120	44	164	,225	,361
		Yüzde	73,2%	26,8%	100,0%		
	Erkek	Sayı	159	65	224		
		Yüzde	71,0%	29,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	279	109	388		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
Acil Olarak Başvuruma	Kadın	Sayı	123	41	164	,770	,223
		Yüzde	75,0%	25,0%	100,0%		
	Erkek	Sayı	159	65	224		
		Yüzde	71,0%	29,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	282	106	388		
		Yüzde	72,7%	27,3%	100,0%		
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	Kadın	Sayı	75	89	164	1,191	,161
		Yüzde	45,7%	54,3%	100,0%		
	Erkek	Sayı	115	109	224		
		Yüzde	51,3%	48,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	190	198	388		
		Yüzde	49,0%	51,0%	100,0%		
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	Kadın	Sayı	137	27	164	4,921	,017
		Yüzde	83,5%	16,5%	100,0%		
	Erkek	Sayı	166	58	224		
		Yüzde	74,1%	25,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		

Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda diyaliz merkezimden daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için maddesinin cinsiyet açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için maddesini erkek hastalar kadın hastalara göre daha yüksek oranla tercih nedeni olarak görmektedir. Cinsiyet ile diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.9. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Medeni Durum		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	Bekar	Sayı	27	6	33	1,294	,177
		Yüzde	81,8%	18,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	258	97	355		
		Yüzde	72,7%	27,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	285	103	388		
		Yüzde	73,5%	26,5%	100,0%		
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	Bekar	Sayı	26	7	33	,044	,516
		Yüzde	78,8%	21,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	274	81	355		
		Yüzde	77,2%	22,8%	100,0%		
	Toplam	Sayı	300	88	388		
		Yüzde	77,3%	22,7%	100,0%		
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	Bekar	Sayı	24	9	33	1,571	,153
		Yüzde	72,7%	27,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	290	65	355		
		Yüzde	81,7%	18,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	314	74	388		
		Yüzde	80,9%	19,1%	100,0%		
Tavsiye Üzerine	Bekar	Sayı	24	9	33	,196	,411
		Yüzde	72,7%	27,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	245	110	355		
		Yüzde	69,0%	31,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	269	119	388		
		Yüzde	69,3%	30,7%	100,0%		
Hekimi Tanıyor Olmanız	Bekar	Sayı	23	10	33	2,199	,107
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	286	69	355		
		Yüzde	80,6%	19,4%	100,0%		
	Toplam	Sayı	309	79	388		
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	Bekar	Sayı	30	3	33	2,928	,061
		Yüzde	90,9%	9,1%	100,0%		
	Evli	Sayı	278	77	355		
		Yüzde	78,3%	21,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	308	80	388		
		Yüzde	79,4%	20,6%	100,0%		
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	Bekar	Sayı	21	12	33	3,678	,049
		Yüzde	63,6%	36,4%	100,0%		
	Evli	Sayı	278	77	355		
		Yüzde	78,3%	21,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	299	89	388		
		Yüzde	77,1%	22,9%	100,0%		

Çizelge 3.3.9 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Medeni Durum		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	Bekar	Sayı	27	6	33	1,754	,129
		Yüzde	81,8%	18,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	252	103	355		
		Yüzde	71,0%	29,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	279	109	388		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
Acil Olarak Başvuruma	Bekar	Sayı	22	11	33	,657	,267
		Yüzde	66,7%	33,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	260	95	355		
		Yüzde	73,2%	26,8%	100,0%		
	Toplam	Sayı	282	106	388		
		Yüzde	72,7%	27,3%	100,0%		
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	Bekar	Sayı	23	10	33	6,201	,010
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	Evli	Sayı	167	188	355		
		Yüzde	47,0%	53,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	190	198	388		
		Yüzde	49,0%	51,0%	100,0%		
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	Bekar	Sayı	26	7	33	,010	,561
		Yüzde	78,8%	21,2%	100,0%		
	Evli	Sayı	277	78	355		
		Yüzde	78,0%	22,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		

Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin medeni durum açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ve doktorum beni yönlendirdiği için maddeleri medeni durum açısından farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bekar hastalar evli hastalara göre sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olmasını daha yüksek oranda tercih nedeni olarak görürken; doktor yönlendirmesiyle diyaliz merkezini tercih eden bekar hastaların evli hastalara göre daha düşük bir orana sahip olduğu görülmektedir. Medeni durum ile diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.3.10. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Yaş Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Yaş		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	50 Yaş ve Altı	Sayı	78	25	103	,956	,812
		Yüzde	75,7%	24,3%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	78	33	111		
		Yüzde	70,3%	29,7%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	83	28	111		
		Yüzde	74,8%	25,2%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	46	17	63		
		Yüzde	73,0%	27,0%	100,0%		
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	50 Yaş ve Altı	Sayı	75	28	103	6,485	,090
		Yüzde	72,8%	27,2%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	89	22	111		
		Yüzde	80,2%	19,8%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	81	30	111		
		Yüzde	73,0%	27,0%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	55	8	63		
		Yüzde	87,3%	12,7%	100,0%		
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	50 Yaş ve Altı	Sayı	77	26	103	3,508	,320
		Yüzde	74,8%	25,2%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	93	18	111		
		Yüzde	83,8%	16,2%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	92	19	111		
		Yüzde	82,9%	17,1%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	52	11	63		
		Yüzde	82,5%	17,5%	100,0%		
Tavsiye Üzerine	50 Yaş ve Altı	Sayı	78	25	103	6,631	,085
		Yüzde	75,7%	24,3%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	67	44	111		
		Yüzde	60,4%	39,6%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	78	33	111		
		Yüzde	70,3%	29,7%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	46	17	63		
		Yüzde	73,0%	27,0%	100,0%		
Hekimi Tanıyor Olmanız	50 Yaş ve Altı	Sayı	74	29	103	9,145	,027
		Yüzde	71,8%	28,2%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	96	15	111		
		Yüzde	86,5%	13,5%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	85	26	111		
		Yüzde	76,6%	23,4%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	54	9	63		
		Yüzde	85,7%	14,3%	100,0%		
Toplam		Sayı	309	79	388		
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		

Çizelge 3.3.10 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Yaş Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Yaş		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	50 Yaş ve Altı	Sayı	87	16	103	7,030	,071
		Yüzde	84,5%	15,5%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	82	29	111		
		Yüzde	73,9%	26,1%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	84	27	111		
		Yüzde	75,7%	24,3%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	55	8	63		
		Yüzde	87,3%	12,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	308	80	388		
		Yüzde	79,4%	20,6%	100,0%		
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	50 Yaş ve Altı	Sayı	73	30	103	5,329	,149
		Yüzde	70,9%	29,1%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	88	23	111		
		Yüzde	79,3%	20,7%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	84	27	111		
		Yüzde	75,7%	24,3%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	54	9	63		
		Yüzde	85,7%	14,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	299	89	388		
		Yüzde	77,1%	22,9%	100,0%		
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	50 Yaş ve Altı	Sayı	77	26	103	1,397	,706
		Yüzde	74,8%	25,2%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	82	29	111		
		Yüzde	73,9%	26,1%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	77	34	111		
		Yüzde	69,4%	30,6%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	43	20	63		
		Yüzde	68,3%	31,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	279	109	388		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
Acil Olarak Başvuruma	50 Yaş ve Altı	Sayı	75	28	103	,574	,902
		Yüzde	72,8%	27,2%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	83	28	111		
		Yüzde	74,8%	25,2%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	78	33	111		
		Yüzde	70,3%	29,7%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	46	17	63		
		Yüzde	73,0%	27,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	282	106	388		
		Yüzde	72,7%	27,3%	100,0%		

Çizelge 3.3.10 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Yaş Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Yaş		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	50 Yaş ve Altı	Sayı	67	36	103	18,885	,000
		Yüzde	65,0%	35,0%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	53	58	111		
		Yüzde	47,7%	52,3%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	50	61	111		
		Yüzde	45,0%	55,0%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	20	43	63		
		Yüzde	31,7%	68,3%	100,0%		
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	50 Yaş ve Altı	Sayı	190	198	388	3,768	,288
		Yüzde	49,0%	51,0%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	79	24	103		
		Yüzde	76,7%	23,3%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	84	27	111		
		Yüzde	75,7%	24,3%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	85	26	111		
		Yüzde	76,6%	23,4%	100,0%		
	50 Yaş ve Altı	Sayı	55	8	63	3,768	,288
		Yüzde	87,3%	12,7%	100,0%		
	51-60 Yaş	Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		
	61-70 Yaş	Sayı	85	26	111		
		Yüzde	76,6%	23,4%	100,0%		
	70 Yaş ve Üstü	Sayı	20	43	63		
		Yüzde	31,7%	68,3%	100,0%		

Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin yaş açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda hekimi tanıyor olmanız ve doktorum beni yönlendirdiği için maddelerinin yaş açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). 50 yaş ve altı grup için hekimi tanıyor olma daha önemli bir tercih nedeni iken doktor yönlendirmesi 70 yaş ve üstü grup için daha önemli bir tercih nedeni olduğu tespit edilmiştir. Yaş açısından diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.11. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Ortalama Gelir		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	400-1000 ₺	Sayı	142	45	187	2,215	,330
		Yüzde	75,9%	24,1%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	113	42	155		
		Yüzde	72,9%	27,1%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	30	16	46		
		Yüzde	65,2%	34,8%	100,0%		
	Toplam	Sayı	285	103	388		
		Yüzde	73,5%	26,5%	100,0%		
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	400-1000 ₺	Sayı	152	35	187	4,808	,090
		Yüzde	81,3%	18,7%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	111	44	155		
		Yüzde	71,6%	28,4%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	37	9	46		
		Yüzde	80,4%	19,6%	100,0%		
	Toplam	Sayı	300	88	388		
		Yüzde	77,3%	22,7%	100,0%		
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	400-1000 ₺	Sayı	151	36	187	,977	,614
		Yüzde	80,7%	19,3%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	128	27	155		
		Yüzde	82,6%	17,4%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	35	11	46		
		Yüzde	76,1%	23,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	314	74	388		
		Yüzde	80,9%	19,1%	100,0%		
Tavsiye Üzerine	400-1000 ₺	Sayı	126	61	187	1,331	,514
		Yüzde	67,4%	32,6%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	108	47	155		
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	35	11	46		
		Yüzde	76,1%	23,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	269	119	388		
		Yüzde	69,3%	30,7%	100,0%		
Hekimi Tanıyor Olmanız	400-1000 ₺	Sayı	148	39	187	,861	,650
		Yüzde	79,1%	20,9%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	122	33	155		
		Yüzde	78,7%	21,3%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	39	7	46		
		Yüzde	84,8%	15,2%	100,0%		
	Toplam	Sayı	309	79	388		
		Yüzde	79,6%	20,4%	100,0%		
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	400-1000 ₺	Sayı	150	37	187	,157	,924
		Yüzde	80,2%	19,8%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	122	33	155		
		Yüzde	78,7%	21,3%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	36	10	46		
		Yüzde	78,3%	21,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	308	80	388		
		Yüzde	79,4%	20,6%	100,0%		

Çizelge 3.3.11 (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Gelir Durumu		Cevap		Topla	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	400-1000 ₺	Sayı	143	44	187	,340	,844
		Yüzde	76,5%	23,5%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	119	36	155		
		Yüzde	76,8%	23,2%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	37	9	46		
		Yüzde	80,4%	19,6%	100,0%		
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	400-1000 ₺	Sayı	141	46	187	2,531	,282
		Yüzde	75,4%	24,6%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	108	47	155		
		Yüzde	69,7%	30,3%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	30	16	46		
		Yüzde	65,2%	34,8%	100,0%		
Acil Olarak Başvuruma	400-1000 ₺	Sayı	145	42	187	4,553	,103
		Yüzde	77,5%	22,5%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	107	48	155		
		Yüzde	69,0%	31,0%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	30	16	46		
		Yüzde	65,2%	34,8%	100,0%		
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	400-1000 ₺	Sayı	94	93	187	,350	,840
		Yüzde	50,3%	49,7%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	75	80	155		
		Yüzde	48,4%	51,6%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	21	25	46		
		Yüzde	45,7%	54,3%	100,0%		
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	400-1000 ₺	Sayı	145	42	187	1,709	,425
		Yüzde	77,5%	22,5%	100,0%		
	1001-1499 ₺	Sayı	125	30	155		
		Yüzde	80,6%	19,4%	100,0%		
	1500 ₺ ve Üstü	Sayı	33	13	46		
		Yüzde	71,7%	28,3%	100,0%		
Toplam		Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		

Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin gelir durumu açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmıştır. Gelir durumu açısından diyaliz merkezi tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.3.12. Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Eğitim Durumu		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması	Okur-Yazar Değil	Sayı	55	23	78	2,463	,292
		Yüzde	70,5%	29,5%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	187	59	246		
		Yüzde	76,0%	24,0%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	43	21	64		
		Yüzde	67,2%	32,8%	100,0%		
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması	Okur-Yazar Değil	Sayı	58	20	78	,920	,631
		Yüzde	74,4%	25,6%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	194	52	246		
		Yüzde	78,9%	21,1%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	48	16	64		
		Yüzde	75,0%	25,0%	100,0%		
Daha Önceki Hizmetlerden Duyulan Memnuniyet	Okur-Yazar Değil	Sayı	64	14	78	,807	,668
		Yüzde	82,1%	17,9%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	196	50	246		
		Yüzde	79,7%	20,3%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	54	10	64		
		Yüzde	84,4%	15,6%	100,0%		
Tavsiye Üzerine	Okur-Yazar Değil	Sayı	55	23	78	,067	,967
		Yüzde	70,5%	29,5%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	170	76	246		
		Yüzde	69,1%	30,9%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	44	20	64		
		Yüzde	68,8%	31,2%	100,0%		
Hekimi Tanıyor Olmanız	Okur-Yazar Değil	Sayı	61	17	78	,129	,938
		Yüzde	78,2%	21,8%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	197	49	246		
		Yüzde	80,1%	19,9%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	51	13	64		
		Yüzde	79,7%	20,3%	100,0%		
Gazete, Tv ve İnternet Reklamları	Okur-Yazar Değil	Sayı	60	18	78	,534	,766
		Yüzde	76,9%	23,1%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	198	48	246		
		Yüzde	80,5%	19,5%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	50	14	64		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		
Toplam		Sayı	308	80	388		
		Yüzde	79,4%	20,6%	100,0%		

Çizelge 3.3.12. (Devam). Hastaların Gitmekte Olduğu Diyaliz Merkezini Tercih Nedenlerinin Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).

Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz?	Eğitim Durumu		Cevap		Toplam	Ki-Kare	p
			Hayır	Evet			
Sigorta Şirketinin Diyaliz Merkeziyle Anlaşmasının Olması	Okur-Yazar Değil	Sayı	64	14	78	1,631	,442
		Yüzde	82,1%	17,9%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	188	58	246		
		Yüzde	76,4%	23,6%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	47	17	64		
		Yüzde	73,4%	26,6%	100,0%		
Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	Okur-Yazar Değil	Sayı	63	15	78	4,451	,108
		Yüzde	80,8%	19,2%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	174	72	246		
		Yüzde	70,7%	29,3%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	42	22	64		
		Yüzde	65,6%	34,4%	100,0%		
Acil Olarak Başvuruma	Okur-Yazar Değil	Sayı	58	20	78	,144	,930
		Yüzde	74,4%	25,6%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	178	68	246		
		Yüzde	72,4%	27,6%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	46	18	64		
		Yüzde	71,9%	28,1%	100,0%		
Doktorum Beni Yönlendirdiği İçin	Okur-Yazar Değil	Sayı	32	46	78	2,476	,290
		Yüzde	41,0%	59,0%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	125	121	246		
		Yüzde	50,8%	49,2%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	33	31	64		
		Yüzde	51,6%	48,4%	100,0%		
Daha İyi Hizmet Alacağımı Düşündüğüm İçin	Okur-Yazar Değil	Sayı	70	8	78	8,854	,012
		Yüzde	89,7%	10,3%	100,0%		
	İlköğretim	Sayı	188	58	246		
		Yüzde	76,4%	23,6%	100,0%		
	Ortaöğretim ve Üstü	Sayı	45	19	64		
		Yüzde	70,3%	29,7%	100,0%		
Toplam		Sayı	303	85	388		
		Yüzde	78,1%	21,9%	100,0%		

Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin eğitim durumu açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için maddesinin eğitim durumu açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip hastaların oranı diğer eğitim düzeylerini oranına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu açısından diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

4. TARTIŞMA

Konya merkezinde yaşayan diyaliz hastalarının hizmet aldıkları diyaliz merkezlerinden duydukları memnuniyet düzeylerini ölçmek ve tedavi gördükleri diyaliz merkezini tercih nedenlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular üç ana başlık altında tartışılmıştır.

- Diyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve tanımlayıcı istatistiklerinin değerlendirilmesi,
- Diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması,
- Diyaliz hastalarının diyaliz merkezi tercih nedenlerinin sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması.

4.1. Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Tanımlayıcı İstatistiklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların %57,7'si (n=224) *erkek* ve %42,3'ü (n=164) *kadın* hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %26,5'i (n=103) *50 yaş ve altında* iken, %28,6'sı (n=111) *51-60 yaş arası*, %28,6'sı (n=111) *61-70 yaş arası* ve %16,2'si (n=63) ise *71 yaş ve üstü* olduğu belirlenmiştir. Hastaların %20,1'i (n=78) *okuryazar olmadığı*, %63,4'ü (n=246) *ilköğretim mezunu* ve %16,5'i (n=64) ise *ortaöğretim ve üstü* bir öğretim programında mezun olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %91,5'i (n=355) *evli* ve %8,5'i (n=33) de *bekârdır*. Araştırmaya özel diyaliz merkezlerinden 312(%80,4) hasta katılırken 76 (%19,6) hasta *kamuya* ait bir diyaliz merkezinden araştırmaya dâhil olmuştur.

Katılımcıların %7,7'si (n=30) daha önce gittiği diyaliz merkezinden *memnun kalmadığı* için ayrıldığını belirtirken, %2,6'sı (n=10) *ulaşım zorluğundan*, %2,8'i (n=11) *diyaliz merkezinin kapanmasından*, %4,9'u (n=19) *ev/işyeri taşınma durumundan* ve %3,9'u (n=15) *diğer* çeşitli nedenlerden dolayı daha önce gittiği diyaliz merkezinden ayrıldığını belirtmiştir.

Çizelge 3.1.2'de görüldüğü üzere hastaların “bu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler nelerdir?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Hastaların %57'si (n=221) *deneyimli ve güler yüzlü personel* özelliği maddesini ayırt edici faktör olarak görmüştür. Hastaların %78,9'u (n=306) *yüksek kalite* özelliğini ayırt

edici faktör olarak görmektedir. Diğer maddelere verilen cevaplar ise şöyledir; hastalar *hizmet sunuşunun hızlı olması* maddesini %19,3 (n=75) *ulaşımın kolaylığı* maddesini %21,9 (n=85) ve *binanın konforu* maddesini ise %18,8'i (n=73) ile ayırt edici faktör olarak tercih etmiştir. *Binanın temizliği* maddesini hastaların %19,3'ü (n=75) tercih ederken *sağlık sigortamı karşılıyor olması* maddesini ise katılımcıların %18,8'i (n=73) ayırt edici faktör olarak belirtmiştir.

Çizelge 3.1.3'de görüldüğü üzere hastaların %18,0'i (n=70) diyaliz merkezine *kendi imkânlarıyla* ulaşırken %82,0'si (n=318) *diyaliz merkezini servisiyle* diyaliz merkezine ulaşımı sağlamaktadır. Hastaların %16,0'sı (n=62) *ulaşımda zorluk yaşadığını* belirtirken %84'ü (n=326) *herhangi bir zorluk yaşamadığı* belirtmiştir. Katılımcıların %40,5'i (n=157) randevu saati ile tedavi aldığı saat arasına *10 dakika ve daha az* beklemekte olduğunu belirtirken %18,0'i (n=70) *10-20 dakika arası beklediğini*, %19,1'i (n=74) *20-30 dakika arası beklediğini*, %16,2'si (n=63) *30-40 dakika arası beklediğini* ve %6,2'si (n=24) *40 dakika ve daha fazla* süre beklediğini belirtmiştir. Bekleme süreleriyle ilgili araştırma sırasında yapılan gözlem sonucunda diyaliz merkezlerinin sabah seansına katılan hastaların daha az beklediği, öğlen ve akşam seanslarına katılan hastaların ise daha uzun süre beklediği tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi, öğlen ve akşam seanslarına katılacak hastaların diyaliz tedavileri için diyaliz makinalarının dezenfekte işlemlerinin zaman alıyor olmasıdır. Hastalar cihazlar dezenfekte edilene ve kullanıma hazır hale gelene kadar beklemek durumunda kalmaktadır. Sabah seansına gelen hastalar için cihazlar hastalar gelmeden dezenfekte edilmekte ve kullanıma hazır hale getirilmektedir.

Çizelge 3.1.5 incelendiğinde hastaların, %9,5'i (n=37) devam etmekte olduğu diyaliz merkezinden “memnun değilken” %11,3'ü (n=44) “kısmen memnun” ve %79,1'inin (n=307) ise “memnun” olduğu belirlenmiştir. Hastaların %87,6'sı (n=340) *bu diyaliz merkezini başkalarına önerir misiniz?* Sorusuna “evet” ve *doktorunuzu başkalarına önerir misiniz?* Sorusuna ise hastaların %87,9'u (n=341) “evet” yanıtını verdiği görülmektedir.

Araştırmada hastanın memnuniyetini etkileyen personel ve davranışı ile ilgili sorular sorulmuş ve elde edilen bulgular çizelge 3.1.6'da açıklanmıştır. Buna göre *hastanın memnuniyetini en çok etkileyen personelin kim olduğu* sorulduğunda ilk sırada “doktor” (%83,2 ve n=323) ikinci sırada da “hemşire” (%83,0 ve n=322) olduğu

saptanmıştır. *Memnuniyetinizde sizinle ilgilenen personelin hangi davranışı etkili olacaktır?* sorusuna verilen cevaplara göre elde edilen bulgular şu şekildedir: Hastalara göre personelin *bilgili olması* %78,9 (n=306), *ilgili davranması* %76,8 (n=298), *yeterince zaman ayırması* %65,5 (n=254), *dinlemesi* %63,7 (n=247) ve *öncelik vermesi* %16,5 (n=64) oranında etkilemektedir.

4.2. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Diyaliz hastalarının memnuniyet düzeylerinin sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi*, ikili karşılaştırmalarda *bağımsız gruplar arası t testi* ve kategorik değişkenler arasındaki farklılığı incelemek için de *Ki-kare* testi kullanılmıştır

- a) Hastaların diyaliz merkezlerinin hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; *doktordan duyulan memnuniyet oranının* en yüksek ($\bar{x}=4,5664$) olduğu saptanmıştır. *Diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi* $\bar{x}=4,5277$, *diyaliz merkezinin teknik imkanlarından duyulan memnuniyet düzeyi* $\bar{x}=4,5258$, *hemşireden duyulan memnuniyet düzeyi* $\bar{x}=4,4926$, *genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyi* $\bar{x}=4,4777$ ve *bina konforundan duyulan memnuniyet düzeyi* $\bar{x}=4,3752$ olduğu belirlenmiştir.
- b) *Diyaliz merkezi hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinin, sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediği* test edilmiş ve şu bulgulara ulaşılmıştır: *Diyaliz merkezi hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyleri, diyaliz merkezi türü açısından incelendiğinde; Kamu ve özel diyaliz merkezleri açısından diyaliz merkezlerinin tüm hizmetleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur* ($p<0,05$). Buna göre *diyaliz merkezlerinin tüm hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi özel diyaliz merkezlerinde, kamu diyaliz merkezlerine göre daha yüksek bulunmuştur* ve bu nedenle **Hipotez 1, 2, 3, 4 ve 5** reddedilmiştir. *Diyaliz merkezinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi, Cinsiyet açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı* görülmüş ($p>0,05$) ve **Hipotez 6, 7, 8, 9 ve 10** kabul edilmiştir. Cinsiyet açısından diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi

genel olarak yüksek bulunmuştur. *Diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi, medeni durum* açısından incelendiğinde; *diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi ile medeni durum* arasındaki fark anlamlı ($p<0,05$) bulunmuş ve **Hipotez 13** reddedilmiştir. Evli hastaların *bekar* hastalara göre diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi daha yüksektir. *Medeni durum* açısından *diyaliz merkezinin diğer hizmetleri* arasında anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$) olup **Hipotez 11, 12, 14 ve 15** kabul edilmiştir. *Diyaliz merkezi hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi, Yaş* açısından incelendiğinde; *Doktordan duyulan memnuniyet ile hemşireden duyulan memnuniyetin yaş grupları* arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Dolayısıyla **Hipotez 16 ve 17** kabul edilmiştir. *Yaş grupları ile diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi, bina konforundan duyulan memnuniyet düzeyi ve genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyi* arasındaki fark anlamlı bulunmuş ($p<0,05$) ve **Hipotez 18, 19 ve 20** reddedilmiştir. *Diyaliz merkezinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi, eğitim durumu* açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüş ($p>0,05$) ve **Hipotez 21, 22, 23, 24 ve 25** kabul edilmiştir. Eğitim durumu açısından diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi genel olarak yüksek bulunmuştur. *Diyaliz merkezinin hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi, ortalama gelir* açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüş ($p>0,05$) ve **Hipotez 26, 27, 28, 29 ve 30** kabul edilmiştir. Ortalama gelir açısından diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi genel olarak yüksek bulunmuştur.

