

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEYİ
ALGISININ ÖLÇÜLMESİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve CAYGIN

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

EYLÜL 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEYİ
ALGISININ ÖLÇÜLMESİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve CAYGIN

1203812064

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Sayın Kemal TEKİN

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 1203812064 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Merve CAYGIN'ın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEYİ ALGISININ ÖLÇÜLMESİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ” başlıklı tezini, aşağıda imzalı olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Türk Hava Kurumu Üniversitesi

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ

Selçuk Üniversitesi

: Doç. Dr. İshak AYDEMİR

Turgut Özal Üniversitesi

: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Türk Hava Kurumu Üniversitesi

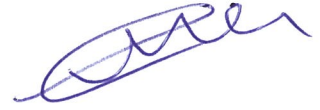
Tez Savunma Tarihi: 18 Eylül 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEYİ ALGISININ ÖLÇÜLMESİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurla doğrularım.

11.09.2015

Merve CAYGIN



ÖNSÖZ

Uzun ve zorlu bir süreç neticesinde ortaya çıkan bu tez çalışmam da; araştırma sürecinde değerli zamanını, bilgisini, tecrübesini ve her şeyden önce ilgi ve desteğini her aşamada benden esirgemeyen, bu araştırmanın ortaya çıkmasında büyük katkıları olan değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN'e, yüksek Lisans eğitimime başlamama vesile olan, tezimin tamamlanmasında birçok kez bilgisine başvurduğum ayrıca moral ve motivasyonunu üzerimden eksik etmeyen değerli arkadaşım ve yakınım Serdar YER 'e, araştırmamın başından sonuna kadar iş yerinde destek olan mesai arkadaşlarıma, hayatımın her aşamasında varlıkları ile destek aldığım, çalışmam süresince ihmal ettiğim, yapmış olduğu sonsuz yardım desteklerinden dolayı sevgili aileme, sabır ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Eylül-2015

Merve CAYGIN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. GENEL BİLGİLER	3
1.1 Hizmet ve Kalite Kavramı	3
1.1.1 Hizmet Kavramı ve Özellikleri	3
1.1.2 Hizmet Kalitesi Kavramı	6
1.2 Sağlık Kavramına Genel Bakış	8
1.2.1 Sağlık Kavramı	8
1.2.2 Hastalık Kavramı	9
1.2.3 Sağlık Hizmeti Kavramı	10
1.2.4 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	11
1.2.5 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	13
1.3 Hasta Memnuniyeti	15
1.3.1 Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	17
1.3.2 Sağlık Sektöründe Müşteri Hasta Memnuniyeti ve Ölçülmesi	19
1.3.3 Hasta Memnuniyeti Üzerinde Beklentilerin Rolü	22
1.3.4 Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi	25
1.3.5 Memnuniyete Temel Oluşturan Teoriler	26
1.4 Acil Servis	26
1.4.1 Acil Tıp ve Tanımı	26
1.4.2 Acil Tıp Tarihçesi	30
1.4.3 Dünyada Acil Tıp Tarihi ve Acil Tıp Sistemleri	31
1.4.4 Türkiye’ de Acil Tıp Sistemi ve Acil Servis Hizmetleri	32
İKİNCİ BÖLÜM	35
2.ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE MATERYALİ	35
2.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi	35
2.2 Araştırma Modeli ve Hipotezleri	36
2.3 Evren ve Örneklem	38
2.4 Veri Toplama Araçları	40
2.5 Veri Toplama Süreci	41
2.6 Veri Analizi	41
2.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	42
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	43
3. BULGULAR	43
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	78

4. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKÇA	86
EKLER	96
EK A- Acil Servis Memnuniyet Anketi.....	97
EK B- Acil Servise 2015 Yılı'nın İlk Yedi Ayında Başvuran Hasta Sayısı	100
EK C- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	101
EK D- Sağlık Hizmetlerinin Teşkilat Yapısı	104
ÖZGEÇMİŞ	107



TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1	: Hizmetin Nitelikleri.	5
Tablo 1.2	: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları.	7
Tablo 2.1	: Araştırmanın Modeli.	37
Tablo 2.2	: 2015 Yılı İlk Altı Aylık Dönemde Acil Servise Başvuran Hasta Sayısı.	39
Tablo 3.1	: Aylara Göre Acil Servise Başvuru Dağılımı.	43
Tablo 3.2	: Acil Servise Başvuru Saati.	43
Tablo 3.3	: Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumu Dağılımı.	44
Tablo 3.4	: Acil Serviste Eşlik Eden Kişiye Göre Dağılım.	45
Tablo 3.5	: Sosyal Güvence Durumu, Acil Servise İlk Başvuru Olma Durumu.	46
Tablo 3.6	: Acil Servise Başvuru Nedenleri.	47
Tablo 3.7	: Acil Servise Diğer Başvuru Nedenleri.	48
Tablo 3.8	: KMO Bartlett Testi.	49
Tablo 3.9	: Faktör Analizi.	50
Tablo 3.10	: Normal Dağılım Sınaması.	54
Tablo 3.11	: Soru Bazında Kayıt-Kabul Memnuniyeti Frekansları.	55
Tablo 3.12	: Soru Bazında Hemşire Memnuniyeti Frekansları.	56
Tablo 3.13	: Soru Bazında Doktor Memnuniyeti Frekansları.	57
Tablo 3.14	: Soru Bazında Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti Frekansları.	58
Tablo 3.15	: Soru Bazında Aile ve Arkadaş Memnuniyeti Frekansları.	59
Tablo 3.16	: Soru Bazında Genel Değerlendirme Memnuniyeti Frekansları.	59
Tablo 3.17	: Ambulansla Başvuruda Bulunma Durumuna Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyi Tespiti.	60
Tablo 3.18	: Cinsiyete Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	61
Tablo 3.19	: Yaşa Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	62
Tablo 3.20	: Eğitim Durumuna Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	65
Tablo 3.21	: Başvuru Nedenine Göre Acil Servis memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	67
Tablo 3.22	: Sosyal Güvencesine Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	69
Tablo 3.23	: Acil Servise İlk Başvuru Olma Durumuna Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	71
Tablo 3.24	: Acil Servise Başvuru Yapılan Saate Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	72
Tablo 3.25	: Eşlik Eden Kişiye Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	74
Tablo 3.26	: Acil Serviste Kalış Süresine Göre Memnuniyet Boyutlarında Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.	76

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 : Çeşitli Ürünlerin Somutluk-Soyutluk Özelliğine Göre Sıralanışı	4
Şekil 1.2 : Yüksek Düzeyde İyilik Halinin Çevresel Faktörlerle Etkileşimi.	9
Şekil 1.3 : Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri.	14
Şekil 1.4 : Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler.	21
Şekil 3.1 : Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	53



KISALTMALAR

AA	: Aile ve Arkadaş
AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index
AS	: Acil Servis
ATH	: Acil Tıp Hizmeti
ATT	: Acil Tıp Teknikeri
CFI	: Comparative Fit Index
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	: Doktor Memnuniyeti
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DYBEAH	: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ed.	: Editör
GD	: Genel Değerlendirme
GFI	: Goodness of Fit Index
HM	: Hemşire Memnuniyeti
KKM	: Kayıt Kabul Memnuniyeti
LRM	: Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti
LTD. ŞTİ.	: Limited Şirketi
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NC	: Normed Chi Square
RMR	: Root Mean Square Residual
RMSEA	: The Root Mean Square Error of Approximation
Sd.	: Serbestlik Derecesi
Vd.	: Ve Diğerleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEYİ ALGISININ ÖLÇÜLMESİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

CAYGIN, Merve

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Ekim-2015, 107 sayfa

Sağlık yönetiminde zamanla yaşanan terim değişiklikleri arasında özellikle tepki çeken “müşteri” kavramıdır. Rekabet aracı olarak dış müşteri (hasta) memnuniyeti yer almaktadır. Memnuniyet, karmaşık bir kavram olup; geçmiş deneyimler, yaşam tarzı, gelecekte beklenenler, kişisel ve toplumsal değerleri kapsayan birçok faktörle ilişkilidir. Hasta memnuniyeti, bakım ve tedavinin sonucunun algılanması, beklentinin karşılanmasıyla yakından ilgilidir. Memnuniyet, farklı kişiler ve hatta bazen aynı kişiler tarafından değişik zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilir.

