

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA
TATMİNİ**
(Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği)
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Bircan PİLATİN**

İSTANBUL, 2013

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA
TATMİNİ**
(Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği)
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Bircan PİLATİN

Öğrenci No:
1207460360

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2013

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hastane Yönetimi (Diyarbakır Kadın Doğum Hastanesi Örneği)**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yaralandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 02.10.2013

Aday: Bircan PİLATİN



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

06/10./2013

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Programı* yüksek lisans öğrencilerinden 1207460360 numaralı **Bircan PİLATİN**'nin "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ (DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ ÖRNEĞİ)**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 24.09.2013 tarih ve 2013/29 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

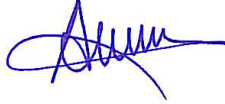
İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
PROF.DR.MEHMET FİKRET GEZGİN

ÜYE
YRD. DOÇ. DR.KORKMAZ ULUÇAY



ÜYE
YRD. DOÇ. DR.ALİ SAYGILI



Ad ve Soyadı : Bircan PİLATİN
Danışman : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi/2013
Alanı : İşletme, Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmeti, Hastane, Kalite, Hasta Tatmini

ÖZ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ

(Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği)

Sağlık sektörü son yıllarda önemli bir değişim içindedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların varlıklarını sürdürebilmek, kâr etmek ve rekabet edebilmek için hizmet kalitesi ve hasta tatminine önem vermeleri gerekmektedir. Böylece sağlık hizmeti sunumu ve kalitesinden memnun kalanlar ihtiyaç duyduğunda yine aynı kuruma yönelecektir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta tatmin düzeyinin ölçümüne değinilmiştir. Uygulama olarak Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 140 hasta üzerinde yüz yüze anket çalışması yapılmış, polikliniğe başvuran hastaların tatmin düzeylerinin ölçülmesi sonucunda bu oranın yüksek olduğu, buna bağlı olarak hasta tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesi ve öneri geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Name and Surname : Bircan PİLATİN

Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

Type and Date : Master's Thesis / 2013

Areas : Business, Health Institutions and Hospital Management

Keywords : Health Care, Hospital, Quality, Patient Satisfaction

ABSTRACT

HEALTH CARE QUALITY AND PATIENT SATISFACTION

(Diyarbakır Women And Children's Hospital Case)

A significant change in the health sector in recent years. Institutions that provide health care services to sustain their existence, to be able to compete with snow and put great emphasis on service quality and patient satisfaction. Thus, when it needs rest satisfied with the quality of health service delivery, and will be directed in the same institution. In this study, the measurement of the level of health care quality and patient satisfaction are discussed. Application of the Diyarbakır Women's and Children's Hospital on the face-to-face survey was made of 140 patients, patients admitted to the clinic as a result of measuring the level of satisfaction is higher this ratio, the related proposal is to develop and examine the factors that affect patient satisfaction.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. SAĞLIĞIN TANIMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	3
1.1. Sağlığın Tanımı	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	4
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ	6
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Önemi	6
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	10
3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
3.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
3.4. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	12
4. SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR	13
4.1. Yataklı Hizmet Sunan Kuruluşlar	14
4.2. Yataksız Sağlık Kuruluşları (Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar)	15

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1. KALİTENİN TANIMI	17
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN TANIMI TARİHÇESİ.....	19
VE ÖZELLİKLERİ.....	19
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı	19
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi	20
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	21
3. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ BOYUTLARI	22
3.1. Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları	22
3.2. Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet	24
Kalitesi Boyutları	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.3. Donabedian’a Göre Hizmet Kalitesinin Boyutları	24
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE SAĞLAMA SİSTEMLERİ	26
4.1. Kalite Kontrol.....	26
4.2. Kalite Güvencesi	27
4.3. Toplam Kalite Yönetimi (TKY).....	28
4.4. Hastane Kalite Sistemi (HKS)	31

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA TATMİNİ

1. HASTA KAVRAMI.....	34
2. HASTA TATMİNİ VE HASTA TATMİNİNİN ÖNEMİ.....	35
2.1. Hasta Memnuniyeti	35
2.2. Hasta Tatmininin Önemi	37
3. HASTA BEKLENTİLERİ.....	39

4. HASTA TATMİNİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	41
4.1. Bilgilendirilme	42
4.2. Beslenme Hizmetleri	43
4.3. Bürokratik İşlemler	44
4.4. Güven	45
4.5. Ücret	45
4.6. Hasta - Doktor İlişkisi	46
4.7. Hasta - Hemşire İlişkileri	47
4.8. Hasta Personel İlişkisi	48
5. HASTA TATMİN ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ	48

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ ÖRNEĞİ

1. KADIN DOĞUM HASTANESİ TEMEL BİLGİLER	51
1.1. Kadın Doğum Hastanesinin Faal Kapasitesi	51
1.2. Kadın Doğum Hastanesi İnsan Kaynakları	52
2. DEMOGRAFİK DEĞERLER VE İLİŞKİLERİ	54
2.1. Cinsiyetlere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	54
2.2. Yaşlara Göre Frekans Ve Yüzde Değerleri	55
2.3. Medeni Duruma Göre Frekans Yüzde ve Değerleri	56
2.4. Eğitim Seviyelerine Göre Frekans Ve Yüzde Değerleri	57
2.4.1. Eğitim Durumu İle Randevu Sistemi Arasındaki İlişki	58
2.4.2. Eğitim Durumu İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişki	59
2.5. Meslek Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	61
2.6. Yaşadıkları ilçelere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	61
2.7. Aylık Gelir Düzeylerine Göre Frekans ve Yüzde Değerler	62
2.7.1. Aylık Gelir İle Hastaneyi Tercih Etme Arasındaki İlişki	63

2.7.2. Aylık Gelir İle Hastaneyi Tavsiye Etmesi Arasındaki İlişki	64
2.8. Sosyal Güvence Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	65
2.8.1. Sosyal Güvence İle Hastaneyi Tercih Etme Arasındaki İlişki	66
2.8.2. Sosyal Güvence İle Hastalanıldığında İlk Nereye Başvurulduğu	67
Arasındaki İlişki	67
3. KALİTE VE HASTA TATMİNİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	
ARASINDAKİ İLİŞKİ	68
3.1. DOKTOR- HASTA İLİŞKİSİ	68
3.1.1. Doktorun Hastaya Soru Sorma Fırsatı Verme Yüzdeleri	68
3.1.2. Doktorun Hasta Şikayetini Dinleme Yüzde ve Oranları	69
3.1.3. Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit Yüzdeleri	70
3.1.4. Hastanın Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalma Düzeyi.....	73
3.1.5. Doktorların Yaptığı Açıklamaların Açıklanabilir Olma Yüzde Frekansları	74
3.1.6. Doktorun Muayene Odasının Düzenine Gösterdiği Özen Frekans ve Yüzdeleri	75
3.2. GÜVEN	76
3.2.1. Rahat Bir Ortamda Bekleme Oranı	76
3.2.2. Teşhis Tedavi Güven Duyma Hakkında Bilgi Verme Oranı.....	76
3.3. BÜROKRATİK İLİŞKİLER	80
3.3.1. Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre Yüzde ve Oranları, Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre İle Randevu Sistemi Arasındaki İlişki	80
3.3.2. Radyoloji Sırasında Bekleme Süresi Yüzde ve Oranları.....	82
3.3.3. Laboratuvar Sırasında Bekleme Süresi Yüzde ve Oranları	82
3.4. HASTA PERSONEL İLİŞKİSİ	83
3.4.1. Doktor Dışında Çalışanların Güleryüzlü Olma Yüzde ve Oranları.....	83

3.4.2. Doktor Dışında Çalışanların Yeterince Yardımcı Olma Yüzde ve Oranları	84
3.4.3. Hastalara İyi Davranılma Oran Yüzde Ve Oranları, Hastalar İyi Davranılma İle Tavsiye Etme Arasındaki İlişki	84
SONUÇ	86
KAYNAKÇA.....	88
EKLER	91
Ek 1. Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu	91

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Cinsiyetlere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	54
Tablo 2: Yaşlara Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	55
Tablo 3: Medeni Duruma Göre Frekans Yüzde ve Değerleri	56
Tablo 4: Eğitim Seviyelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	57
Tablo 5: Eğitim Durumu İle Randevu Arasındaki İlişki	58
Tablo 6: Eğitim Durumu İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişki	60
Tablo 7: Meslek Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	61
Tablo 8: Yaşadıkları İlçelere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	61
Tablo 9 : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Frekans ve Yüzde Değerler	62
Tablo 10: Aylık Gelir İle Tekrar Hastaneye Gelme Arasındaki İlişki	63
Tablo 11: Aylık Gelir İle Tavsiye Etme Arasındaki İlişki	64
Tablo 12: Sosyal Güvence Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	65
Tablo 13: Sosyal Güvence İle Hastaneyi Tercih Etme Arasındaki İlişki	66
Tablo 14: Sosyal Güvence İle Hastalanıldığında İlk Nereye Başvurulduğu	67
Arasındaki İlişki	67
Tablo 15: Doktorun Hastaya Soru Sorma Fırsatı Verme Yüzdeleri	68
Tablo 16: Doktorun Hasta Şikayetini Dinleme Yüzde ve Oranları	69
Tablo 17: Doktorun Yeterince Vakit Ayırma Yüzde ve Frekansları	70
Tablo 18: Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit ile Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalınma Arasındaki İlişki	71
Tablo 19: Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit ile Tekrar Gelme Arasındaki İlişki	72
Tablo 20: Hastanın Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalma Frekans ve	73
Yüzdeleri	73
Tablo 21: Doktorların Yaptığı Açıklamaların Açıklanabilir Olma Yüzde Frekansları	74
Tablo 22: Doktorun Muayene Odasının Düzenine Gösterdiği Özen Frekans Ve Yüzdeleri	75
Tablo 23: Rahat Bir Ortamda Bekleme Frekans ve Yüzdeleri	76
Tablo 24: Teşhis Tedavi Hakkında Bilgi Verme Frekans ve Yüzdeleri	76

Tablo 25: Doktorun Teşhis Tedavisine Güven Duyma İle Tekrar Gelme Arasındaki İlişki	77
Tablo 26: Doktorun Teşhis Tedavisine Güven Duyma ile Tavsiye Etme Arasındaki İlişki	79
Tablo 27: Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre Yüzde Frekansları	80
Tablo 28 : Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre İle Randevu Sistemi arasındaki İlişki.....	81
Tablo 29: Radyoloji Sırasında Bekleme Süresi Yüzde Ve Oranları.....	82
Tablo 30: Laboratuvar Sırasında Bekleme Süresi Yüzde ve Oranları.....	82
Tablo 31: Doktor Dışında Çalışanların Güleryüzlü Olma Yüzde ve Oranları.....	83
Tablo 32: Doktor Dışında Çalışanların Yeterince Yardımcı Olma Yüzde ve Oranları	84
Tablo 33: Hastalara İyi Davranılma Yüzde ve Oranları	84
Tablo 34: Hastalar İyi Davranılma İle Tavsiye Etme Arasındaki İlişki	85

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	4
Şekil 2: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri	9
Şekil 3: Hizmet Kalitesi Modeli	23
Şekil 4: Global, Dış ve İç Müşteriler	34
Şekil 5: Kalite ,Tatmin ,Sadakat Arasındaki İlişki	38
Şekil 6: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler	39
Şekil 7: Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci.....	41
Şekil 8: Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	42

KISALTMALAR

C.	: Cilt
Çev.	: Çeviren
Ed.	: Editör
GÜ	: Gazi Üniversitesi
HKS	: Hastane Kalite Sistemi
ISO	:International Organization for Standardization
JCI	:Joint Commission International
KHAS	: Kadirhas Üniversitesi
KYS	: Kalite Yönetim Sistemi
s.	:Sayfa
S.	:Sayı
SB	:Sağlık Bakanlığı
SBE	:Sosyal Bilimler Enstitüsü
TKY	:Toplam Kalite Yönetimi
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

Çalışma Konusunun Seçimi: Tezin konusu sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ülkemizde son yıllarda sağlık sektöründe meydana gelen değişiklikler, oluşan rekabet ortamı, hasta memnuniyeti ve beraberinde kaliteli hizmet kalitesini ortaya çıkarmıştır. Medya ve gündemde hasta memnuniyetinin ön plana çıkması ve kişisel merak oluşturduğundan bu tez konusu ele alınmasında rol almaktadır.

Çalışmanın Amacı: Çalışmanın sonucunda elde edilen sonuçlarda polikliniklerde hasta tatminsizliğini önleme konusunda yapılacak araştırmalara yön verecek iş gücü zaman maddi kayıpların en aza indirgenmesinde katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın Önemi: Sağlık kuruluşlarının sunacakları sağlık hizmetlerinin kaliteli olması beraberinde hasta tatminini getirecektir. Hasta tatmin düzeyinin yüksek olması kaliteli bir hizmet gerekliliğini beraberinde kalıcı müşteri sağlayacaktır. Bu durum sağlık kurumunun kar markajını artıracak gibi hastane yönetim ve çalışanlarının memnuniyeti etkilemesiyle beraber kaliteli hizmete sunulmasını ve hasta tatmin düzeyini artmasını sağlayacaktır.

Çalışmanın Planı: Çalışma, dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar üzerinde durulmaktadır. Bu kapsamda alt başlıklar olarak; sağlığın ve sağlık hizmetlerinin tanımı, sağlık hizmetlerinin önemi, özellikleri, sınıflandırılması ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar incelenmiştir. İkinci bölümde hasta tatmin düzeyinin en büyük etkeni durumunda olan sağlık hizmetlerinde kalite üzerinde durulmakta olup; sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı, tarihçesi, özellikleri, sağlık hizmet kalitesi boyutları ve kalite sağlama sistemleri alt başlıklar olarak incelenmiştir. Üçüncü bölümde konu olarak hasta tatmini; müşteri (hasta) kavramı, hasta tatmini kavramı, hasta tatminin önemi, hasta beklentileri, hasta tatminini etkileyen faktörler, hasta tatmininin önemi ve ölçüm yöntemleri alt başlıkları altında incelenmiştir. Dördüncü bölümde Diyarbakır Kadın Doğum Hastanesi örneği ele alınmaktadır. Kadın Doğum Hastanesi hakkında temel bilgiler,

araştırma analiz sonuçları, demografik analiz, katılımcıların kalite ve hasta tatminini etkileyen faktörler ile ilişkisinden, hasta doktor ilişkisi, güven, bürokratik ilişkiler, hasta personel ilişkilerini alt başlıklar halinde incelenmiş ve bunlara ait tablolara yer verilmektedir.

Kullanılan Metot ve Teknikler: Çalışmamda iki ayrı metot ve teknikten yararlanılmıştır. Veri tarama tekniği, araştırma metot ve tekniğinden yararlanılmıştır. Ayrıca bir sağlık çalışanı olmam nedeniyle, özellikle tablo yorumlamalarında kişisel birikim deneyimlerimden istifade edilmiştir. Anket uygulaması bir kamu hastanesine başvuran poliklinik hastalarına yüz yüze uygulanmıştır. Yüz yüze (kişisel görüşme) anket yöntemi kullanılarak uygulamanın amacına yönelik bahsedilen konu hastalara sosyo demografik bilgilerini de ihya eden 37 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlılıklar: Anketler sadece polikliniğe gelen hastalar ile sınırlandırılmış olup hasta yakınlarına refakatçılara ve ilk defa o kurumu ziyaret etmiş hastalara uygulanmamıştır. Hastalara anket uygulandığı sırada poliklinik sırasının gelmesi, hastaların bir kısmının gebe oluşu beraberinde ağrıların olması, polikliniğe başvuran hastaların bir kısmında ilk gelişi olup hastane hakkında bilgilerinin olmaması ve bazen de Türkçe konuşamama, anlamama nedeniyle soruları tercüme etme gibi zorluklarla karşılaşmıştır.

Bu çalışmanın başlıca varsayımları şunlardır:

- i. Kalite memnuniyetinin artması hasta memnuniyetini artıracaktır.
- ii. Eğitim düzeyi yüksek kişiler randevu sistemini daha çok kullanırlar.
- iii. Bayanların kalite anlayışı, özellikle ayrıntıcı bir yapıya sahip olmaları, hasta tatminini etkileyecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. SAĞLIĞIN TANIMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

1.1.Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramının çeşitli tanımları yapılsa da en yaygın kullanılan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır: “Sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”¹ Bedensel, ruhsal tanımla kalmayıp, daha çok sosyal iyilik haline vurgu yapmaktadır. En geçerli çerçevede kabul gören ve en geniş tanım yapan Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımı olarak görülmektedir. Çünkü, bireyi bir bütün olarak ele almakla kalmayıp, sağlığı hastalanmama yada sakat olmama gibi kavramların dışına çıkararak kişilerin ruhsal, sosyal ve bedensel olarak bir bütün halinde değerlendirmektedir.

Bir kişinin sağlıklı olabilmesi için sadece hastalığın bulunmaması ve herhangi bir sakatlığının olmaması yeterli değildir. Kişinin sağlıklı olması durumunda gerek bedensel ve ruhsal gerekse sosyal yönden, kısacası günlük yaşamında her yönüyle iyi olması durumunda, sağlıklı olduğundan söz etmek mümkündür. Eğer, kişi bedensel, ruhsal veya sosyal yönlerden herhangi birisinden şikâyetçi ise bu durumda sağlık sorunundan söz edilir. Sağlıksız kimselerin sağlıklı hale getirilebilmesi için sağlık hizmetlerine gereksinim vardır.²

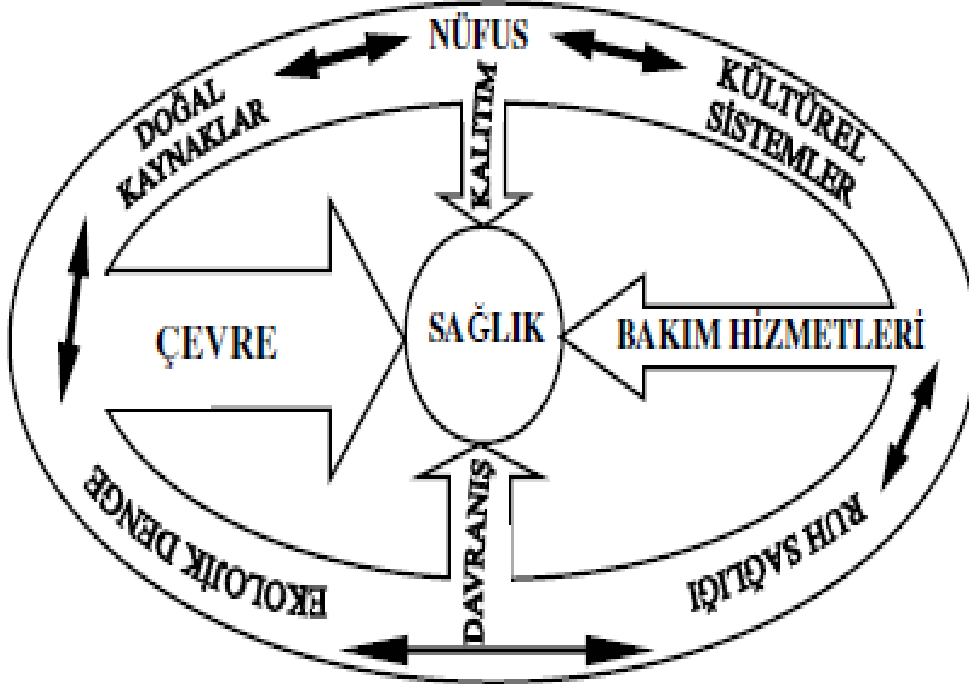
Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L.Blum, sağlık durumunu 4 temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Şekil 1’de görülen okların genişliği, faktörlerin

¹M. Günal, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Beykent Üniversitesi (BEU), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE),Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT),İstanbul,2007,s.3; World Health Organization, Basic Documents, 35th ed. Geneva, 1985’den alıntı

²Güenal, s.4; E. Gündüz- Ç. Akar- N. Özgülbaş- S. Önce, Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, (Ed. K. Banar) Eskişehir, 2003,s.2’e atfen

sağlığa olan göreceli etkisinin büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. Örneğin akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünüdür. Akraba evlilikleri, genetik sorunları ve sakatlıkları bulunan yeni kuşakların ortaya çıkmasa yok açabilir. Kültürel sistem, bireylerin yaşam tarzını da biçimlendirmektedir; beslenme tarzı, spor yapma, alkol ve sigara alışkanlıkları kültürün etkisiyle biçimlenmektedir.³

Şekil 1:Sağlığı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı -S. Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.19

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmeti insan hayatı için önemli sosyal bir kavram olmanın yanında, farklı tanımlar da yapılmaktadır. 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin

³ Ş. Kavuncubaşı - S. Yıldırım, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.18-19

Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”⁴Sağlık hizmetleri sürekli gelişim göstererek, teknolojiyi takip etmelidir. Sürekli artan toplum gereksinimlerini belirleyerek bu doğrultuda tedbirler alınmalıdır.

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımlarında sağlık hizmeti, sadece hastalara sunulan bir hizmet olmakla kalmadığı gibi, insan sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve toplumun, çevrenin bu faktörlerine etkisi olduğu, insan sağlığının korunması için gerekli tüm tedbirlerin alınması gerektiği ve bu amaçla gerçekleştirilen, topluma yönelik tüm koruyucu sağlık hizmetleri olarak alınabilmektedir. Koruyucu, tedavi edici, sosyal, ruhsal, fizyolojik, biyolojik bir bütün olarak ele almanın yanında, toplum ve çevrenin etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamın gelmektedir. Sağlık hizmetleri sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Kurumlar tarafından hizmet verirken sağlıklı bir toplum için gerekli tedbirleri de almaktadır.⁵

Sağlık hizmetleri, toplumu hastalıklardan korumak, tedavi etmek, hastalıklardan korunmasını sağlamak için yapılan tüm faaliyetleri içermektedir. Sağlık hizmeti tedavi edici olmalı ve bu anlamda bir sonuç vermelidir. Bu gerek teknolojik donanım, bilgi, eğitim açısından tam olunmalı ve hastanın iyileşmesinde etkili olan tüm faaliyetleri içermelidir. Yapılan uygulamalar, tedbirler, tedaviler hastanın yarına olmalıdır.