- c) *Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi sosyo-demografik değişkenler* açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ve şu bulgulara ulaşılmıştır: *Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi, diyaliz merkezi türü, cinsiyet ve medeni durum* açısından incelendiğinde; *cinsiyet ile* arasındaki fark anlamsız ($p>0,05$), *diyaliz merkezi türü ve medeni durum ile* arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Analiz sonucunda **Hipotez 32** kabul edilirken,

Hipotez 31 ve **Hipotez 33** reddedilmiştir. *Diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi, yaş, eğitim düzeyi ve ortalama gelir* açısından incelendiğinde ise; *Yaş* açısından farkın istatistiki olarak anlamlı ($p < 0,05$), *eğitim durum ve ortalama gelir* açısından ise aradaki farkın anlamsız olduğu ($p > 0,05$) saptanmıştır. Buna göre **Hipotez 34** reddedilirken, **Hipotez 35 ve 36** kabul edilmiştir.

Özcan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir araştırmada hastalar hemşire ve sağlık personelinin %90,7 oranıyla çok memnun ya da memnun kalmışlardır. Ertem ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada hastalar; “doktorların davranışları için %39.0 çok iyi, %48.2 iyi, hemşireler için aynı oranlar %28.7 ve %54.4” olarak yanıtlamıştır. Aytar ve Yeşildal’ın (2004) çalışmasında hastalar doktorlardan %96, hemşirelerden %88 oranıyla çok memnun ya da memnun olduklarını ifade etmişler. Savaş ve Bahar’ın (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %73,5’i sağlık kurumunun genel olarak hizmetlerinden memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Taşlıyan ve Akyüz (2010)’ün yapmış olduğu bir çalışmada Hastaların *hastane çalışanları ile ilgili memnuniyetleri* değerlendirildiğinde; hastaların % 83, 3’ü hemşire, sekreter ve diğer sağlık teknisyenlerinin (laborant, röntgen teknisyeni vs.) , %75’i ise diğer personelin tutum ve davranışlarını *iyi* olarak algılamaktadır. Peker ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu bir çalışmada hastaların % 94.9’unun doktorlardan duydukları memnuniyet düzeyinin *iyi* olduğu ve hastaların % 79.8 hastanenin teknik donanımından memnun oldukları belirlenmiştir. Hastaların doktordan duydukları memnuniyet düzeyinin $\bar{x}=4,5664$ olduğu saptanmıştır. Diğer çalışanlardan duyulan memnuniyet düzeyi $\bar{x}=4,5277$, diyaliz merkezinin teknik imkanlarından duyulan memnuniyet düzeyi $\bar{x}=4,5258$ hemşireden duyulan memnuniyet düzeyi $\bar{x}=4,4926$, genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyi $\bar{x}=4,4777$ ve bina konforundan duyulan memnuniyet düzeyi $\bar{x}=4,3752$ olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen bu sonuçların memnuniyet oranları bakımından bu doğrultuda yapılan ve sözü edilen çalışmalarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Yıldırım ve arkadaşlarının (1999) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin yataklı servislerinde yaptığı çalışmada hastane hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet oranı %85.5 olarak saptanmıştır. Şişe ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu bir çalışmada hastaların hastane ulaşımı ve fiziki durumundan memnun olma düzeyleri *çok iyi*, sekreterlik ve resmi işlemlerden *iyi* ve poliklinik hizmetlerinden *çok iyi* olarak bulunmuştur. 50 ve üzeri yaşta olan hastalar hastane hizmetlerinden daha çok

memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bekar olan hastalar ve lisans eğitim düzeyine sahip olan hastaların genel olarak memnuniyet düzeyleri ise diğer gruplara göre düşük çıkmıştır. Hastaların gelir durumları ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Önsüz ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu bir araştırmada katılımcıların yaşlarının genel memnuniyet üzerine etkisi değerlendirildiğinde, genel olarak hastaneden memnun olduğunu belirten grubun yaş ortalaması (45.72 ± 20.82) memnun olmayan gruptan (37.51 ± 20.88) daha yüksek bulunmuştur. Hastaların yaşları ile genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmamıza göre 71 yaş ve üstü hastaların diyaliz merkezi hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve bu sonucun Şişe ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmayla benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Evli hastaların bekar hastalara göre memnuniyet düzeyi daha yüksek bulunmuş ve bu sonuç Şişe ve arkadaşlarının (2013) çalışmasıyla farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen veriler literatürde hasta memnuniyetini tespit etmeye yönelik yapılan çalışma sonuçlarıyla genel olarak paralellik gösterdiği söylenebilir. Literatürde genellikle hastaların geneliyle ve sağlık kurumlarının genel hizmetleriyle ilgili memnuniyet çalışmaları yapıldığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda ise literatürden farklı olarak hastaların sosyo-demografik verileri diyaliz merkezinin çeşitli hizmetleriyle karşılaştırılarak hasta memnuniyeti analizi yapılmaya çalışılmıştır.

4.3. Diyaliz Hastalarının Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Diyaliz hastalarının diyaliz merkezi tercih nedenlerini sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla, değişkenlerin kategorik olmasından dolayı Ki-kare analizi uygulanmıştır.

- a) *Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin diyaliz merkezi türü açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Analiz sonucunda yüksek kalite, hizmet sunuşunun hızlı olması, ulaşım kolaylığı, binanın konforu ve sağlık sigortasının karşılama durumu ile diyaliz merkezi türleri arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel diyaliz merkezlerinde kamu diyaliz merkezlerine göre yüksek kalite özelliğinin oranı daha yüksek bulunmasına karşın, anlamlı fark bulunan diğer özelliklerde kamu diyaliz merkezlerinin oranı özel diyaliz merkezlerinin*

oranına göre daha yüksek bulunmuştur. Diyaliz merkezi türü ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Analiz sonucunda **Hipotez 38, 39, 40, 41 ve 43** reddedilirken, **hipotez 37 ve 42** kabul edilmiştir. Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi kullanılmıştır. Ayırt edici özelliklerin cinsiyet açısından istatistiki olarak farklılık göstermediği saptanmış ($p>0,05$) ve **Hipotez 44, 45, 46, 47, 48, 49 ve 50** kabul edilmiştir. *Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin medeni durum* açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ve yapılan analiz sonucunda *medeni durum* ile ayırt edici özelliklerden *deneyimli ve güler yüzlü personel* ve *yüksek kalite* özelliklerindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki özelliğe de evli hastaların bekar hastalara göre daha çok önem gösterdiği belirlenmiştir. *Medeni durum* ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$) ve **Hipotez 51 ve 52** reddedilirken, **Hipotez 53, 54, 55, 56 ve 57** kabul edilmiştir. *Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin yaş* açısından farklılık gösterip göstermediğini test edilmiş ve yapılan analiz sonucunda *yaş* ile ayırt edici özelliklerden *hizmet sunuşunun hızlı olması* özelliğindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 51-60 yaş grubundaki hastaların diğer yaş grubundaki hastalara göre *hizmet sunuşunun hızlı olmasına* daha çok önem gösterdiği belirlenmiştir. Yaş ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu test sonucunda **Hipotez 60** reddedilirken, **Hipotez 58, 59, 61, 62, 63 ve 64** kabul edilmiştir. *Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin, ortalama gelir* açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare testi yapılmıştır. Analiz sonucunda *gelir durumu* ile ayırt edici özelliklerden *deneyimli ve güler yüzlü personel* ve *binanın temizliği* özelliklerindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 1001-1499 ₺ gelir grubundaki hastaların diğer gelir grubundaki hastalara göre *deneyimli ve güler yüzlü personel* ve *binanın temizliğine* daha çok

önem verdiği belirlenmiştir. Ortalama gelir ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Analiz sonucunda **Hipotez 65 ve 70** reddedilirken **Hipotez 66, 67, 68, 69 ve 71** kabul edilmiştir. Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özelliklerin eğitim durumu açısından farklılık gösterip göstermediğini test edilmiş ve analiz sonucunda *eğitim durumu* ile ayırt edici özelliklerden *deneyimli ve güler yüzlü personel* ve *binanın temizliği* özelliklerindeki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). *Ortaöğretim ve üstü* eğitim düzeyi grubundaki hastaların diğer eğitim gruplarındaki hastalara göre *deneyimli ve güler yüzlü personel* ve *binanın temizliğine* daha çok önem verdiği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ile diğer ayır edici özellikler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$) ve **Hipotez 72 ve 77** reddedilirken **Hipotez 73, 74, 75, 76 ve 78** kabul edilmiştir.

Demir ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmadan hastaların %17,0'si gittiği sağlık kurumunu hastalara daha fazla süre ayrılması nedeniyle tercih ettiklerini belirtmiştir. Gökdoğan Kırmızı'nın (2010) yapmış olduğu araştırmada; araştırmaya katılan hastaların 81'i deneyimli personel (%34,5), 37'si güler yüzlü personel (%15,7), 42'si hizmet sunuşunun hızlı olması (%17,9), 46'sı ulaşımın kolaylığı (%19,6), 6'sı binanın konforu (%2,6), 5'i binanın temizliği (%2,1), 18'i sağlık sigortasının karşılıyor olması (%7,7) nedeniyle hastaneyi seçtiği saptanmıştır.

Araştırmamızda literatürden farklı olarak diyaliz merkezlerini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılarak analizler yapılmıştır. Buna göre özel diyaliz merkezleri *yüksek kaliteden* dolayı daha çok tercih edildiği belirlenmiştir. *Hizmet sunumunun hızlı olması, ulaşım kolaylığı, binanın konforu ve sağlık sigortasının tedavi giderlerini karşılıyor olması* kamu diyaliz merkezini özel diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler olduğu saptanmıştır. Evli hastalar *deneyimli ve güler yüzlü personel* ve *yüksek kaliteyi* ayırt edici faktör olarak gördüğü tespit edilmiştir. 51-60 yaş grubundaki hastaların diğer yaş grubundaki hastalara göre *hizmet sunumunun hızlı olmasını* daha yüksek oranda ayırt edici faktör olarak görmektedir. Ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip hastaların diğer eğitim düzeyine sahip gruplara

göre deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliğini daha yüksek oranda ayırt edici faktör olarak gördüğü belirlenmiştir

b) Diyaliz merkezi tercih nedenlerini sosyo-demografik değişkenler açısından istatistiki olarak farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmıştır. Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin diyaliz merkezi türü açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ve şu bulgulara ulaşılmıştır: Analiz sonucunda diyaliz merkezi tercih nedenlerinden; daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet, sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması, doktorun başkaları tarafından önerilmesi ve doktorum beni yönlendirdiği için maddeleriyle diyaliz merkezi türü arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Doktor yönlendirmesiyle diyaliz merkezini tercih edenlerin oranı özel diyaliz merkezlerinde kamu diyaliz merkezine göre daha yüksek bulunurken; anlamlı fark bulunan diğer tüm maddelerde (daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet, sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ve doktorun başkaları tarafından önerilmesi) kamu diyaliz merkezlerinin özel diyaliz merkezlerine göre tercih oranı daha yüksek bulunmuştur. Diyaliz merkezi türü ile diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$) ve **Hipotez 81, 85, 86 ve 88** reddedilirken, **Hipotez 79, 80, 82, 83, 84, 87 ve 89** kabul edilmiştir. Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ve test sonucunda diyaliz merkezimden daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için maddesinin cinsiyet açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için maddesini erkek hastalar kadın hastalara göre daha yüksek oranla tercih nedeni olarak görmektedir. Cinsiyet ile diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$) olup **Hipotez 100** reddedilirken, **Hipotez 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98 ve 99** kabul edilmiştir. Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin, medeni durum açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiş ve test sonucunda sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ve doktorum beni yönlendirdiği için maddeleri medeni durum açısından farklılık

gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Bekar hastalar evli hastalara göre *sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olmasını* daha yüksek oranda tercih nedeni olarak görürken; *doktor yönlendirmesiyle* diyaliz merkezini tercih eden bekar hastaların evli hastalara göre daha düşük bir orana tercih nedeni olarak görülmektedir. Medeni durum ile diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$) ve **Hipotez 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109 ve 111** kabul edilirken, **Hipotez 107 ve 110** reddedilmiştir. *Diyaliz merkezi tercih nedenlerine, yaş* açısından bakıldığında ise *hekimini tanıyan olmanız ve doktorum beni yönlendirdiği için* maddelerinin yaş açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). *50 yaş ve altı* grup için *hekimini tanıyan olma* daha önemli bir tercih nedeni iken *doktor yönlendirmesi* *70 yaş ve üstü* grup için daha önemli bir tercih nedeni olduğu tespit edilmiştir. Yaş açısından diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p>0,05$) ve **Hipotez 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 122** kabul edilirken, **Hipotez 116, 121** reddedilmiştir. *Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin, gelir durumu* açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiş *gelir durumu açısından diyaliz merkezi tercih nedenleri* arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Test sonucunda **Hipotez 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132 ve 133** kabul edilmiştir. *Diyaliz merkezi tercih nedenlerinin, eğitim durumu* açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Ki-kare analizi yapılmış ve analiz sonucunda *daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için* maddesinin eğitim durumu açısından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre *ortaöğretim ve üstü* eğitim düzeyine sahip hastaların oranı diğer eğitim düzeyleri oranına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Eğitim durumu* açısından diyaliz merkezi diğer tercih nedenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p>0,05$) ve **Hipotez 144** reddedilirken, **Hipotez 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142 ve 143** kabul edilmiştir.