Yapılan bu çalışma Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde tedavi alan ve tedavi sonrası taburcu olan hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmış, nicel bir tarama araştırmasıdır. Katılımcılarla yüz yüze görüşme yapılarak, ölçek vasıtasıyla elde edilen nicel verilerin analizleri SPSS21 ve AMOS 22 programlarında yapılmıştır. Verilerin analizi sonucunda acil servise, ambulansla başvuruda bulunmanın, yaş grubunun, eğitim seviyesinin, sosyal güvencenin, başvuru nedeninin, acil servise ilk başvuru olup olmamasının başvuru

saatinin, acil serviste kalış süresinin, hastaya eşlik eden kişinin hasta memnuniyetine etkisi saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, Müşteri İlişkileri, Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti



ABSTRACT

MEASURING THE PERCEPTION OF SATISFACTION LEVEL AT PATIENTS WHO APPLY TO THE EMERGENCY SERVICE: AN EXAMPLE OF PUBLIC HOSPITAL

CAYGIN, Merve

Master, Department of Management

Thesis Advisor: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

October-2015, 107 pages

The concept of “customer” is especially faced with reactions among the concepts in health management, which have shifted meaning over time. External customers’ (patient) satisfaction is a tool of competitiveness. As a complex concept, satisfaction, is associated with many factors, including past experiences, lifestyle, future expectations, personal and social values. Patient satisfaction is closely related with perception of the results of care and treatment and meeting the expectation. Satisfaction could be defined differently by various people, and sometimes by the same person in different times.

This study is a quantitative search study, conducted in order to measure the satisfaction level of patients and to define the factors effecting the satisfaction of patients, who are cured and discharged from the emergency service of Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Training and Research Hospital). Conducting face-to-face interviews with the participants, the analysis of quantitative data which are collected through scale has been processed in SPSS 21 and AMOS 22 softwares. As a result of analysis the data, applying via ambulance, age group, education level, social security, reason of application, whether being the first application or not, application time, duration in emergency service, the person

who is accompanying to the patient have found to affect on patient satisfaction in emergency service.

Key Words: The Health Service, The Customer Relations, Foreign customer (patient) satisfaciton



GİRİŞ

Sağlıklı yaşam yüzyıllar boyunca insanlığın en önem verdiği konulardan biri olmuştur. İnsanları hastalıklardan korumak, koruyucu önlemler hakkında eğitmek ve tedavi etmek işlevini yürüten hastaneler ise bu konuda en büyük rolü üstlenmektedir. Ülke genelinde hastane sayısının artması, ilerleyen tıbbi ve teknolojik gelişmeler sonuç olarak beraberinde yoğun bir rekabet ortamı getirmiştir. Artan rekabet ortamının hastane yöneticilerini daha kaliteli hizmeti hastalarına sunma konusunda teşvik ettiği yadsınamaz bir gerçektir.

Günümüzde tüm işletmeler gibi sağlık işletmeleri de müşteri odaklı düşünmeyi temel felsefe haline getirme gayreti içerisindeyler. Amaç, hasta/hasta yakınlarının (müşterilerin) beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamaktır. Hastanelerin, kaliteli hizmet sunumlarında hastaların beklentilerini belirlemeleri hatta hizmet tasarımlarını bu beklentilere göre oluşturmaları gerekmektedir. Müşterilerin beklentileri karşılandığında tatmini, müşterilerin beklentileri aşıldığında ise memnuniyeti sağlanmaktadır. Hastaların sağlık güvenceleri kapsamında memnun oldukları bir kurumu, yakınlarına tavsiye ettiği gibi, tekrar ihtiyacı olduğunda memnun kaldığı aynı hastaneyi tercih etmesi kaçınılmaz olmaktadır. Rekabet ortamı hastaya verilen değeri artırmakta ve sunulan hizmeti hastaya (müşteriye) öncelik vererek planlamayı ön plana çıkarmaktadır.

Dünyada yaşanan gelişmeler insanların sağlığa bakışlarında büyük değişime sebep olmuştur. Sağlık durumunu; çevre, kalıtım, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleri v.b. faktörlerden etkilenen bir olgudur. Sağlık sunucuları ve politika uygulayıcılarının temel amacı, bireyleri ve dolayısı ile toplumu sağlıklı kılmaktır.

Sağlık hizmetleri; bireyin yaşamını ve mutluluğunu sağlayacak biçimde hastalık ve sakatlık hali olmadan, aynı zamanda sosyal, ruhsal ve bedensel açıdan tam bir iyilik halinin devam ettirilmesini sağlayan hizmetlerdir. Başka bir ifadeyle genel olarak sağlığın korunması, teşhis, tedavi ve bakım için bireyin sağlığı ile ilgili kamu ve özel kurum ve kuruluşlar tarafından üretilen iş gücü, sunulan mal ve hizmetler olarak tanımlayabiliriz.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yukarıdaki açıklamalardan hareketle konuyla ilgili genel bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde ise Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvurarak tedavi alan ve tedavi sonrasında taburcu edilen hastaların memnuniyeti üzerine bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak acil servis memnuniyet ölçeği kullanılmıştır. Ölçek aslı Amerika Birleşik Devleti New York şehrinde bulunan bir devlet araştırma üniversitesi olan Stony Brook Üniversitesi hastanesinde uygulanmaktadır. Ölçek Türkiye’de ilk kez kullanılacağı için İngilizceden Türkçeye çevirisi iki ayrı kişi tarafından yapılmıştır. Birinci çevirmen ölçeğin Türkçeye çevirisini yapmış, ikinci çevirmen tekrar İngilizceye çevirerek ölçek aslı ile çeviriyi karşılaştırmış, anlam ve içerik bakımından değerlendirmesini yapmıştır. Ölçek hastane içerisinde ve dışarısında farklı kültür ve eğitim seviyesinden 20 kişiye okutularak kültürel geçerlilik testi uygulanmıştır. Okuyuculardan ölçek sorularını anlam ve içerik bakımından değerlendirilmesi ve eleştirilmesi istenmiştir. Geri bildirimde anlaşılmayan ve eleştirilen ölçek soruları üzerinde tekrar çalışılarak düzenlemeler yapılmıştır. Ölçek, 7 bölümden oluşan 47 soru içermektedir. Katılımcılardan ölçek vasıtası ile elde edilen nicel verilerin analizleri SPSS 21 ve AMOS 22 programında yapılmıştır. Demografik özelliklerin tespiti için frekans, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Üçüncü bölümde ise araştırmanın bulguları aktarılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1 Hizmet ve Kalite Kavramı

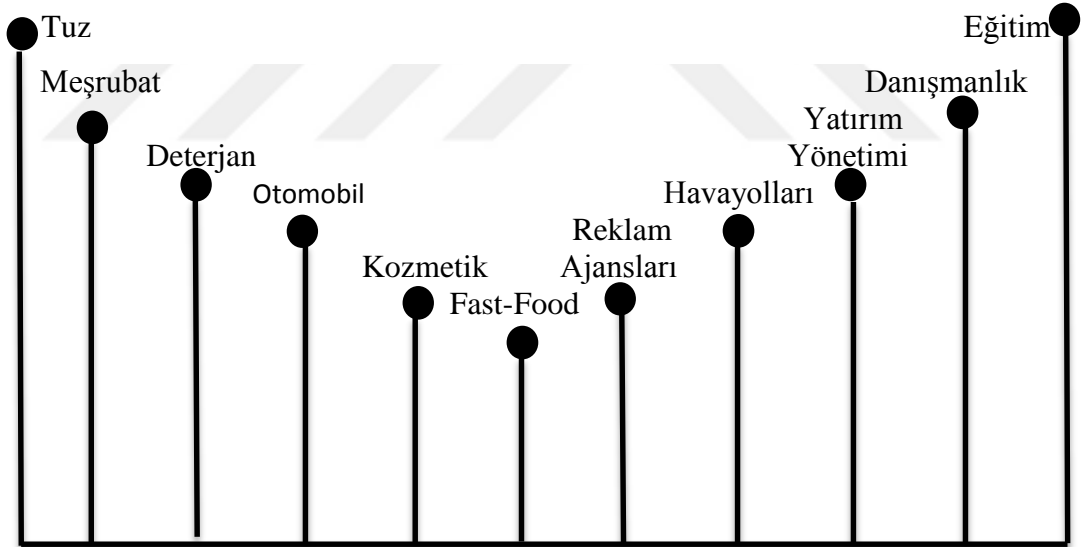
1.1.1 Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Hizmet, yüklenen anlam bakımından tanımlanması oldukça zor bir kavramdır. Hizmetlerin büyük bir kısmı elle tutulur ve öncesinde küçük miktarlar halinde alınıp denetlenebilir. Beş duyu organı yardımı ile kolayca süzülüp öğrenilir türden değildirler. Hizmetleri tanımlayarak geliştirmenin altında ihtiyaçların belirlenmesi yatmaktadır. Hizmet “*birey veya kuruluşun bir diğer birey veya kuruluşa sunmuş olduğu elle tutulmaz bir faaliyet veya yarar*” olarak tanımlanmaktadır. Hizmetlerin birbirinden farklılığı, birbirinden ayrılmazlığı ve hizmetin dokunulmazlığı hizmet özellikleri arasında yer almaktadır. Hizmetin soyut olması, otomatik olarak kalitesinin de soyut bir yapıya bürünmesine neden olur. Bu sebeple hizmetin kalitesi yerine “*algılanan hizmet kalitesi*” terimi kullanılmaktadır (Bulgan ve Gültekin, 2000: 241).