⁴ Günel, s.4-5;K. Karabulut- S. Yapraklı, “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi – Erzurum’da Bir Uygulama”, Cilt(C.) 15, 2001, Sayı(S.) 1-2, s.118’e atfen

⁵ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.34

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ

2.1.Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu hizmetlerin yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara ve kentlerde oturanlara değil, toplumdaki herkese sosyal adalet anlayışı çerçevesinde eşit olarak verilmesi gerekmektedir. Toplumda yaşayan insanların eğitilmiş ve bilinçli olması, kendi sağlıklarına verdikleri önem ve sağlığın onlar için taşıdığı değer, doğrudan doğruya toplum sağlığını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, insanlardan oluşan toplumlarda bireyler kendi sağlıklarından sorumlu oldukları kadar toplum sağlığından da sorumludurlar.⁶

Sağlık hizmeti sosyal bir hizmet olarak görülmeli, toplumun insan gereksinimlerini karşılayabilmelidir. Sağlık insan için mutlu, başarılı bir yaşamı sürdürmesinde önemli bir kavram olmasından dolayı bu hizmet geniş bir alana yayılıp geliştirme, yenilikleri takip etmeye açık olmalıdır. Sadece, sağlık kurumları tarafından ele alınmayarak işbirliği gerektiren geniş bir yelpazeden yönetilmelidir. Belli standart ölçüsünde değerlendirilmelidir. Sağlık okul, ev, tüm sosyal çevre ile etkileşim içindedir. Okullarda eğitimler, belediye tarafından su, kanalizasyon kontrolleri, çevre düzenlemeleri, bulaşıcı hastalıklar durumunda önlemler alınma gibi faaliyetler ile kurumlar arası iş birliği gerektiren bir durumdur.

Anayasamızın 56. Maddesinde şöyle denilmektedir: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir.”⁷ İnsanların sağlıklı olması, toplumun sağlıklı olmasının en önemli etkenidir. İnsanların sağlıklı bir ortamda ve en iyi hizmeti görebilmesi için gerekli tedbirler alınması gerekmektedir. Hizmet kalitesi artırılması hedeflendiğinde yaşam kalitesi beraberinde artmaktadır. İnsanlar böylece hakkı olan sağlıklı dengeli yaşam kalitesine kavuşmuş olacaktır.

⁶Günel, s. 6

⁷T.C.Anayasası,Madde56.[http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.uc?p1=56,\(11.06.2013\)](http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.uc?p1=56,(11.06.2013))

Sağlık hizmetleri, hizmet verirken birçok amaca da hizmet etmektedir. Topluma kaliteli bir hizmet sunmaya çalışırken, oluşan sağlık taleplerini üst seviyede karşılamaya çalışmaktadır. Beraberinde sağlık standartlarını yükseltmektedir ve beklentiyi karşılamaktadır. Sadece bunları amaçlamayıp, kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almaktadır. Örneğin, hastanelerin aşılama, aile planlaması danışmanlık, eğitimi vermeleri ve birinci basamak kuruluşların hastalık öncesi tedbir, koruyuculuk, gebe izlem, düzenli okul ve toplu kuruluşlarda tarama vs. faaliyetlerini yerine getirerek gerekli tedbirlerle hastalıkların önlenmesini sağlamaktadırlar. Bu tedbirler dışında hasta olan bireyi en kısa sürede sağlığına kavuşturmaya ve topluma kazandırmaya çalışmaktadırlar. Örneğin, rehabilitasyon merkezleri hastayı topluma kazandırmaya, sağlığına kavuşturmaya çalışmaktadır. Topluma adaptasyonunu sağlamaktadır. Rehabilitasyon merkezleri ve sağlık kurumları sadece sağlığına kavuşturmayıp uyum ve adaptasyona yönelik eğitimler vermektedir. Kansere mücadele merkezleri, iyileştirme merkezleri, aile danışma merkezleri vs. bunlar örnek olarak verilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinden insanlar çok sayıda fayda elde ederler. Bu faydalar yalnızca ekonomik olarak elde edilen faydalar olarak değerlendirilmemesi gerekmektedir. Ekonomik yararlarının yanında ekonomik olmayan yararları da vardır. Topluma sunulan sağlık hizmeti sonucunda sağlığına kavuşan bireyler üretici konumuna gelerek, üretici gücün artmasını ve korunmasını sağlayarak bulunduğu toplumu güçlendirmektedir. Kişiler sağlığına ne kadar çabuk kavuşursa sağlık alanında yapılan harcamalar o oranda azalmakta ekonomik kayıp önlenerek iş gücü ve üretim artmaktadır. Sağlık hizmetinin ekonomik olmayan diğer yararları ise, kişinin içinde bulunduğu acı, ıstıraplardan kurtulmasını, acı çekmesini önlemeye çalışmaktadır. Sağlık, insanların kaliteli bir yaşam sürdürmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir. Kişilerin mutluluğunu etkileyen bir alan olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

2.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri hizmet kavramı geliştirilmiş özelliklere sahip olmakla beraber bazı farklı özelliklerde sahiptir. Teşhis tedavi ve bireylerin sağlığının korunmasını sağlamaktadır. Bireyler sunulan hizmetler, kurumsal yâda kişisel olabilmektedir. Daha çok sağlık hizmetleri kurumsal olarak verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu hizmet kurumsal ve daha profesyonel bir şekilde verilmektedir. Kurumsal hizmette ekip çalışması gözetilmesini sağlarken kurumsal düşünmenin yolunu da açmaktadır.

Sağlık hizmetleri kamu olarak verilirken özel şahıslarında vermiş olduğu bir hizmettir. Sağlık hizmetinde önemli olan sağlanacak kar yarardan çok kişilerin ihtiyacını karşılayabilmesi ve doyum ulaştırmasıdır. Bu tüm kurumlarda sağlık hizmetinin bir amacı olarak görülmesi gerekmektedir. Bu özelliğiyle birçok kurumdan amaç olarak ayrılmaktadır.

Sağlık hizmeti eğitimde uzmanlık almış bireyler tarafından verilmelidir. Sağlık kuruluşu diğer kuruluşlardan ayrı olarak insan hayatı göz önünde bulundurulan, ahlaki ve sosyal standartları olan, uyulması gereken, tıp mesleğini yerine getiren bir kavramdır. Güvene dayalı olan içeriğinde insan hakları bulundurulan hizmet önceliklidir. Deneme yanılma yoluyla varılamadığından ve bu insan üzerinde uygulanamayacağından, daha çok hasta ve doktor, sağlık personeli arasındaki güvene dayalı bir ilişkidir.

Sağlık, insan için çoğu zaman acil bir durum olmasından dolayı ulaşılabilir olması gerekmektedir. Hizmetten yararlananlar açısından bakıldığında ihtiyaç duyulduğu tüm zaman dilimlerinde, yer gözetmeksizin ulaşılabilir ve yeterli olması gerekmektedir. Hizmet sunanlar bakımından ise kolay kullanabilme, hizmeti veren kişi ve kurumların ihtiyaç duyulacak donanım, hizmet, ilaç, malzemeye sahip olmaları gerekir. Bu malzemeler ve hizmetler standartlara uymalı ve beklentileri karşılamalıdır. Yalnızca, acil durumlarda değil, süreklilik gerektiren bir durumdur. Sağlık hizmetlerinde gerekli tedbirler alınmalı, hastanın her an ihtiyacı karşılanacak şekilde olmalıdır.

Şekil 2:Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri

	Kalite Mesleki yeterlilik Kişisel kabul edilebilirlik Kural norm ve standartlara uygunluk	
Kolay kullanılabilirlik Kişisel kolay kullanabilirdik Hizmetlerin bütünlüğü Miktar olarak uygunluk	ETKİLİ SAĞLIK HİZMETLERİ	Süreklilik Kişiyeye odaklanmış hizmet Sağlığı eşgüdümleyen birimler Eşgüdümlü hizmetler
	Verimlilik Eşit finansman Yeterli ücret Etkili yönetim	

Kaynak: M. Günel, s.11; Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000,s.65'e atfen

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

3.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin temel amaçları toplumların ve kişilerin sağlıklarını korumaya çalışmak, hastalıkları önlemektir. Sağlık hizmetleri, sadece tedaviye yönelik değildir. Ancak, insanları her hastalıktan korumak mümkün olamaz. Bunun aşamaları vardır. Birinci aşamada, koruyucu tedbirler sağlanır. İkinci aşamada, ortaya çıkan hastalıkların tedavisi yapılır. Tedavi hizmetleri sonucunda ise bazı kişiler yaşamlarını kaybeder, bazıları da sakat kalabilirler. Üçüncü aşamada ise sakat kalanların, başkalarının yardımı olmadan kendi yaşamlarını sürdürebilmelerinin sağlanması ve rehabilite edilmeleridir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili 1996 tarihli Ljubljana sözleşmesinde sağlık hizmet sunumu sistemleri ile ilgili gerekliliklerden; insan onuru, eşitlik, dayanışma ve mesleki etik ilkeleri ile yönlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi yönünde açık hedefler konulması, finansmanın vatandaşların tüm sağlık hizmetlerinin ulaşabilmesine olanak yaratmasının yanı sıra, sürdürülebilir nitelikte olmasının güvenceye alınması vb. hedefler konulmuştur.⁸

Şahin Kavuncubaşı sağlık hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, olmak üzere üçe ayırmıştır. Bunları tecrübeler çerçevesinde şöyle açıklamak mümkündür:

3.2.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ortaya çıkmadan erken teşhis ve tedavi ile hastalık ve sakatlık riskini en aza indirerek bireyin ve toplumun sağlığını koruyup geliştirmesi için kişiye ve çevreye yönelik alınacak koruyucu tedbirlerin tümünü kapsamaktadır. Alınan tedbirler içerisinde ana çocuk sağlığı, aile planlaması, yeterli ve sağlıklı beslenmenin sağlanması, aşılama hizmeti, çevre kirliliğinin önlenmesi, sağlık ve hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi gibi önlemler yer almaktadır.

⁸ S. Tokalaş, Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Marmara Üniversitesi (MÜ),SBE, YYLT, İstanbul,2006, s.21

Koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşları(sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri verem savaş dispanserleri) tarafından yerine getirilir.

Koruyucu sağlık (hekimlik) hizmetleri, yalnızca kişiye yönelik hizmetler değil aynı zamanda çevreye yönelik hizmetlerde vermektedir. Çevre hizmet vermesindeki amaç çevreyi etkileyen kimyasal, biyolojik fiziki, olumsuzluk oluşturan tüm etkenleri önleyerek olumlu bir tablo oluşturmaktır. Çevreye yönelik verilen hizmetler toplumun sağlığını yakından ilgilendiren durumlardır. Hizmetlerin arasında katı atıkların, kanalizasyon atıklarının kontrolü denetimi, su kaynaklarının sağlanması, denetlenmesi bu kaynakları topluma dağıtılırken en hijyenik kabul edilebilirlik koşullarda verilmesini sağlaması gerekmektedir. Yediğimiz besinin hangi koşullarda üretildiğini ve dağıtıldığını denetleme, zararlı canlılarla mücadele etmesini sağlamak örneğin, sıtmayı önleme amaçlı ilaçlama yapmak gibi faaliyetleri yerine getirmeye çalışmak. Hava kirliliğini, gürültü kirliliğini, önlemek, radyolojik atıkların denetimini sağlama, bunları uygun şekilde yok etmek ve iş sağlığını oluşabilecek kazaları en az indirmek çevreye yönelik alınabilecek sağlık hizmetleri olarak sağlanmaktadır.

Çevreye yönelik alınan hizmet ve tedbirler kişinin sağlığını direk yada dolaylı olarak olumlu yönde etkilemektedir Kişiye yönelik hizmetler ise bağışıklama hizmetleri, beslenmeyi düzenleme, obesitenin önlenmesi için çalışmalar, eğitimler gibi, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisini sağlamak, kişisel hijyen konularında eğitimler vermek, toplumu bilinçlendirmek, aile planlamasını düzenleme hizmetlerinden yaralanmalarını sağlamak, ana çocuk sağlığını koruma, eksik olunan yada ihtiyaç duyulan bir çok konuda sağlık eğitimleri vererek bilinçlendirme verilen sağlık hizmetler olarak uygulanmaktadır.

3.3.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler olarak ele alınabilir. Hastalığın ortaya çıkmasından sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere tıbbi bakım hizmetleri, ayakta tedavi olarak ifade edilen birinci basamak hizmetler, genel hastanelerde tedavi olarak ifade edilen ikinci

basamak hizmetler ve ileri tıp merkezlerinde tedavi olarak ifade edilen üçüncü basamak hizmetlerden oluşur.⁹

Kişilerin daha sağlıklı duruma gelmeleri emeğin bir üretim faktörü olması nedeniyle en azından üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine yol açar. Devletin toplum üyelerine kamu hizmeti olarak sağlayacağı tedavi hizmetlerinin toplam faydası, sosyal ve özel faydalar toplamlarından oluşmaktadır ve genel olarak, özel fayda, sosyal faydadan daha büyüktür. Koruyucu sağlık hizmetlerinde ise, tam tersi bir durum söz konusudur.¹⁰

3.4.Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücüne çalışma imkanı sağlanmasına yönelik sunulan hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler doktor ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan toplum yaşamına uyuma yönelik sosyal rehabilitasyon hizmetlerin kapsar.¹¹

Tıbbi rehabilitasyon, kaza veya hastalıklar sonucu gelişen bedensel ve ruhi kalıcı bozuklukların az da olsa düzeltilerek yaşam kalitesinin artırılmasını amacıyla verilen hizmetlerdir. İşitme, görme, extremitelerde protez kullanımı, vücut postür bozukluğu düzeltilmesi vb. gibi kusurların en aza indirilmesi gibi çalışmalar yapılmaktadır. Sosyal rehabilitasyon özürlü kişilerin yada özürlü olan kişilerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi ve günlük hayata aktif bir şekilde katılmaları için, üretici konuma ulaşmasını sağlama, yeni iş bulmasını sağlama, sosyal ve psikolojik bir açıdan gelişmesini sağlamaya çalışmak gibi çalışmaları kapsar.

⁹ Y. Dilki, Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Stres Yönetimi, BEU, SBE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi (YYLP), İstanbul 2012,s.11

¹⁰S. Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi, İstanbul,1996,s.120

¹¹ A. Aşkar, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi, Dumlupınar Üniversitesi (DPÜ), SBE, YYLT, Kütahya,2006, s.30

4. SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR

Sağlık hizmetleri dünyanın hemen her ülkesinde başlıca üç sektörün sağlık hizmeti verdiği görülmektedir. Bunlar; folk sektörü, popüler sektör ve profesyonel sektör olarak görülmektedir. Folk sektörü eğitim görmemiş geleneksel yöntemler deneyen bireyler oluşmaktayken, popüler sektör de aynı şekilde eğitim görmemiş toplu içerisinde kabul görülen kendiliğinden gelen ve birbirine danışılarak yapılan tedavideyken profesyonel sektör ise eğitim görmüş bireylerden oluşmaktadır.

Folk sektörü, sağlık ve hastalık konusunda resmi bir eğitim öğrenim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle toplumca uzman kabul edilen ve sağlık sorunlarına çare için başvurulmuş kişilerden oluşmaktadır. Kırık ve çıkıkçılar, üfürükçüler, dişçiler, ara ebeleri, bel çekenler, bu sektörde hizmet verenlere örnektir. Folk sektörü, bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen ve yasal olmayan bir sektördür. Ancak, hemen her toplumda bulunmaktadır ve üstelik bilimsel gelişmenin arttığı son yıllarda bu tür uygulamaların da arttığı görülmektedir. Bilimsel ve resmi tıp sektörü yok denecek kadar az olsa da varlığını sürdürmesi hatta güçlendirmesi nedeniyle bu sektörün iyi incelenmesi gerekir. Folk sektöründeki bazı uygulamaların binlerce yıllık geçmişi olabildiği, örneğin akupunktur gibi bir uygulamanın günün birinde profesyonel sektör tarafından benimsenebildiği görülmektedir.¹²

Popüler sektör, sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim öğretim görmemiş, dolayısıyla, uzmanlığı olmayan, ancak yasaları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır. Hemen her insan, bedeninde normal dışı bir durum gördüğünde ya kendi kendine bir önlem, ilaç alır ya da güvendiği bir kişiye açılır. Bu kişi, ana, baba, ailedeki yaşlı bir kişi ya da herhangi bir arkadaş olabilir. Çoğu zaman bu danışmalardan alınan cevaplar tatmin edici bulunur ve uygulamaya konulur. Örneğin, çocuğunun öksürüğü olan bir anne hemen bir hekime gitmek yerine, güvendiği birilerine ne yapması gerektiğini danışarak yerine göre önerilen bir ilacı ya da önlemi uygular. Bunun yetersiz kalması durumunda ise kültürüne uygun olarak uzman kişilerden hizmet arar.¹³

¹²Günel, s.16

¹³Günel, s.16

Profesyonel Sektör, özel bir eğitim öğretim görerek uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür. Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist, ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatla belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedirler. Toplumlar içerisinde üretilen ve tüketilen toplam sağlık hizmetinin pek azı bu sektör tarafından verilmektedir.¹⁴

4.1.Yataklı Hizmet Sunan Kuruluşlar

Yatakta sunulan sağlık hizmetleri, muayene tanı ve tedavi faaliyetlerinden oluşur. Ayakta tedavi hizmeti sunan kurumlarda tedavi olanakları bulunmayan hastaların, yataklı sağlık kuruluşları olan hastanelerde sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır.¹⁵

Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamağa örnektir. Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Hastanelerde poliklinik hizmetleri esas hizmetlerinden değildir. İkinci basamak sağlık hizmetleri dışında üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren özel dal merkezleri de bulunmaktadır. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojinin uygulandığı, gelişmiş tedavi merkezleridir. Genellikle belli bir hastalığın tedavisiyle ilgilenir. Fizik tedavi rehabilitasyon merkezleri, kadın doğum hastaneleri, diş hastaneleri gibi dal hastaneleri üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak görülmektedir.

Ayrıca, Üniversite ve eğitim hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak, bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler.¹⁶

Teknolojiyi takip etme günümüz yeniliklerini, yeni oluşan hastalıkları ve tedavi yollarını bulan bir kurum olmak ve sağlık düzeyini artırması gerekir. Ancak,

¹⁴Günel, s.16-17

¹⁵A Tugu, Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmetlerinde ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir SSK Hastanesi Polikliniğinin Reoorganizasyonu için Uygulama Önerisi, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul,1997,s.11

¹⁶Y. Özkar, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama Akdeniz Üniversitesi(AÜ),SBE, YYLT, Antalya, 2006,s. 78

eskiden beri hastanelerin değişmeden gelen esas işlevi, tedavi hizmetinin verilmesi olmuştur. Sözü edilen diğer işlevler, tedavi işlevinin iyi bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan veya kolaylaştıran ve esas işlevin türevleri diyebileceğimiz işlevlerdir. Bu açıdan bakıldığında, hasta tedavisi, diğer işlevleri içeren, dolayısıyla, yukarıdaki tanımların yeterli olmasını sağlayan bir işlevi olarak düşünülebilir.¹⁷

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir.¹⁸

4.2.Yataksız Sağlık Kuruluşları (Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar)

Yataksız sağlık kurumları (sağlık ocakları, dispanser vb.) hastanın ilk başvurduğu, sağlık personelleri tarafından birinci basamak tedavi uygulandığı ve ayakta tedavi edilen kurumlar olarak görölmektedir. Hastaların tedavisi evde ya da sağlık kurumunda ayakta yapılmaktadır. Tedavi ayakta yada evde yapılmakla kalmayıp gezici hizmet vererek de yapılmaktadır. Belli aralıklarla ev ziyaretleri yapılarak bebekler aşı yapılmakta ve gebe olanlar ile bebeklerin genel durumu takip edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri genelde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini içeren entegre bir hizmet olarak verilmektedir. Kişilerin yaşadıkları yere yakın kuruluşlar olarak bulunmaktadır. Hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarında ayakta tedavi gerektiren durumlar, pansuman, aşılama, aile planlaması gebelerin takibi, bebek takibi gibi uygulamalara ve poliklinik hizmetlerine yer verilmektedir. Burada hekim muayenesinden sonra hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere

¹⁷H. Seçim, Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması İşlevleri ,(http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm (29.06.2013)

¹⁸H. Özgen, Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamaları (http://www.merih.net/m1/hastane2.htm), (29.06.2013)

sevk edilmelidir. Bu bakımdan birinci basamak sağlık kuruluşların hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1.KALİTENİN TANIMI

Kalite, müşteri istek ve beklentilerine uygunluktur. Yaşadığımız toplumda sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel alanlarda yaşamımızı etkileyen en önemli kavram kuşkusuz kalite olmuştur. Yaşam standardını, memnuniyeti belirleyen hayatın her alanında kalite istenilen ve memnuniyeti belirleyen unsur olmuştur.

Kalite kavramı zaman içinde sürekli gelişmektedir. İş hayatında kalmak ve varlığını sürdürmek için, üretim ve hizmet endüstrileri uzun zamandır müşteri beklentilerini karşılamanın daha iyi yollarını bulmaya uğraşmaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri “öncelikle zarar verme” ilkesine göre çalışmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için, hasta bakımının yeni ve daha iyi yollarını bulmak hep bir öncelik olmuştur. Amaç –kaliteli ürünler ve hizmetler- bütün endüstrilerde aynı olmakla beraber, sağlık hizmetlerinde bu amacın gerçekleştirilmesinde kullanılan yöntemler, diğer endüstrilerden biraz farklı şekilde gelişmiştir.¹⁹

Kalite kavramı sürekli gelişen bir kavramdır. Kalıcı olmak, sürdürülebilirlik, kar elde edebilmek için müşteri beklentilerini karşılamak, geliştirmek ve en iyi hizmeti vermekle gerçekleşmektedir. Kalite beklenti karşılama ve beraberinde iyi hizmet olarak görülmektedir. Örneğin, hastaneler kar markajını artırmak, müşteri potansiyelini artırmak için müşteriyi memnun etmesi, daha iyi hizmet sunması ile gerçekleştirebilmektedir. Alternatif seçenekler olması kişilerin daha iyisine ulaşma istekleri, kaliteyi daha da ön plana çıkarmaktadır.

Kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yasamı boyunca müşteriyi memnun etmek olarak tanımlanabilir. Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun

¹⁹ S. Kaya, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi", (Ed. S. Kaya) , Eskişehir, 2013, s.3

sürebilir memnuniyet yaratması anlaşılabilir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir.²⁰

Kalitenin çeşitli tanımları yapılmaktadır ;D.J.M.J Uran; “kullanıma uygunluktur”, P.B.Crosby ; “Şartlara uygunluktur”, İshikawa; “kalite kontrolü uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmet vermektir”, Taguch; “ürünü sevkiyatından itibaren üründen dolayı topluma yansıyan en az kayıptır”, Deming; “herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam tatmin eden en ucuz değerdir.”²¹

Kalite, toplumun refahıdır. Kalite, hatalardan arınmadır. Kalite mükemmelliktir. Bu nedenle rekabette anahtar bir rol oynayan kalite, hizmet işletmelerinin işgücü yoğun olması, insan unsurunun öneminin büyük olması ve buna bağlı hizmet performansının her an değişiklik gösterebilme ihtimalinin olması gibi sebeplerden dolayı hizmet işletmelerinde ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Hizmet işletmelerinin rekabet gücü ancak mükemmelliğin çıkarılması yolundaki çabaların bir ürünüdür. Kalite çalışmaları, hizmetlerin soyutluktan somut hale getirilmesi ve bunu sağlamak için esas alınacak bütün faktörlerin belirlenmesi yönünden büyük bir öneme sahiptir.²²

²⁰T. Asunakutlu, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Ankara,2005,s.6

²¹M. Biçkes, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Standart Ekonomik ve Teknik Dergisi, S.458, İstanbul, 2000, s.30

²²G. Taşkiran Mohammad, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama, Gazi üniversitesi (GÜ),SBE, YYLT, Ankara,2007,s.27

2.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN TANIMI TARİHÇESİ VE ÖZELLİKLERİ

2.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetilebilmesi için öncelikle kalite kavramının anlaşılması gerekir. Kalite kelimesi her gün kullanılmakla birlikte kalitenin kesin bir tanımı yoktur. Güzellik gibi kalite de bakanın gözündedir. Örneğin, bir üretici için kaliteli bir ürün, tasarım özelliklerine uyan, kusuru bulunmayan ve müşteri beklentilerini karşılayan bir üründür. Satıcılar için kaliteli bir ürün, fiyatı ve özellikleri uyumlu ve müşterilerin çoğunun ilgisini çeken bir üründür. Müşteriler için kaliteli bir ürün, bireysel olarak beklentilerini karşılayan bir üründür. Bir kişinin kaliteli olarak algıladığı bir ürünü başka bir kişi kaliteli bulmayabilir.²³

Sağlık hizmetlerinin tanımının yapılması kalitede iyileşmelerin önünü açmaktadır. Sağlık hizmetleri kalitesinin tanımı uzmanlar tarafından, anlamlı ve genel uygulanabilir bir tanım olarak yapılmaya çalışılmaktadırlar. Birçok alanlarda olduğu gibi, sağlık hizmetleri alanında da kalitenin tek bir tanımı bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı sürekli gelişmeye yol almaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite tanımları sürekli gelişmektedir. Hastaların, halkın ve kalite sunulan müşterilerin tercihleri ve görüşleri zamanla beraber önem kazanmaya başlamıştır. Hastaların beklentileri, rekabet ortamı, memnuniyeti ön planda tutmuş, kalitede öncelikli olmasına önem verilmesini sağlamıştır. Hastanelerde döner sermayeyi hasta memnuniyeti belirlenmesinde etkili olmaktadır. Kalitenin artması ile memnuniyet artabilmektedir. Sağlık hizmetinde hasta memnuniyeti göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Buda iyi bir hizmet gerektirir. Sağlık hizmetlerinde iyi hizmet verme ve memnuniyeti artırmaya yönelik çabalar kaliteye yönlendirilerek bu yönde iyileştirmeye gidilmesini sağlamaktadır. İyi hizmet vermek kaliteye yönelik çalışmalara öncelik verilmektedir.

²³Kaya, s.3-4

2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Kalite kavramının insanoğlunun karşısına ilk olarak M.O. 2150 yılında Hammurabi yasalarında çıktığı kabul edilmektedir. Ev yapımında dikkat edilmesi gereken hususların belirtildiği bu şartname, gerekli şartlara uyulmaması halinde cezalandırmanın nasıl olacağının belirlendiği bir kayıt olarak tarihe geçmektedir.²⁴Romalıların beton ile imal edilen bina yapımını, şehir planlamacılığını, trafik sıkışıklığını, sarnıç ve su kanallarının imalatını şartname biçiminde yasalarla düzenlediği bilinmektedir.²⁵

Kalitenin sanayi devrimiyle birlikte gelişim sürecine girdiği kabul edilmektedir. Bu sürecin en önemli getirisi, kontrol etkinliğinin yanına, müşteri kavramı ve müşteri memnuniyeti kavramlarını da getirerek kalite kavramını gelişmesine katkı yapmış olmasıdır. 19.Yüzyılın ikinci yarısından itibaren, endüstriyel sistemin doğması ve üretimde büyük artışlar meydana gelmesi, kaliteyi bir anda ön plâna çıkarmış ve bu alanda önemli gelişmelerin doğmasına yol açmıştır. Kalite kavramına gerçek anlamda en fazla sahip çıkan, uygulayan ülke, İkinci Dünya Savaşı sonrası süreçte Japonya olmuştur. Bu dönemde ABD’de doğmasına rağmen gelişme imkânını Japonya’da bulan **Toplam Kalite Yönetimi** felsefesi, kalite kavramına çok geniş boyutlar katmış, onu teknik bir kavramdan öte adeta var olmayı ve sağlıklı yaşamı şekillendiren her kavramla özdeşleştirmiştir.²⁶

Son 10 yıl içinde sıklıkla kullanılan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramında ise, proses girdisinden başlanarak ürünün (hizmetin) çıktısına kadar olan süreç içinde hatasız üretim tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, kalite evrimi sürecinde yer alan tüm aşamaları kapsamakta; liderlik, bilimsel yaklaşım, takım çalışması, sürekli eğitim, yetki ve sorumluluk, uzun zamana odaklanma ve müşteri konularını yeni bir bütün içinde tanımlamaktadır.²⁷

²⁴F. Kostak, Kalite Yönetim Sistem ve Türkiye’de uygulanması, Kadirhas Üniversitesi(KHAS),SBE, YYLT, İstanbul,2007,s.4; R. Bozkurt-A. Odaman, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri, Ankara, 1995, s. 26’a atfen

²⁵Kostak, s.4;İ.Şale, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Uygulamaları, Ankara, 2004, s. 21’e atfen

²⁶Kostak,s.4-5;A.Kovancı, Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?, İstanbul, 2001, s. 13’e atfen

²⁷M. Çoruh, “Sağlık Sektöründe TKY Yaklaşımı” Hekimden Hekime Dergisi, Ek-Kas-Aralık-99 http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konu1.html(02.10.2013)

2.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlıkta kalite olması gereken bir zorunluluktur. İyi hizmet almak her insanın hakkıdır. İnsan hayatı göz önüne alınca geri dönüşü telafisi mümkün olmayan sonuçlar oluşabilir. Bir ürünü yenilemek telafisi mümkünken insan hayatında sağlıkla ilgili bir hata kişiyi yaşamını bütünüyle etkileyebilir ve yaşam hak ve kalitesini düşürebilir. Sağlık hizmetinde kalite aranmaktadır. Kişinin sağlığının yaşam kalitesini etkilemesi, hasta psikolojisi ve kişi üzerinde etkileri, telafisi mümkün olamayabilecek sonuçları göz önünde bulundurulduğunda kalite olması gereken bir durumdur.

Sağlık hizmetlerinde, hizmet sunacak sağlık personeli gerekli bilgi becerilere sahip olması güncel bilgileri talep etmesi alanındaki becerilere sahip olması gerekmektedir. Nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi, istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesini sağlamak meslekte yeterli olmayı sağlar. Kurumda çalışan, hizmet veren bireylerin eğitilmiş kişiler olması gerekmektedir. Hasta hizmet alacağı kişiye güven duymak ister. Sağlık kurumlarında hizmetin sunum şekli tarzı, kişilerin değerlerine beklentilerine uygun olması gerekir. Hizmetler eğitilmiş, donanımlı personel tarafından standartlara uygun olarak sunulsa bile bilgilendirilmeme, personele güven duymama, nazik davranılmaması, gibi sebeplerden bireyler hizmeti kabul etmeyebilir.

Kalite bir bütün olarak ele alınmalıdır. İnsan hayatı göz önünde bulundurularak hizmet verilmelidir. Müdahale edilen insan hayatı olduğundan müdahale edilirken geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açmaması donanımlı hizmet verilmeli ve dikkatli olunmalıdır. Eğitilmiş bireyler tarafından hizmet almak, güven duymak, saygı görmek donanımlı hizmetten yararlanmak ister. Sağlık kuruluşları bu beklentileri yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Daha iyi hizmet vermeye çalışmakta ve sağlık kuruluşunun olması gereken kriterleri göz önünde bulundurmalıdır. Diğer kurumlardan ayrı olarak insan hayatına hizmet ettiklerini göz önünde bulundurarak hizmet etmelidirler.

3. SAĞLIK HİZMET KALİTESİ BOYUTLARI

Sağlık hizmet kalitesini kavrayabilmek ve yönetebilmek için hizmet kalitesini çeşitli yönlerden değerlendirmek, tüm boyutları ile incelemek gerekir. Hizmet kalitesi farklı boyutlarda değerlendirilmekte ve farklı görüşler elde edilmektedir. Kalite geniş bir kavram olduğundan farklı açılardan bakılması değerlendirilmesi gereken geniş bir yelpazedir. Farklı görüşler yol gösterici ya da görüş olarak değerlendirilmelidir.

3.1. Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları

Gronroos'a göre fonksiyonel kalite, algılanan hizmetin çok önemli bir boyutudur ve bazı durumlarda teknik kalite boyutundan daha önemlidir. Başarılı bir hizmet yönetimi, hizmetlerin fonksiyonel kalitesini artırmaya ilgi göstermeli. Çünkü, fonksiyonel kalite yaratma, güçlü bir pazarlama fonksiyonudur ve geleneksel pazarlama faaliyetlerinden daha önemli olabilir.²⁸

Teknik kalite alınan hizmetin sonucunda tüketicinin ne elde ettiği ne kadar verimli olduğu ile ilgilidir. Nesnel bir kavramdır. Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme(teknik kalite)temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu açıdan kalite kavramı verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır.²⁹

Müşterinin hizmet örgütüyle etkileşimi sonucu ne elde ettiği, kalite değerlendirmesinde önemlidir. Ancak, sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabileceği için, teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme sansına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir.³⁰

Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri göz önüne alındığında, daha çok hizmet süreçleri ile ilgili olan işlevsel kalite, hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını önemli ölçüde

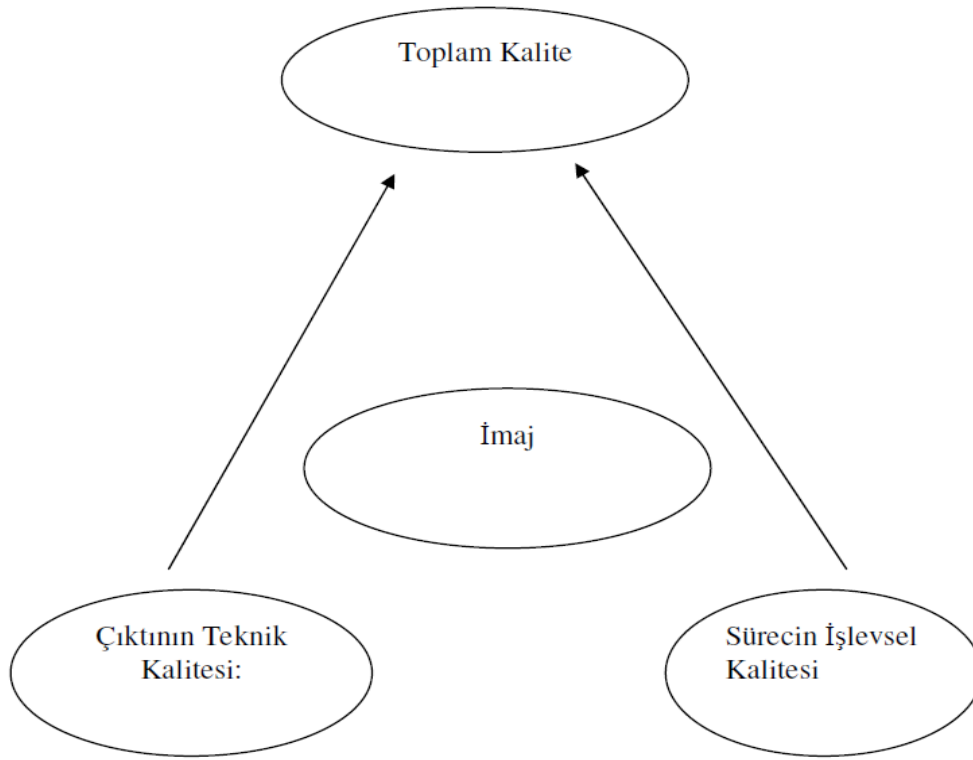
²⁸A. Çiper, Tükenmişlik Sendromunun Hizmet Kalitesine Etkisi ve Çağrı Merkezi Uygulaması, MÜ, SBE, YYLT, İstanbul,2006,s.46

²⁹ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.453

³⁰ Günel, s.26;N.Devebakan, Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite, S.1,C.8,İzmir,2006,s.131'e atfen

şekillendirecektir. Bir başka ifade ile sağlık işletmelerinde hastalar ve diğer müşteriler, verilen hizmetin teknik kalitesine değer biçemediklerinden sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin “nasıl” sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır. Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğimizin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derece iyi bir iş yaptıklarını kolayca değerlendirebiliriz. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda

Şekil 3: Hizmet Kalitesi Modeli



Kaynak:Günel,s.26; C.,Grönroos,” Service Management and Marketing,” Massachusetts: Lexington Books, 1990, s.38’den alıntı

bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir. Sağlık hizmetlerini satın alanlar hizmet kalitesini değerlendirmek için teknik olmayan özellikleri (örneğin, çektikleri acı, süreç için bekleme süresinin uzunluğu

gibi)kullanabilir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği gibi hiçbir teknik uzmanlık da gerektirmemektedir.³¹

Gronroos'a göre üçüncü kalite unsuru imajdır. İmaj; teknik ve işlevsel unsurların yanı sıra kurum dışından alınan kurum hakkındaki mesajlar aracılığıyla oluşmakta ve tüketicinin hizmeti sunan kurumu nasıl algıladığını belirtmektedir.³²

3.2.Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi Boyutları

Hizmet kalitesinin ölçümünde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri Servqual diye kısaltılan Parasuman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen modeldir. Bu ölçek esas itibariyle beş kalite boyutundan oluşmaktadır. Bunlar; gözle görülür imkânlar, anında hizmet, doğru güvenilir hizmet, güven telkin etme ve müşteriye tanıma anlamadır.³³

Hizmet kalitesinin ölçümünden önce hizmetin temel karakteristiklerine değinmek gerekmektedir. Literatüre göre hizmet dört temel karakteristiğine sahiptir. Bu karakteristikler elle tutulamaz olması, heterojen olması, üretim ve tüketimin aynı anda olması ve stoklanamaz olmasıdır. Bu nedenlerden dolayı Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından hizmet sektöründe kalitenin ölçümü ile ilgili olarak bazı öneriler yapılmıştır: Hizmet sektöründe kalitenin ölçümünün imalat sektörüne göre daha zor olduğudur. Hizmet kalitesinin algılanması müşterinin beklentileri ile gerçek hizmet performansı arasındaki farka dayanmaktadır. Kalitenin değerlendirilmesi sadece hizmet çıktısına göre yapılmamaktadır.³⁴

3.3.Donebedian'a Göre Hizmet Kalitesinin Boyutları

Donebedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bu başlıklar. Etkenlik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik diye sıralanmaktadır. Bunları şöyle incelemek mümkündür.

³¹Günel, s.27

³²Günel, s.27

³³Taşkıran Mohammad, s.91

³⁴Taşkıran Mohammad, s.32

•**Etkenlik:** Sağlık kurumunda bulunan teknoloji imkânlarından en iyi şekilde kullanılması verimli olması olarak kabul edilebilir. Mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder.

•**Verimlilik:** Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir. Hizmet alımı, sarf malzeme alınırken alınabilecek en iyi en uygun, kullanışlı olan aynı işlevi görüyorsa fiyat olarak en düşük olanının alınması gerekmektedir.

•**Optimal Olma:** Optimal olma, kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında uygun değer dengenin sağlanmasıdır.

•**Kabul Edilebilirlik** Kabul edilebilirlik, verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelir.

•**Yasallık:** Yasallık, verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.

•**Eşitlik:** Eşitlik, tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Donabedian tarafından yapılan tanıma göre sağlık hizmeti kalitesi: “sağlık hizmeti sunum sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisidir. Yüksek kaliteli tıbbi hizmet hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konması ile verilebilir.”³⁵Bu tanıma göre, yüksek kaliteli tıbbi bakım, hastanın mümkün olan en yüksek fonksiyonel duruma (iyileşmeye) ve psikososyal sonuçlara

³⁵E. Yusufoglu, Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Uygulaması Uşak Devlet Hastanesi Örneği, Afyonkarahisar Üniversitesi (AKÜ),SBE, YYLT, Afyonkarahisar,2008,s.39

erişmesini mümkün kılan bilimsel ya da teknik bir unsur ile kişilerarası unsurun bileşkesi olarak kabul edilir. Burada performanslar ve standartlar önem kazanmaktadır. Performanslar değerlendirilmeli ve ölçülmeli, performansların standartlara uygunluğu belirlenmelidir. Standartlara uygun olmayan performansı iyileştirilmesi üzerinde durulmalıdır³⁶

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE SAĞLAMA SİSTEMLERİ

Kalite sistemlerinin tarihsel gelişimi, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi olan kalite kontrolü ile başlamıştır. Daha sonra sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapıldığı faaliyetler olan kalite güvencesi ile devam etmiştir. Tarihsel gelişimin son evresi ise, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini ve müşterilerin memnun edilmesini hedefleyen toplam kalite yönetimi ile devam etmiştir.³⁷

4.1.Kalite Kontrol

Muayeneye dayanan bir yöntem olup önceden saptanmış standartlara ulaşmayı hedeflerken Kalite Kontrol, maliyetleri düşürüp ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayarak mükemmele ulaşmayı ve bu amacı benimsemiş is gücü yaratmayı amaçlar.³⁸

Kalite Kontrolü, gerçek kalite performansının ölçülerek kalite hedefleriyle(standartlarıyla) karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan farkı düzeltici bir faaliyettir. Endüstriden kaynağını alan kalite kontrolü faaliyeti, gerçekte pasif bir kontroldür. Çünkü kalite performansı, ürünü satın alan müşteri tarafından değerlendirmekte ve düşük kaliteli bir ürün karşısında müşteri kayba uğramışsa farkı düzeltici faaliyet olarak ürünün değiştirilmesini istemektedir. Kalite kontrolü birincil olarak düşük kalitenin iktisadi sonuçlarına ait bir faaliyettir. Kalite satıştan sonra sadece tüketici tarafından değerlendirildiği için meydana gelen müşteri tatminsizliğini ya da rahatsızlığını temelde önleyemeyen ve kurumu zarara uğratan

³⁶Yusufoğlu, s.39

³⁷Günel s.36

³⁸H. Uz, “Hastanelerde Kalite Yönetimi”, Hastane Yöneticiliği, Ed. O. Hayran- H. Sur , İstanbul, 1997, s.119

bir yaklaşımdır. Bu durumun sağlık hizmetlerindeki karşılığı ise yanlış tedavi sonucu hastanın dava açması ya da en azından okurumun müşterisi olmaktan vazgeçmesi olarak düşünülebilir.³⁹

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite özelliklerinin ölçülmesi zordur. Bu yüzden başlangıçta daha çok yapı üzerinde durulmuştur. Kalitenin; personel, araç, gereç, malzemeyle, diğer olanaklar ve bunların özellikleri ölçülmeye çalışılmış; böylece kaliteli sağlık bakım hizmeti verilebileceği düşünülmüştür. Ancak; sağlık bakım hizmetlerinin de bir üretim ve dolayısıyla, bir süreç olduğu kabul edilmesiyle birlikte, yapısal özelliklerinin yanı sıra hizmetin üretim sürecine ilişkin özellikleri de belirlenmeye başlanmıştır. Yine de bu yaklaşım daha çok çıktılar üzerinde yoğunlaşmıştır. Genel ya da hastalığa özgü hizmetler ve görevler için nitel ölçütler geliştirilmiştir. Böylece; hastalık oranları, hastalıkların iyileşme oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, yatak sayısı ve yatak işgal oranı gibi oranlar ölçülerek kalite değerlendirilmeye çalışılmıştır.⁴⁰

Kalite kontrolünün yararları iş gören memnuniyetini artırmaktadır. Müşteri odaklı olduğundan memnuniyeti beraberinde artırmaktır. Pazar payında artış olmasıyla maliyet azalıp kar artmaktadır.

4.2.Kalite Güvencesi

Kalite güvencesi, kaliteyi etkileyen tüm faaliyetler üzerinde kontrol hâkimiyetinin kurulması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi yolu ile kuruluşun yönetimi için belirli kalite hedeflerine uygun olarak kalite fonksiyonunun işlerliğine ilişkin güvence sağlarken, bir yandan da çeşitli amaçlarla (belgelendirme vb.) dışarıya karşı kalite sisteminin işleyişi ile ilgili olarak, sunulan mal ve hizmetlerin kalite düzeylerinin beklentileri karşılayacağına dair güvenceleri ve bunların delillerini oluşturur. Sağlık bakım hizmetlerinin özelliklerinden dolayı, kalite kontrolü sağlık sektöründe uygulanamayan bir yaklaşımdır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde

³⁹ A. Yanık, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma, İÜ, SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT),İstanbul, 2000,s.18

⁴⁰ Günal, s.37

kalite sağlama kavramı kalite güvencesi adı altında başlamış ve sağlık sistemiyle bütünleşmiştir⁴¹

Kalite güvencesi, hasta tatmini üzerinde de profesyonel anlamda durmaktadır. Bilimsel yaklaşım yanında kişilerarası ilişkileri ele almakta ve bakımın sanatsal yönünü de değerlendirmektedir. Hasta tatmininin kalite güvencesi faaliyetlerinde üç önemli rolü bulunmaktadır; kaliteyi onaylayan ve istenilen bir sonuçtur, kalite göstergesidir, yüksek kalite için hedeflenen bir ölçüttür. Hasta tatmin olmadığı sürece yüksek kaliteden söz edilemez.⁴²

4.3. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Uluslararası standartlar organizasyonu (ISO) Kalite Kontrolünü kaliteyi oluşturmak, korumak, geliştirmek ve üretimi müşteriye tatmin edecek en ekonomik seviyede sürdürmek için üretici tarafından uygulanan işlemler dizisidir şeklinde tanımlamaktadır.⁴³

TKY, uzun vadeli hedeflerle tüketici tatmini sağlamayı, çalışanlar ve toplum için faydalar elde etmeyi amaçlayan, kaliteye odaklanmış ve tüm çalışanların katılımı temeline dayanan bir işletme yönetimi modelidir. Buna benzer başka bir tanımlamada TKY, ortak hedefi paylaşarak ekip halindeki çalışmayı, müşterilere en üstün değerleri yaratmayı, değişikliği desteklemeyi, yaratıcılığı ödüllendirmeyi ilke edinerek, gücünü insanlardan alan ve mükemmelliğin sağlanmasında tüm çalışanların sorumluluğu olduğunu savunan bir yönetim felsefesi olarak düşünülmektedir. İki tanımda da ortak nokta TKY'nin hedefinin örgütteki herkesin aktif katılımı ile müşterilerin tatminini sağlamak ve sonuçta da karlılığa ulaşmaktır⁴⁴

TKY'nin yapısı dikkate alınarak ayrıntılı bir tanımlama şu şekilde yapılabilir:“TKY, müşteri ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanması ve iş

⁴¹ F. Sarvan- O. Berk, “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İÜ İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, S.24 C.2 s.17'e atfen

⁴² A. Yanık, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma, İÜ, SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), İstanbul, 2000, s.20

⁴³ Günel s.36

⁴⁴ H. Hayta, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması Denizli Merkezi Örneği, Muğla Üniversitesi (MUÜ), SBE, YYLT, Muğla, 2008, s.11

sonuçlarında mükemmelliğe ulaşılabilmesi için tüm süreçlerde kusursuzluğun, sıfır hata prensibine dayalı olarak sürekli kılınmasını ve bu sürekliliğin işletmenin bütün iç ve dış çevresinin katılımı ile hayata geçirilmesini hedefleyen; yönetsel ve organizasyonel yapıda insan unsurunu sürekli eğitim ve grup çalışmasıyla ön plana çıkaran; sürekli gelişme ilkesiyle işletmenin rekabet gücünü artırmayı amaçlayan; tüm bunların da ancak en üst düzeyde sorumluluk bilincine sahip bir liderlik anlayışıyla gerçekleştirilebileceğini savunan çağdaş bir yönetim anlayışıdır.⁴⁵

TKY, müşteriye odaklanmış bir yönetim sistemidir. Bireysel değil grup çalışması gerektirir. TKY’de kaliteye ulaşmak için üst yönetimden başlayarak kademeli bir şekilde tüm çalışanlara kadar herkesin sorumluluğunu yerine getirmesi ekip çalışması ve disiplin süreklilik gerektiren bir durumdur. Yeniliklerin takip edilmesi, sürekli eğitim, sorumluluk bilinci gerektirir.