Topuz ve arkadaşlarının (2014) Sivas ilinde bir devlet hastanesinde yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %41,4'ünün bakım ve tedavi hizmetleri iyi

olduğu için, yine %41,4'ünün olumlu geçmiş deneyimleri olduğu ve tanıdıkları bu hastaneyi önerdiği için, %19,5'inin ise evleri hastaneye yakın olduğu için bu hastaneyi tercih ettikleri tespit edilmiştir. Gökdoğan Kırmızı'nın (2010) yapmış olduğu araştırmada; araştırmaya katılan hastaların 37'si hastanenin tanınmış olması (%15,7), 52'si hekimi tanıyor olmaları (%22,1), 32'si daha önceki başvurularında aldıkları hizmetten memnun kalmaları (%13,6), 49'u tavsiye üzerine (%20,9), 29'u hastanenin evlerine yakın olması (%12,3), 13'ü sigorta şirketinin karşılıyor olması (5,5), 11'i hastanenin kalitesinin yüksek olduğunun düşünülmesi (%4,7), 5'i doktorunun başkaları tarafından önerilmesi (2,1) ve 7'si acil olarak başvurarak hastaneyi seçmişlerdir. Ayhan ve Canöz'ün 2006 yılında yapmış olduğu bir araştırmada hastaların %45,1'inin hastanenin iyi bir imajı olduğu için, %14,0'ü tavsiye üzerine ve %3,8'i hastanenin hastanın evine/işyerine yakın olması nedeniyle hastaneyi tercih ettiği belirlenmiştir. Önsüz ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu bir çalışmada araştırmaya katılanların hastaneyi tercih etmelerindeki en sık nedeninin “sosyal güvence ve sevk” (%42,2) olduğu görülmüştür. Sık belirtilen diğer neden ise, hastanede “iyi hizmet verilmesi” (%28,1), hastanede “tanıdık birinin olması” da sık görülen (%7,4) diğer bir neden olarak dikkati çekmektedir. Hastanenin “eve, işyerine yakın olması” ve “çabuk sonuç alma” (sırasıyla %1,5, %1,5) son sıralarda yer almıştır. Ateş ve arkadaşlarının (2004) araştırmaya katılanlar acil olmayan durumlarda gidilen sağlık kurumunu tercih etme nedeni olarak en çok sosyal güvenceyi (%43,7) ve tercih edilen kurumun ucuz olmasını (%26,3) göstermiştir. Daha sonra ise sağlık kurumunun yakın olması (%7,9), başka seçeneğin olmaması (%5,0), çalışanların davranışları (%3,8) hastaların sağlık kurumu tercihinde etkili olmuştur. Mutlu'nun (2012) yılında yapmış olduğu bir çalışmadan A hastanesine başvuran hastaların %22,1'i hastaneyi daha önce aldığı hizmetlerden memnun kaldığı için, %19,1'i hem hastane evine veya işine yakın olduğu için hem de tedavi olmak istediği hekim o hastanede görev yaptığı için, %26,5'i çalıştığı kurum anlaşması ve sosyal güvencesi olduğu için, %5,9'u da hekimin önerisi ve yönlendirmesi nedeniyle A hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. B hastanesindeki hastalarinsa %35,4'ü daha önce aldığı hizmetlerden memnun olduğu için, %17,1'i hastane evine veya işine yakın olduğu için, %3,7'si tedavi olmak istediği hekim o hastanede görev yaptığı için, %22'si çalıştığı kurum anlaşması ve sosyal güvencesi olduğu için, %1,2'si de hekimin önerisi ve yönlendirmesi nedeniyle B hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. Zerenler ve Ögüt'ün (2007) yapmış olduğu bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların hizmet aldıkları hastaneyi tercih etme nedenleri sırasıyla sosyal güvenlik kurumu anlaşmasının olması

çevrenin tavsiyesi, önceki hastaların tavsiyesi, hastanedeki doktorların bilinirliği, doktorların tavsiyesi, hastanenin teknolojik altyapısının yeterliliği, hastaneye duyulan güven, hastanenin yakınlığı, hastanenin bilinirliği ve köklü oluşu, fiyatlarının uygunluğu ve tanıtım ve reklâm etkinlikleri özellikleri olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda diyaliz merkezi tercih nedenleri sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılarak analizler yapılmıştır. Buna göre elde edilen sonuçların bazıları şu şekildedir: *Doktor yönlendirmesiyle* özel diyaliz merkezini tercih eden hastaların kamu diyaliz merkezini tercih eden hastalara göre daha yüksek orana sahip olduğu belirlenmiştir. *Daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet, sigortanın tedavi giderlerini karşılıyor olması ve doktorun başkaları tarafından önerilmesi* kamu diyaliz merkezlerini tercih eden hastaların özel diyaliz merkezini tercih eden hastalara göre daha yüksek oranda tercih nedeni olarak görüldüğü saptanmıştır. Literatürde sağlık kurumlarının tercih nedenleriyle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında genellikle hastaların toplam sayılarıyla tercih nedenlerinin karşılaştırıldığı görülmüştür. Ancak araştırmamızda literatürden farklı olarak hastaların sosyo-demografik özellikleriyle sağlık kurumu tercih nedenleri karşılaştırılmış ve bu doğrultuda çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar bu nedenle literatür sonuçlarından farklılık göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu kısmında araştırmadan elde edilen bulgular özet olarak sunulmakta ve bu kapsamda yapılması gerekenler hakkında öneriler dile getirilmektedir.

5.1. Sonuçlar

Bu çalışma diyaliz hastalarının diyaliz merkezlerinden duydukları memnuniyet düzeyini saptamak ve hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlar şöyledir.

5.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hastaların %57,7'si (n=224) erkek ve %42,3'ü (n=164) kadın hastalardan oluşmaktadır.
- Hastaların %26,5'i (n=103) 50 yaş ve altında iken, %28,6'sı (n=111) 51-60 yaş arası, %28,6'sı (n=111) 61-70 yaş arası ve %16,2'si (n=63) ise 71 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların eğitim durumuna bakılacak olursa; hastaların %20,1'i (n=78) okuryazar olmadığı, %63,4'ü (n=246) ilköğretim mezunu ve %16,5'i (n=64) ise ortaöğretim ve üstü bir öğretim programında mezun olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların %91,5'i (n=355) evli ve %8,5'i (n=33) ise bekârdır.
- Araştırmaya özel diyaliz merkezlerinden 312(%80,4) hasta katılırken 76 (%19,6) hasta kamuya ait bir diyaliz merkezinden araştırmaya dâhil olmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların %12,6'sı (n=49) esnaf, %8,2'si (n=32) çiftçi, %7,0'si (n=27) memur/emekli memur, %22,7'si (n=88) işçi/emekli işçi, %9,3'ü (n=36) serbest meslek ve %40,2'si (n=156) ev hanımıdır.
- Hastaların %51,8'nin (n=201) herhangi bir kronik hastalığı olmamasına karşın; %7,0'sinin (n=27) tansiyon, %5,9'unun (n=23) diyabet, %16,2'sinin tansiyon ve diyabet, %14,7'sinin (n=57) tansiyon, diyabet ve kalp hastası olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların %31,2'sinin (n=121) 1-2 yıldır diyaliz tedavisi aldığı, %24,2'sinin (n=94) 3-5 yıl, %25,3'ünün (n=98) 6-9 yıl ve %19,3'ünün (n=75) 10 yıl ve daha fazla süredir diyaliz tedavisi aldığı tespit edilmiştir.
- Hastaların %78,1'i (n=303) daha önce başka bir diyaliz merkezine gitmediğini belirtirken %21,9'u (n=85) daha önce başka bir diyaliz merkezine gittiğini belirtmiştir.

- Hastaların %9,0'u daha önce 1 yıl ve daha az başka bir diyaliz merkezine gitmişken, %7,5'i 2-3 yıl ve %5,4'ü 4 yıl ve daha fazla süreyle daha önce başka bir diyaliz merkezine gitmiştir.
- Katılımcıların %7,7'si (n=30) daha önce gittiği diyaliz merkezinden memnun kalmadığı için ayrıldığını belirtirken, %2,6'sı (n=10) ulaşım zorluğundan, %2,8'i (n=11) diyaliz merkezinin kapanmasından, %4,9'u (n=19) ev/işyeri taşınma durumundan ve %3,9'u (n=15) diğer çeşitli nedenlerden dolayı daha önce gittiği diyaliz merkezinden ayrıldığını belirtmiştir.
- Hastaların %24,7'si (n=96) 1 yıl ve daha az süredir şu anki diyaliz merkezine giderken; %20,1'i (n=78) 2-3 yıl, %17,0'si (n=66) 4-5 yıl, %15,5'i (n=60) 6-7 yıl ve %22,7'si (n=88) 8 yıl ve daha fazla süredir şu anki diyaliz merkezine gitmektedir.
- Katılımcıların %48,2'sinin (n=160) aylık ortalama geliri 400-1000₺ arası iken; %39,9'unun (n=155) aylık ortalama geliri 1001-1500 ₺ ve %11,9'unun (n=46) ortalama geliri ise 1500 ₺ ve üstü olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların %41,2'sinin sağlık giderleri için aylık cebinden hiç para harcamadığı, %30,4'ünün 10-25 ₺ arası para harcadığı, %17,8'inin (n=69) 26-40 ₺ para harcadığı ve %10,6'sının (n=41) ise 40 ₺'den daha fazla para harcadığı saptanmıştır.
- Hastaların %18,0'i (n=70) diyaliz merkezine kendi imkânlarıyla ulaşırken %82,0'si (n=318) diyaliz merkezini servisiyle diyaliz merkezine ulaşımı sağlamaktadır.
- Hastaların %16,0'sı (n=62) ulaşımında zorluk yaşadığını belirtirken %84'ü (n=326) herhangi bir zorluk yaşamadığı belirtmiştir.
- Katılımcıların %40,5'i (n=157) randevu saati ile tedavi aldığı saat arasına 10 dakika ve daha az beklemekte olduğunu belirtirken %18,0'i (n=70) 10-20 dakika arası beklediğini, %19,1'i (n=74) 20-30 dakika arası beklediğini, %16,2'si (n=63) 30-40 dakika arası beklediğini ve %6,2'si (n=24) 40 dakika ve daha fazla süre beklediğini belirtmiştir.

5.1.2. Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Sonuçlar

- Hastaların hekim ve hemşirelerin en çok bilgi ve becerisine önem verirken diğere çalışanların ise güler yüzlü olmalarına daha çok önem verdikleri saptanmıştır.

- Katılımcılar binanın fiziki durumundan en çok dış görünüşü beğendikleri tespit edilmiştir.
- Hastaların %90,5'i diyaliz merkezinin hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları saptanmıştır.
- Hastaların %81,2'si diyaliz merkezinin ihtiyacını giderdiğini düşünmektedir.
- Katılımcıların %77,1'i diyaliz merkezinden duyulan memnuniyetin bir sonraki gelişini etkileyeceğini belirtmiştir.
- Katılımcıların %87,6'sı gittiği diyaliz merkezini başkalarına önerdiğini belirtmiştir.
- Katılımcıların %87,9'u gittiği diyaliz merkezindeki doktorunu başkalarına önerdiğini belirtmiştir.
- Diyaliz merkezlerinin tüm hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinin özel diyaliz merkezlerinde kamu diyaliz merkezlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Evli hastaların bekar hastalara göre diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- 50 yaş ve altındaki hastaların diğer çalışanlardan duydukları memnuniyet düzeyi 71 yaş ve üstü hastalara göre daha düşük iken; 71 yaş ve üstündeki hastaların memnuniyet düzeyi 51-60 yaş arasındaki hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Bina konforundan duyulan memnuniyet düzeyi ile genel olarak hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyi, 71 yaş ve üstü hastalarda daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Özel diyaliz merkezlerinde diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi kamu diyaliz merkezlerine göre daha yüksek bulunmuştur.
- Evli hastaların diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi bekar hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- 50 yaş ve altındaki hastaların diyaliz merkezinin teknik imkânlarından (tıbbi cihazlar vs.) duyulan memnuniyet düzeyi 71 yaş ve üstündeki hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli personeller sırasıyla doktor, hemşire ve hasta bakıcı olduğu tespit edilmiştir.