Hizmetler, fiziksel bir bütünlüğü bulunmayan ve insanların ihtiyaçlarını karşılamaya dair gerçekleştirilen eylemlerin tamamıdır (Çiçek ve Doğan, 2009: 202). Hizmetlerin mallardan ayrılmasıyla birlikte, hizmet kalitesini belirlemeyi zorlaştıran özellikler vardır. Bunlar; heterojenlik, soyutluk, eşzamanlılık ve dayanıksızlıktır. Soyut ürünleri kapsayan hizmetlerin kalite özellikleri, somutlarda olduğu gibi tam olarak üretim öncesinde denetlenememektedir. Bu durum soyut hizmetlerde kalite denetimini güçleştirmektedir. Hizmet kalitesi ölçümünün mamul mallar ve hizmetler için önemli duruma gelmiş olması hizmet kalitesinin ölçümü konusunun daha çok yaygınlaşmasına neden olmuştur.

Hizmet; malların satışı ile birlikte ya da satışa sunulmasıyla ortaya çıkan eylemler, doyunluklar ve yararları kapsamaktadır. Soyut oldukları için tüketiciler tarafından da bir tatmin olarak ya da bir fayda olarak algılanırlar. Bu anlamda yapılan tanımlardan birinde, “*hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayreti ile üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünler*” dir (Bozkurt, 2008: 3-4). Hizmet üretimi fiziksel bir ürüne bağlı olabileceği gibi tam tersi bir durum da olabilir.

Bir hizmette esas alınan temel husus sağlanan faydadır. Bazı hizmet türlerinin çok kısa zamanda fayda sağladığı görülmüştür. Bunlara fast-food/restoranlar, yiyecek ve içecek işletmeleri, sinema, temizlik hizmetleri gibi alanlar örnek olarak gösterilmektedir (Kılıç ve Eleren, 2009: 93). Bazı hizmet türlerinin orta vadede yarar sağladığı görülmektedir. Bu grubun içine bakım hizmetleri ile danışmanlık hizmetleri girer. Daha uzun süreli faydalar sağlayan gruplar ise, finansman hizmetleri, sigorta hizmetleri vb’dir.



Şekil 1.1: Çeşitli Ürünlerin Somutluk-Soyutluk Özelliğine Göre Sıralanışı. (Yumuşak, 2006)

Hizmetleri; onun soyutluğu, görülemez olması, elle tutulamaması, duyulamaması, bir ölçü birimiyle ifade edilememesi birbirinden farklı kılar. Hizmetin soyut olması tam olarak; paketlenemez, sergilenemez ve taşınamaz olması anlamına gelmektedir. Herhangi bir biçimde envanteri saklanamaması, tutulamaması, üreticilerden tüketiciye direkt olarak geçmemesi, standartlaştırılmaması ve mülkiyet ilişkilerinin olmaması da ayrıca önemlidir (Aydın ve Sayım, 2011: 246). Hizmetin

sunulmasının ardından tüketilmemesi durumlarında meydana gelebilecek ekonomik kayıplar daha sonra giderilemez. Ayrıca, mülkiyet ilişkisi, görsellik ve nesnellik mevcuttur. Bu nitelikler aşağıdaki Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1.1: Hizmetin Nitelikleri. (Öztürk, 2003)

Özellikler	Açıklama
Dokunulmazlık	Mal ile hizmet arasında bulunan evrensel ve temel olarak kabul gören farklılık hizmetlerdeki dokunulmazlıktır. Hizmetlerde bulunan fiziksel yapı bu dokunulmazlığın neticesidir.
Türdeş Olmama	Hizmet insanın bir ürünüdür. İnsanların verdiği hizmetler birbirinden farklıdır. Bu nedenle hizmetin sunumunun aynı olması mümkün değildir.
Ayrılmazlık	Ürünler öncelikle üretilir ve saha sonra satın alınıp tüketilir. Bir hastanın da hizmet üretiminde bulunması hastayı üretim sürecinin parçası haline getirir. Eş zamanlı üretim ve tüketimin bir neticesi olarak hizmet üretenler kendilerini ürünün bir parçası olarak görürler.
Dayanıksızlık	Hizmetlerin stoklanmaması, saklanmaması, iade edilmemesi ve yeniden satılmaması demektir.
Sahiplik	Mal ve hizmetler arasındaki önemli farklılıklar biri sahipliktir.

Hizmetler üretildiği andan itibaren tüketilirler. Hizmetin üretimiyle satışı aynı zamanlı olarak oluşur ve bu sebeple işletmeyle müşteri üretim, sunum süreci boyunca etkileşim halindedir. Bu sırada müşteri üretim sürecine katılır. (Aydın ve Sayım, 2011: 247).

Araştırmacıya göre; kısacası bazı hizmet gruplarında hizmet, hizmeti üretenlerden ayırt edilememektedir. Üreticiyle satıcı olanın aynı kişi olması ve hizmetleri veren kişilerin, hizmetin de bir parçası olması durumunda ayırt edilemezler. Bu durumun neticeleri de eş zamanlı üretimler ve tüketimlerin olması, müşterilerin hizmetlerin üretim süreçlerinde yer almasıdır. Yeme ve içme, ulaşım ve

sağlık hizmetleri gibi birçok hizmet çeşidinde müşterilerin bizzat kendilerinin bulunması, üretim sürecine de katılması gerekmektedir.

1.1.2 Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet sektörlerinde kalite, uygulanabilirlik, idrak edilebilme, kontrol edilebilme ve devamlılığı sağlayabilme bakımından oldukça belirsiz, güç ve karmaşık bir kavramdır. Bunun en büyük nedeni, hizmet kalitesi anlayışının, birçok sebepten dolayı değişik algılamalara neden olmasıdır. Hizmet sektöründe hizmetin kalitesi, hizmeti gören kişiden kişiye, hizmeti alan müşteriden müşteriye farklılık gösterebilmektedir.

Hizmet kalitesini, verilen hizmetlerin tüketicinin istek ve beklentileri doğrultusunda tatmin seviyesinin bir ölçüsü olarak tanımlamak mümkündür. Hizmet kalitesi, bir işletmenin tüketici beklentilerini karşılayabilmek veya bu beklentilerin üstüne çıkma yeteneğine verilen isimdir. Hizmet kalitesinde en önemli nokta, müşteriler tarafından algılanan kalite kriterleridir (Zengin ve Ayhan, 2000: 49). Bu nedenden dolayı kalitenin müşterinin algıladığı performansın seviyesi veya hizmetin tüketiciyi tatmin etme düzeyi olduğunu söylemek mümkündür.

Oliver ve Rust, hizmet kalitesi algısının oluşması için hizmetin alınmasının gerekmediğinin altını çizmişlerdir. Örneğin tüketiciler, beş yıldızlı bir otele gitmeden evvel oteli, yüksek kaliteli olarak algılamaktadırlar. Tatmin ise ancak hizmeti aldıktan sonra ortaya çıkmaktadır (Rust ve Oliver, 1994: 4, Akt; Hacıfendioğlu ve Koç, 2009: 148). Algılanan hizmet kalitesinin çeşitli boyutları bulunmaktadır. Bunlar Tablo 1.2’de verilmiştir.

Tablo 1. 2: Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları. (Papatya, vd., Ocak 2012)

Özellikler	Açıklama
Fiziksel Özellikler	Hizmet sunum esnasında kullanılan; araç ve gereç, bina, personelin görüntüsü ve teçhizat hizmetlerinin fiziki simgeleri, hizmet alan veya bekleyen diğer hastalar
Güvenilirlik	Hizmetlerin ilk defada doğru bir şekilde sunumunu sağlamak; hizmetlerle ilgili tutulan kayıtların tam ve doğru tutulması ve hizmeti zamanda yerine getirebilmek.
İsteklilik	Çalışanların hizmet verirken istekli olması, hastalara daha hızlı hizmet etmek ve yardım hususunda gönüllü davranma. Ödeme ve duyuruların tam zamanında postalanarak; arayanlara hızlı cevap verebilmek, randevuların hızlı ayarlanması.
Yeterlilik	Hizmetlerin verilebilmesi için gereken bilgi ve deneyime sahip olmak gerekir.
İnanılabilirlik	Hizmet verme sürecinde hasta çıkarlarını korumak ve bu onlara hissettirilerek; güven kazanılması.
Nezaket	Hastalar ile doğrudan iletişim kuran personellerin saygılı ve içten olması.
Güvenirlik	Verilen hizmetlerle ilgili risk, tehlike ve kuşklar ortadan kalkmalıdır.
Ulaşılabilirlik	Hizmete kolay ulaşım için gereken fiziki şartların sağlanarak; iletişim araçları ile hizmetlere erişimin kolaylaştırılması.
Anlayış	Hasta beklentilerinin net olarak anlaşılması için çaba gösterilmesi, düzenli olarak hizmet alan hastaların yakından tanınarak bireysel özel isteklerin karşılanması.
İletişim	Hastalar arasında eğitim ve kültür farklılıklarının dikkate alınarak hastaları sorunlarını gidermek; onları dinlemek ve bilgilendirmek.