TKY’nin sağlık hizmetleri sektöründe de uygulamaya başlaması, TKY ile diğer kalite yönetim teknikleri arasındaki farklılıkların neler olduğu sorusunu gündeme getirmektedir. Her şeyden önce TKY, kalite güvencesi ve kalite kontrol tekniklerinin kavramsal olarak farklı bir yaklaşımıdır. Kalite kontrolü, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir. Kalite güvencesi ise, sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve gerektiği zaman değerlendirme sonuçlarına göre bu hizmetlerin sunumunda gerekli düzenlemelerin yapılmasıyla ilgili faaliyetlerdir. Kalite güvencesi, standartlar, bu standartlara mevcut durumun karşılaştırılması ve standartlarla karşılanamayan faaliyetleri düzeltici üç temel unsurda oluşmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi ise, kalitenin sürekli gelişmesi için, planlama ve uygulama aşamalarında, örgüt genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu bir örgütsel kültürü yaratma yolundaki çabaların tümünü kapsayan, yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesidir.⁴⁶

Sağlık hizmetleri; arzının pahalılığı, talebin tüketici tarafından belirlenememesi, bir bölümünün toplumsal olması, sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüfî iliği ve talep esnekliğinin katı olması gibi bir takım özelliklere sahiptir.

⁴⁵ Hayta s.11-12

⁴⁶ Günel. s. 42; Tugu, s.34’a atfen

Gerek sağlık hizmetlerinin bu özellikleri, gerek, ortalama yaşamın uzaması ile ekonomik anlamda tüketici konumunda olan yaşlı nüfus artışı gibi nüfus yapısı değişiklikleri, sağlık-insan gücü-teknoloji maliyetinin artışı gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine mali ulaşılabilirliğin azalması ve gerekse hizmetin sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğrulabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde TKY'nin gerekliliğini arttırmaktadır. İşte bu yüzden, ülkeler sağlık politikalarını belirlerken; kalite, etkinlik, verimlilik, harcanan değer olma gibi kavramlar sağlık sektöründe de tartışır ve hatta uygulanır hale gelmişlerdir.⁴⁷

Tky özellikle ürün ve kalite hizmetinde ve ötesinde en üst kaliteyi yakalayan yaklaşımlar göstermektedir. Sürekli ürün geliştirmeye çalışmakta, üretim gözden geçirmektedir. Ekip çalışmasını ön planda tutup çalışan kişileri bir araya getirmektedir. Bunlara yetki ve sorumluluk vererek işbirliği ile çalıştırmaktadır. Müşteri istek ve taleplerini karşılama memnuniyeti göz önünde bulundurup taleplerini karşılama bunu sürekli hale getirmeye çalışmaktadır. Anlayış ve güvene dayalı bir yönetim oluşturmaya ve kurumsallaşmayı sağlamaktadır. Üst düzey yöneticiler yönetimde istikrarlı kalite anlayışına dayalı bir yönetim ile yönetmektedir.

Toplam kalite yönetiminin üretim sektöründe uygulanması, hizmet sektörüne göre daha kolaydır. Sağlık hizmetlerindeki uygulamalar çok daha zor ve uzun bir çalışmayı gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta bakımı en son bilgi, dengeli yüksek standarttaki beceri ile uygulanmalıdır. Sağlık hizmeti bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilmeli hassas ve değişken çevre koşullarına uyum sağlayabilmelidir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmeti, hastanın tatminini sağlamaya yönelik olmalı ve hasta tatmini ile ilgili çalışanlara ağırlık verilmelidir. Hastanın fiziksel, psikolojik ve tıbbi beklentilerine cevap verebilmeli ve her konuda tatmin olması sağlanmalıdır.⁴⁸

TKY, çeşitli yönetim ilkeleri teknikleri ve araçları içermektedir. Toplam kalite yönetimini oluşturan temel ilke ve araçlar şekil18-5'de verilmiştir. Bu ilkeler

⁴⁷Günel, s.41;Biçkes, s.30' atfen

⁴⁸Günel s.46

toplam kalite yönetimi yaklaşımını diğer kalite yönetimi yaklaşımlarında farklı kılmaktadır. Kurumsal faaliyetlerde bu ilkelere yeterli özenin gösterilmesi ve araçların doğru biçimde uygulanması sonucunda kalite, verimlilik, müşteri tatmini ve personel tatmininde artmayı sağlamaktadır. Performans kalitesinde beraberinde artırmaktadır.⁴⁹

4.4.Hastane Kalite Sistemi (HKS)

Sağlık hizmetlerinde bir marka olan **HKS** hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliği ve memnuniyeti açısından büyük öneme sahiptir. Hastanelerde sunulan hizmet süreçleri ile hastaneyi fiziki ve teknik açıdan sorgulamayı, hizmet sunum standardı sağlamayı amaçlayan, standartlar hastanın hastaneye başvurmasından itibaren salahiyet veya ölüm haliyle son bulan tüm süreçleri içeren bir sorgulamayı öngörmekte.⁵⁰

Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanelerimiz için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına ulaşılmaktadır.⁵¹

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini **kalite kriterleri** oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden

⁴⁹ Kavuncubaşı-Yıldırım, s.466

⁵⁰ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönetim(www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular/_2011/2011/.../3k.pdf) (13.08.2013)

⁵¹ H. Güler-A. Öztürk -S. Hafız Kapan -D. Tarhan- S. Süzük ve diğ. “Hastane Kalite Standartları” (Ed. A. Çinal-M. Demir), Ankara, 2011,s.3

oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır. Ayrıca, dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda **Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemine** sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri de görmek mümkün.⁵²

Türkiye sağlık sisteminde; amacı, hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat edilmiştir. Bilimselce doğru bir metodoloji izlenerek hazırlanan ve gelişim sürecinde de aynı titizliğin gösterildiği bu çalışmalarda **“Hastane Hizmet Kalite Standartları”**nın etkinliği ve kabul edilebilirliği artmakta ve tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin ana eksenini oluşturan **“Hastane Hizmet Kalite Standartları”** hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir. Yapılan bu çalışmalar gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmaları besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir.⁵³

⁵² Güler- Öztürk - Hafız Kapan -Tarhan -Süzük ve diğ., s.3-4

⁵³ Güler- Öztürk - Hafız Kapan - Tarhan - Süzük ve diğ.,s.7

Hastane kalite standartları uzmanlar tarafından hazırlanarak belli kriterler çerçevesinde kabul eden maddelerden oluşmaktadır. Bu maddeler kurumsal gelişme ve performansı artırmaya yönelik kriterlerden oluşmaktadır. Bu kriterler hastane kalite sisteminin artırılmasını daha iyi hizmet ve beraberinde memnuniyeti artırmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA TATMİNİ

1. HASTA KAVRAMI

Sağlık kuruluşlarının müşterileri de hastalardır. Ancak son zamanlarda yaşanan gelişmeler sonucunda bu düşünce giderek geçerliliğini yitirmiştir. Günümüzde sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar, müşteri olarak kabul edilmektedir. Toplam Kalite Yönetimi anlayışında yer aldığı gibi, sağlık kurumlarının müşterileri iki grupta toplanabilir. Bunlar, iç müşteriler ve dış müşterilerdir. İç müşteri, sağlık kurumunda çalışan veya kuruluş ile organik bağı olan kişi ve gruplardır. Dış müşteri ise, sağlık kuruluşunun temel hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlardır. Sağlık kurumlarının faaliyetlerini sürdürüp amaçlarını gerçekleştirebilmeleri, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerilerine bağlıdır.⁵⁴

Modern yönetim yaklaşımlarında, bir organizasyon içinde görev alıp çalışan bireylerin, profesyonel (mesleki) tutum ve davranışları açısından sorumlu oldukları üç temel müşteri grubu tanımlanmaktadır.⁵⁵

Şekil 4:Global, Dış ve İç Müşteriler

1- Global Müşteri	Tutum ve davranışlarımızdan dolaylı olarak etkilenen kişi ve Kuruluşlardır.(Toplum, Tıbbi Etik, Sağlık Bakanlığı vb)
2- Dış Müşteri	Mesleki faaliyetlerimiz sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır. (Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, Sigorta kuruluşları vb.)
3- İç Müşteri	Mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır.(Hekim, Yönetim, Çalışma Grubu vb.)

Kaynak: O., Engiz, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini’’ Hastane Yöneticiliği,(Ed. O. Hayran-H. Sur), İstanbul,1997,s.61

⁵⁴N. Tatarlı, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Abant İzzet Baysal Üniversitesi (AİBÜ), SBE, YYLT, Bolu,2007,s.50

⁵⁵Günel, s.48

Sağlık kuruluşları açısından bakıldığında, daha önceleri sadece hastalar müşteri olarak kabul edilirken, bugün gerçek anlamda sağlık hizmetleri sürecine katılan tüm bireyleri müşteri olarak kabul edilmektedir. Genellikle iç ve dış müşteri tanımları yapılmaktadır.⁵⁶

İç Müşteri: Sağlık kurumlarında çalışan veya sağlık kurumlarıyla ilişkisi bulunan kurum personelleridir. Kurum personeli yöneticiler hekim, hemşireye diğer çalışanlar danışmanların tamamı iç müşterilerdir.

Dış Müşteri: Sağlık kurumunun temel çıktılarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler ve ziyaretçiler, devlet, diğer sağlık kuruluşları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları dış müşterilerdir⁵⁷

2. HASTA TATMINI VE HASTA TATMİNİNİN ÖNEMİ

2.1.Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet, yaşam şekli, yaşanmış deneyimleri, toplumsal değerleri bulunduran, gelecek beklentilerini karşılayan ve birçok faktör bulunduran kavramları içermektedir. Müşteri tatmini müşterilerin herhangi bir mal ya da hizmet alma kararından itibaren mal ya da hizmeti araştırması, bulması, alması, kullanması, tamiri, bakımı ve tüketmesi süreçlerinde yaşadığı durumlar ve elde ettiği yararlar ile istek, beklentilerini karşılaştırması sonucunda ulaştığı kanaati olarak tanımlanabilmektedir. Tatmin beklentinin istenildiği boyutta karşılanması olarak görülebilmektedir.

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı seklide tanımlanabilmektedir. Hasta beklentilerinin karşılanması

⁵⁶Hayta, s.62

⁵⁷Hayta, s.62

hasta memnuniyetinin sağlanmasında çok hassas bir belirleyicidir. Beklenti ise; herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ya da olacağına inanmak olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir.⁵⁸ Hastalar sağlık bakım sistemine çeşitli bireysel özellikleri, tutumları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler. Hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere, çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilir.⁵⁹

Hasta tatmini, tüketicinin üründen beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan ürünün gerçek performansı arasında algıladığı farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Tatmin düzeyinin, üründen beklenen fayda ile elde edilen fayda arasındaki orana bakmak suretiyle belirlenmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Hizmetin tüketimiyle elde edilen performans mevcut beklentileri en azından karşılıyorsa ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşın, beklentilerin altında kalınıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir.⁶⁰

ABD’de Ulusal Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir araştırma, sağlık çalışmalarının hasta tatminini ciddi bir ölçüt olarak kabul edilmesi gerektiğini gözler önüne sermiştir. Bu gerekliliğin 3 ana nedeni olduğu belirtilmektedir. Öncelikle, tatminin önemli bir “sonuç ölçütü” olduğu yolunda birçok kanıt ileri sürülmektedir. Hastaların önerilen tedaviyi izleyip izlemediklerini, tedavi için yeniden başvurup başvurmadıklarını ve sağlık hizmetlerini sağlayan kurum ya da kişiyi değiştirip değiştirmediklerinin bir göstergesi olarak değerlendirilmesi görüşü ağırlık kazanmaktadır. Ayrıca, tatminin sağlık durumundaki gelişmelerle ilgili olduğuna dair kanıtlar çoğalmaya başlamıştır. İkinci olarak hasta tatmini iletişim modelleri oluşturma ve görüş alış verisinde bulunma için gidecek faydasını artıran bir ölçüt

⁵⁸Özkara, s.83;D. Özmen, “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması”, II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir, 1999, s.532–538’e atfen

⁵⁹Özkara, s.83

⁶⁰A. Üzgöl, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti” Toplam Kalite Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Gazi Devlet Hastanesi, Ankara 2006,s.21

sekinde ele alınmaktadır. (Bilgi verme, hastayı bakım ile ilgili kararlar ve sigortada olgunun içine katma vb.) Üçüncü olarak hastadan geri bildirim yoluyla elde edilen bilgilerin sağlık bakımı sağlama ve düzenlemede alternatif yöntemlerin seçiminde sistematik olarak kullanabileceği yolunda görüşler öngörölmektedir. (Konsültasyon süresi, bakımın saatlerinin ayarlanabilmesi vb.)⁶¹

2.2. Hasta Tatminin Önemi

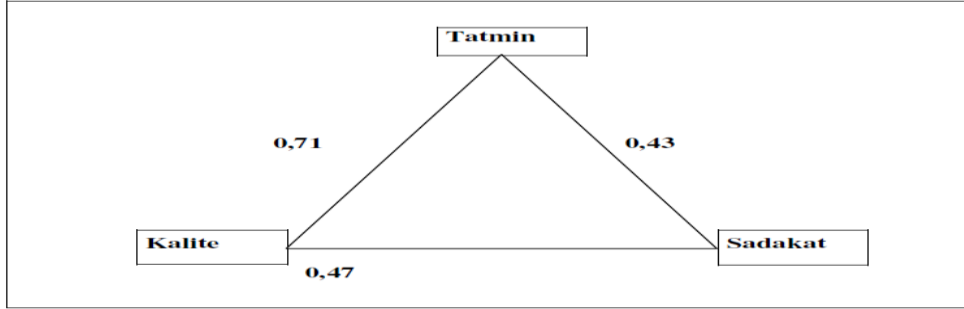
Sağlık kurumlarında kaliteyi belirleyen kriterlerden biride hasta tatminidir. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti göz önünde bulundurma nedenlerinden biri insancıl yaklaşım yani, hastaların hassas olmaları duygusal fiziksel ekonomik kaygılarının olmasıdır. Diğer bir nedende etkililik, hizmetin daha etkili olabilmesi için memnun olmasını sağlamak ve beraberinde hastanın uyumunu daha da kolaylaştıracaktır. Hastalara insancıl bir hizmet verilmesinin hukuki bir boyutu varken, kişiliklerine, değerlerine saygı sunulması gerekmektedir. Ekonomik durum hastalar için tercihi değiştiren bir durumdur. Ekonomik yaklaşımlar, ekonomik durumlar nedeniyle, tercih olanağının çok olması, kurumların hastanın memnuniyetini göz önünde bulundurularak ve tercih edilebilmek için hasta v yakınını memnun etme zorundadırlar. Kalıcı, sürekli müşteri bulabilmek için de kurumlar hastanın memnuniyetini sağlama, kaliteyi iyi pazarlama zorundadırlar. Hastaların memnuniyetini başkalarıyla paylaşmaları aynı kurumu tekrar tercih etmelerini sağlamalarını sağlayarak, gelen hasta potansiyelini artırma beraberinde pazarlama gücünün artırmaktadır.

Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır. Çeşitli Araştırma sonuçları, hasta sadakatinin, hastaların demografik ve psikolojik özellikleri, sağlık durumları, hizmetin sunumu gibi faktörlerden etkilenmesi yanında hasta tatmini ile de ilişkili olduğunu göstermektedir. Steiber ve Krowinski, Amerika’da yaptıkları bir araştırmada kalite, tatmin ve hasta sadakati arasında yüksek düzeyde bir korelasyon bulunduğunu belirtmektedirler. Bu araştırmada bulunan tatmin ile kalite arasındaki ilişkinin 0.71, tatmin ve hasta

⁶¹ Hayta,s.63-64

sadakati arasındaki ilişkinin 0.43 ve kalite ile hasta sadakati arasındaki ilişkinin de 0.47 olduğu Şekil 5’te görülmektedir.⁶²

Şekil 5:Kalite ,Tatmin ,Sadakat Arasındaki İlişki



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı,-S. Yıldırım, Hastane ve Kurumları Yönetimi,2010,s.479

Buna göre sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlerden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir.

Hastaların sağlık kuruluşuna sadık olduklarında tekrar gelmekte ve sağlık kuruluşlarında kalıcı müşteri elde ederek kar markajını artırabilmektedir. Sadık hasta sonraki hizmet ihtiyacında tekrar aynı hastaneyi tercih etmektedir. Buda hastanenin kar elde etmesine ve memnuniyetine gelir dağılımına yansımaktadır.

Hasta sadakatinin diğer bir etkisi de memnun hastaların kurumu ürün/hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesidir. Gerçekten de yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının kuruluşun devamlı hastaların tavsiyeleri ile elde sonucunda ortaya konmuştur. Artık kuruluşlar sadık hastalarla çalıştıklarında, elde edecekleri kazancı hesaplamaktadırlar. Örneğin, ABD’de hayatı boyunca bir özel hasta eden hizmet alan hastadan (ortalama büyüklükteki ailesi ile birlikte) elde edilebilecek değer 250.000\$ olduğu belirlenmiştir. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin de eski bir hastayı elde tutmaktan 5–7 kez daha fazla olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.⁶³

⁶²Günel, 60-61;Steven R. Steiber; William J. Krowinski, “Measuring and Managing Patient Satisfaction”, AHA American Hospital Publishing, inc. 1990, s.21 ‘e atfen

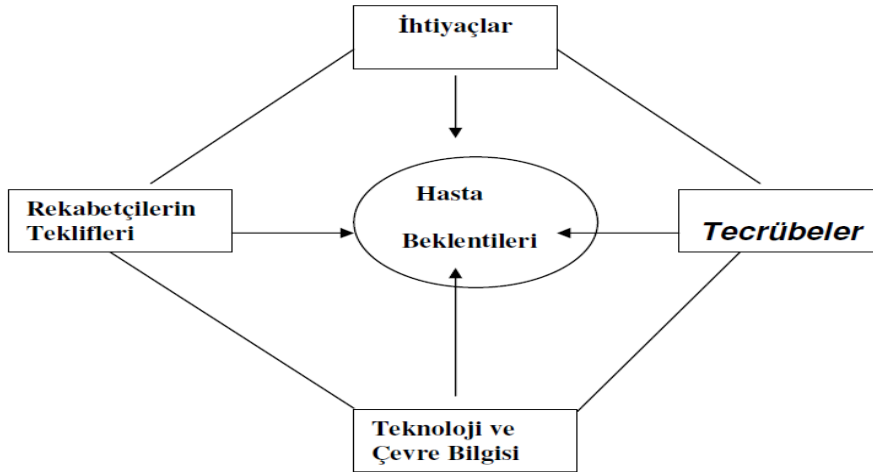
⁶³Günel, s.62

Hasta ile güvenebileceği bir kuruma gittiğinde iyi hizmet almışsa tekrar gelir. Hastanenin kalıcı müşteri potansiyeli böylelikle artar. Kurumdan memnun kalındığında tekrar gelmekle kalınmayıp kalıcı müşteri olmanın yanında ,müşteri sağlığı için gerekli hizmeti alabilmek için harcama yapmaktadır. Böylelikle kuruluşun karı artmaktadır.