5.1.3. Diyaliz Hastaların Diyaliz Merkezi Tercih Nedenlerine İlişkin Sonuçlar

- Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler diyaliz merkezi türü açısından incelendiğinde, yüksek kalite özelliğinin oranı özel diyaliz merkezlerinde daha yüksek bulunurken; hizmet sunuşunun hızlı olması, ulaşımın kolaylığı, binanın konforu ve sağlık sigortasının tedaviyi karşılıyor olması özelliklerinde kamu diyaliz merkezlerindeki hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların gitmekte olduğu diyaliz merkezini diğer diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler medeni durum açısından incelendiğinde evli hastaların bekar hastalara göre deneyimli ve güler yüzlü personel ve yüksek kalite özellikleri daha önemli ayırt edici özelliklerdir.
- 51-60 yaş grubundaki hastaların diğer yaş grubundaki hastalara göre hizmet sunuşunun hızlı olmasına daha çok önem gösterdiği belirlenmiş ve diğer yaş grubundaki hastalara göre ayırt edici faktör olmasına daha yüksek oranla tercih edildiği saptanmıştır.
- Ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyi grubundaki hastaların diğer eğitim gruplarındaki hastalara göre deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliğine daha çok önem verdiği belirlenmiştir.
- 1001-1499 ₺ gelir grubundaki hastaların diğer gelir grubundaki hastalara göre deneyimli ve güler yüzlü personel ve binanın temizliğine daha çok önem verdiği sonucuna varılmıştır.
- Doktor yönlendirmesiyle diyaliz merkezini tercih edenlerin oranı özel diyaliz merkezlerinde kamu diyaliz merkezine göre daha yüksek orana sahip olduğu tespit edilmiştir. Kamu diyaliz merkezlerinin özel diyaliz merkezlerine göre daha önceki hizmetlerden duyulan memnuniyet, sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olması ve doktorun başkaları tarafından önerilmesinin tercih oranı daha yüksek bulunmuştur
- Daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için maddesini erkek hastalar kadın hastalara göre daha yüksek oranla tercih nedeni olarak görmektedir.
- Bekar hastalar evli hastalara göre sigorta şirketinin diyaliz merkeziyle anlaşmasının olmasını daha yüksek oranda tercih nedeni olarak görürken; doktor yönlendirmesiyle diyaliz merkezini tercih eden bekar hastaların evli hastalara göre daha düşük bir orana sahip olduğu görülmüştür.

- 50 yaş ve altı grup için hekimi tanıyor olma daha önemli bir tercih nedeni iken doktor yönlendirmesi 70 yaş ve üstü grup için daha önemli bir tercih nedeni olduğu tespit edilmiştir.
- Ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip hastaların daha iyi hizmet alacağını düşündüğüm için maddesini tercih nedeni görme oranı diğer eğitim düzeylerini oranına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5.2. Öneriler

- Hastaların %16'sı diyaliz merkezine ulaşmada zorluk yaşadığını belirtmişti. Hastaların yaşadıkları bu zorlukların giderilmesi sağlanmalı ve çözüm yolları geliştirilmelidir.
- Özellikle öğlen ve akşam seanslarında diyaliz hizmeti alan hastalar, hizmeti almadan evvel cihazlar dezenfekte edilene kadar bekletilmektedir. Bu bekleme süreleri daha iyi ayarlanmalı ve hastaların mağduriyetleri giderilmelidir.
- Araştırma sonucunda hastaların en çok bakım ve hastalıklarıyla ilgili bilgiye ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Diyaliz merkezlerinin hastaların bu ihtiyaçlarına daha çok önem vermeleri ve bu ihtiyaçların giderilmesi gerekmektedir.
- Kamu diyaliz hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı özel diyaliz merkezlerine göre daha düşük bulunmuştur. Kamu diyaliz merkezlerinde memnuniyet oranını düşüren faktörler belirlenmeli ve bu etmenler ortadan kaldırılmalıdır.
- Diyaliz merkezleri hastaların diyaliz merkezi tercih nedenlerini dikkate almalı ve bu yönde kurumlarını geliştirme yollarına gitmelidir.

6. KAYNAKLAR

- Akben A, 2006. Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam, İstanbul, Akis Yayınevi, p. 13.
- Akdur R, 2006. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum. 2, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, p. 18.
- Akgün S, Kısa A, Kılıç A, Günsoy G, 1999. Başkent Üniversitesi Hastanesinde yataklı tedavi hizmeti almış hastaların memnuniyet durumlarının belirlenmesi. Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu Sözlü Bildiri, 15(4).
- Akpolat T, Utaş C, 1997. Hemodiyaliz El Kitabı, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, p. 108-22.
- Aksu B, 1986. Sağlık Bilgisi, Ankara, MEB yayınları, p. 2.
- Altay A, 2007. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, 64, 1, 33-58.
- Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E, 2010. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı, Sakarya yayıncılık, p. 25.
- Arslan Ç, Kelleci M, 2011. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 14, 1.
- Ateş M, 2013. Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İstanbul, Beta Basım, p. 5.
- Ateş M, 2013. Sağlık Sistemleri, İstanbul, Beta Basım, p. 9-20.
- Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E, 2004. Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7, 3.
- Atilla G, 2012. Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Atilla, E.A., 2010. Hastanelerde Pazar Odaklılığın İşletme Performansına Etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Ayhan B, Canöz K, 2006. Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, Kocaeli.
- Aytar G, Yeşildal N, 2004. Yatan hasta memnuniyeti. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3, 1, 10-4.
- Bello A, Kavar B, El Kossi M, El Nahas M, 2010. Epidemiology and pathophysiology of chronic kidney disease. Floege J, Johnson RJ, Feehally J: Comprehensive Clinical Nephrology Fourth Edition. Section XV, 3251.
- Bilişli Y, Hizay D, Çelikten BY, 2015. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ayaktan Hasta Memnuniyet Düzeyi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3, 9, 427-39.
- Çağlayan S, 2001. Sağlık Sistemimiz ve Sağlıkta Yeniden Yapılandırma Üzerine Yaklaşımlar. Yeni Türkiye Sağlık Dergisi, 40, 2, 1196-208.
- Çelebi AK, Cura S, 2013. Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Maliye Dergisi, 164, 1, 47-67.
- Çeliker H, Elkıran B, İlhan N, Günel A, Doğukan A, 2001. Hemodiyaliz ve periton diyalizinin oksidatif stres parametreleri üzerine etkisi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon dergisi, 10, 2, 88-92.
- Çıraklı Z, Sayım F, 2009. Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi. Kirilmaz H. Antalya.
- Demir T, Açık Y, Kaya K, Deveci E, Pirinççi E, Yıldırım B, Oğuzöncül F, Ozan T, 2009. Fırat üniversitesi tıp fakültesi göz hastalıkları anabilim dalı'na poliklinik ya da klinik hizmeti almak için başvuran hastaların sunulan hizmetten memnuniyet düzeyleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23, 3, 119-24.
- Diyabet Ve Mikroalbuminüri 2015. Erişim tarihi 15 Aralık. Erişim adresi, <http://www.drdiyabet.com/Tr/content3.asp?m1=1&m2=6&m3=154>.

- Durand-Zaleski I, Combe C, Lang P, 2007. International Study of Health Care Organization and Financing for end-stage renal disease in France. *International journal of health care finance and economics*, 7, 2-3, 171-83.
- Ecer T, 2002. Türkiye’de Sağlık Ne Kadar İyi Kullanılıyor? Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Engiz O, 1997. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini Hastane Yöneticiliği. Edit: Hayran, O, Sur, H, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd, p: 61-87
- Ercoşkun A, 1987. Halk Sağlığı, Çevre Sağlığı ve Gıda Maddeleri Mevzuatı, Ankara, Hemay-Petek Yayınları, p. 35.
- Erek E, Sever MŞ, Akoglu E, Sariyar M, Bozfakioglu S, Apaydin S, Ataman R, Sarsmaz N, Altıparmak MR, Seyahi N, 2004. Cost of renal replacement therapy in Turkey. *Nephrology*, 9, 1, 33-8.
- Ernst & Young Global Limited, 2013. Türkiye’de diyaliz hizmetleri sunumu için yenilikçi geri ödeme modeli. Türkiye, Ernst & Young Global Limited: 6-10.
- Ersoy E, 2005. İç Hastalıkları, İstanbul, Nobel Tıp Yayınları, p. 311.
- Ersoy F, 2005. Son dönem böbrek yetmezliğinde uygun diyaliz yönteminin seçimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1, 21, 88-92.
- Ertem M, Oto R, Karayel P, 2000. Dicle Üniversitesinde yatan hastalarda hasta memnuniyeti araştırması. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 4, 25-9.
- Fişek N, 1963. Halk Sağlığına Giriş Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, p. 6.
- Frei A, Hunsche E, 2001. The Swiss health care system. *The European Journal of Health Economics*, 2, 2, 76-8.
- Fukuhara S, Yamazaki C, Hayashino Y, Higashi T, Eichleay MA, Akiba T, Akizawa T, Saito A, Port FK, Kurokawa K, 2007. The organization and financing of end-stage renal disease treatment in Japan. *International journal of health care finance and economics*, 7, 2-3, 217-31.
- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C-y, 2004. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *New England Journal of Medicine*, 351, 13, 1296-305.
- Gökdoğan Kırmızı E, 2010. Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti “Balıkesir Özel Hastanesi Örneği”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
- Grassmann A, Gioberge S, Moeller S, Brown G, 2006. End-stage Renal Disease—Global Demographics in 2005 and Observed Trends. *Artificial organs*, 30, 12, 895-7.
- Gülmez M, 2005. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6(2).
- Haemodialysis, 2016. Erişim tarihi 14 Şubat. Erişim adresi, <http://www.renal.org/guidelines/modules/haemodialysis#s1>.
- Hallan SI, Coresh J, Astor BC, Åsberg A, Powe NR, Romundstad S, Hallan HA, Lydersen S, Holmen J, 2006. International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. *Journal of the American Society of Nephrology*, 17, 8, 2275-84.
- Hayran O, Uz H, 1988. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sağlık Hizmetleri El Kitabı Editör: Hayran A, Sur H, Yüce Yayın Dağıtım A.Ş, p: 147-174
- Hekimoğlu L, A. Selda Tekiner, Gülsen Ceyhan Peker, 2015. Kamuya Ait Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hasta Memnuniyeti. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2015, 1, 1-5.
- Hirth RA, 2007. The organization and financing of kidney dialysis and transplant care in the United States of America. *International journal of health care finance and economics*, 7, 4, 301-18.
- Hishida A, 2002. Diagnosis and treatment of kidney failure. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*, 91, 1, 127-31.
- International Comparisons, 2013. Erişim tarihi 15.11.2015. Erişim adresi, www.usrds.org.

- Jacobson H, 1991. Chronic renal failure: pathophysiology. *The Lancet*, 338, 8764, 419-23.
- Karasar N, 2009. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler., Ankara, Nobel Yayıncılık, p. 24.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, 2000. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitapevi, p. 34.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, 2010. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitapevi, p. 26.
- Kesgin C, Topuzoğlu A, 2006. Sağlığın Tanımı: Başa Çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 3, 47-9.
- Kısa A, 2002. Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, p. 32.
- Kısa A, 2007. Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, p.277
- Kleophas W, Reichel H, 2007. International study of health care organization and financing: development of renal replacement therapy in Germany. *International journal of health care finance and economics*, 7, 2-3, 185-200.
- Kurtulmuş Ş, 1998. Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, p. 44-66.
- Kutner NG, Johansen KL, Kaysen GA, Pederson S, Chen S-C, Agodoa LY, Eggers PW, Chertow GM, 2009. The comprehensive dialysis study (CDS): a USRDS special study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4, 3, 645-50.
- Lewis JR, 1994. Patient Views on Quality Care in General Practice, *Social Science Medical*, 39 (5), p.655-570,
- Lo AS, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A, 2009. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11, 6, 1.
- Luno J, 2007. The organization and financing of end-stage renal disease in Spain. *International journal of health care finance and economics*, 7, 4, 253-67.
- Manns BJ, Mendelssohn DC, Taub KJ, 2007. The economics of end-stage renal disease care in Canada: incentives and impact on delivery of care. *International journal of health care finance and economics*, 7, 2-3, 149-69.
- Mutlu A, Işık DA, 2002. Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, İstanbul, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, p.
- Mutlu S, 2012. Akredite edilmiş hastanelerde hasta memnuniyetinin karşılaştırılması: iki (özel) hastane uygulaması. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Naito H, 2006. The Japanese Health-Care System And Reimbursement For Dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 26, 155-61.
- National Kidney Foundation, 2002. Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Levey AS, Coresh J. New York, National Kidney Foundation: 43-5.
- Nicholson T, Roderick P, 2007. International Study of Health Care Organization and Financing of renal services in England and Wales. *International journal of health care finance and economics*, 7, 4, 283-99.
- Odabaşı Y, 1994. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi Yayını, p. 25.
- Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S, Sağlığı H, 2008. İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21, 1, 33-49.
- Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ, 2008. Silvan Devlet Hastanesine başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. *Dicle tıp dergisi*, 35, 2.
- Öztürk SA, 2013. Hizmet Pazarlaması, İstanbul, Ekin Basım Yayın, p. 4.
- Pakdil F, 2011. Konur Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti, <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>, (26.05.2016).
- Pampal S, Dindar H, Korgal E, 2004. Sağlık ve Trafik Eğitimi, Ankara, Gündüz Eğitim ve Yayınları, Ümit Ofset, p. 29.