Araştırmacıya göre; bir örgütün veya kurumun genel itibarıyla üstünlük ile mükemmelliğinin değerlendirilmesi hizmet kalitesinin algılanmasıyla ilgilidir. Algılanan hizmet kalitesini müşteri tatmininden ayırmamak gerekir. Bu anlamda hizmet kalitesi; tüketicilerin tatmini ile beklentilerinin aşılması olarak ifade edilebilir.

1.2 Sağlık Kavramına Genel Bakış

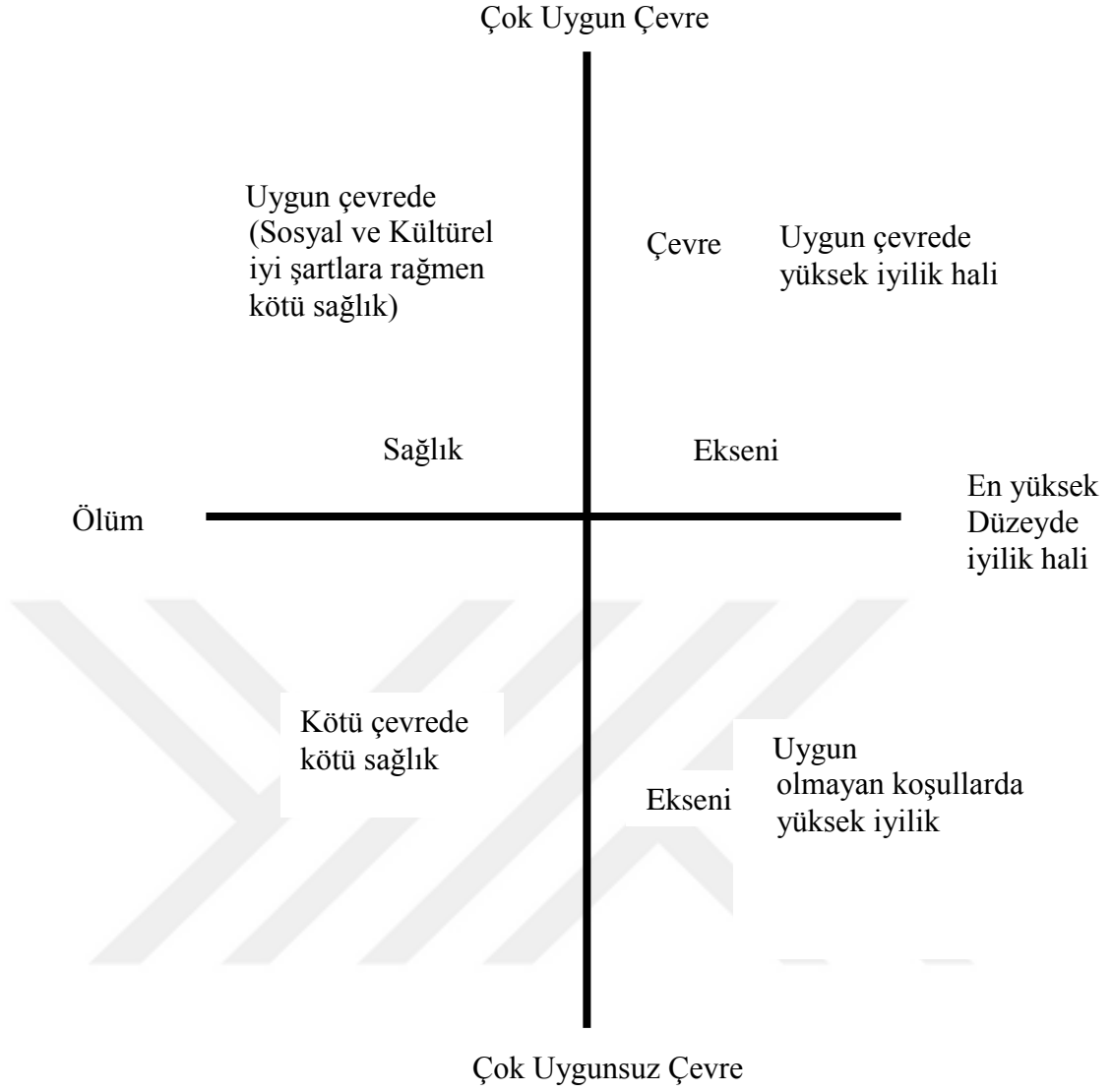
1.2.1 Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, evrenseldir. Sağlıklı bir yaşam, her bireyin temel hakkı olarak ele alınır. Türkiye’de sağlıklı yaşama hakkına ilk defa 1961 Anayasası çerçevesinde değerlendirilerek yer verilmiştir. 1982 Anayasası’nda ise her insanın yaşamak, maddi ve manevi varlığını korumak ve geliştirmek gibi temel haklara sahip olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık, her toplumda hasta olmama, iyi olma durumudur. Sağlık; 19.yy’ dan 20.yy’ a kadar iş yapabilme kapasitesi olarak, sadece fiziksel anlamda iyilik olarak görülmüştür. Fakat Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1948 yılında sağlığı; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil ruhsal, bedensel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamasıyla birlikte, sağlık bütüncül bir anlam kazanmıştır.

Robinson ve Elkan (1996: 36) sağlığın tanımlanmasının zor olduğunu vurgulamışlardır. Sağlığın tanımını yaparken hastalığın yokluğu biçiminde negatif yön kullanmışlar fakat sonra kişilerin hayata katılabilme yeteneği olarak tanımlamışlardır. Bowling (1992: 25) sağlığı, stresli zamanlarda karşı koyabilmek, güçlü olan sosyal destek sistemlerinin kurulması ve bunların korunması, toplum ile entegrasyon, yaşam doyumu ve psikolojik iyilikler ile fiziksel uyum olarak görmüştür.

Sağlık durumu kişinin çevresine uyumu; pasif bir haldeyken iyilik hali, kişinin potansiyelini tam olarak kullanmasına dair dinamik bir gelişimi ifade eder. İyilik hali bireyin doğası ve onun çevreleri değiştikçe devamlı değişir. İyilik hali; mutluluk, rahatlık, enerjik olma, canlılık ve verimlilik gibi daha öznel yaşantıları içermektedir (Halbert, 1959: 788).



Şekil 1.2: Yüksek Düzeyde İyilik Halinin Çevresel Faktörlerle Etkileşimi. (Dunn, 1959)

Yazara göre; sağlık her bireyin temel hakkıdır. Sağlıklı olmak yalnızca fiziksel bir durum değildir, aynı zamanda sosyal çevreyle iyi bir uyum ve kaliteli yaşam demektir.

1.2.2 Hastalık Kavramı

Hastalık kavramının iki farklı anlam içerdiğini söylemek mümkündür (Ülgen, 1993: 97);

1. Medikal açıdan hastalık (disease), Tıbbi olarak hastalık kavramı, doktorların hastalığa bakış açılarını ve nesnel nitelik taşıyan bir durumu çağrıştırır (Tekin, 2007: 26). Hastalık, belli semptom ve işaretlerle kendini gösteren patolojik anormallikleri içermektedir.

2. Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık (illness), Toplumsal ve kültürel içerikli bir terim niteliğinde hastalık, sağlıksız olmanın ya da patolojik süreçlerin neticelerinin kişiler tarafından algılanan acı, ağrı duymak gibi durumunu belirtmektedir. Subjektif olarak algılanan hastalık organik bozuklukların neden olduğu neticeleri farklı derecelerde etkilemektedir (Tekin, 2007: 26). Bu etkilenme ve etkilemenin değerlendirilmesi, hasta olan bireyin sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik konumlarına göre farklılıklar göstermektedir. Bu anlamda, objektif ve subjektif olarak hastalığın birlikteliği söz konusu olmayabilmektedir.