3. HASTA BEKLENTİLERİ

Beklentiler, müşterinin (hastanın) kullanacağı ürün performansına yönelik tatmin ve inançlardır. Bir başka tanıma göre beklentiler, müşterinin (hastanın) bir ürünün ya da hizmetin özelliklerine ilişkin ya da gelecekteki bir zamanda tercih etmesi konusundaki inançlarıdır.⁶⁴

Şekil 6:Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Vincent K.Omachonu, “Total Quality Productivity Management in HealthCare Organizations”, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991, s.43

Müşteri tatmininin oluşumu hakkında literatürde birbirinden farklı kurmalar geliştirilmiştir. Söz konusu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması, Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki), Benzeşim, Benzeşim – Karşıtlık, Denksellik, Atfetme,

⁶⁴ Günel,s.51

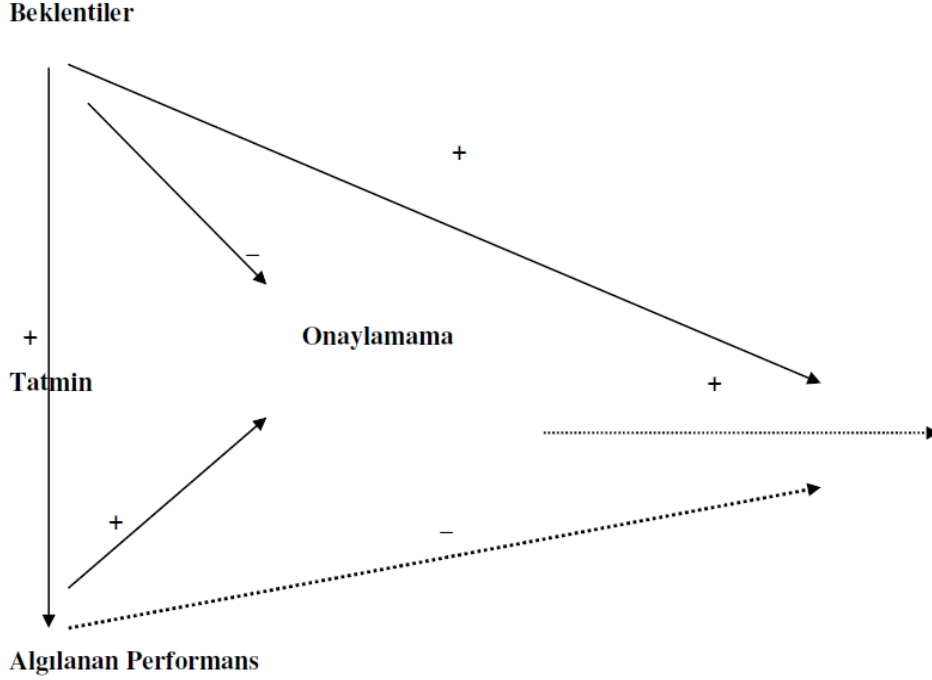
Kıyaslama Düzeyi ve Uyumlaştırma kuramlarıdır. Ancak, bu alanda en çok kabul gören kuram; Beklentinin Onaylanmaması Kuramı'dır.⁶⁵

Richard Oliver'in beklentinin onaylanmaması kuram'ına göre, müşteriler satın alma ve kullanma öncesinde, ürünün kullanım anında göstereceği performansa yönelik beklentilere girerler. Burada beklenen sonuç tatmindir. Söz konusu kurama göre, müşteri satın alma eylemine beklentileriyle girmekte ve satın alma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satın alma öncesindeki beklediği ürün performansını kıyaslamaktır. Kıyaslama sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir. Sekil-7'de görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin yargılarının beklentiler ve beklentilerle algılanan performans kıyaslaması sonucu oluşan onaylamamanın tatmin, negatif onaylamama ise tatminsizlik şeklinde duygusal tepkilere neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ürünün performansı, beklenenden daha iyi, aynı ve çok daha kötü çıkabilir.⁶⁶

⁶⁵Günel, s.52

⁶⁶Günel, s.53

Şekil 7:Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci



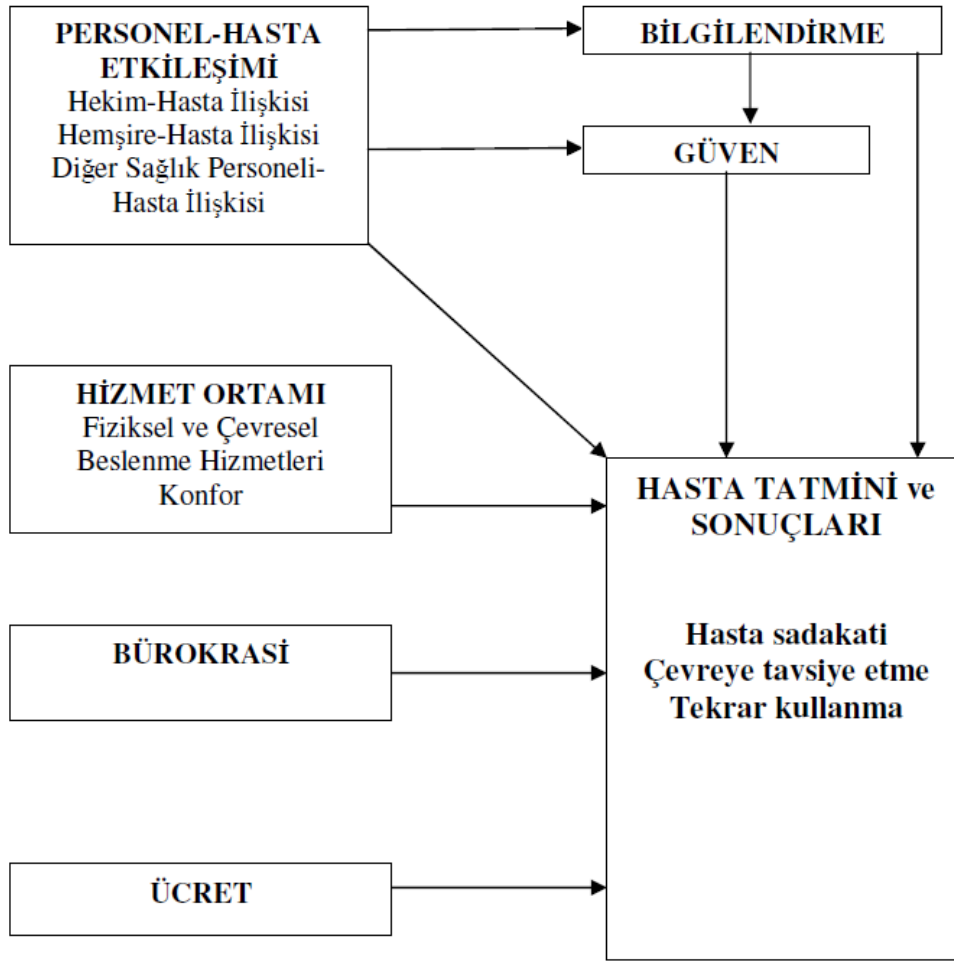
Kaynak: N., Deveci, “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S.1, C.8, İzmir, 2006, s.125

4. HASTA TATMINİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta tatmini, bireysel ve sosyal olarak, yaşam tarzı, geçmişteki tecrübeler, gelecekteki beklentiler ve değerleri içine alan karmaşık bir kavramdır. Bu nedenle, hastane yöneticileri, hastaların beklenti ve isteklerini karşılamadakinin, hasta tatminini etkileyen faktörleri belirlemeleri gerekir. Ancak kavramın çok boyutlu olması, onu etkileyen unsurların belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda tam bir fikir birliği olmamakla birlikte, araştırmalar, aşağıda belirtilen unsurların hasta tatminini önemli derecede etkilediğini ortaya koymaktadır.⁶⁷

⁶⁷ Tatarlı, s.54; Yanık, s.55 ‘e atfen

Şekil 8:Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı-S. Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.481

4.1. Bilgilendirilme

Hasta ve yakınları hassasiyeti göz önünde bulundurulursa kendileriyle ilgili sağlık durumları hakkındaki hususlarda daha anlayışlı olmaları ve kabullenmeleri için doktor ve sağlık personelleri tarafından bilgilendirilmenin önemi vardır. Hastalar hastalıkları ile ilgili durumlarda endişeli, nasıl bir işleme maruz kalacaklarını bilmez, tedavi süreçlerini tedavi aşamalarını merak eder. Hangi ilaçların kullanılacağını tedavinin ne kadar süreceğini hastalığının gidişatını nedenlerini, vb. konularda merak ve kaygı içindedirler. Bu nedenle, bilgilendirilmeyi beklerler. Daha uyumlu bir süreç geçirebilmenin yollarından biride bilgilendirilmedir.

Bilgilendirilme hastanın yalnızca tatmin oluşunu etkilememekte, hizmet kalitesini de aynı zamanda etkilemektir. Tedavi süreci içerisinde verilen ayrıntılı bilgi hastanın tedaviye uyumunu sağlamakta, sağlık personeline güven ve memnuniyeti artırmakta, tedaviye bağlılığına olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Sağlık personelinin hastaya yeterli bilgilendirebilmesi hastanın kendini değerli yâda değersiz hissetmesinde önemli faktörlerden biridir. Sağlık personelleri hastaya hastalığı hakkında bilgi verdiğinde sade ve hastanın anlayabileceği şekilde bilgilendirmelidir.

Bilgilendirme, ayrıca, temel hasta haklarından da biridir. Ülkemizde hasta hakları yönetmeliğine göre, hastalar, sağlık durumları, kendilerine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tedavi olanakları, tedavinin kabul edilmemesi durumunda, olası sonuçlar, hastalığın seyri, neticeleri konusunda sözlü ya da yazılı bilgi isteme hakkına sahiptir.⁶⁸

4.2. Beslenme Hizmetleri

Hastalıkların yayılması başka sebeplerin yanında, kişilerin bünyelerinin zayıf düşmesine, yanlış ve yetersiz beslenmelere de bağlıdır. Bazı hastalıklarda bulaşma bünyenin sağlamlığıyla ya da zayıflığı ile ilgili olmadığı halde, birçok hastalık zayıf bulunduğu bünyede yerleşir. Bünyesi güçlü olan pek fazla etkilemez. Bu nedenle; koruma hizmeti, bireylerin bünyelerinin hastalıklara karşı direnç kazandırılması yolu ile de yürütülür. Bunun için asılama ve koruyucu ilaç dışında, genel olarak beslenmenin sağlanması da hastalıkların yayılmasını azaltır. Her şeyden önce bireylere gerekli bilgiler verilir. Kişiler piyasadaki firmaların, besin ihtiyaçlarını karşılamak için sundukları reklamların etkisi altında kalarak, sağlık konusunda doğru bilgiler alma olanağından yoksundurlar. Bu nedenle bu bilgileri, bir kamu hizmeti olarak devlet sağlar.⁶⁹

⁶⁸Tatarlı, s.56

⁶⁹Özkara, s.79

Hastalar, yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeğin sunulushundan, görüntüsünden ve yemeği sunan kişilerden de etkilenmektedir ⁷⁰ Sunulan yemeğin görüntüsü hijyenik koşullarda verilmesi, örneğin tek kullanımlık kaplarda verilmesi, yemek çeşitli olması, kaliteli bir sunum şekli hastanın memnuniyetini de etkilemektedir.

4.3. Bürokratik İşlemler

Hastaların sağlık kurumlarına başvururken ya da hizmet alma esnasında uygulanan işlemlerin sayısı, bekleme süreleri ve bu resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir. Yalnızca, muayene değil yatış, yâda taburculuk esnasında prosedüre gereği birçok işlemten geçmede bürokratik işlemler sırasında bekleme süreleri tatmin düzeyini etkilemektedir.

Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin (resmi işlemler) tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır.⁷¹

Hastaların sağlık hizmetini alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bunların tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkiler. Hastalar, doğal olarak ihtiyaç duydukları hizmeti en kısa sürede almak isterler. Bürokratik işlemler arttıkça zaman kaybı da artmaktadır. Zamana ilişkin hasta tatminsizlikleri, teşhis aşamasında, hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıkmaktadır.⁷²

Kayıt işlemlerini esnasında muayene olmak için, tahlil verirken, sonucunu alırken beklemek hastalar üzerinde gerginlik ve stres düzeyini artıran negatif

⁷⁰Tatarlı, s.57

⁷¹Kavuncubaşı-Yıldırım, s.484

⁷²Tatarlı, s.57-58

durumlardır. Yapılan birçok araştırma sonucunda bekleme süresinin artması hasta tatmin düzeyini düşürdüğü gibi hastanın stres oranını artırmaktadır.

4.4.Güven

Hastalar, aldıkları hizmetin hem gereksinmeleriyle ilişkili hem de yeterli miktarda olmasını istemektedirler. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararına katılımlarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır.⁷³

Hasta bireyler kendisine konulan teşhise uygulanan tedaviye güven duymak istemektedir. Çoğu zaman da bilinç yerinde değildir ya da bakımın özelliği nedeniyle karar verici durumda bulunamamaktadır. Bu yüzden hasta ve yakını bulunduğu sağlık kurumuna, sağlık personeline, uygulanan tıbbi bakıma, doktoruna güven duyma ihtiyacı duymaktadır.

4.5. Ücret

Hasta tatminini etkileyen bir diğer önemli faktör, verilen hizmetin ücretidir. Ücret konusu, özellikle bir sosyal güvencesi veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Hastalar, kaliteli hizmetleri, en düşük ücretle almayı istemektedirler. Yüksek hastane faturaları, hastaların tatminsizliğini arttırmaktadırlar⁷⁴

Sosyal güvencesi olmayan hastalar için ücret önemlidir. Hastalar kaliteli hizmetleri en düşük ücretle almak isterler. Hizmetlerin maliyeti ve ödeme kolaylığı önemlidir. Yüksek hastane faturaları, hastaların tatminsizliğini artırmaktadır. Ancak sosyal güvencesi olan hastalar için, diğer faktörler daha önemlidir.⁷⁵

⁷³Kavuncubaşı-Yıldırım, s.484

⁷⁴Günel s.60

⁷⁵Hayta, s.67

4.6.Hasta - Doktor İlişkisi

Hekimlerin kişilerarası ilişki (interpersonal relationship)becerisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar. Kavuncubaşı, Esatoğlu ve Ersoy tarafından yapılan araştırmaya göre; yaşlı hastalar, doktorlardan, hastalara karşı yakın ve arkadaşça davranmalarını hastalara yeterli zaman ayırmalarını, hastaları dinlemelerini, yardımı ihtiyaç duyduklarında hemen yanıt vermelerini ve yeterli teknik bilgiye sahip olmalarını istemektedir. Hekim davranışı, hasta tatmini yanında, verilen hizmetin etkililiğini de arttırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler.⁷⁶

Hasta–doktor ilişkisi konusu, 1990’dan sonra uygulanmaya başlanan TKY programlarında, hastaların hizmetlerle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin ve hasta tatmininin dikkate alınmasıyla önem kazanmıştır. Sağlık hizmetinin sunumunda üstlendikleri rol nedeniyle, hasta-doktor ilişkisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Bu faktörün unsurları ise, seçenek, yeterlilik, iletişim, merhamet, devamlılık ve ilgi çatışması olarak sıralanabilir.⁷⁷Bunları sırayla şöyle, açıklamak mümkündür.

Seçenek: Hasta ve doktor açısından ilişkisinin önemli bir unsurdur. Hasta hekim seçme, muayene olacağı ortamı, hekimi seçebilme imkânları verilmesi gerekirken, alternatif tedavi olanakları arasından secim yapabilmesi gibi önemli kararlar da tercihi de etkilidir.

Yeterlilik: Hastalar, doktorların alanlarında uzman olmasını yeterli bilgi ve donanımına sahip olmasını, tedavi, cerrahi, teşhis konusunda ve klinik karar becerilerinin iyi olmasını isterler.

⁷⁶Günel, s.57-58

⁷⁷Tatarlı, s.54

İletişim: Doktorların hastalarını dinlemesi, anlaşılabilmesi, anlatabilmesi ve hastayı anladığını hissettirmesi iyi bir iletişim kurmalarıyla alakalıdır. Doktorlar kuracakları iletişim ile hastaların, tedavilerinin hayati değerlerinin, tedavi aşamasının gidişatına ve aile üzerinde etkileri vardır.

Merhamet: Hastalar hastayken daha hassas olurlar. Hastalar zor ve sıkıntılı zamanlarında, kendilerine karşı nezaketli, duyarlı yaklaşılmasını şefkatli ve merhametli olmalarını isterler.

Devamlılık: Sık sık doktorun değişmesi, hastaların memnuniyetsizliğine tedavinin doktora göre değişmesine hastanın kendini her defasında tekrar ifade etmesi neden olmaktadır. Bu durumda hastanın moralini bozma güven ya da uyum sorunu yaşamasına neden olmaktadır. Hasta, doktoruna bağlanmakta; doktorun değişmesi durumunda, böyle bir ilişkinin kurulması zaman almaktadır.

İlgi çatışması: Doktorların, hastasına ilgisini belli etmesi, empati kurması, yakın ve samimi davranması, hastanın doktoru kabullenmesi, tedavisine güvenmesi, hastanın beklentilerini olumlu yönde etkileyerek hastanın daha da tatmin olmasını sağlamaktadır.

4.7. Hasta - Hemşire İlişkileri

Yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süreci boyunca en fazla etkileşimde bulundukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire personelin davranışlarının hasta tatminine önemli etkisi bulunmaktadır. Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan araştırmada, hemşire personelin davranışlarından memnun olan hastaların genel tatmin düzeyinin de yüksek olduğu belirlenmiştir.⁷⁸

Hemşirenin hasta ile kurduğu iletişim, verilen bakımın niteliğini de etkiler. Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hemşire

⁷⁸Kavuncubaşı-Yıldırım, s.482

davranışlarından memnun olan hastaların genel tatmin düzeylerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir.⁷⁹

Günümüzde hemşirelerden, iyi niyetli, sevecen, ilgili, şefkatli bir yaklaşımla birlikte, planlı, amaçlı, hasta yararına bir tutum beklenmektedir. Hemşirelerin iletişimi kolaylaştıran teknikleri ve problem çözmen yöntemlerini bilmesi, empati kurabilmesi, ilişkideki sonuçları değerlendirebilmesi gerekmektedir.⁸⁰

4.8.Hasta Personel İlişkisi

Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör, doktor ve hemşireler dışında hastanenin farklı departmanlarında hizmet sunan diğer sağlık çalışanlarıdır. Hastalar, doktor ve hemşirelere göre bu grupla daha az etkileşimde bulunurlar. Ancak diğer sağlık personelinin sunduğu hizmetler, hastaların sağlık durumları ve hizmetin etkililiği üzerinde oldukça belirleyicidir. Hizmetin bir bölümünde veya hizmeti sunan grubun birinde aksama veya düzensizlik varsa, hastaların bu aksaklıkları algılamaları, diğer kararlarına da etki etmekte ve hastane imajını etkilemektedir.⁸¹

5. HASTA TATMİN ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Sağlık kuruluşları hizmet verirken tüm kuruluşlar rekabet içinde olmasından sürekli hizmet verme rekabet gücünü arttırarak pazarda sürekli hizmet verme gayreti içindedirler. Bu anlamda kuruluşlar hasta beklentilerini karşılama ve tatmin etmeye çalışarak, nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmaya öğrenmeye, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar.

Birinci ölçüm şeklinde örgüt, herhangi bir sağlık hizmetleri alanında verilmiş olan hizmetin, hastalar tarafından nasıl algılanacağını tüm boyutları ile ölçmek istemektedir. Ölçüm, hizmetin tüm boyutlarını kapsar. Örneğin; dâhiliye servisinde 3 gün geçiren hastalara; hizmet sunucular, genel konfor, temizlik, teknik yeterlik,

⁷⁹Tatarlı, s.55

⁸⁰Tatarlı, s.55-56; Yanık, s.61'e atfen

⁸¹Tatarlı, s. 56

beslenme hizmetleri alanlarında yapılan bir araştırma bu şekilde bir ölçümü kapsamaktadır. Örgütün, özellikle üzerinde durduğu hizmet birimlerinde yapılan araştırmalar ikinci ölçüm türü içerisine girmektedir. Örneğin; hastalara, sadece doktor hizmetleri konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu araştırma bu tip bir ölçüm şeklidir. Örgütün temel müşteri grupları üzerinde uyguladığı üçüncü ölçüm türü ise, hizmet süreçlerine ilişkin ölçümlerdir. Örneğin, hastaların hizmet zamanlamasını değerlendirmeksizin, örgütün kabul, taburcu ve hemşirelik hizmetleri gibi bir kaç anahtar süreci ölçmesidir.⁸²

Hasta memnuniyeti ölçümleri yapılırken yapılan anketin amaca uygun bir şekilde hazırlanmış olması, sorular hastayı rahatsız etmemeli ve kolay olmalı ve çok fazla zamanını almaması gerekmektedir. Mahremiyet, kişilik gibi unsurlara saygı gözetilerek rencide edici unsurlar bulundurulmaması, yapılan anketler analiz edilebilir istenilen konuları içermelidir.

Diğer araştırma konularında olduğu gibi, hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında da direkt ve indirekt yöntemler kullanılabilir. Direkt yöntemler, tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. İndirekt yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak gerek hasta şikâyet ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geri bildirimler, gerekse "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Direkt ve indirekt yöntemlerin birbirlerine göre çeşitli avantajları vardır.⁸³

Direkt Yöntemlerin avantajları; soru ve yanıtların, amaca yönelik olmasını sağlaması, sorunlara ve iyileştirmeye açık konulara yönlendirme yapması, hastanın duygu ve düşüncelerinin doğrudan öğrenilmesini sağlaması, Endirekt Yöntemlerin avantajları, müdahale olmadığı için, rahatsız edici olmaması, spontan,

⁸²Günel, s.63

⁸³Türköz, Y. "Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği", <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm>, (22.02.2007)

yönlendirilmemiş veriler sağlaması, objektif göstergelerin kullanılmasını sağlaması olarak özetlenebilir.⁸⁴

Ölçme ve değerlendirme çalışmalarında kullanılan direkt ya da endirekt yöntemler, kantitatif (nicel) ve kalitatif (nitel) olmak üzere temelde iki farklı veri türü sağlamaktadır. Kantitatif olarak sınıflandırılan sayısal ve istatistiksel veriler, genellikle hasta tatmin düzeyinin, geçerlik ve güvenilirliği test edilebilen ölçüm araçları ile ölçülmesi sonucunda ya da hasta tatmininin indirekt göstergeleri olarak kabul edilen ölçülebilir kalite göstergelerinin izlenmesi ile elde edilmektedir. Kalitatif verilere ise yüz yüze ikili görüşme, telefon görüşmeleri, odak grup görüşmeleri ve gözlem gibi yöntemler ile ulaşılabilmektedir. Kalitatif ve kantitatif verilerin birbirlerine göre çeşitli avantajlarıdır.⁸⁵

Sağlık kuruluşlarında hastaların tatmin düzeylerinin belirlenmesine yapılan çalışmalar hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hastaların beklentileri karşılayarak daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlamakta ve hastaların memnuniyet düzeyini ölçmesi ve geliştirmesi için daha uygun sistemler geliştirilmelidir.

⁸⁴Günel, s.64

⁸⁵Günel, s.64

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ ÖRNEĞİ

1.KADIN DOĞUM HASTANESİ TEMEL BİLGİLER

1.1. Kadın Doğum Hastanesinin Faal Kapasitesi *

- Hastane 16.03.2009 yılından itibaren hizmete başlamıştır.
- Hastane 65.125m²'lik arsa alanında 3260m²'lik oturma alanına, 32.600m²'lik kapalı alana sahiptir.
- Hastane 3 Blok + Isı Merkezi + 1000 Tonluk Su Deposu + Trafo ve Jen. Binasından oluşmaktadır.
- Hastane odalarının tamamı duşlu, WC'li ve Tv'lidir.
- Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 10 adet ameliyat odası bulunmakta olup şuanda 8 ameliyat odası ile hizmet verilmektedir.
- Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 442 yataklıdır.

	2012
Yatan Hasta Sayısı	65.469
Yatılan Gün Sayısı	124.190
Günübirlik Hasta Sayısı	24.495
Yatak İşgal Oranı (%)	106.03
Ortalama Kalış Gün Sayısı	1.90
Poliklinik Sayıları	2012
Uzman Poliklinik Sayısı	247.623
Acil Poliklinik Sayısı	98.033
Diş Polikliniği Sayısı	298
Toplam Poliklinik Sayısı	345.954

*Kaynak: Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Arşivi, (02.09.2013)

POLİKLİNİK ODA SAYISI

Sıra	Branş	Adet
1	Kadın Hastalıkları ve Doğum	19
2	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3
3	Çocuk Cerrahi	1
4	Göz Hastalıkları	1
5	İnfertilite	1
6	Aile Planlaması	1
7	Yeni doğan	1
8	Evde Bakım	1
9	Diş Polikliniği	1
10	Çocuk Kardiyoloji	1
11	Diyetisyen Polikliniği	1
	TOPLAM	31

1.2.Kadın Doğum Hastanesi İnsan Kaynakları *

- Kadın Doğum Hastanesinde 2012 Aralık ayı itibari ile 19 Kadın Hastalıkları ve Doğum, 14 Çocuk Hastalıkları, 1 Çocuk Cerrahi, 3 Radyoloji, 6 Anestezi, 2 Biyokimya, 3 Mikrobiyoloji, 1 Patoloji, 3 Neonatoloji, 1 Göz Hastalıkları, 1 Embriyoloji, 1 Enfeksiyon uzmanı olmak üzere 56 uzman ve 7 Kadrolu, 3 Geçici Görevli pratisyen hekim ile hizmet verilmektedir.