- Peker O, Kavak HO, Demirel M, Daham E, Dericioğulları A, Okutan H, 2012. Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda memnuniyet oranları. SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3, 2.
- Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, Stevens LA, Miller ER, Saran R, Messer KL, Levey AS, Powe NR, 2008. Patient awareness of chronic kidney disease: trends and predictors. Archives of internal medicine, 168, 20, 2268-75.
- Pontoriero G, Pozzoni P, Vecchio LD, Locatelli F, 2007. International Study of Health Care Organization and Financing for renal replacement therapy in Italy: an evolving reality. International journal of health care finance and economics, 7, 2-3, 201-15.
- Resmi Gazete, 1983. Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 18251.
- Sağlık Bakanlığı, 2008. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye. Ankara, Sağlık Bakanlığı: 6.
- Sağlık Bakanlığı, 2011. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Raporu (2003-2010). Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, 2014. Kamu Hastaneleri Kurumu Rapor Bülteni. Ankara, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. 1: 1.
- Sağlık Bakanlığı, 2014. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017). Ankara, Sağlık Bakanlığı: 5-15.
- Sağlık Bakanlığı, 2016. Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane Hizmetleri Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Ankara.
- Sargutan E, 2010. 84 Ülke Ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri – Kavram Metot Ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem Ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri Ve Özellikleri, 84 Ülkenin Sağlık Sektörleri Sağlık Sistemleri Ve Mali Yapıları, Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Sistemi Ve Mali Yapıları. Sargutan E.
- Sarvan F, 1994. Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği, Meslek ve Eğitimi, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi, Cilt.1, Sayı.1, Haziran, s. 210.
- Savaş E, Bahar A, 2011. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Gaziantep Medical Journal, 17, 1, 24-8.
- Serdengeçti K, Seyahi N, 2009. Diyaliz Endikasyonları ve Renal Raplasman Tedavisi Seçimi. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, p. 87.
- Sezgin B, 1998. Acil servise başvuran hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin incelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Sistem Ofset Ltd. Şti., 2012. Avrupa Birliği’nde Sosyal Güvenlik
- Somunoğlu S, 1999. Kavramsal Açıdan Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 4, 1, 51-62.
- Somunoğlu S, 2012. Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. In: Sağlık Kurumları Yönetimi. Eds: Tatar M. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, p. 3-24.
- Sorkin MI, Diaz-Buxo JA, 1994. Physiology of peritoneal dialysis. Handbook of Dialysis. Daugirdas JT, Ing TS (ed) Little Brown and Company, Boston p. 92-120.
- Sönmez Y, 2007. İsviçre Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim, 22, 1-2, 112-20.
- Steiber, SR, 1989. Making Use of Patient Survey Data, Health Care Strategic Management, March, 7 (3), p.12-14
- Şişe Ş, Altınel EC, Toksal M, 2013. Üniversite Hastanesinde Bulunan Hastaların Hastane Hizmetleri Hakkındaki Memnuniyet Düzeyleri.
- Taşhyan M, Akyüz M, 2010. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2010, 2, 61-6.
- Tatar M, 2007. Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci. In: Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi. Eds: Ateş H, Kırılmaz H, Aydın S. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, p. 151-72.
- Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, 2014. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, Nobel yayın, p. 82.

- The National Service Framework for Renal Services, (2004). Part One: Dialysis and Transplantation
- Topuz Ş, Erdem Y, Akdemir H, 2014. Bir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1, 2, 31-4.
- Tuot DS, Plantinga LC, Hsu C-y, Jordan R, Burrows NR, Hedgeman E, Yee J, Saran R, Powe NR, Team CfDCKDS, 2011. Chronic kidney disease awareness among individuals with clinical markers of kidney dysfunction. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 6, 8, 1838-44.
- Turgan Ç, Zingroff J, 1995. Kronik Böbrek Yetmezliği, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, p. 279-286.
- Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgöl A, 2004. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57, 04.
- Türk M, 2007. Fransa Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim, 22, 3, 162-70.
- Türkiye Nefroloji Derneği, 2013. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon.
- Türkmen F, 2002. Böbrek Alıcısının Transplantasyona Hazırlanması İstanbul, Deniz Ofset Matbaacılık, p. 323-336.
- Urden LD, Stacy K 2000. Critical Care Nursing. Mosby Press, Philadelphia, London p..329-335,
- US Renal Care,2016. Erişim tarihi 12 Şubat. Erişim adresi, <http://www.usrenalcare.com/>
- WHO, 2000. World Health Report, World Health Organization.
- Wikstrom B, Fored M, Eichleay MA, Jacobson SH, 2007. The financing and organization of medical care for patients with end-stage renal disease in Sweden. International journal of health care finance and economics, 7, 4, 269-81.
- Yenicesu M, 2001. Kronik Böbrek Yetmezliği, İstanbul, Deniz Matbaacılık, p. 251-267.
- Yıldırım A, Maral I, Aycan S, Bumin M, 1999. Gazi Hastanesi yataklı servislerinde hizmet alanların bazı temel özelliklerine hastaneden memnuniyet durumları. Gazi Kalite Günleri II Bildiri Özet Kitabı, 71.
- Yılmaz M, 2001. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2)
- Zerenler M, Ögüt A, 2007. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selcuk University Social Sciences Institute Journal, 18.

7. EKLER

EK-A: Anket Formu

DIYALİZ HASTALARININ DIYALİZ MERKEZİ TERCİH NEDENLERİ VE DIYALİZ MERKEZLERİNDEN DUYDUKLARI MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın Katılımcı:

Bu anket formunda sizinle ve tedavi gördüğünüz diyaliz merkeziyle ilgili sorular bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmanın amacı diyaliz hastalarının diyaliz merkezi tercih nedenleri ve diyaliz merkezinden duyulan memnuniyet düzeyinin belirlenmesidir. Kesinlikle bilimsel amacı dışında kullanılmayacaktır. Bu bakımdan isim belirtmenize gerek yoktur. Soruları ve ifadeleri size en çok uyan biçimde cevaplandırmanız çalışma için son derece önemlidir. Desteklerinizi esirgemeyeceğinize olan inancım, katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyor, hastalığınız için acil şifalar diliyorum.

Araştırma sorumlusu: Arş. Gör. Çetin BEBE

I- TEMEL BİLGİLER

1-Cinsiyetiniz : ☐ Kadın ☐ Erkek

2- Yaşınız : _____

3- Eğitim Durumunuz: _____

4- Medeni Durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli

5- Mesleğiniz: _____

6- Evliyseniz Eşinizin Mesleği: _____

7-Sosyal Güvenceniz: ☐ Yok ☐ SGK(Emekli Sandığı,Bağkur ☐) ☐ Özel Sig ☐ İsteğe Bağlı Sigorta

8- Kronik bir Hastalığınız Var mı? ☐ Evet (belirtiniz _____) ☐ Hayır

9- Sürekli kullandığınız İlaçlarınız Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

10-Ailenizin Aylık Ortalama Geliri: _____

11- Her ay sağlık giderleri için cebinizden harcadığınız para miktarı : _____

12-Ne zamandan beri diyaliz tedavisi alıyorsunuz? _____

13-Daha önce başka diyaliz merkezine gittiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

➡ 14- Evet ise ne kadar süre ile bu merkeze gittiniz? _____

➡ 15- Neden ayrıldınız? _____

II- DIYALİZ MERKEZİNDEN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİNE İLİŞKİN SORULAR

16-Şu anki gittiğiniz diyaliz merkezine ne kadar süredir geliyorsunuz? _____

17- Diyaliz merkezine herhangi bir ücret ödüyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz _____)

18-Diyaliz Merkezine Ulaşımınızı Nasıl Sağladınız?

☐ Kendi İmkânlarımla

☐ Diyaliz Merkezinin Servisiyle

19-Diyaliz Merkezine Ulaşmada zorluk yaşıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

20-Randevu saatiniz ile tedavi aldığınız saat arasındaki bekleme süreniz?

☐ 10dk ve altı

☐ 10-20dk

☐ 20-30dk

☐ 30-40dk

☐ 40dk ve üzeri

21- DOKTORUNUZU DEĞERLENDİRİR MİSİNİZ?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
Bilgi ve Becerisi					
Yeterince Zaman Ayırma Durumu					
Hastalığınız ve Yapılacaklar Hakkında Bilgilendirme Durumu					
Güler yüzlü ve Nazik Davranması					
Size karşı ilgisi ve davranışları					
Gerek Duyduğunda Ulaşabilme Durumu					
22- HEMŞİRENİZİ DEĞERLENDİRİR MİSİNİZ?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
Bilgi ve Becerisi					
Yeterince Zaman Ayırma Durumu					
Hastalığınız ve Yapılacaklar Hakkında Bilgilendirme Durumu					
Güler yüzlü ve Nazik Davranması					
Bakım ve Takipte Yeterlilik Durumu					
Size karşı ilgisi ve davranışları					
Evde Bakım Konusunda bilgilendirme Durumu					
23-DİĞER ÇALIŞANLARI DEĞERLENDİRİR MİSİNİZ?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
Duyarlılığı ve Becerisi					
Yeterince Zaman Ayırma Durumu					
Güler yüzlü ve Nazik Davranması					
Kişisel Temizlikleri					
24-DİYALİZ MERKEZİNİN FİZİKİ DURUMUNU NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
Dekorasyon					
Sessizlik					
Isı					
Aydınlatma					
Temizlik					
Koku					
Binanın Dış Görünüşü					
25- GENEL DEĞERLENDİRME YAPAR MISINIZ?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
Diyaliz Merkezimizde kaldığınız sürece aldığınız hizmetleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Diyaliz Merkezimizde Kullanılan Teknik İmkânlar (tıbbi cihazlar vs.)					

26- DİYALİZ MERKEZİNDEN MEMNUNİYETİNİZİ AŞAĞIDAKİ İBARELERDEN HANGİSİ İLE İFADE EDERSİNİZ?

☐ Memnun Değilim ☐ Kısmen Memnunum ☐ Memnunum

27- MEMNUNİYETİNİZİ ETKİLEYEN PERSONEL HANGİSİDİR?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Diyaliz Merkezi Yönetimi	Hasta Bakıcı
Doktorum	Güvenlik görevlileri
Hemşire	Temizlik görevlileri
Sekreterlik/Danışmanlık hizmeti personeli	

28- MEMNUNİYETİNİZDE SİZİNLE İLGİLENEN PERSONELİN HANGİ DAVRANIŞI ETKİLİ OLACAKTIR?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Bilgili olması	Güler yüzlülüğü	
İlgili Davranması	Temizliği	
Yeterince zaman ayırması	Ulaşılabilirliği	
Dinlemesi	Güvenirliliği	
Öncelik vermesi	Nazik Olması	
Bilgilendirmesi	Beni Anlaması (Empati)	

29-Bu Diyaliz Merkezini Başkalarına Önerir Misiniz?

EVET

HAYIR

FİKRİM YOK

30-Doktorunuzu Başkalarına Önerir Misiniz?

EVET

HAYIR

FİKRİM YOK

III- DİYALİZ MERKEZİ TERCİH NEDENLERİNE İLİŞKİN SORULAR

31-Bu Diyaliz Merkezini Diğer Diyaliz merkezlerinden ayıran özellikler nelerdir? (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz)			
Deneyimli ve güler yüzlü personel		Binanın Konforu	
Yüksek kalite		Binanın Temizliği	
Hizmet sunuşunun hızlı olması		Sağlık sigortamı karşılıyor olması	
Ulaşımın kolaylığı		Diğer (belirtiniz)	
32-Neden Bu Diyaliz Merkezini Seçtiniz? Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz)			
Diyaliz Merkezinin Tanınmış Olması		Diyaliz Merkezimden daha önce aldığım hizmetten memnun kaldığım için	
Diyaliz Merkezinin Evinize/İşyerinize Yakın Olması		Doktorun Başkaları Tarafından Önerilmesi	
Tavsiye Üzerine		Acil Olarak Başvuruma	
Hekimi Tanıyor Olmanız		Doktorum beni yönlendirdiği için	
Gazete, tv ve internet reklamları		Daha iyi hizmet alacağımı düşündüğüm için	
Sigorta şirketinin Diyaliz merkeziyle Anlaşmasının Olması		Diğer (belirtiniz)	

EK-B: Etik Kurul Onayı



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 34967403-

05/08/2015

Doç.Dr.Musa ÖZATA
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi)

28.07.2015 tarihli "Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeyleri ve Diyaliz Merkezi Tercih Nedenleri: Konya Örneği" başlıklı araştırma projeniz, 05.08.2015 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2015/64 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ
Başkan

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alanköy Keşkeköy Kampüsü Selçuklu / KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK
KURULU KARARI



Toplantı Sayısı: 7

Toplantı Tarihi : 05.08.2015

Karar Sayısı 2015/64 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Musa ÖZATA'nın "Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeyleri ve Diyaliz Merkezi Tercih Nedenleri: Konya Örneği" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 28.07.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Doç. Dr. Musa ÖZATA'nın "Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeyleri ve Diyaliz Merkezi Tercih Nedenleri: Konya Örneği" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
05/08/2015
Dolunay ALTINÖZEN
Sekreterya