1.2.3 Sağlık Hizmeti Kavramı

Sağlık ve hastalık, insan yaşamındaki en önemli kavramlardır. Sağlıklı bir yaşamın oluşturulması ve hastalıkların önlenmesi bunun neticesinde toplumun genelinin sağlık düzeyinin yükseltilmesi bütün hükümetlerin ilk amaçlarından. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına dair verilen hizmetleri sağlık hizmeti olarak tanımlamak mümkündür. Bu hizmetler çeşitli sağlık kurumları tarafından verilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 17).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini, “*belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem*” olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetleri, farklı sağlık kurum ile kuruluşlarında hastalıkların teşhisi ve tedavisi ile insanların sağlıklarının korunması amacıyla farklı sağlık personelleri tarafından yürütülen çabaların bütünüdür (Akar ve Özalp, 2002: 190).

Sağlık kurumları tarafından verilen sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis edilmesi, tedavisi ile rehabilitasyonun yanı sıra, hastalıkların önlenmesi, toplum ve kişinin sağlık düzeyinin geliştirilmesiyle ilgili faaliyetlerin tümünü kapsamaktadır (Yazgan, 2009: 31). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında yayınlanan yönergede, sağlık hizmeti şu şekilde tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 34): “*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun*

bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler”dir.

Araştırmacıya göre; sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunarak, geliştirilmesi, hastalıkların tedavileri ile rehabilitasyonu için sağlık kurumları ve profesyonelleri tarafından verilen hizmetler bütünüdür.

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi, toplumun ihtiyaç duyduğu çeşitli sağlık hizmetlerini, hastaların istediği kalite, zaman ve olabildiğince düşük maliyetle vermektir. Teknolojinin hızla ilerlemesiyle maliyetlerin artması, hasta şikâyetlerinin de artmasına neden olmuştur. Ülkemizde artan nüfus ile birlikte sağlık işletmelerinin sayısı da artmıştır (Papatya, v.d. 2012: 91). Toplumun gelir düzeyinin artmasıysa, hastaların hizmet beklentilerini arttırmıştır.

1.2.4 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri sektörü, piyasa başarısızlıkları sebebiyle tam olarak rekabet piyasasının özelliklerini taşımazlar (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204). Bu nedenle sağlık sektörünün diğer sektörlerden ayıran özelliklerini sıralamakta fayda var (Cantürk, 2012: 6-7) :

1. Sağlık sektöründe rekabet koşulları eksiktir.
 - a. Talep ve arz arasında dengenin olduğu söylenemez.
 - b. Sağlık sektöründeki arz miktarları sınırlıdır ve sağlık hizmetlerini arz edenler kendi aralarında monopoller oluşturabilmektedirler.
 - c. Sağlık sektöründe talep daha önceden belirlenemez.
 - d. Sağlık sektörüne giriş işlemlerinde bazı kısıtlamalar söz konusudur.
 - e. Alıcılar sektör hakkında bilgi sahibi değildir.
2. Sağlık sektöründe dışsal faktörler vardır.
3. Sağlık hizmetlerinin ikame edilmesi ve ertelenmesi söz konusu değildir.
4. Fiyatlar ile gerçek maliyetler arasında bulunan korelasyon zayıftır.
5. Sağlık sektöründe kar amacı gütmeyen kurumların varlığı sektörü karmaşık hale getirmektedir.

Bütün bunlardan hareketle sağlık hizmetlerinin kendine özgü olan bazı özelliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Akbelen, 2007: 26-27):

1. Sağlık hizmetleri toplumsaldır. Ülkenin genelinde bütün nüfusu etkileyen çeşitli bulaşıcı hastalıkların tedavisi tüm toplum için hayati önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyal devlet ilkelerinden hareketle serbest piyasa şartlarına bırakılmadan kamu tarafından hizmeti sürdürülmektedir.
2. Sağlık hizmetlerinde tüketiciler yeteri kadar bilgiye sahip değillerdir. Müşterilerin sağlık hizmetlerine ödediği paralardan yarar sağlayabilmesi, bu hizmetler ve bunların sunumuyla ilgili yeterli bilgi alabilmeleriyle ilgilidir. Sağlık hizmetlerine dair taleplerin belirsiz olması, sağlık hizmetlerinde talebin sürekliliği tartışıldığı gibi taleplerin ortaya çıkacağı zamanın da belirsizliği ve yoğun olması hususlarında öngörüle bulunmak imkânsızdır. Bu durumların varlığı hizmeti arz ve talep edenler için sorun oluşturabilmektedir.
3. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısının olması ve kar amacından ziyade sosyal amaç taşıması sağlık hizmetlerinin en önemli özelliğidir. Sağlık hizmetlerine ulaşmak maddi değerle ölçülemez düşüncesi sebebiyle hizmetlerin sosyal bir amaçla sunulması gerekmektedir. Sağlık hizmetinde yarar; karlılık ve maliyet gibi diğer piyasalardaki temel kavramlardan farklı şekilde düşünülmektedir.
4. Sağlık hizmetlerinde ikame yoktur. Mal ikamesi terimi normal olan pazarlarda, bir mal veya hizmetin yerine aynı hedefle başka bir malın veya hizmetin kullanılması özelliğidir. Fakat sağlık sektöründe doktorun sunduğu sağlık hizmetinin ikamesi birçok durumda ya hiç yoktur ya da sınırlıdır ve tüketiciler bu hizmeti almak zorundadır.

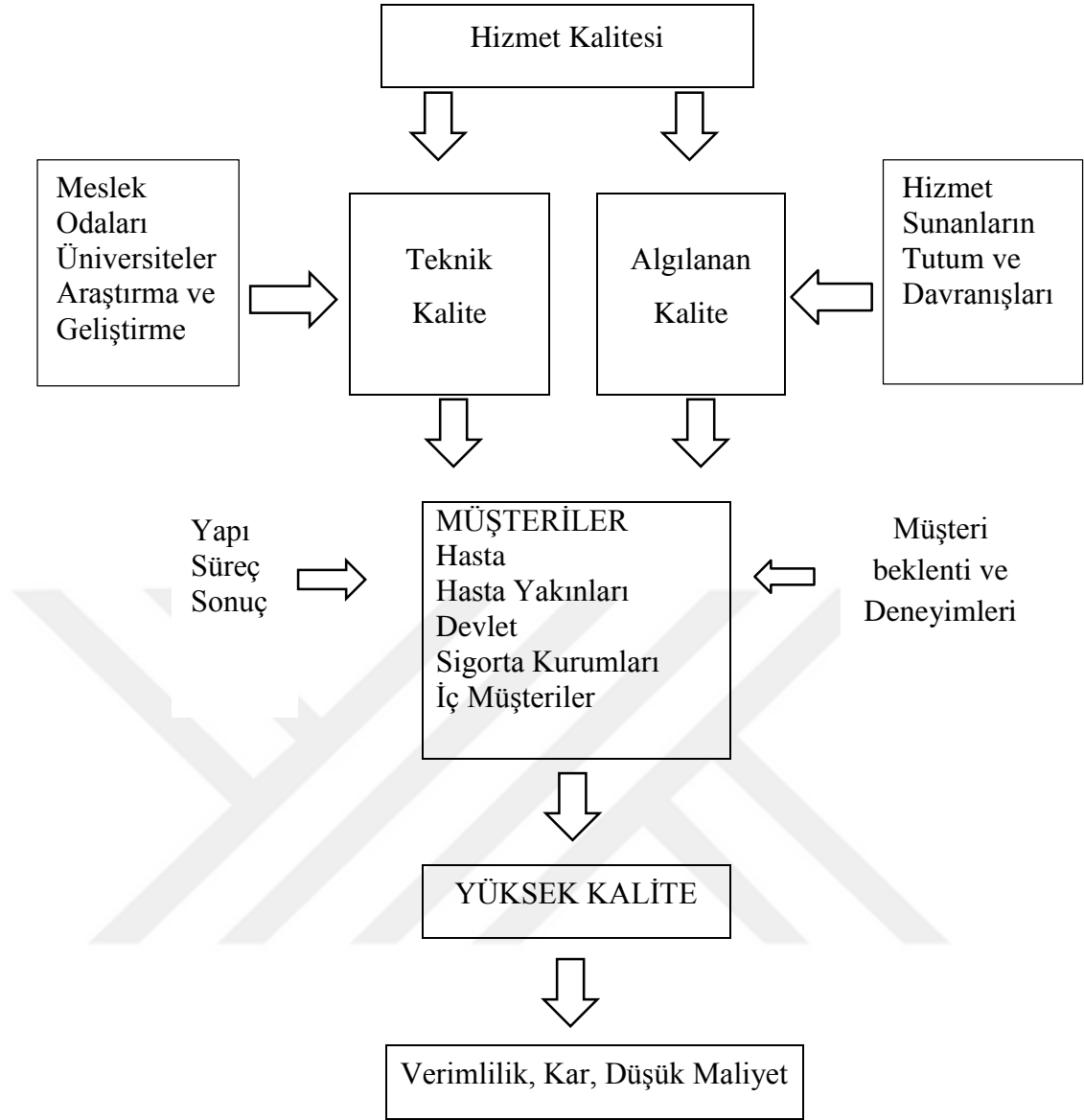
Araştırmacıya göre; sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran birçok önemli özellik mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde talebin daha önceden tahmin edilememesi, arz miktarlarının sınırlılığı sağlık hizmetlerini karmaşık bir hale getirmektedir. Sağlık hizmetinin ertelenemez ve ikame edilmesi güç bir hizmet oluşu, hizmetin değerlendirmesini de güçleştirmektedir. Sağlığın maddi değerlerle ölçülemez olması, sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler gibi kar amacı gütmesini mümkün kılmamaktadır.