- 2013 yılının haziran verilerinde 37 Kadın Hastalıkları ve Doğum,12 Çocuk Hastalıkları,3 Çocuk Cerrahi, 5 Radyoloji, 8 Anestezi, 2 Biyokimya, 2 Mikrobiyoloji, 4 Patoloji, 3 Neonatoloji,1 Göz Hastalıkları, 1 Embriyoloji, 1 Enfeksiyon uzmanı olmak üzere 79 uzman hekim hizmet vermektedir

- 2012 yılında Hastanede 171 Hemşire, 178 Ebe ve 138 diğer yardımcı sağlık hizmetleri personeli olmak üzere 487 sağlık personeli ile hizmet verilmektedir.

- 2013 yılında Hastanede 200 Hemşire, 221 Ebe ve 126 diğer yardımcı sağlık hizmetleri personeli olmak üzere 487 sağlık personeli ile hizmet verilmektedir.

*Kaynak: Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Arşivi, (02.09.2013)

- Hastanede 2012 toplam 696 kadrolu personel çalışmaktadır.
- 2013 yılında toplam 626 kadrolu personel çalışmaktadır.
- Hastanede 2012 yılında temizlik (125 kişi) , güvenlik (50 kişi), Otomasyon (70 kişi), Teknik Hizmetler (12 kişi) Yemekhane Hizmetleri (28 kişi) sınıflarında toplam 285 personel ile hizmet alımı yapılmaktadır.

2. DEMOGRAFİK DEĞERLER VE İLİŞKİLERİ

2.1.Cinsiyetlere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.

Tablo 1: Cinsiyetlere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

CİNSİYET	KİŞİ SAYISI	YÜZDE %	TOPLAM YÜZDE %
Kadın	129	92,1	92,1
Erkek	11	7,9	100,0
Toplam	140	100,0	

Analiz sonuçlarında cevaplayan kadın oranı erkeklerden çok daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Diyarbakır’ da özel dal merkezi olarak yalnızca bir kadın doğum hastanesinin olması nedeniyle kadın hasta oranının yüksek olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin daha çok muayene için çocuklarını hastaneye getirdikleri gözlemlenmiş Diyarbakır’da çocuk dal merkezlerinin olması da alternatif olarak düşünülebilmektedir. Merkezi olarak kadın doğum hastanesinin bir tane olması, alternatif seçeneğin olmaması da kadın oranının yüksek olmasına neden olarak görülebilmektedir. Kadın doğum hastanesini, kadınların daha çok tercih etmesi, doğurganlığın yüksek olması, kadınların çocuklara, yaşlı bireylere refakat etmeleri kadın oranını yüksek olmasında etkili olmaktadır. Erkek bireylerin kadın doğum hastanesini bir kadın hastanesi olarak düşünmeleri, toplum baskısı, tedavi görmeyi bir eksiklik olarak görmeleri erkek oranının az olmasında etkili olabilmektedir. Toplumumuzda özellikle güneydoğu bölgesinde kadın için doğurganlık önemli olduğu kadar, erkek için üretkenlik soyun devamı için önemli bir unsurdur. Üretkenliğin olmaması bir ayıp, eksiklik olarak görülmekte önemli bir sorun haline gelmesine rağmen toplumdan saklanmaktadır. Bu yüzden erkek bireyler cinsel problemlerinde daha az hastaneye gitmektedirler. Kadında doğurganlığı

nedeniyle tedavi görme, gebelik, aile planlaması, iltihap gibi durumlar nedeniyle daha çok hastaneye gitmekte ve buda oranın yüksek olmasında etkili olabilmektedir.

2.2.Yaşlara Göre Frekans Ve Yüzde Değerleri

Tablo 2: Yaşlara Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Yaşınız			
Yaş aralığı	Kişi Sayısı	Yüzde %	Toplam yüzde %
15-19	11	7,9	7,9
20-29	80	57,1	65,0
30-39	37	26,4	91,4
40-49	10	7,1	98,6
50 +	2	1,4	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanların Yaş Dağılımında en büyük oranın doğurganlık oranı yüksek olan 20 -29 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Yaş aralığı doğurganlıkla orantılı olduğu düşünülmektedir. Yaşlı nüfusun özellikle 40 yaş üstü grubun menopoza döneminin başlangıcı ve doğurganlık düzeyinin azalmasıyla beraber bu oran orantılı olarak azalmaktadır. Bireylerin 15 yaş sonrası evlendirilmeleri, erken gebelik, yaşa bağlı olarak gebeliklerin erken yaşta artması, beraberinde getirdiği sorunlar, hastaneye gelme gereksinimlerinin artması etkili olmaktadır. Doğurganlık dönemi olan yaş Aralığının 15 yaş sonrası ile menopoza başlangıcı arası dönemde yüksek olmasına neden olmaktadır. Menapozun başlangıcı, yani doğurganlığın azalarak gebe kalma ve beraberinde getirdiği sorunların azalması menstrual (adet kanaması) sıkıntılarının azalmasına ve hastaneye gitme gereksinimleri azalmaktadır. Bölge olarak ta genç nüfusun fazla olması bu oranı etkilemektedir.

2.3. Medeni Duruma Göre Frekans Yüzde ve Değerleri

Tablo 3:Medeni Duruma Göre Frekans Yüzde ve Değerleri

Medeni Durumunuz			
Medeni Durum	Kişi sayısı	Yüzde %	Toplam yüzde %
Bekâr	13	9,3	9,3
Evli	126	90,0	99,3
Ayrı Yaşıyor	1	,7	100,0
Total	140	100,0	

Hastalardan en büyük oranın evli olanlar oluşturmaktadır. Evli olan bireylerden gelen oranı kadın olması, gebelik, aile planlaması hizmetlerinden yararlanmaları, çocuklarına, yaşlı bireylerine refakat etmeleri, adet ağrılarının olması, erkeklere oranla enfeksiyona daha yatkın olmaları ve bunun için daha çok hastaneye gelmeleri gibi durumlar hastaneye gelme oranını etkilemektedir. Genç nüfusun fazla olması, erken yaşta evliliklerin olması, beraberinde getirdiği sıkıntı, sorunlar, evli olanların da çok hastaneye gelme gereksinimine neden olmaktadır. Anne, babaya refakat etme, çocuklarını muayeneye getirmede sorumluluk sahibi olan bireyler evlilerden oluşması cevaplayanların evli oranını yüksek olmasına neden gösterilebilmektedir. Bekâr bireylerin doğum hastanesine gitmesi daha çok menstrual rahatsızlık, ağrı ve acil durumlarında gerçekleştiğinden bu oran daha az olmaktadır. Evli olanların, gebelerin kadın doğum hastanesine daha çok gittiği düşüncesi, yıkılamayan bazı tabular, toplumsal bakış açısı, cinselliğin ayıp görülmesiyle cinsel sorunların saklanması bu oranı etkilemektedir. Toplumumuzda cinsellik çok fazla konuşulmamakta çocuklar ebeveynleri ile cinsel sorunlarını rahat bir şekilde konuşamamaktadır. Bu yüzden sorunlarını saklamakta yâda evleninceye kadar sorunlarının farkına varamamaktadır. Evli bireyler daha çok hastaneye gitmekte aile planlaması ve bazı konularda danışmanlık eğitimi alabilmektedir. Bekâr bireylere eğitimler verilmesi bilinçlendirilmeleri danışmanlık eğitimleri verilmesi, bilinçlenmelerine ve gerekli durumlarda hastaneye gitmelerinde etkili olabilecektir.

2.4.Eğitim Seviyelerine Göre Frekans Ve Yüzde Değerleri

Tablo 4: Eğitim Seviyelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Eğitim Durumunuz			
Eğitim durumu	Kişi sayısı	Yüzde%	Toplam yüzde %
Okur-Yazar Değil	42	30,0	30,0
Okur Yazar	18	12,9	42,9
İlkokul	22	15,7	58,6
Ortaokul	20	14,3	72,9
Lise	20	14,3	87,1
Yüksekokul	10	7,1	94,3
Üniversite ve +	8	5,7	100,0
Total	140	100,0	

Kadın doğum hastanesine gelenlerden en büyük çoğunluk okur yazar olmayanlardan oluşmaktadır. Bölge itibariyle baktığımız zaman okuyan kız oranının az olması erken yaşta evlikler, bunlarla beraber oluşan sorunlar yani, yalnızca ilkokula kadar okutulmaları, eğitim düzeyinin düşük kalmasına neden olabilmektedir. Eğitim düzeyi azaldıkça gelen kişi sayısı artmaktadır. Devletin yeni eğitim politikasında zorunlu eğitim uygulamasıyla eğitim seviyeleri artırılmaya çalışılmakta, okuma yazması olmayan bayanlara yönelik kurslar düzenlenmekte küçük ulaşımı zor ve okulu olmayan yerlerdeki çocukları taşımacılık sistemi başka okullara sevk ederek eğitim seviyesini artırmaya çalışmaktadır. Devletin bu yeni politikası her ne kadar eğitim seviyesini artırmayı başarsa da bundan yararlanmayanların da olması bu oranı etkilemektedir.

2.4.1 Eğitim Durumu İle Randevu Sistemi Arasındaki İlişki

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,523 ^a	12	,017
Likelihood Ratio	26,102	12	,010
Linear-by-Linear Association	7,119	1	,008
N of Valid Cases	140		

Tablo 5: Eğitim Durumu İle Randevu Arasındaki İlişki

Eğitim durumu		Randevu sistemi 182 kullanıyor musunuz?			Toplam
		Evet	Hayır	Bilgi Yok	
Eğitim Durumunuz	Okur-Yazar Değil	Sayı	4	18	20
		% toplam	2,9%	12,9%	14,3%
	Okur Yazar	Sayı	2	6	10
		Toplam %	1,4%	4,3%	7,1%
	İlkokul	Sayı	7	6	9
		Toplam%	5,0%	4,3%	6,4%
	Ortaokul	Sayı	2	9	9
		Toplam%	1,4%	6,4%	6,4%
	Lise	Sayı	6	10	4
		Toplam%	4,3%	7,1%	2,9%
	Yüksekokul	Sayı	0	9	1
		Toplam%	,0%	6,4%	,7%
	Üniversite ve Üzeri	Sayı	2	5	1
		Toplam%	1,4%	3,6%	,7%
Toplam		Sayı	23	63	54

Randevu sistemini kullananlarda bilgisi olmayan ve kullanmayanların tüm eğitim gruplarında büyük orana sahipken, en büyük oran ilköğretim öncesi kişilerde yoğunlaşmıştır. Tüm eğitim gruplarında bilgi olmayan ve kullanmayanların olması görsel ve sözel olarak yeterince reklamın yapılmadığı bu anlamda yoğunlaşarak bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Kullananlar oranında eğitim durumunun toplamında bakıldığında ilköğretim öncesi lise ve yüksekokul bazında bakıldığında en az oranda yükseköğrenim olduğu görülmektedir. Yine de bu anlamlı bir sonuç vermemektedir. Kullanım öğrenim düzeyiyle çok bağlantılı değildir. Randevu sistemini kullanmayanların oranına bakıldığı zaman ise anlamlı bir sonuç elde edilmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça kullanmayan oranı daha düşmektedir. Randevu sistemi hakkında yeterince bilgi sahibi olunmaması, gerek görsel gerek bilgilendirilme açısından yetersiz kaldığını gösterir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin, lise ve sonrası olanların randevu sistemini kullanmamaları, 182 aranırken para kesintisi olması, devletin bu politikasına karşı olmaları, hastane içerisinde tanıdıklarının olması gibi faktörler, nedeniyle randevu sistemin kullanmak istememektedirler.

2.4.2.Eğitim Durumu İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişki

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,349 ^a	24	,051
	38,022	24	,034
Likelihood Ratio			
Linear-by-Linear Association	4,926	1	,026
N of Valid Cases	140		

Tablo 6: Eğitim Durumu İle Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Arasındaki İlişki

		Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim.					Toplam
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Eğitim Durumunuz	Okur-Yazar Sayı	7	33	1	1	0	42
	Değil %Toplam	5,0%	23,6%	,7%	,7%	,0%	30,0%
	Okur Yazar Sayı	1	14	2	0	1	18
	Toplam	,7%	10,0%	1,4%	,0%	,7%	12,9%
	İlkokul Sayı	6	13	1	1	1	22
	% Toplam	4,3%	9,3%	,7%	,7%	,7%	15,7%
	Ortaokul Sayı	3	13	2	1	1	20
	% Toplam	2,1%	9,3%	1,4%	,7%	,7%	14,3%
	Lise Sayı	2	9	6	1	2	20
	% Toplam	1,4%	6,4%	4,3%	,7%	"1,4%	14,3%
	Yüksekokul Sayı	3	7	0	0	0	10
	% Toplam	2,1%	5,0%	,0%	,0%	,0%	7,1%
	Üniversite ve Sayı	2	1	3	1	1	8
	Üzeri % Toplam	1,4%	,7%	2,1%	,7%	,7%	5,7%
	Toplam Sayı	24	90	15	5	6	140
	% Toplam	17,1%	64,3%	10,7%	3,6%	4,3%	100,0%

Eğitim durumu ile hastaneyi tekrar tercih etme arasında anlamlı bir sonuç vermemektedir. Hastaneye gelme bir ihtiyaçtır. Hastaneye gelme eğitimden çok hastaların memnuniyeti beklentilerinin karşılanması ile bağlantılıdır. Eğitim seviyesi ne olursa olsun kişi memnun bir şekilde ayrıldığı zaman hastaneyi tekrar tercih etmekte başka bir hastaneye gitme çabası içinde olmamaktadır. Hasta birey iyileşmeyi, kaliteli bir hizmet almayı istemektedir.

2.5.Meslek Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 7: Meslek Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Mesleği	Sayı	Yüzde%	Toplam Yüzde%
Ebe	1	,7	,7
Ev Hanımı	116	82,9	83,6
Güvenlik	1	,7	84,3
Memur	10	7,1	91,4
Muhasebeci	2	1,4	92,9
Öğrenci	1	,7	93,6
Öğretmen	3	2,1	95,7
Sekreter	1	,7	96,4
Serbest	4	2,9	99,3
Tıbbi Sekreter	1	,7	100,0
Toplam	140	100,0	

Büyük bir oran ev hanımlarından oluşmaktadır. Erken yaşta evlilik beraberinde eğitimi tamamlamama, kadınların çocuk bakması, iş hayatında yer almamaları, eşler tarafından çalıştırılmak istenmemeleri, hastaneye gelen bireylerin en çok kadın olmaları, bu oranı etkilemektedir. Bölgenin sanayi bakımından yetersiz olması, iş imkânını kısıtlamasının yanında, kadınların daha çok ev hanımı olarak kalmalarına neden olmaktadır.

2.6. Yaşadıkları İlçelere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 8: Yaşadıkları İlçelere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Yaşadığı Yer	Sayı	Yüzde%	Toplam Yüzde%
İl	79	56,4	56,4
İlçe	30	21,4	77,9
Köy	30	21,4	99,3
İl Dışı	1	0,7	100,0
Toplam	140	100,0	

Hastaneye gelenler en fazla oran il merkezinde ikamet edenlerden oluşmaktadır. Hastaneye yakınlık mesafe hastaneye geliş oranını etkilemektedir. Uzaklık artıkça gelme oranı azalmaktadır. Hastaneye yakınlık, ulaşım kolaylığı gelme oranı ile doğru orantılıdır. Kişiler yakınındaki sağlık kurumlarından daha çok yararlanmaktadırlar. Köy, ilçe gibi yerlerde devletin yeni politikasında yer alan aile hekimlikleri kişilerin ulaşılabilirliğini ve hastanelerin iş yükünü azaltmaktadır. Kişiler en yakınındaki kuruluştan yararlanmakta ve yeterli olmadığında ikinci basamak olan hastanelere başvurmaktadır.

2.7. Aylık Gelir Düzeylerine Göre Frekans ve Yüzde Değerler

Tablo 9: Aylık Gelir Düzeylerine Göre Frekans ve Yüzde Değerler

Aylık gelir	Kişi sayısı	Yüzde %	Toplam yüzde %
0-399	42	30,0	30,0
400-999	68	48,6	78,6
1000-2999	28	20,0	98,6
3000 +	2	1,4	100,0
Total	140	100,0	

Geliri asgari ücretin altında yer alan bireylerin devletin imkânlarından yararlanabilmeleri, devletin maddi olanaksız bireylere yeşil kart imkânı sağlaması hastanelerin olanaklarından yararlanmalarını sağlanması, hastaneye başvuran bireylerin artmasına neden olmaktadır. Bölgenin iş imkânlarının yeterli olmaması asgari ücret alanların çoğunlukta olması özel hastanelerin imkânlarından yararlanmada maddiyatın ön planda olması, muayene kesintisinin daha çok olması, yeşil kartlı bireylerin yararlanamaması gibi nedenler hastanelere gelen bireylerde aylık gelirin asgari ücret aralığında olma nedenleridir. Aylık gelir miktarı artması alternatifleri arttırmakta, özel hastanelere gidebilme ve daha kaliteli hizmet almaya yöneltmektedir.

2.7.1 Aylık Gelir İle Hastaneyi Tercih Etme Arasındaki İlişki

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,723 ^a	12	,204
Likelihood Ratio	7,724	12	,806
Linear-by-Linear Association	,882	1	,348
N of Valid Cases	140		

Tablo 10: Aylık Gelir İle Tekrar Hastaneye Gelme Arasındaki İlişki

		Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim.					Toplam
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Aylık geliriniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?	0-399 Sayı	6	29	5	1	1	42
	%Toplam	4,3%	20,7%	3,6%	,7%	,7%	30,0%
	400- Sayı	12	45	6	2	3	68
	999 %Toplam	8,6%	32,1%	4,3%	1,4%	2,1%	48,6%
	1000- Sayı	6	15	4	1	2	28
	2999 %Toplam	4,3%	10,7%	2,9%	,7%	1,4%	20,0%
	3000 Sayı	0	1	0	1	0	2
	+ %Toplam	,0%	,7%	,0%	,7%	,0%	1,4%
	Toplam Sayı	24	90	15	5	6	140
	%Toplam	17,1%	64,3%	10,7%	3,6%	4,3%	100,0%

“ Tekrar gelmem gerektiğinde bu hastaneyi tercih ederim” diyenler en çok asgari ücret olan 400- 999 Aralığında toplandığı aylık gelirin artmasıyla tekrar gelme oranında düşme olduğu görülmektedir. Asgari ücret ve altı aylık geliri olan hastaların yeşil kart kullanma oranının yüksek olması bölgede yeşil kart kullanma oranının yüksek olması devletin bu anlamda sosyal güvence, hastanede kullanma kolaylığı, bu oranın yüksek olmasına neden olmaktadır. Yeşil kart sahibi kişilerin devlet güvencesi olmayan özel hastane vs. gibi yerlerde kullanma kolaylığının olmaması ve

başka alternatif olmaması ve hastanede devletin vermiş olduğu imkânları kullanma kolaylığı olması kullanma oranının yüksek olmasına neden olmaktadır. Gelirin artmasıyla beraber imkân ve alternatif tercihlere neden olmasından tekrar gelme oranının düşük olmasına neden olmaktadır. Aylık geliri yüksek olan birey alternatifleri değerlendirmekte en kaliteli hizmete ulaşmaya çalışmaktadır. Aylık geliri düşük birey ise alternatif olmadığından geliri dâhilinde zorunlu bir şekilde hastaneye tekrar gelmektedir.

2.7.2. Aylık Gelir İle Hastaneyi Tavsiye Etmesi Arasındaki İlişki

Tablo 11: Aylık Gelir İle Tavsiye Etme Arasındaki İlişki

			Başkalarına hasta olduklarında bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim					Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Aylık geliriniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?	0-399	Sayı	6	28	6	1	1	42
		%Toplam	4,3%	20,0%	4,3%	,7%	,7%	30,0%
	400-999	Sayı	14	41	7	2	4	68
		% Toplam	10,0%	29,3%	5,0%	1,4%	2,9%	48,6%
	1000 - 2999	Sayı	6	14	5	1	2	28
		% Toplam	4,3%	10,0%	3,6%	,7%	1,4%	20,0%
	3000 +	Sayı	0	1	0	1	0	2
		% Toplam	,0%	,7%	,0%	,7%	,0%	1,4%
	Toplam	Sayı	26	84	18	5	7	140
		% Toplam	18,6%	60,0%	12,9%	3,6%	5,0%	100,0 %

Hastaneye gelen bireyler daha çok memnuniyet ve beklentileri dâhilinde tekrar gelmektedir. Memnun kalan birey ancak tavsiye etmektedir. Aylık gelir düzeyi, başkalarına hasta olduklarında hastaneye muayene olmalarını tavsiye etmeyle

arasında bir bağlantı bulunmamaktadır. Hasta bireyler poliklinik hizmetinden memnun kalmış ve hastane hizmetini kaliteli bulmuşlarsa başkalarına tavsiye etmektedirler.

2.8 Sosyal Güvence Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 12: Sosyal Güvence Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Sosyal Güvenceniz			
	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde%
Bağ kur	4	2,9	2,9
SSK	38	27,1	30,0
Emekli Sandığı	14	10,0	40,0
Yeşil kart	69	49,3	89,3
Yok	11	7,9	97,1
Diğer	4	2,9	100,0
Toplam	140	100,0	

Sosyal güvence kullanma sonuçlarında kişilerin en çok Yeşil kart kullandığı ve SSK olduğu görülmektedir. Bölge bazında bakıldığında iş imkânlarının yetersiz, gelir düzeyi düşük bir bölgedir. Devlet bireylere sosyal güvence sağlayarak yeşil karttan yararlanmalarını sağlamaktadır. Büyük bir oran yeşil kart kullanmaktadır. Göçlerin olması merkeze yerleşme oranlarının artması göç ve beraber tarım yapan kesimin azalması iş imkânlarının kısıtlanması nedeniyle gelir düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Kişiler asgari sigortalı bir işte çalışmakta ya da yeşil karttan yararlanmaktadır. Bölgede yeşil kart ile SSK kullanım oranının yüksek olmasına neden olmaktadır. Yeni yerleşim yerlerinin açılması yeşil kart alan birey sayısının azalmasına neden olacağı gibi çalışan SSK bireylerinin artmasına da neden olacaktır. Yatırımlar esnafa iş imkânı sağlayarak bağ kur oranını da arttıracaktır.