EK-C: Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 21347889/770-779
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı (ÖYP) Araştırma Görevlisi Çetin BEBE'nin 19 Ekim - 1 Aralık 2015 tarihleri arasında "Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Düzeyleri ve Diyaliz Merkezi Tercih Nedenleri: Konya Örneği" adlı tez çalışmasını kurumunuzda yapması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla bahse konu araştırmanın yapılması talebinin uygun olduğuna dair Genel Sekreterlik Makamından alınan "Olur" fotokopisi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Ahmet ERGİN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Olur Fotokopisi (1 Sayfa)

Dağıtım
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Konya Numune Hastanesi

Beyhökim Mah. Turgut ÖZAL Cad. No:10 Tel: (0332) 2234000/4039 Fax: (0332) 2630665
Bilgi için: Meryem ÖZTÜRK kkb12.egitim@saglik.gov.tr

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8f264539-9e5d-42d1-9976-294209413137 kodu ile erişilebilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK-D: Tezden Üretilmiş Yayın

Preference Reasons of Dialysis Centers by Dialysis Patients: Sample of Konya*

Musa Özata¹

Selcuk University

Çetin Bebe²

Selcuk University

Hilal Akman Dömbekci³

Selcuk University

Abstract

The objective of this study is to determine the preference reasons of dialysis centers by the patients who receive hemodialysis treatment. "Dialysis center preference survey", which was prepared by survey researchers, was used as data collection tool in this study. Applied survey questions are composed of two parts. In the first part there are items related to socio-demographic characteristics, and in the second part there are items related to the determination of the dialysis center's preference reasons by the patient. The survey was applied to 389 patients who receive treatment at public and private dialysis centers in Konya. During the analysis of the surveys, SPSS 20.0 statistics programme was used, descriptive statistics were determined, and chi square analysis was conducted. According to the findings of the analysis, 164 participants were female, and 224 participants were male. 73,5 percent of the participants were aged above 50, and 20,1 percent of participants were illiterate. 19,6 percent of the patients receive treatment at public dialysis centers, and 80,4 percent of them receive treatment at private dialysis centers. As a result of the study, it was seen that 90,8 percent of patients receiving treatment at public centers indicated that they did not prefer the dialysis center that their doctor recommended; 61,2 percent of the patients receiving treatment at private dialysis centers indicated that they preferred the dialysis center that their doctor recommended. 28,9 percent of the patients who applied to public dialysis centers made a selection at the recommendation, and 31,1 percent of the patients who applied to private dialysis centers made a selection at the recommendation.

Key Words: Dialysis Center • Hemodialysis • Preference Reason • Private Dialysis Center • Public Dialysis Center

Chronic kidney disease includes conditions that damage your kidneys and decrease their ability to keep you healthy by doing the jobs listed. If kidney disease gets worse, wastes can build to high levels in your blood and make you feel sick. You may develop complications like high blood pressure, anemia (low blood count), weak bones, poor nutritional health and nerve damage. Also, kidney disease increases your risk of having heart and blood vessel disease. These problems may happen slowly over a long period of time. Chronic kidney disease may be caused by diabetes, high blood pressure and other disorders. Early detection and treatment can often keep chronic kidney disease from getting worse. When kidney disease progresses, it may eventually lead to kidney failure, which requires dialysis or a kidney transplant to maintain life (National Kidney Foundation, 2016).

Chronic kidney disease is a worldwide public health problem, with adverse outcomes of kidney failure, cardiovascular disease, and premature death. A simple definition and classification of kidney disease is necessary for international development and implementation of clinical practice guidelines (Levey et al., 2005, p.2089). Acute renal failure is long recognized as a severe and devastating disorder (Hoste & Schurgers, 2008, p.146). Chronic kidney disease is a global health care burden affecting billions of

* Bu Çalışma 26-27 Mart 2016 Tarihinde 2. International Journal of Health Administration and Education Congress (Sanitas Magisterium) kongresinde sunulmuş ve tam metin olarak yayınlanmıştır. Tam metin linki [http://aysegulyildirimkaptanoglu.com/rsmlr/dosya/Full%20text%20\(1\)%20\(1\).pdf](http://aysegulyildirimkaptanoglu.com/rsmlr/dosya/Full%20text%20(1)%20(1).pdf)

¹ Assoc. Prof. Musa Özata, Ph.D., Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Selçuk University, Konya Turkey Research areas: Health services management; Patient relationship management; Health management; Sociology of health; Biostatistics Email: musaozata@gmail.com

² Res. Assist. Çetin Bebe, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Selçuk University, Konya Turkey Research areas: Health management; Cost accounting in health care; Financial analysis in health institutions; Management accounting; Hospital Email: cetinbebe@hotmail.com

³ Res. Assist. Hilal Akman Dömbekci, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Selçuk University, Konya Turkey Research areas: Sociology of Health; Patient; Hospital; Health management; Health services management Email: akmanhilal@hotmail.com

individuals worldwide. The kidney has limited regenerative capacity from chronic insults, and for the most common causes of CKD, no effective treatment exists to prevent progression to end-stage kidney failure (Hickson, Eirin, & Lerman, 2016, p.1).

Hemodialysis is the most common method used to treat advanced and permanent kidney failure. Since the 1960s, when hemodialysis first became a practical treatment for kidney failure, we've learned much about how to make hemodialysis treatments more effective and minimize side effects. In hemodialysis, your blood is allowed to flow, a few ounces at a time, through a special filter that removes wastes and extra fluids. The clean blood is then returned to your body. Removing the harmful wastes and extra salt and fluids helps control your blood pressure and keep the proper balance of chemicals like potassium and sodium in your body (U.S. Department Of Health And Human Services, 2016).

Hemodialysis utilizes an artificial kidney machine with a special filter to remove waste products and fluid from the blood. The machine is connected to the patient through a fistula or shunt, usually in the forearm, or a permanent catheter in the arm or chest. The permanent catheter is more cost effective and better for the patient. A needle is used to access the patient's blood. The blood is pumped from the patient's access site through the special filter or dialyzer that is washed with dialysate and then returned to the patient through a second needle placed near the first one in the forearm. The process usually lasts 4-5 hours and is repeated three times a week (Lawler, Doeksen, & Eilrich, 2003, p.16).

Method

The aim of this study is to determine the preference reasons of dialysis centers by dialysis patients receiving treatment in Konya. The study having descriptive qualification was carried out in 2015. The target of the study consists of 1125 dialysis patients living in Konya. Besides, 388, patients were included in the sample group who accepted to participate in the research. Questionnaire method was used in gathering research data process. Face-to-face questionnaire method was utilized in filling up. The questionnaire used in gathering data in this research consists of two sections. In the first section, there is information about socio-demographic features of patients participating in the research. In 2nd section, there are articles towards determining the preference reasons of dialysis centers by patients generated by utilizing from the literature. The conclusion accomplished was evaluated and analyzed via SPSS programme and descriptive statistics and Chi-square test was performed on data.

Findings

Table 1.

Socio-demographic features of the patients participating in the research

Gender	n	%	Age	n	%
Male	224	57,7	50 years old and below	103	26,5
Female	164	42,3	51-60	111	28,6
Marital status	n	%	61-70	111	28,6
Married	355	91,5	71 years old and over	63	16,2
Single	33	8,5	Educational status	n	%
Type of organization he receives treatment	n	%	Illiterates	78	20,1
State	76	19,6	Primary school	246	63,4
Private	312	80,4	Secondary school and and above	64	16,5
Total	388	100,0	Total	388	100,0

57.7% of patients participating in the research are male (n=224) and 42.3% of them are female (n=164). 91.5% of participants (n=355) are married, and %80.4 of them receive treatment in private dialysis centers. It's been determined that 73.5% of patients participating in the study consist of 51-year-old and older patients and 63.4% of them are primary school graduate.

Table 2.*Frequency analysis about preference reasons of dialysis centers*

Why did you prefer this dialysis center?					
	n	%		n	%
As the dialysis center is well-	10	26,5	As the insurance company has a	89	22,9
As the dialysis center is close to	88	22,7	As I was satisfied with the service	89	22,9
Satisfaction with former services	74	19,1	As the doctor was suggested by	10	28,1
At the recommendation	11	30,7	Urgently consulting	10	27,3
As you recognize the doctor	79	20,4	As my doctor referred me to there	19	51,0
Advertisements on TV,	80	20,6	As I thought I would receive a	85	21,9
What are the features distinguishing this dialysis center from other dialysis centers?					
	n	%		n	%
Experienced and gracious staff	22	57,0	Comfortable building	73	18,8
High quality	30	78,9	Building cleanliness	75	19,3
High speed of service	75	19,3	As it covers my insurance	73	18,8
Accessibility	85	21,9			

While 51% of patients participating in the study (n=198) state that they preferred the dialysis center with the reference of their doctor, 30.7% of them (n=119) state that they preferred the dialysis center where they receive treatment at the recommendation. While the most important feature distinguishing the dialysis centers they prefer from other dialysis centers is their staff's experience and graciousness according to the patients (57,0%), it can be seen in Table 2 that the least important features are comfortable buildings (18.8%) and the fact that health insurance pays for treatment services (18.8%)

Table 3.

Findings obtained in consequence of Chi-square analysis related to preference reasons of dialysis centers

What are the features distinguishing this dialysis center from others?	Type of Dialysis Center		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
High quality	State	n	35	41	76	35,210	,000
		%	46,1%	53,9%	100,0%		
	Private	n	47	265	312		
		%	15,1%	84,9%	100,0%		
	Total	n	82	306	388		
		%	21,1%	78,9%	100,0%		
Fast service performing	State	n	53	23	76	7,245	,007
		%	69,7%	30,3%	100,0%		
	Private	n	260	52	312		
		%	83,3%	16,7%	100,0%		
	Total	n	313	75	388		
		%	80,7%	19,3%	100,0%		
Accessibility	State	n	42	34	76	28,793	,000
		%	55,3%	44,7%	100,0%		
	Private	n	261	51	312		
		%	83,7%	16,3%	100,0%		
	Total	n	303	85	388		
		%	78,1%	21,9%	100,0%		
Comfortable Building	State	n	56	20	76	3,482	,047
		%	73,7%	26,3%	100,0%		
	Private	n	259	53	312		
		%	83,0%	17,0%	100,0%		
	Total	n	315	73	388		
		%	81,2%	18,8%	100,0%		
As it covers my insurance	State	n	40	36	76	50,449	,000
		%	52,6%	47,4%	100,0%		
	Private	n	275	37	312		
		%	88,1%	11,9%	100,0%		
	Total	n	315	73	388		
		%	81,2%	18,8%	100,0%		
What are the features distinguishing this dialysis center from others??	Marital Status		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
Gracious and experienced staff	Single	n	23	10	33	10,453	,001
		%	69,7%	30,3%	100,0%		
	Married	n	144	211	355		
		%	40,6%	59,4%	100,0%		
	Total	n	167	221	388		
		%	43,0%	57,0%	100,0%		
High quality	Single	n	12	21	33	5,019	,026
		%	36,4%	63,6%	100,0%		
	Married	n	70	285	355		
		%	19,7%	80,3%	100,0%		
	Total	n	82	306	388		
		%	21,1%	78,9%	100,0%		

The answers to the question “What are the features distinguishing this dialysis center from others?” have been compared in accordance with type of dialysis center and marital status via Chi-square test and significant results have been displayed in Table 3. Examining the answers given to the question about type

of dialysis center, it's seen that 53.9% of patients receiving treatment in a dialysis center belonging to state have picked the answer "yes" for high quality, 84.9% of patients receiving treatment in private dialysis center have picked the same answer. 78.9% of the patients think that the most important feature distinguishing the dialysis center from others is "high quality". The other articles found significant for private and state dialysis centers are fast service performing, accessibility, comfortable building and the fact that it covers their insurance. Any significant difference couldn't be found for the other articles of the aforementioned question. Examining it with regards to marital status, significant difference has been found in two articles. Accordingly, 30.3% of single patients have answered the question what the most important feature of the dialysis center they receive treatment distinguishing it from other dialysis center is "experienced and gracious staff", while 59.4% of married patients have answered same. It can be concluded that married patients regard experienced and gracious staff more. While 63.6% of single patients have picked "high quality" for the same question, it's seen that 80.3% of married patients have picked same. It can be concluded that married patients regard high quality more than single patients.

Table 4.