1.2.5 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Günümüz sağlık hizmeti sisteminde, insanların duyguları ve sağlığıyla ilgilenmeden, sadece aksaklıkları en aza indirecek mühendislik sistemlerine odaklanmaktadır (Illich, 2011: 171). Bu durumda karşımıza sağlık hizmetlerinin niceliksel olarak incelenmesinin gerekliliğini çıkarmaktadır. Bunu net olarak kavramak için tarih sürecine bakmak gerekir.

1980'li yılların ardından sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanma düşüncesi gündeme gelmiştir. Ülkelerin o yıllarda sağlık alanında yeniliklere yönelmeleri bugünün sağlık sektörü açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gündeme gelmesi sektörde yeniden yapılanmayla yakından ilgilidir. Sağlık sektörünün kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumlarında görülen yetersizlik ve yapılması muhtemel hataların insan yaşamıyla ilgili ciddi sıkıntılar doğurması da kalite algısını arttırmıştır (Aslantekin, v.d. 2005: 59).

Toplumsal ihtiyaçların değişmesi işletmenin ürettiği hizmet ve hizmet niteliğinin veya bütünüyle kendisinin değişmesini gerektirir. Bugüne bakıldığında değişimin hızından her sektörün etkilendiği görülür. İşletmelerin varlıklarının devamı ve rekabet avantajlarını yakalamaları konusunda etkili olan unsurların en başında verilen hizmetin kalitesi gelir. Bu anlamda, sağlık hizmetlerinin verilmiş şekli, ülkelerin sosyoekonomik düzeylerini belirleyen en önemli faktördür. Kalitenin yüksek olması hizmet veren kurumların verimlilik ve karlılıklarını da olumlu olarak etkilemektedir (Mutlu,1999: 183).



Şekil 1.3: Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri. (Kavuncubaşı ve Devebakan, 2006)

Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmak için bireysel kabul edilebilirlik, mesleki yeterlilik ve kalitenin uygunluğu önemlidir (Yazgan, 2009: 34). Sağlık hizmeti kalitesinin karmaşıklığı yukarıda sayılan sağlık alanının özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmet kalitesinin değişkenlerinin çokluğu ve bu değişkenlerden etkilenmesiyle bunların net olarak tanımlanmayışı, bunların yanı sıra subjektif etmenlerin etkilerine net oluşu, doğrudan nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmeleri ve tanımlanmalarını güçleştirmektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinde kalitenin sezgisel olarak algılanması konusunu gündeme getirmektedir (Aslantekin, v.d. 2005: 60).

Yazara göre; toplumsal ihtiyaçların ve hizmet niteliğinin değişmesiyle birlikte her sektörde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de kalite kavramının önemi ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamıyla ilgili olmasından dolayı kalite kavramı sağlık sektöründe daha önemli bir hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmak için mesleki iş gücünü sağlayan bilgili eleman ve kriterlerin niteliğe uygunluğu önemlidir. Kaliteli bir hizmet kurumların verimlilik ve karlılıklarını arttırmaktadır.

1.3 Hasta Memnuniyeti

Carr-Hill (1992:236) memnuniyeti, tecrübeler, yaşam tarzı, gelecekte beklenen, kişisel ve toplumsal değerleri kapsayan birçok faktörle ilişkili olan karmaşık bir terim olarak tanımlamaktadır. Bakımın neticelerinin algılanması ve taleplerin karşılanmasıyla ilişkili olan hasta memnuniyetinin çeşitli tanımları mevcuttur. Örneğin; Donebedian (1992), hastanın beklenti ve değerlerinin ne seviyede karşılandığı hususunda bilgi veren ve esas otoritelerin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel lt olarak görmüşler ve o şekilde tanımlamışlardır (Aktr: Yılmaz ve Yılmaz, 2001: 26).

Hemşirelik bakımıyla ilgili memnuniyet kavramı, ilk defa 1975’de Risser tarafından tanımlanmıştır. Bu tanıma göre hastanın gerçekte aldığı hemşirelik bakımının birbiriyle uyumu hasta memnuniyetine karşılık gelir (Merkouris, vd. 1999: 27).

Greeneich (1993: 63) , hasta memnuniyetini hastaların beklenti ve aldıkları bakımların uyumu şeklinde ifade etmiştir. zcan ve ark. (2008: 99)’nın belirttiğine göre, hasta memnuniyeti anketleri özellikle sağlık kurumlarının hizmet kalitelerinin lclmesi konusunda önemli göstergelerdendir. Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık hizmet kalitesinin geri bildirimlerini ancak bu şekilde alabilmektedirler.

2012 yılında, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda memnuniyetiyle ilgili, Peker vd. (2012: 160) bir çalışma yapmışlardır. Yapılan bu çalışmada tespit edilen bulgular arasında eğitim seviyesi arttıka beklenti düzeylerinin de arttığı ve memnuniyetin azaldığı bulunmaktadır. Yine SDÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 2006 yılında yapılan bir başka araştırmada, kadın hastalıkları ve doğum servisinde verilen

hizmetlerle ilgili hasta memnuniyetidir (Güney ve ark. 2006: 197). Bu araştırmada çıkan sonuçlara göre, hastaların eğitim seviyeleri ve doktorların onlara gösterdiği ilgi durumlarına göre hastaların memnun olma durumunda farklılıklar tespit edilmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde sunulan hizmetlerden genel olarak memnun oldukları tespit ettikleri bulgular arasındadır.

Sarp ve Tkel (1999: 171)'in yaptığı benzer bir çalışmada; hastaların eğitim düzeyleri arttıka hastane hizmetleriyle ilgili memnuniyetsizliklerinin de arttığı tespit edilmiştir. Erdem ve ark.(2008: 100)'nın araştırmasında da eğitim düzeylerinin ve cinsiyetin bazı hasta memnuniyeti boyutlarında farklılığa sebep olduğu görülmüştür.

şahin ve ark.(2005: 26)'nın konuyla ilgili yaptıkları memnuniyet araştırmasında sağlık hizmeti veren personellerin bireysel özellikleri, gösterdikleri ilgi, tavırlarındaki nezaket ve profesyonel tutumları, beceri ve bilgilerini sunma biçimleri ve özellikle de hasta-hemşire ilişkisi önemli rol oynadığını tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalara genel olarak bakıldığında, yeterince bilgilendirilen, kendini rahat hisseden, değer verildiğini hisseden hastalar; tedaviye, bakıma ve bu hizmeti sunan sağlık çalışanlarına güven duymaktadırlar (Aktr: Eryılmaz ve ark. 2004: 56).

Ülkemizde hasta memnuniyetiyle ilgili araştırmalar son zamanlarda artmıştır. Bu durum çeşitli sağlık hizmetlerinin giderek iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır (Hastaoğlu 2007: 85). Öncelikli olarak niversite hastanelerinin dikkatini çeken kalite geliştirme çalışmaları devlet hastanelerinde de zamanla yaygınlaşmaya başlamıştır (zcan ve ark. 2008: 45). Uzun (2001: 21) bir niversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımıyla ilgili memnuniyet düzeylerini incelemiştir. Yapılan araştırmada hastaların sosyo-demografik özellikleriyle memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Akın ve Erdoğan (2007: 22)'ın hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılan farklı bir ölçekle yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, genel olarak hastaların hemşirelik bakımından memnun oldukları, özellikle bayan ve yaşlı olan hastaların daha memnun oldukları tespit edilmiştir.