2.8.1 Sosyal Güvence İle Hastaneyi Tercih Etme Arasındaki İlişki

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,999 ^a	20	,055
Likelihood Ratio	25,932	20	,168
Linear-by-Linear Association	,738	1	,390
N of Valid Cases	140		

Tablo 13: Sosyal Güvence İle Hastaneyi Tercih Etme Arasındaki İlişki

			Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim.					Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Sosyal Güvenceniz	Bağ kur	Sayı	1	0	1	1	1	4
		%Toplam	,7%	,0%	,7%	,7%	,7%	2,9%
	SSK	Sayı	10	24	2	1	1	38
		%Toplam	7,1%	17,1%	1,4%	,7%	,7%	27,1%
	Emekli Sandığı	Sayı	2	8	2	2	0	14
		%Toplam	1,4%	5,7%	1,4%	1,4%	,0%	10,0%
	Yeşil kart	Sayı	10	49	7	1	2	69
		%Toplam	7,1%	35,0%	5,0%	,7%	1,4%	49,3%
	Yok	Sayı	1	7	2	0	1	11
		%Toplam	,7%	5,0%	1,4%	,0%	,7%	7,9%
	Diğer	Sayı	0	2	1	0	1	4
		%Toplam	,0%	1,4%	,7%	,0%	,7%	2,9%
Toplam		Sayı	24	90	15	5	6	140
		%Toplam	17,1%	64,3%	10,7%	3,6%	4,3%	100,0%

Sosyal güvence ile hastaneyi tercih etme arasındaki ilişki incelenmiş tir. Memnuniyet artıka tekrar gelirler. Sadece memnuniyet yeterli olabilirken sosyal güvencenin getirdiği zorunluluk tekrar gelme durumunu etkiler. Sosyal güvencenin kapsama genişliği, tercihi, alternatifleri artırırken tekrar gelmeyi de etkiler. Özel hastanelerde bir emekli sandığı, SSK kullananlardan kesinti farkı az alınırken bir yeşil kart kullananınki karşılanamamaktadır. Yeşil kartlı birey devlet güvencesinden yararlanmak zorunda kalmaktadır. Güvencesi SSK ve yeşil kart olanlar devlet hastanelerinden muayene, fark kesintisi gibi gelirlerin az alınması nedeniyle devlet hastanelerini tercih etmektedirler.

2.8.2.Sosyal Güvence İle Hastalandığında İlk Nereye Başvurulduğu Arasındaki İlişki

Tablo 14: Sosyal Güvence İle hastalandığında İlk Nereye Başvurulduğu Arasındaki İlişki

			Hastalandığınızda ilk nereye başvurursunuz?				Toplam
			Aile Hekimi	Hastane	Özel Hastane	Diğer	
Sosyal Güvenceniz	Bağ kur	Sayı	0	1	3	0	4
		% Toplam	,0%	,7%	2,1%	,0%	2,9%
	SSK	Sayı	12	19	7	0	38
		% Toplam	8,6%	13,6%	5,0%	,0%	27,1%
	Emekli Sandığı	Sayı	4	8	2	0	14
		% Toplam	2,9%	5,7%	1,4%	,0%	10,0%
	Yeşil kart	Sayı	30	39	0	0	69
		% Toplam	21,4%	27,9%	,0%	,0%	49,3%
	Yok	Sayı	4	5	1	1	11
		% Toplam	2,9%	3,6%	,7%	,7%	7,9%
	Diğer	Sayı	0	3	1	0	4
		% Toplam	,0%	2,1%	,7%	,0%	2,9%
Toplam		Sayı	50	75	14	1	140
		% Toplam	35,7%	53,6%	10,0%	,7%	100,0%

Devletin son yıllarda başlattığı aile hekimliği kişilerin ilk basamaklarda kolay ulaşabilmesini, aile hekimlerine başvurularını sağlamıştır. Kişiler aşılama, soğuk algınlığı, aile planlaması gibi hizmetlerine daha kolay ulaştığından aile hekimlerini tercih ederler. İlk basamak yeterli kalmadığı durumlarda hastanelere başvurumaktadırlar. Hastanelerde alanlarında uzman kişilerin bulunması hastanenin daha çok kullanılmasını sağlamaktadır. Doğum hastanesinde uzman kadro olması, yeşil kartlıların devlet imkânlarından yararlanmaları, özel hastanelerin ücretinin yüksek olması devlet hastanelerinin tercih edilmesini etkiler.

3. KATILIMCILARIN KALİTE VE HASTA TATMİNİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE İLİŞKİSİ

3.1. DOKTOR- HASTA İLİŞKİSİ

3.1.1. Doktorun Hastaya Soru Sorma Fırsatı Verme Yüzdeleri

Tablo 15: Doktorun Hastaya Soru Sorma Fırsatı Verme Yüzdeleri

Doktor soru sorma fırsatı verdi	Kişi sayısı	Yüzde%	Toplam yüzde%
Kesinlikle Katılıyorum	21	15,0	15,0
Katılıyorum	79	56,4	71,4
Kararsızım	11	7,9	79,3
Katılmıyorum	22	15,7	95,0
Kesinlikle Katılmıyorum	7	5,0	100,0
Toplam	140	100,0	

Büyük bir oran katılıyorum cevabı vermektedir. Bu durum doktorun hastaya kendini ifade etmesine yardımcı olduğu, hastalığı hakkında bilgi verdiğini ve soru sormasına fırsat verdiğini gösterir. Hasta haklarından biride bilgi alabilmektir. Hasta hastalığıyla ilgili bilgi almak ve merak ettiği, endişelendiği noktada doktoruna soru sorarak endişesini hafifletmeye gereksinimi duyar. Hasta beklentilerinin karşılanmasını ister, kendini ifade edebilmek anlaşılabilirlik ve güven duymak ister. Hastalığını söylediğinde doktor tarafından yeterince dinlendiği ve merak ettiği noktalarda soru sormadığında anlaşılmadığını, önemsenmediğini düşünerek güven duymaz ve olumsuz düşünür. Bir hasta doktoruna kendini rahat bir şekilde ifade edebiliyorsa ve soru sorabiliyorsa güven duyar tedaviye güveni artarak önemsendiğini düşünür ve tedavinin gidişatını olumlu etkiler. Memnuniyet artar

3.1.2. Doktorun Hasta Şikâyetini Dinleme Yüzde ve Oranları

Tablo 16:Doktorun Hasta Şikâyetini Dinleme Yüzde ve Oranları

Doktor şikâyetimi dinledi	Sayı	Yüzde%	Toplam yüzde%
Kesinlikle Katılıyorum	25	17,9	17,9
Katılıyorum	80	57,1	75,0
Kararsızım	11	7,9	82,9
Katılmıyorum	16	11,4	94,3
Kesinlikle Katılmıyorum	8	5,7	100,0
Toplam	140	100,0	

En fazla oran katılıyorum diyerek doktorun şikâyetini dinlediğini belirtmiştir. ”Katılıyorum” diyenlerin oranı daha yüksektir. Kesinlikle katılıyorum diyenlerin kesinlikle katılmıyorum diyenlerden üç kat fazla görülmektedir.

3.1.3. Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit Yüzdeleri

Tablo 17: Doktorun Yeterince Vakit Ayırma Yüzde ve Frekansları

Doktor muayene için bana yeterince vakit ayırdı.	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	24	17,1	17,1
Katılıyorum	71	50,7	67,9
Kararsızım	11	7,9	75,7
Katılmıyorum	25	17,9	93,6
Kesinlikle Katılmıyorum	9	6,4	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanların büyük çoğunluğu katılıyorum diyenlerden oluştuğu görülmektedir. Doktorların hastaya soru sorma fırsatı verdiğini, şikayetlerini dinlediğini ve vakit ayırdığını kabul edenlerin oranı yüksektir. Hastanelerin döner sermaye dağılımında hasta memnuniyeti ve kaliteli hizmet etkili olmaktadır. Doktorlar daha fazla gelir elde edebilmek için hastanın tekrar gelmesini sağlamaya çalışmaktadır. Kişiye soru sorma fırsatı verildiğinde şikayeti dinlenip yeterince vakit ayrıldığında hasta ile doktor arasında güven ilişkisi kurulmakta ve karşılıklı memnun kalınmaktadır.

3.1.3.1.Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit ile Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalınma Arasındaki İlişki

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,895 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	42,072	16	,000
Linear-by-Linear Association	8,827	1	,003
N of Valid Cases	140		

Tablo 18: Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit ile Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalınma Arasındaki İlişki

		Burada aldığım poliklinik hizmetlerinden genel olarak memnun kaldım.					Toplam
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Muayene odasında tahmini kaç dakika kaldınız.	0-4 dk. Sayı	1	7	4	6	5	23
	% Toplam	,7%	5,0%	2,9%	4,3%	3,6%	16,4%
	5-9 dk. Sayı	17	44	8	2	1	72
	% Toplam	12,1%	31,4%	5,7%	1,4%	,7%	51,4%
	10-14 dk. Sayı	5	24	5	1	0	35
	% Toplam	3,6%	17,1%	3,6%	,7%	,0%	25,0%
	15-19 dk. Sayı	2	5	1	0	0	8
	% Toplam	1,4%	3,6%	,7%	,0%	,0%	5,7%
	20+ dk. Sayı	0	0	1	1	0	2
	% Toplam	,0%	,0%	,7%	,7%	,0%	1,4%
Toplam Sayı		25	80	19	10	6	140
% Toplam		17,9%	57,1%	13,6%	7,1%	4,3%	100,0%

Poliklinik hizmetlerinden memnun kalma ile ayrılan vakit arasında ilişki vardır. Hastalar kendilerine yeterince vakit ayrıldığında memnun kalmaktadır. Doktor hastasına yeterince vakit ayırdığı zaman bu durum aralarında güven bağının oluşmasını sağlamaktadır. Doktorların hastaların kendilerini ifade etmesine ve şikâyetlerini açıklamasına fırsat vermeleri memnuniyeti sağlamaktadır. Büyük bir oran 5- 9 dakika yeterli bulmaktadır. Hasta için geçirdiği vakit bu sürenin altına ya da üstüne çıktığında memnuniyet azalmaktadır. Hasta birey yalnızca muayene olan kişi olarak düşünülmemelidir. Muayene sırasını bekleyen hasta da göz önünde bulundurulduğunda fazla beklediği için gerilmektedir. Özellikle son yıllarda hastalar

fazla beklediklerini düşündüklerinde şiddete başvurmakta doktoru, sağlık personelinin darp etmektedir. Bu yüzden muayene odasında kalan süre memnuniyeti etkilemektedir.

3.1.3.2. .Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit ile Tekrar Gelme Arasındaki İlişki

Tablo 19: Doktorun Muayenede Ayırdığı Vakit ile Tekrar Gelme Arasındaki İlişki

			Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim.					Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Muayene odasında tahmini kaç dakika kaldınız.	0-4 dk.	Sayı	0	9	7	3	4	23
		% Toplam	,0%	6,4%	5,0%	2,1%	2,9%	16,4%
	5-9 dk.	Sayı	14	51	4	2	1	72
		% Toplam	10,0%	36,4%	2,9%	1,4%	,7%	51,4%
	10-14 dk.	Sayı	6	25	4	0	0	35
		% Toplam	4,3%	17,9%	2,9%	,0%	,0%	25,0%
	15-19 dk.	Sayı	3	5	0	0	0	8
		% Toplam	2,1%	3,6%	,0%	,0%	,0%	5,7%
	20+ dk.	Sayı	1	0	0	0	1	2
		% Toplam	,7%	,0%	,0%	,0%	,7%	1,4%
Toplam		Sayı	24	90	15	5	6	140
		% Toplam	17,1%	64,3%	10,7%	3,6%	4,3%	100,0%

Doktorun muayenede ayırdığı vakit memnuniyeti etkilediği gibi aynı oranda tekrar gelinmesini de etkilemektedir. Kişi memnuniyetle doğru orantılı bir şekilde

tekrar gelmektedir. Artan hasta potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda hastanın muayene odasında çok ya da az bir süre kalması memnuniyeti olumsuz etkilemektedir. Hasta muayenede fazla kaldığı zaman muayene sırasındaki hasta gerilmekte, zaman kaybı yaşamaktadır. Ağrısı olan hasta için bu durum daha da zor olmaktadır.

3.1.4 Hastanın Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalma Düzeyi

Tablo 20: Hastanın Poliklinik Hizmetlerinden Memnun Kalma Frekans ve Yüzdeleri

	Sayı	Yüzde %	Toplam Yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	25	17,9	17,9
Katılıyorum	80	57,1	75,0
Kararsızım	19	13,6	88,6
Katılmıyorum	10	7,1	95,7
Kesinlikle Katılmıyorum	6	4,3	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanların büyük çoğunluğunun poliklinik hizmetlerinden memnun kalmaya katılıyorum cevabını verdiği görülmektedir. Bu da poliklinik hizmetlerinden memnun kalındığı gösterilmektedir. Memnun kalma doktorun ayırdığı vakit, şikâyetini dinleme, soru sorma fırsatını vermesi doktor ile hasta arasında güven hastaların memnuniyet oranını arttırmaktadır. Cevaplayanların büyük bir oranı soru sorulmasına fırsat verildiğini, şikâyetlerinin dinlenildiğini, kendilerine muayene esnasında doktor tarafından yeterince vakit ayrıldığını ifade etmektedirler. Bu da beraberinde memnuniyeti arttırmaktadır. Hastanelerde döner sermaye, gelir dağılımı memnuniyetle doğru orantılıdır. Bu da doktor hasta ilişkisinde doktoru hastayı

memnun etme çabası içerisinde koymaktadır. Doktor hasta tarafından tekrar tercih edilme çabası içerisinde girerek hastayı memnun ettiği gibi kendisi de memnun olmaktadır

3.1.5. Doktorların Yaptığı Açıklamaların Açıklanabilir Olma Yüzde Frekansları

Tablo 21: Doktorların Yaptığı Açıklamaların Açıklanabilir Olma Yüzde Frekansları

	Sayı	Yüzde %	Toplam Yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	19	13,6	13,6
Katılıyorum	89	63,6	77,1
Kararsızım	13	9,3	86,4
Katılmıyorum	13	9,3	95,7
Kesinlikle Katılmıyorum	6	4,3	100,0
Toplam	140	100,0	

Doktorun yaptığı açıklamaları kolay anlaşıldığı düşünlerden katılıyorum diyenlerin büyük bir çoğunlukta olduğu, olumlu cevap verenlerin fazla olduğu görülmektedir. Doktorun yaptığı açıklamaları kolay anlaşılabilir diyenlerin çoğunlukta olması memnun olunduğunu göstermektedir. Doktorun anlaşılan bir dil kullandığı anlaşılmaktadır. Tıp mesleğinde normal günlük hatta kullanılan dilden farklı Latince kelimeler mesleki terimler bulunmaktadır. Sağlıkçılar kendi aralarında bu şekilde iletişim kurmakta ve birbirine ifade etmektedir. Sağlık eğitimi olmayan bir insana tıbbi terimlerle konuşulduğunda anlayamamaktadır. Kendini ifade edemediği gibi doktorun verdiği tedaviyi doğru kullanmamasına neden olmaktadır. Örneğin yaşlı bir bireye analjezik türevi bir ilacı oral olarak kullan denildiği zaman hasta anlayamamaktadır. Bunun yerine daha sade bir dille ağrı kesici ilaç türlerinden birini

ağızdan alması gerektiğini ifade ettiği vakit hasta anlayabilmektedir. Bu da yanlış bir durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

3.1.6 Doktorun Muayene Odasının Düzenine Gösterdiği Özen Frekans ve Yüzdeleri

Tablo 22: Doktorun Muayene Odasının Düzenine Gösterdiği Özen Frekans Ve Yüzdeleri

	Sayı	Yüzde%	Toplam Yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	26	18,6	18,6
Katılıyorum	87	62,1	80,7
Kararsızım	9	6,4	87,1
Katılmıyorum	14	10,0	97,1
Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,9	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanların büyük çoğunluğunun doktorun muayene odasına gösterdiği özene olumlu cevap vererek katılıyorum dediği görülmektedir. Bu da doktorun muayene odasının düzenine önem verdiği düşünülmektedir. Doktorun muayene odasında gösterdiği özen memnuniyeti etkilemektedir. Doktor odasına girildiğinde oturulacak bir yerin olmaması, kirli dağınık olması hastanın dikkatini dağıtabileceği gibi olumsuz düşünmesine de neden olmaktadır. Doktorun muayene odasına gösterdiği özen saygınlık getirdiği gibi prestijini de arttırmaktadır. Uzman bir doktora gittiğimiz zaman odası konforluysa bu bakış açımızı değiştirip olumlu düşünmemizi sağlar. Büyük bir iş adamının odasını nasıl ki konforsuz, bakımsız, dağınık düşünemiyorsak doktor odasının düzenini de o şekilde düşünemeyiz.

3.2.GÜVEN

3.2.1 Rahat Bir Ortamda Bekleme Oranı

Tablo 23: Rahat Bir Ortamda Bekleme Frekans ve Yüzdeleri

	Sayı	Yüzde %	Toplam Yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	23	16,4	16,4
Katılıyorum	71	50,7	67,1
Kararsızım	15	10,7	77,9
Katılmıyorum	26	18,6	96,4
Kesinlikle Katılmıyorum	5	3,6	100,0
Toplam	140	100,0	

Hastaların muayene olmadan önce bekleme salonunda beklentileri, gereksinimleri göz önünde bulundurularak ihtiyaçları giderilmelidir ve yeterli sandalye, iyi bir havalandırma ve ısıtma sistemi olmalıdır. Hasta birey çok sıcak ya da soğuk bir ortamda uzun süre ayakta kaldığı zaman gerginlik yaşamakta, memnuniyetsiz bir ortam oluşmaktadır. Rahat bir ortam hastalar için ayakta kalmayacakları, geniş koridoru, havalandırma ve ısıtma sistemi uygun, gürültüye yol açacak kadar dar olmayan bekleme salonu olarak görülmektedir. Hastaneler gelen hasta potansiyelini göz önünde bulundurulmalıdır.

3.2.2. Teşhis Tedavi Güven Duyma Hakkında Bilgi Verme Oranı

Tablo 24: Teşhis Tedavi Hakkında Bilgi Verme Frekans ve Yüzdeleri

	Sayı	Yüzde %	Toplam Yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	26	18,6	18,6
Katılıyorum	77	55,0	73,6
Kararsızım	19	13,6	87,1
Katılmıyorum	11	7,9	95,0
Kesinlikle Katılmıyorum	7	5,0	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayan bireyler büyük bir oranda doktorun teşhis ve tedavisine güven duymaktadır. Teşhis ve tedaviye güven duyabilmek için tedavinin etkili olabilmesi yetmemektedir. Doktorun hasta yaklaşımı iletişimi kendini ifade etmesine müsaade etmesi, anlaşılır bir dille hastaya kavratması, soru sorma fırsatı vermesi, yeterince vakit ayırması gerekmektedir. Bunların tamamı bir bütün olarak hastanın doktoruna güven duyması ve tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. Hasta bireyin memnuniyeti arttıkça tedaviye güven duyulmasını da artırır. Doktor hasta memnuniyetini arttırdıkça tedaviye yaklaşımı güvenini de arttırmaktadır. Doktorun tavrı, yaklaşımı olumsuz olduğunda tedaviye de güven duyulmayıp başka doktor arayışları içerisinde bulunulmasına neden olmaktadır.

3.2.3.1. Doktorun Teşhis Tedavisine Güven Duyma İle Tekrar Gelme Arasındaki İlişki

Tablo 25: Doktorun Teşhis Tedavisine Güven Duyma İle Tekrar Gelme Arasındaki İlişki

			Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim.					Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Doktorların hastalığımla ilgili teşhis ve tedavisine güven duydum.	Kesinlikle	Sayı	17	7	1	0	1	26
	Katılıyorum	%Toplam	12,1%	5,0%	,7%	,0%	,7%	18,6%
	Katılıyorum	Sayı	6	63	7	0	1	77
		%Toplam	4,3%	45,0%	5,0%	,0%	,7%	55,0%
	Kararsızım	Sayı	0	15	2	2	0	19
		%Toplam	,0%	10,7%	1,4%	1,4%	,0%	13,6%
	Katılmıyorum	Sayı	0	5	3	3	0	11
		%Toplam	,0%	3,6%	2,1%	2,1%	,0%	7,9%
	Kesinlikle	Sayı	1	0	2	0	4	7
	Katılmıyorum	%Toplam	,7%	,0%	1,4%	,0%	2,9%	5,0%
Toplam		Sayı	24	90	15	5	6	140
		%Toplam	17,1%	64,3%	10,7%	3,6%	4,3%	100,0%

Hasta iyi bir tedavi almak ister. Tedavi aldığı doktora güvenmek kendini ifade edebilmek ister. Doktorun hasta yaklaşımı iletişimi kendini ifade etmesine müsaade etmesi, anlaşılır bir dille hastaya kavratması, soru sorma fırsatı vermesi, yeterince vakit ayırması gerekmektedir. Bunların tamamı bir bütün olarak hastanın doktoruna güven duyması ve tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. Hasta bireyin memnuniyeti arttıkça tedaviye güven duyulmasını da arttırır. Doktor hasta memnuniyetini arttırdıkça tedaviye yaklaşımı güvenliğini de arttırmaktadır. Doktorun tavrı, yaklaşımı olumsuz olduğunda tedaviye de güven duyulmayıp başka doktor arayışları içerisinde bulunulmasına neden olmaktadır. Teşhis tedaviye güven duyulduğu zaman hasta aynı doktoru tercih ederek tekrar gerekmektedir.

3.2.3.2.Doktorun Teşhis Tedavisine Güven Duyma ile Tavsiye Etme Arasındaki İlişki

Tablo 26: Doktorun Teşhis Tedavisine Güven Duyma ile Tavsiye Etme Arasındaki İlişki

		Başkalarına hasta olduklarında bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim					Toplam
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Doktorların hastalığımla ilgili teşhis ve tedavisine güven	Kesinlikle Katılıyorum	17	7	1	0	1	26
	Sayı	12,1%	5,0%	,7%	,0%	,7%	18,6%
	% Toplam						
	Katılıyorum	7	61	8	0	1	77
	Sayı	5,0%	43,6%	5,7%	,0%	,7%	55,0%
	% toplam						
	Kararsızım	1	12	4	2	0	19
	Sayı	,7%	8,6%	2,9%	1,4%	,0%	13,6%
	% toplam						
	Katılmıyorum	0	4	4	3	0	11
	Sayı	,0%	2,9%	2,9%	2,1%	,0%	7,9%
	% toplam						
	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0	1	0	5	7
	Sayı	,7%	,0%	,7%	,0%	3,6%	5,0%
	% toplam						
Sayı		26	84	18	5	7	140
% toplam		18,6%	60,0%	12,9%	3,6%	5,0%	100,0%

Hastaneye gelen bireyler memnun kaldığında tekrar gelmektedir. Özellikle toplum olarak beğendiğimiz bir şeyleri birilerine tavsiye etmektedir. Tavsiye etme özeliği ki bu en çok bayanlarda görülmektedir. Çoğu zaman tavsiye üzerine gidilir. Tedaviye güven duymaları da bu oranı daha artırmaktadır. Doktorlar hakkında bilgi tedavisini görmüş hastadan ve memnun kalmasıyla haberdar olunmakta ve çevreden bu şekilde öğrenilmektedir.