Findings obtained as a result of Chi-square analysis related to preference reasons of dialysis centers

What are the features distinguishing this dialysis center from others?	Age		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
Fast service performing	50 years old and younger	n	82	21	103	11,486	,009
		%	79,6%	20,4%	100,0%		
	51 to 60 years old	n	79	32	111		
		%	71,2%	28,8%	100,0%		
	61 to 70 years old	n	97	14	111		
		%	87,4%	12,6%	100,0%		
	70 years old and older	n	55	8	63		
		%	87,3%	12,7%	100,0%		
	Total	n	313	75	388		
		%	80,7%	19,3%	100,0%		
What are the features distinguishing this dialysis center from others?	Educational status		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
Experienced and gracious staff	Illiterate	n	44	34	78	7,130	,029
		%	56,4%	43,6%	100,0%		
	Primary school	n	98	148	246		
		%	39,8%	60,2%	100,0%		
	Secondary school and over	n	25	39	64		
		%	39,1%	60,9%	100,0%		
	Total	n	167	221	388		
		%	43,0%	57,0%	100,0%		
Building cleanliness	Illiterate	n	70	8	78	7,348	,025
		%	89,7%	10,3%	100,0%		
	Primary school	n	197	49	246		
		%	80,1%	19,9%	100,0%		
	Secondary school and over	n	46	18	64		
		%	71,9%	28,1%	100,0%		
	Total	n	313	75	388		
		%	80,7%	19,3%	100,0%		

Examining the question "What are the features distinguishing this dialysis center from others?" with regards to age, it's seen that the difference among groups in the article "fast service performing" is significant. It's been determined that the group with the highest rate is 51-to-60-year-old age group and the group with the lowest rate is 70-year-and-over age group. Any other significant difference hasn't been found between age and other articles of the same question. Comparing educational status and the articles of aforementioned question, the difference among groups in the articles "experienced and gracious staff" and "building cleanliness" have been found significant. It's been determined that the group with the highest rate related

to article “experienced and gracious staff” is secondary school and over group, while the one with the lowest rate is the group consisting of illiterate people. It’s also been seen that secondary school and over group has the highest rate for the “building cleanliness” article and the group consisting of illiterate people has the lowest rate.

Table 5.

Findings obtained as a result of Chi-square analysis related to preference reasons of dialysis centers

Why did you prefer this dialysis center?	Type of dialysis center		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
Satisfaction with former services	State	n	53	23	76	7,669	,006
		%	69,7	30,3%	100,0%		
	Private	n	261	51	312		
		%	83,7	16,3%	100,0%		
	Total	n	314	74	388		
		%	80,9	19,1%	100,0%		
As the insurance company has a contract with dialysis center	State	n	36	40	76	47,143	,000
		%	47,4	52,6%	100,0%		
	Private	n	263	49	312		
		%	84,3	15,7%	100,0%		
	Total	n	299	89	388		
		%	77,1	22,9%	100,0%		
As the doctor was suggested by others	State	n	46	30	76	6,060	,011
		%	60,5	39,5%	100,0%		
	Private	n	233	79	312		
		%	74,7	25,3%	100,0%		
	Total	n	279	109	388		
		%	71,9	28,1%	100,0%		
As my doctor referred me to there	State	n	69	7	76	66,147	,000
		%	90,8	9,2%	100,0%		
	Private	n	121	191	312		
		%	38,8	61,2%	100,0%		
	Total	n	190	198	388		
		%	49,0	51,0%	100,0%		
Why did you prefer this dialysis center?	Gender		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
As I was satisfied with the service I received from the dialysis center before	Female	n	119	45	164	3,256	,047
		%	72,6	27,4%	100,0%		
	Male	n	180	44	224		
		%	80,4	19,6%	100,0%		
	Total	n	299	89	388		
		%	77,1	22,9%	100,0%		
As the doctor was suggested by others	Female	n	120	44	164	,225	,361
		%	73,2	26,8%	100,0%		
	Male	n	159	65	224		
		%	71,0	29,0%	100,0%		
	Total	n	279	109	388		
		%	71,9	28,1%	100,0%		
Urgently consulting	Female	n	123	41	164	,770	,223
		%	75,0	25,0%	100,0%		
	Male	n	159	65	224		
		%	71,0	29,0%	100,0%		
	Total	n	282	106	388		
		%	72,7	27,3%	100,0%		

The question “Why did you prefer this dialysis center” has been compared with regards to kind of dialysis center and gender and the articles found significant among groups have been displayed in Table 5. Accordingly, it’s been determined that examining in view of kind of dialysis center, the rate of patients receiving treatment in state dialysis centers is higher in the articles “satisfaction with former services”, “as

the insurance company has a contract with dialysis center”, and “as the doctor was suggested by others”, while the rate of the article “As my doctor referred me to there” is higher for the patients receiving treatment in private dialysis centers. Evaluating the same questions in view of gender, it’s been seen that the rate of the article “As I was satisfied with the service I received from the dialysis center before” is higher for female patients, while the rates of the articles “As the doctor was suggested by others” and “Urgently consulting” are higher for female patients.

Table 6.

Findings obtained as a result of Chi-square analysis related to preference reasons of dialysis centers

Why did you prefer this dialysis center?	Marital status		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
As the insurance company has a contract with dialysis center	Single	n	21	12	33	3,678	,049
		%	63,6%	36,4%	100,0%		
	Married	n	278	77	355		
		%	78,3%	21,7%	100,0%		
	Total	n	299	89	388		
		%	77,1%	22,9%	100,0%		
As my doctor referred me to there	Single	n	23	10	33	6,201	,010
		%	69,7%	30,3%	100,0%		
	Married	n	167	188	355		
		%	47,0%	53,0%	100,0%		
	Total	n	190	198	388		
		%	49,0%	51,0%	100,0%		
Why did you prefer this dialysis center?	Age		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
As I know the doctor	50 years old and younger	n	74	29	103	9,145	,027
		%	71,8%	28,2%	100,0%		
	51 to 60 years old	n	96	15	111		
		%	86,5%	13,5%	100,0%		
	61 to 70 years old	n	85	26	111		
		%	76,6%	23,4%	100,0%		
	70 years old and older	n	54	9	63		
		%	85,7%	14,3%	100,0%		
	Total	n	309	79	388		
		%	79,6%	20,4%	100,0%		
As my doctor referred me to there	50 years old and younger	n	67	36	103	18,885	,000
		%	65,0%	35,0%	100,0%		
	51 to 60 years old	n	53	58	111		
		%	47,7%	52,3%	100,0%		
	61 to 70 years old	n	50	61	111		
		%	45,0%	55,0%	100,0%		
	70 years old and older	n	20	43	63		
		%	31,7%	68,3%	100,0%		
	Total	n	190	198	388		
		%	49,0%	51,0%	100,0%		
Why did you prefer this dialysis center?	Educational Status		Answer		Total	Chi-square	p
			No	Yes			
As I thought I would receive a better service	Illiterate	n	70	8	78	8,854	,012
		%	89,7%	10,3%	100,0%		
	Primary school	n	188	58	246		
		%	76,4%	23,6%	100,0%		
	Secondary school and	n	45	19	64		
		%	70,3%	29,7%	100,0%		
	Total	n	303	85	388		
		%	78,1%	21,9%	100,0%		

Chi-square analysis of the question “Why did you prefer this dialysis center?” in view of marital, age and educational status and the articles found significant have been displayed in Table 6. Accordingly, examining aforementioned question with regards to marital status, significant difference has been found for two articles. While 36.4% of single patients perceive the article “As the insurance company has a contract with dialysis center” as the preference reason, 21.7% of married patients perceive the same article as the preference reason. The rate of married patients’ preferring dialysis center with reference from doctors has been found more than single patients’. Examining with regards to age, while 50-year-old-and-younger group has become the group with the highest rate of preferring dialysis centers because of knowing the doctor, it’s been determined that 70-year-old-and-older group is the group with the highest rate of preferring dialysis centers with the reference of other doctors. Examining with regards to educational status, it’s been determined that secondary school and over group preferred as “they thought they would receive a better service”.

Result and Evaluation

Dialysis centers are among the institutions having significant place in health services. The external customers of dialysis centers are patients. The customers taking dialysis centers’ kind of serving their services and their differences with other dialysis centers into consideration consult to dialysis centers with the expectations of service they want to receive. Customer satisfaction bring customer loyalty with itself. Dialysis centers aim to become accessible, improve their technological equipments as much as they can, work with experienced staff, be reliable, access their patients on time and properly, make their physical environment in such a level to make their patients feel comfortable and secure as long as they are at dialysis centers, in order to provide customer satisfaction and customer loyalty as a result, in the fierce competition environment.

In this study, it’s been aimed to determine preference reasons of dialysis centers by dialysis patients. Studies about this subject in the literature cannot be often encountered. Some of the conclusions of this study are as follows:

- ✓ The main reason distinguishing the dialysis center the patients prefer from other dialysis center are “high quality” and “experienced and gracious staff” features (see Table 2).
- ✓ It’s been determined that the patients generally prefer dialysis centers after reference by doctors and suggestions (see Table 2).
- ✓ The rate of being reason for preference of advertisements on newspapers, TV etc. is low for the preference reason of dialysis centers by dialysis patients. (See Table 2).
- ✓ Examining the features distinguishing dialysis centers from others in view of type of dialysis center; significant difference has been found among groups in features of high quality, fast service performing, accessibility, comfortable building, and the fact that health insurance covers the treatment (see Table 3)
- ✓ Examining the features distinguishing the dialysis center patients prefer from others in view of marital status, significant difference has been found in experienced and gracious staff and high quality features and married patients have been found more than single patients in both groups (see Table 3).
- ✓ Examining the question “What are the features distinguishing this dialysis center from other dialysis centers?” with regards to age, it’s seen that the difference among groups is significant in the article “fast service performing”. It’s been determined that the group with highest rate is 51-to-60-year-old group, and the one with the lowest difference is 70-year-old-and-over group (see Table 4).
- ✓ Examining the features distinguishing the dialysis center from other dialysis centers in view of educational status, significant difference has been found in the features experienced and gracious staff and building cleanliness and secondary school and over group has been found higher for both features (see Table 4).
- ✓ Examining preference reasons of dialysis centers by patients in view of type of dialysis centers, significant difference has been found between the factors satisfaction with former services, insurance company’s contract with the dialysis center, doctor’s being suggested by others and doctor reference and groups.
- ✓ Examining preference reasons in view of gender, it’s been seen that the rate of female patients is higher on the article “As I was satisfied with former services of this dialysis center” and

the rate of male patients is higher on the articles “As the doctor was suggested by others” and “Urgent consulting”.

- ✓ While 36.4% of single patients perceive their insurance companies’ contracts with dialysis centers as preference reason, 21.7% of married patients perceive the same article as preference reason. The rate of married patients preferring dialysis center with doctor reference has been found more than single patients.
- ✓ Examining with regards to age, while 50-year-old-and-younger group is the group with highest rate preferring dialysis center because of knowing the doctor, it’s been determined that 70-year-old-and-older group is the group with the highest rate preferring the dialysis center with doctor reference.
- ✓ Examining with educational status, it’s been determined that secondary school and over group prefer dialysis centers with the thought of receiving better services with highest rate.

References

- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri*: Pegem Akademi.
- Hickson, L. J., Eirin, A., & Lerman, L. O. (2016). Challenges and opportunities for stem cell therapy in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int.* doi: 10.1016/j.kint.2015.11.023
- Hoste, E. A., & Schurgers, M. (2008). Epidemiology of acute kidney injury: how big is the problem? *Crit Care Med*, 36(4 Suppl), S146-151. doi: 10.1097/CCM.0b013e318168c590
- Lawler, M. K., Doeksen, G. A., & Eilrich, F. C. (2003). *A Systems Development Guide for a Kidney Dialysis Center*. Oklahoma Office of Rural Health, Oklahoma State University, OKC Department of Agricultural Economics, Oklahoma State University, Stillwater.
- Levey, A. S., Eckardt, K. U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., . . . Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*, 67(6), 2089-2100. doi: 10.1111/j.1523-1755.2005.00365.x
- National Kidney Foundation. (2016). <https://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd>
- U.S. Department Of Health And Human Services.(2016). <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/kidney-disease/hemodialysis/Pages/facts.aspx>

8. ÖZGEÇMİŞ

1 Mayıs 1989 yılında Siirt'in Baykan ilçesine bağlı Atabağı beldesinde dünyaya geldim. İlk ve ortaokul eğitimini Siirt'te lise eğitimini Isparta'da tamamladım. 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi bölümünde lisans eğitimimi tamamladım. 2013 yılının Eylül ayında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'ne ÖYP kapsamında araştırma görevlisi olarak atandım. Halen aynı görevde mesleğime devam etmekteyim.

Yayınlar

- ÖZATA, Musa, BEBE Çetin, and AKMAN. Hilal "WORKAHOLISM IN HEALTHCARE PROFESSIONALS." (2015): 289.
- Özata, M., Bebe, Ç., Doğan, M., & Küçükkendirci, H. (2015). Determining The Satisfaction Levels Of Patients Using The 112 Emergency Health Services: Sample Of Konya.
- Kirac, R., Ozturk, Y. E., & Bebe, C. (2014, June). The Effect Of Jci (Joint Commision International) On Patients Coming From Abroad In The Context Of Health Tourism. In Proceedings of International Academic Conferences (No. 0201454). International Institute of Social and Economic Sciences.
- Bebe, Cetin, Ozturk, Y. E., & Kirac, R. (2014, June). Incidence Of job-Related Musculoskeletal System Ailments Of Hospital Employees In Terms Of Worker Safety. In Proceedings of International Academic Conferences (No. 0201453). International Institute of Social and Economic Sciences.