Araştırmacıya göre; hasta memnuniyeti araştırmaları hizmet kalitesini ölçmenin en önemli yollarındandır. Yukarıda verilen örnek araştırmalar doğrultusunda; eğitim seviyesinin, cinsiyetin, hizmet sunucularının tutum ve davranışlarının hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

1.3.1 Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; memnuniyeti ölçme, hastaların öneri, beklenti ve geri bildirimlerini öğrenme, kalitenin tüm hizmet süreçlerinde devamlı iyileştirilme sağlama, sosyo demografik ve tedavi sürecine dair değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini araştırma amaçlı yapılmaktadır. Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında faydalı bilgiler vermektedir. Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih eder. Hastanın cinsiyeti, yaşı, yerleşim yeri, sosyal güvence durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini yakından etkilemektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 143). Yapılan araştırmalar aşağıda verilen faktörlerin hasta memnuniyetini önemli derecede etkilediğini göstermektedir;

1. Personel Hasta Etkileşimi: Hastane hizmetleri öncelikli olarak bir ekip hizmeti gerektirir. Sunulan hizmetin kalitesi, hastanede çalışanların sorumluluğundadır. Hizmetlerin bir kısmında veya hizmet veren grupların birinde düzensizlik ya da aksama varsa, hastaların bu aksaklıkları algılamaları başka alanları da etkilemektedir. Bu durum hastane imajını yakından etkilemektedir (Yanık, 2000: 64). Teknolojinin gelişmesi ve ilerlemesi işgücünün özelliklerinin de artacağı anlamına gelmemektedir. Hizmet sunumlarının her aşamasında hastalarla birebir ilgilenen sağlık personelinin; hastaların hastaneye karşı tutumları ve hizmetlerden tatmin olma düzeyleri üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir (Korkmaz, 2003: Sağlık personelinin bireysel özellikleri hastaya olan davranışları da etkilemektedir. Gösterilen anlayış ve ilgi, beceri ve bilgilerini aktarma biçimlerinin hastanın rahatlaması ve tedavisi konusunda uyumlu ve katılımcı olmasını sağlamaktadır (Çakıl, 2007: 142).
2. Doktor Davranışı: Hastalar; doktorların verdiği hizmet kalitesini değerlendirirken, doktorun kendilerini dinleme, yeterli zaman ayırma, hastayı anlama, saygı gösterme ve nezaket gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar. Doktorların davranışları, hasta memnuniyetinin yanı sıra verilen hizmetlerin de etkililiğini artırır. Hasta ve doktor ilişkisinin olumlu olmasıyla hastalar doktorların önerilerine daha özenle uymaktadırlar.

Böylece, tedavilere hiç ara vermeden devam etmektedirler (Kısa ve Tokgöz, 2007: 282-283).

3. Hemşire Hasta Etkileşimi: Hemşireler, hasta ya da sağlıklı kişilere yardım etmekle yükümlüdürler. Bu yardım, sağlam bireyin hayatını sağlıklı olarak sürdürmesi, hastanın tekrar sağlığına kavuşması adına gereken istek, bilgi ve güce kavuşmasına dair etkinlikleri kapsamaktadır (Tatarlı, 2007: 55).
4. Bilgilendirme: Hasta ve hasta yakınlarının doktorlar tarafından yeterince bilgilendirilmesi, hastaların hastalıklarıyla ilgili durumları daha anlayışla karşılayabilmelerini sağladığı söylenebilir. Hastanın kendi durumunu, başından geçenleri, bu şekilde ne kadar kalacağı ve ne tarz tedavi süreçlerinden geçeceği gibi konuları merak etmesi normaldir. Bazı araştırmalarda hastalara sağlık durumları hakkında verilen bilginin, memnuniyeti etkilediği görülmüştür (Kısa ve Tokgöz, 2007: 283).
5. Beslenme Hizmetleri: Bazı araştırmalarda memnuniyet belirleyicileri arasında beslenme hizmetlerinin de yer aldığı tespit edilmiştir (Taşlıyan ve Gök, 2008: 72). Hastaya verilen yemeğin sunum şekli iyi olduğunda, bu hizmeti kaliteli olarak değerlendirmektedirler(Kısa ve Tokgöz, 2007: 283).
6. Fiziksel ve Çevresel Koşullar: Hastanenin iç ve dış fiziksel şartları, kişilerin üzerinde durdukları ve önemsedikleri memnuniyet boyutlarından biridir. Yetersiz oda şartları, bakımsız hastane, hastaların şikâyet sebebi ve tatminsizlik unsuru olabilmektedir. Fiziksel ortam, genel olarak tüketicilerin hizmet satın alımından önce aradığı ipuçlarını verme bakımından önemlidir (Esatoğlu, 1997: 35).
7. Bürokrasi: Memnuniyeti etkileyen faktörlerden biri bürokratik engellerdir. Bürokratik engeller hastane yönetimi ya da sağlık kanunlarından kaynaklı oluşabileceği gibi zaman kayıpları veya işlem sırasında beklemelerin uzun olması olarak da ifade edilebilir (Taşlıyan ve Gök, 2008: 73). Birçok hastanede, hastaların yatış işlemleri ve taburcu edilmesi, hastaların ve hasta yakınlarının uzun zaman bekletilmeleri söz konusudur (Esatoğlu, 1997: 36). Hastaların bekletilmelerinden kaynaklı memnuniyetsizlikleri kolaylıkla gözlenebilmektedir.
8. Güven: Bu faktör hastanın tedavi sürecinde hastanede yabancılik çekmemesi ve uyum sağlama sürecinin kısa sürmesiyle ilgili bir kavramdır. Sağlık

personelinin uyguladığı tıbbi tedavi ve bakım, çalışanların ve ortamın güven oluşturması hastaların memnuniyetini yakından etkilemektedir.

Yazara göre; hasta memnuniyeti araştırmaları sağlık hizmetleri sunucuları ve ıktıları hakkında önemli bilgiler vermektedir. Personel hasta arasındaki iletişim ve hastaya olan davranışlar hastanın tedaviye uyumunu, katılımını sağlar. Doktor ve hemşire davranışı hasta memnuniyetinin yanı sıra hizmetin kalitesini de arttırır. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, durumlarını daha anlayışla karşılayabilmelerine yardımcı olur. Beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar hizmeti satın alan hasta ve hasta yakınlarının üzerinde durdukları memnuniyet boyutlarından biri olmuştur. Hastaların hastane yönetimi ve sağlık kanunlarından kaynaklı yaşadıkları olumsuzluklar (zaman kayıpları, sıra beklemele) memnuniyetlerini azaltmaktadır. Hastaların tedavi ve bakım sürecinde kendilerini güvende hissetmeleri, mahremiyetlerine zen gösterilmesi memnuniyetlerini yakından etkilemektedir.

1.3.2 Sağlık Sektöründe Müşteri Hasta Memnuniyeti ve llmesi

Hasta memnuniyetinin, kaliteli hizmet için önemli olduğu daha önce vurgulanmıştı. Hasta memnuniyetinin llmesi; hizmette kalitenin artırılması ile hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması açısından önemlidir (Söylemez vd. 2009: 115).

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalar ikiye ayrılmaktadır;

1. Kalitatif; Odak grup görüşmesi, video kayıtları, gözlem, “*bay müşteri*” teknikleri bu tarz araştırmalarda kullanılan veri toplama teknikleridir.
2. Kantitatif araştırmalar; Evlerde veya hastanelerde yüz yüze yapılan anketler, postayla gönderilen anketler, telefon görüşmeleriyle yapılan anketler ise kantitatif araştırmalarda kullanılan temel tekniklerdir (Kavuncubaşı ve Tokgöz, 2007: 38).

1.3.2.1 Sağlık kurumlarında müşteri kavramı

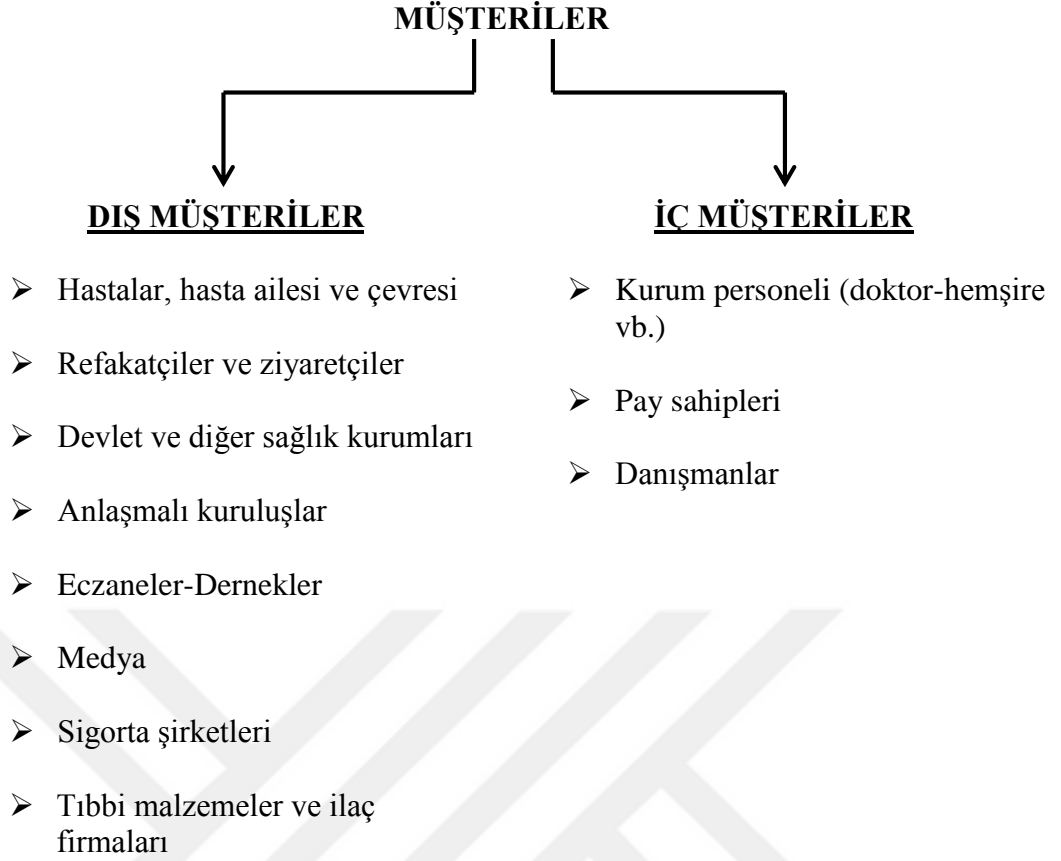
Müşteri, belirli bir işletmenin belirli bir marka malını, idari veya kişisel amaçları için satın alan kişi veya kuruluşa verilen isimdir. Mevcut müşteri,