3.3.BÜROKRATİK İLİŞKİLER

3.3.1 Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre Yüzde ve Oranları, Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre İle Randevu Sistemi arasındaki İlişki

Tablo 27: Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre Yüzde Frekansları

Süre	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde %
0-19 dk.	30	21,4	21,4
20-39 dk.	32	22,9	44,3
40-59 dk.	23	16,4	60,7
60-89 dk.	34	24,3	85,0
90-119 dk.	10	7,1	92,1
120+	11	7,9	100,0
Toplam	140	100,0	

Muayene olmadan önce hastanenin kapısından girildiğinde öncelikle bir muayene fişi alma kuyruğuna girilir. Günlük doktorun muayene ettiği hasta sayısı ortalama 60 kişi olduğunu düşünüldüğünde hasta kuyruğunda bekleme süresi tahminen daha da artmaktadır. Muayene fişi alındıktan sonra muayene sırası beklenir. Doktorun muayene saati gelmesini beklemekte bu süreye dâhil edildiğinde bu süre artmaktadır. Randevu sistemini kullananlarda bekleme süresi daha da kısalmaktadır. Kişi randevu aldığı saatte geldiğinde alınma zorunluluğunun olması randevu kullanmayanlara göre daha da kısadır. Bu ortalama 20-39 dk. Olabilirken, randevu kullanmayanlarda bu süre 60-89 dk. Aralığında yoğunlaşmaktadır. Tercih edilen doktorun günlük hasta sayısı fazla olması kadın doktorların daha çok tercih edilebilmesi yatan hastalara öncelik personel yakının muayene olması bu süreyi daha da artırmaktadır. Muayene fişi alınırken güvencesi yeşil kart olan hastaların fazla olması da oranı etkilemektedir. Güvence durumuna göre gelme oranı yüksek olan yeşil kartlılara daha fazla fiş sırası oluşturulduğunda diğer sosyal güvencelilerin bekleme süresini daha da azalacaktır.

Tablo 28:Sağlık Kurumundan Girip Çıkıncaya Kadar Geçen Süre İle Randevu Sistemi arasındaki İlişki

			Randevu sistemi 182 kullanıyor musunuz?			Toplam
			Evet	Hayır	Bilgim Yok	
Sağlık kuruluşunun kapısından girip muayene olana kadar beklediğiniz süreyi belirtiniz	0-19 dk.	Sayı	5	15	10	30
		% Toplam	3,6%	10,7%	7,1%	21,4%
	20-39 dk.	Sayı	9	11	12	32
		% Toplam	6,4%	7,9%	8,6%	22,9%
	40-59 dk.	Sayı	4	7	12	23
		% Toplam	2,9%	5,0%	8,6%	16,4%
	60-89 dk.	Sayı	3	18	13	34
		% Toplam	2,1%	12,9%	9,3%	24,3%
	90-119 dk.	Sayı	1	4	5	10
		% Toplam	,7%	2,9%	3,6%	7,1%
	120+	Sayı	1	8	2	11
		% Toplam	,7%	5,7%	1,4%	7,9%
Toplam			23	63	54	140
			16,4%	45,0%	38,6%	100,0%

Hastanenin kapısından girip muayene olunan süre %24,3 ile 60-89 dk. Aralığında olduğu tespit edilmektedir. Randevu sistemi ile arasındaki ilişki, randevu sistemini kullananların 20-30 dk. Beklerken kullanmayanların 60-89 dakika beklediği tespit edilmiştir. Randevu sistemini kullanan bireylerin daha az beklediği tespit edilmektedir. Randevu sistemini kullanmanın bekleme stresini de azaltacağı göz önüne bulundurularak değerlendirilmektedir

3.3.2.Radyoloji Sırasında Bekleme Süresi Yüzde ve Oranları

Tablo 29: Radyoloji Sırasında Bekleme Süresi Yüzde Ve Oranları

	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	12	8,6	8,6
Katılıyorum	34	24,3	32,9
Kararsızım	35	25,0	57,9
Katılmıyorum	47	33,6	91,4
Kesinlikle Katılmıyorum	12	8,6	100,0
Toplam	140	100,0	

Kararsız ve katılmayanların büyük bir çoğunlukta olduğu görülmektedir. Hastaların radyoloji sırasında bekleme süresini fazla buldukları bu anlamda memnuniyetin düşük olduğu görülmektedir. Doktor odasında ultrasonun mevcut olması ve bakılabilmesi bu bekleme süresini azaltabileceği düşünülmektedir. Gebelikte en çok ultrason ile bakılmakta ve bebeğin gelişimi, kaç haftalık olduğu ve sağlığıyla ilgili bilgi vermektedir. Çoğunluğun gebelerden oluşması bekleme süresinin artmasına neden olmaktadır.

3.3.3.Laboratuar Sırasında Bekleme Süresi Yüzde ve Oranları

Tablo 30: Laboratuar Sırasında Bekleme Süresi Yüzde ve Oranları

	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	14	10,0	10,0
Katılıyorum	71	50,7	60,7
Kararsızım	29	20,7	81,4
Katılmıyorum	17	12,1	93,6
Kesinlikle Katılmıyorum	8	5,7	99,3
32,00	1	,7	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanlar büyük bir oranda katılıyorum diyerek laboratuvar bekleme süresini az bulmuştur. Hastaların laboratuvar hizmetlerinden memnun kaldığı görülmektedir. Kan almanın kısa süren bir işlem olması, verilen tahlil sonuçlarının beklenmeyip doktorun bilgisayarına otomatik aktarılması laboratuvar sırasında kuyruk oluşmasını önlemektedir. Kadın doğum hastanesinde hastalığın daha çok ultrasonla bakılması bu oranı etkilemektedir. Hastanın genel şikayetleri dinlenip ultrason ile bakılması çoğu zaman yeterli görüldüğünden laboratuvar da bekleme süresi daha da azalmasını sağlamaktadır.

3.4.HASTA PERSONEL İLİŞKİSİ

3.4.1.Doktor Dışında Çalışanların Güler yüz'ü Olma Yüzde ve Oranları

Tablo 31: Doktor Dışında Çalışanların Güler yüzlü Olma Yüzde ve Oranları

	Sayı	Yüzde	Toplam yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	23	16,4	16,4
Katılıyorum	73	52,1	68,6
Kararsızım	24	17,1	85,7
Katılmıyorum	15	10,7	96,4
Kesinlikle Katılmıyorum	5	3,6	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanların büyük çoğunluğunun katılıyorum cevabını verdiği görülmektedir. Doktor dışı personeli güler yüzlü bulunduğu ve memnun olduğu sonuç itibarıyla anlaşılmaktadır. Hasta şikâyetlerinde personellerin ilgisizliği, tavırları yer almaktadır. Personel güler yüzlü davrandığı zaman hasta memnun kalmakta ve şikâyetlerinin azalmasını sağlamaktadır.

3.4.2.Doktor Dışında Çalışanların Yeterince Yardımcı Olma Yüzde ve Oranları

Tablo 32: Doktor Dışında Çalışanların Yeterince Yardımcı Olma Yüzde ve Oranları

	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	23	16,4	16,4
Katılıyorum	86	61,4	77,9
Kararsızım	12	8,6	86,4
Katılmıyorum	13	9,3	95,7
Kesinlikle Katılmıyorum	6	4,3	100,0
Toplam	140	100,0	

Hastalar yardımcı personelinin yeterince yardımcı olduğunu düşünmekte ve büyük bir oranda katılıyorum diyerek memnun olduğu göstermektedir. Hasta bekleme salonlarında danışmanlar bulunmaktadır. Bunlar hastalara yardımcı olmaktadır. Hastalar yalnızca doktorlardan bilgi almazlar personeller tarafından da bilgilendirilerek isterler. İyi bir iletişim hastanın personele güven duymasını sağlar. Hizmet veren kişiler bir bütün olarak ele alınmalıdır.

3.4.3. Hastalara İyi Davranılma Oran Yüzde Ve Oranları,. Hastalar İyi Davranılma İle Tavsiye Etme Arasındaki İlişki

Tablo 33: Hastalara İyi Davranılma Oran Yüzde ve Oranları

	Sayı	Yüzde %	Toplam yüzde %
Kesinlikle Katılıyorum	25	17,9	17,9
Katılıyorum	84	60,0	77,9
Kararsızım	16	11,4	89,3
Katılmıyorum	7	5,0	94,3
Kesinlikle Katılmıyorum	8	5,7	100,0
Toplam	140	100,0	

Cevaplayanların büyük bir oranı katılıyorum cevabı vermiştir. Hastalar çalışanların iyi davrandığını düşünmekte ve hastaların memnun olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 34: Hastalar İyi Davranılma İle Tavsiye Etme Arasındaki İlişki

			Başkalarına hasta olduklarında bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim					Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Burada çalışanlar hastalara iyi davranıyorlar.	Kesinlikle Katılıyorum	Sayı	19	6	0	0	0	25
	Katılıyorum	%Toplam	13,6%	4,3%	,0%	,0%	,0%	17,9%
	Katılıyorum	Sayı	6	65	9	2	2	84
	Katılıyorum	%Toplam	4,3%	46,4%	6,4%	1,4%	1,4%	60,0%
	Kararsızım	Sayı	1	11	3	1	0	16
	Kararsızım	%Toplam	,7%	7,9%	2,1%	,7%	,0%	11,4%
	Katılmıyorum	Sayı	0	1	3	2	1	7
	Katılmıyorum	%Toplam	,0%	,7%	2,1%	1,4%	,7%	5,0%
	Kesinlikle Katılmıyorum	Sayı	0	1	3	0	4	8
	Katılmıyorum	%Toplam	,0%	,7%	2,1%	,0%	2,9%	5,7%
Toplam		Sayı	26	84	18	5	7	140
		%Toplam	18,6%	60,0%	12,9%	3,6%	5,0%	100,0 %

Hastalara iyi davranıldığında tavsiye etme arasında bir bağlantı bulunmaktadır. Hastaya iyi davranıldığında memnun kalmakta ve tavsiye etmektedir. Memnuniyet oranı arttıkça tavsiye eden oranı doğru bir şekilde artmaktadır.

SONUÇ

Sağlık sektöründe yoğunlaşan rekabet ortamı zamanla daha önemli bir duruma gelen hizmet kalitesini ve hasta tatminini ön plana çıkarmaktadır ve iyileşmeye yöneltmektedir. Devletin yeni politikaları, hasta memnuniyetine yönelik çalışmaları memnuniyeti daha da ön plana çıkarmaktadır. Gelir dağılımında hasta memnuniyeti gözetilmesi hastaların şikâyetlerinde bakanlığa kolay ulaşabilmeleri hasta haklarının genişletilmesi hizmet kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapılması kurumlar arası rekabeti artırmaktadır. Kurumlar bu anlamda iyileşme sağlamak, gelişmek için hasta tatmin düzeyini araştırmak, beklentilerini ön planda tutmaya çalışmaktadırlar. Bu çalışmalar ancak anket ve analizlere dayalı olduğuna daha başarılı sonuçlar vererek yol gösterici olabilmektedir.20 günlük zaman zarfında uygulanan anketlerin sonuçları aşağıda belirtilmektedir.

Ankette yapılan analiz sonuçlarında en fazla %57 ile 20-29 yaş aralığı olduğu tespit edilmektedir. Bu çerçevede hasta memnuniyet düzeyinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmalarda bu yaş aralığı göz önünde bulundurulmalıdır. Cinsiyet dağılımında %92,1 ile kadın, yaş dağılımında %57,1 ile 20-29 yaş aralığında oldukları tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi %42,9 ile ilkokul öncesi olduğu tespit edilmiştir. Bu çerçevede hasta memnuniyet düzeyinin artırılmasına yönelik yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri yani hasta profili göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

Aylık gelir düzeyi %48,6 ile asgari ücret aralığında olduğu tespit edilmektedir. Aylık gelir ile tekrar gelme arasındaki ilişki incelenmiş, asgari ücretli olanların gelme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında portföyü orta sınıf gelir düzeyinde olduğu değerlendirilmektedir. Bu kapsamda tanıtıcı faaliyetler ağırlıklı yapılmalıdır.

Eğitim düzeyi ile randevu sistemi arasındaki ilişki Tablo5'te incelenmiş, randevu sistemini kullananların eğitim seviyesiyle bağlantılı olmadığı yalnız kullanmayan ve bilgisi olmayanların toplamda fazla olduğu tespit edilmektedir.

Eğitim seviyesi arttıkça randevu sistemini kullananların oranının düştüğü ve randevu sisteminin eğitimle ters orantılı olduğu tespit edilmiştir.

Hastanenin kapısından girip muayene olunan süre %24,3 ile 60-89 dk. Aralığında olduğu tespit edilmektedir. Randevu sistemi ile arasındaki ilişki Tablo28’de incelenmiş, randevu sistemini kullananların 20-30 dk. Beklerken kullanmayanların 60-89 dakika beklediği tespit edilmiştir. Randevu sistemini kullanan bireylerin daha az beklediği tespit edilmektedir. Randevu sistemini kullanmanın bekleme süresini de azaltacağı göz önüne bulundurularak değerlendirilmektedir.

Hasta memnuniyet ölçümleri sonucunda röntgen bekleme sürecinde %47 gibi bir oran fazla beklediklerini belirtmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak bu alanda iyileştirmeler yapılmalıdır.

Varsayımların değerlendirilmesi ise şu şekildedir:

- i. **“Kalite memnuniyetinin artması hasta memnuniyetini artıracaktır”** hasta memnuniyet düzeyi kalite artıkça artmaktadır. Daha iyi hizmet alma gereksinimi kaliteye yöneltmektedir.
- ii. **“Eğitim düzeyi yüksek kişiler randevu sistemini daha çok kullanırlar”** Eğitim düzeyi ile randevu sistemi arasındaki ilişki Tablo5’te incelenmiş, randevu sistemini kullananların eğitim seviyesiyle bağlantılı olmadığı tespit edilmiştir. Yalnız kullanmayan ve bilgisi olmayanların toplamda fazla olduğu tespit edilmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça randevu sistemini kullananların oranının düştüğü ve randevu sisteminin eğitimle ters orantılı olduğu tespit edilmektedir.
- iii. **“Bayanların kalite anlayışı, özellikle ayrıntıcı bir yapıya sahip olmaları, hasta tatminini etkileyecektir”** ankete katılım oranında %92, 1 ile kadın olduğu tespit edilmiş ve memnuniyet oranları yüksek bulunmuş, hastalar hastaneyi kaliteli bulmuştur. Bir bağlantı olmadığı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aşkar, A., Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi, DÜ, SBE, YYLT, Kütahya,2006
- Asunakutlu, T., Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Ankara,2005
- Bıçkes, M., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, İstanbul, 2000
- Çiper, A., Tükenmişlik Sendromunun Hizmet Kalitesine Etkisi ve Çağrı Merkezi Uygulaması, MÜ ,SBE,YYLT, İstanbul,2006
- Dilki, Y., Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Stres Yönetimi, BEU,SBE, YYLP, İstanbul , 2012
- Diyarbakır Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Arşivi, (02.09.2013)
- Güler, H.,- Öztürk, ve diğ. “Hastane Kalite Standartları”(Ed. A. Çinal,- M. Demir, Ankara,2011
- Günal, M., Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, BEU, SBE, YYLT, İstanbul, 2007
- Hayta, H., Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması Denizli Merkezi Örneği, MUÜ,SBE, YYLT, Muğla,2008
- Kavuncubaşı, Ş.,-Yıldırım, S., Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010
- Kostak, F., Kalite Yönetim Sistem ve Türkiye’de Uygulanması, KHAS,SBE, YYLT,İstanbul,2007
- Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi, İstanbul,1996

- Özkara, Y., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yer ve Önemi: Bir Uygulama ,AÜ,SBE, YYLT, Antalya, 2006
- S. Kaya, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi", Ed. S. Kaya, Eskişehir, 2013
- Sarvan, F.,-Berk, O., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi ”,İÜ İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, C.2
- Taşkıran Mohammad, T., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama, GÜ,SBE, YYLT, Ankara,2007
- Tatarlı, N., Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, AİBÜ, SBE, YYLT, Bolu,2007
- Tokalaş, S., Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, MÜ,SBE, YYLT,İstanbul,2006
- Tugu, A., Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmetlerinde ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir SSK Hastanesi Polikliniğinin Reoorganizasyonu için Uygulama Önerisi, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul,1997
- Uz, H., “Hastanelerde Kalite Yönetimi”, Ed. O. Hayran- H. Sur, Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997
- Üzgöl, A., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti” Ankara, 2006
- Yanık, A., Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma, İÜ, SBE, YDT, İstanbul, 2000
- Yusufoğlu, E., Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Uygulaması Uşak Devlet Hastanesi Örneği, AKÜ,SBE, YYLT, Afyonkarahisar,2008

Çoruh, M., Sağlık Sektöründe TKY Yaklaşımı Hekimden Hekime Dergisi,
http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konu1.html(02./10/2013)

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönetim,([www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular/_2011/2011/.../3k.pdf)
[/content/files/duyurular /_2011/2011/.../3k.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular/_2011/2011/.../3k.pdf)(13.08.2013)

T.C.Anayasası,Madde56.<http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.uc?p1=56>,
(11.06.2013)

Türköz, Y., “Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği”
<http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm>, (22.02.2007

EKLER

Ek 1. Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu

- 1.Cinsiyetiniz:** () Bayan () Erkek
- 2.Yaşınız:** () 15 -19 () 20- 29 () 30-39 () 40-49 () 50 ve +
- 3.Medeni Durumunuz:** () Bekar () Evli ()Dul () Boşanmış () Ayrı yaşıyor
- 4.Eğitim Durumunuz:** ()Okuryazar değil () Okuryazar ()İlkokul
()Ortaokul ()lise ()Yüksekokul Üniversite ve +
- 5.Mesleğiniz:**
- 6.Sosyal Güvenceniz :** ()Bağ kur ()SSK ()Emekli S ()Y.Kart ()Yok () Diğer
- 7.Şu anda Yaşadığınız Yer Belirtiniz :** () il () ilçe () köy () il dışı
- 8.Aylık Geliriniz:** () 0-399TL ()400-999TL () 1000-2999TL () 3000tl ve +
- 9.Hastalandığınızda İlk Nereye Başvurursunuz:()**Aile hekimi () Hastane devlet () Özel hastane () Diğer
- 10.Bu Hastaneyi Tercih Etmenizde En Önemli Etken Nedir?**
() Başka kurumdan sevk () Eve işyerine yakın olması
()İyi hizmet vermesi ()Hastanede tanıdık birisi olması
()Aile ve arkadaş tavsiyesi ()Diğer
- 11.Muayene Olduğunuz Poliklinik:**
()Kadın Doğum () Çocuk () Çocuk Kardiyoloji
() Çocuk Cerrahisi () Göz () Diş
- 12.Randevu Sistemini Kullanıyor musunuz?** () Evet () Hayır
()Randevu sistemi hakkında bir bilgim yok
- 13.Sağlık Kuruluşunun Kapısından Girip Muayene Oluncaya Kadar Geçen Süreyi Belirtiniz?**
()0-19 dk. () 20-39 dk. () 40 -59 dk. () 60 -89 dk. () 90 – 119 dk. () 120 ve+
- 14. Doktor Sizi Muayene Etti mi?**
() Evet, ayrıntılı olarak muayene etti.
() Evet, ama yeterince özen göstermedi
() Hayır, hiç muayene etmedi.
- 15.Muayene Odasında Tahmini Kaç KD Kaldınız?**
()0-4dk () 5-9dk () 10-14dk ()15-19dk () 20dk ve üzeri
- Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini dikkatle okuduktan sonra bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı (kesinlikle katılıyorum-katılıyorum-kararsızım-katılmıyorum-hiç katılmıyorum) ilgili kutucuğun içine (X) işareti koyarak belirtiniz**

SN	Sorular / Cevaplar	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
16	Bina içerisinde ulaşmak istediğim yerleri (poliklinikleri, muayene Odalarını, laboratuvarı) kolay bulabildim.					
17	Rahat bir ortamda bekledim.					
18	Bekleme salonunda koltuk/sandalye sayısı yeterliydi.					
19	Bekleme salonunun sıcaklığı, havalandırması iyi idi.					
20	Polikliniklerde bulunan bekleme yerlerinin temizliğinden memnun kaldım.					
21	Polikliniklerde bulunan tuvaletlerin temizliğinden memnun kaldım.					
22	Muayene odası düzenliydi					
23	Doktor muayene için bana yeterince vakit ayırdı.					
24	Doktor şikayetimi dikkatlice dinledi..					
25	Doktorlar hastalığım ve uygulanacak tedavi hakkında bana yeterince bilgi verdi					
26	Doktorlar hastalığımla ilgili soru sorma fırsatı verdi.					
27	Doktorların yaptığı açıklamalar kolaylıkla anlaşılabilirdi.					
28	Doktorların hastalığımla ilgili teşhis ve tedavisine güven duydum ²⁶ .					
29	Doktor dışındaki diğer çalışanlar ilgili, güler yüzlü, saygılı davrandı.					
30	Doktor dışındaki diğer çalışanlar yeterince yardımcı oldu.					
31	Radyoloji (film, röntgen, yansınım vb.) hizmetlerinde sıra bekleme süresi azdır.					
32	Laboratuvar (kan, idrar, tahlil vb.) hizmetlerinde sıra bekleme süresi azdır.					
33	Burada çalışanlar hastalara iyi davranıyorlar					

34	Burada aldığım poliklinik hizmetlerinden genel olarak memnun kaldım					
35	Genel olarak bu sağlık kurumun kalitesini iyi buluyorum					
36	Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim					
37	Başkalarına hasta olduklarında bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim.					

ÖNERİLER:

ÖZGEÇMİŞ

07.07.1982 Diyarbakır doğumluyum. İlköğretim ve liseyi Diyarbakır da tamamladıktan sonra 2002 yılında Harran Üniversitesi Hemşirelik bölümüne kaydoldum ve 2007 yılında mezun oldum.2012 yılında Mardin Artuklu Üniversitesi Yaşlı Bakımı bölümünde eğitime başladım. 2012 yılında Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim dalında Yüksek Lisans eğitimine başladım.

2002-2011 yılları arasında Mardin de hemşire olarak görev yaptım.2011 yılından beri Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım.

Bircan PİLATİN