işletmenin sürekli satış yaptığı ve işletmenin malını veya hizmetini her zaman satın alan müşteriye denir (Kırdar ve Demir, 2006: 300). Muhtemel müşteri ise, işletmenin satış için görüştüğü, fakat halen işletmenin müşterisi olmamış müşteri adayına verilen addır. Eski müşteri, işletmenin daha önce müşterisi olmuş ancak çeşitli sebepler ile artık müşterisi olmayan kişi veya kuruluştur. Yeni müşteri, bir işletmenin malını ya da hizmetini ilk defa satın alan müşteridir. Hedef müşteri, belirli bir işletmenin belirli mallarını satın alabileceği amaçlanan kişi veya kurumlardır (Yıldızel, 2002: 49).

Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiğinde sadece hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir (Taşlıyan ve Gök, 2008: 75).

Sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilmektedir:

1. İç müşteriler; sağlık kuruluşunda çalışan ya da sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve gruplardır.
2. Dış müşteriler; sağlık kurumunun temel hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlardır (Saltık, 1995: 38).



Şekil 1.4: Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler. (Kısa ve Tokgöz, 2007)

Bir işletme niteliği taşıyan hastaneler özellikle gelecekte de var olabilmek için hasta memnuniyetini ön planda tutmak zorundadırlar. Bu memnuniyeti sağlamak içinde tüm yapılarını müşterilerin istekleriyle orantılı olarak gerçekleştirmeliler. Bu koşullar sağlandığında, müşteri/hasta kavramları hastanelerdeki gerçek anlamını bulur (Tengilimlioğlu vd., 2009: 65).

Araştırmacıya göre; sağlık kurumlarının müşterisi yalnızca hasta ve hasta yakınları değil, aynı zamanda hizmet sunucuları ve hizmete katılan tüm bireylerdir. Doğru koşullar sağlandığında bu müşterilerin (hastaların ve hizmete katılan bireylerin) memnuniyeti gerçek anlamda sağlanmış olur.

1.3.2.2 Sağlık işletmelerinde hasta tatmini

Sağlık sistemi kendi içinde özellikle son zamanlarda büyük değişimler yaşamıştır. 1980'lerden sonra sağlık politikalarında bazı reformlar görülmüştür. Son yıllarda ise bu değişimin yeniden şekillendiği görülmektedir (Çakıl, 2007: 143).

Günümüzde halkın özel ve kamu olan sağlık kuruluşlarından sistematik ve sınırsız faydalandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmetleri, bilgi teknolojilerinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta güvenliği ve müşteri memnuniyetinin önemli olduğu gibi çalışmalar gittikçe artmaktadır (Aslan, vd. 2008: 25). Sağlık kuruluşları, hastaların medikal gereksinimlerinin yanı sıra, duygusal, kültürel ihtiyaç ve isteklerine cevap verebilir duruma gelmelidir. Çünkü; hastanın tatmin olmuş olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırılması sağlık kurumunun başarısı anlamına gelmektedir. Tatmin olmayan hastaların tedaviyi yarıda bıraktıkları görülmüştür. Böyle bir durumda hasta sağlık kuruluşu olarak başka bir hastaneyi de tercih edebilmektedir (Güllülü, vd. 2008: 85).

Araştırmacıya göre; sağlık hizmetinden memnun kalmayan hasta ve hasta yakınları tedaviyi yarıda bırakıp başka hastaneyi tercih edebilirler. Böyle bir durumda sağlık işletmesi bakımından başarısız olan hizmet üretimi söz konusudur. Bu sebeple sağlık hizmeti kurumlarının başarısı; tatmin olan hastanın katılımıyla tedaviyi uygulamak ve neticelendirmektir.

Sağlık hizmetleri bakımından memnuniyeti sağlamak, bir sağlık kurumunu yakından ilgilendiren zor ve hassas bir konudur. Bunun nedeni yapılan araştırmalarda hasta beklentileriyle tatmin seviyeleri arasında her daim doğrusal bir ilişki olmadığı şeklinde bulunmuştur. Sağlık kurumlarının hasta memnuniyetini sağlayabilmek amacıyla uygulayabilecekleri, sağlık hizmet kalitesinin 2 temel hususu vardır;

1. Modern tıbbi tedavilerin gerektirdiği sağlık hizmetlerinin verilmesi,
2. Hasta ihtiyaç, hak, beklenti ve isteklerinin karşılanması (Güllülü, vd. 2008: 85).

1.3.3 Hasta Memnuniyeti Üzerinde Beklentilerin Rolü

Memnuniyet, hasta bakımının neticelerinin algılanması ve hastanın beklentilerin karşılanmasıyla ilgili bir durumdur. Hastaların beklentileri hasta memnuniyeti konusunda önemli bir belirleyicidir (Carr-Hill, 1992: 239). Beklentinin kelime anlamı ise, bir şeyin olacağını düşünmek ya da bunun olacağına inanmaktır (Longman, 1987: 81).

Genel olarak hasta memnuniyeti beklentiler ile ilişkilidir. Yapılan bazı çalışmalarda fazla bilgisi olmayan ve beklentisi çok olmayan hastaların memnuniyetinin diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür. Fakhoury (1998),

hastaların bu sistem içerisine çeşitli kişisel özellikleri ve önceki deneyimleriyle girdiklerini özellikle vurgulamıştır.

Hastanın hemşirelik bakımıyla ilgili beklentilerinin akraba, arkadaş gibi yakın çevresinin yanı sıra; yazılı ve sözlü basından edindiği bilgilerden de etkilendiği görülür (Greeneich, 1993: 65). Hasta beklentilerinin en çok kendi deneyimlerine bağlı olarak değiştiğini de vurgulamak gerekir. Bunun nedeni ise hasta veya ziyaretçi olarak önceden hastanede bulunan kişilerin bu esnada sağlık bakım hizmeti verenler ile etkileşim halinde olarak gözlem yapabilmeleridir. Bu etkileşimin neticesinde edindikleri bilgiler beklentilerini oluşturur. Bu beklentiler daha sonra hastaneye tekrar gelmeleri durumunda memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Önceden hastaneye gelmeyen bireyler ise, böyle bir etkileşim içinde bulunmadıkları için beklentileri sınırlı kalmaktadır. Bireyin ve hastanın memnuniyetini etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi açıklayabiliriz (Yılmaz, 2001: 70).

1.3.3.1 Hastaya ilişkin faktörler

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları veya akrabalarından aldığı bilgiler gazete ve televizyon reklamları; cinsiyeti, yaşı, sosyal statüsü, eğitim düzeyi, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Yılmaz ve Yılmaz, 2001: 71).

Hasta memnuniyetiyle ilgili yapılan kimi çalışmalarda hastaya ait olan sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan bazı sonuçlar tespit edilmiştir. Örneğin, çalışmaların bazılarında yaşlı hastaların genç hastalara nazaran daha fazla memnun oldukları görülmüştür. Bazılarında ise yaşla memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında memnuniyet ile eğitim düzeyi hususunda da tutarlı olmayan bazı sonuçlara rastlanmıştır. Carr-Hill (1992: 236), eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek kalite beklemelerinden kaynaklı olarak daha az memnun olabileceklerini söylemiştir (Aktr: Yılmaz, 2001: 71). Esatoğlu (1996: 25) ve Özmen (1990: 62) 'in yaptığı araştırmada eğitim seviyesi yüksek olan hastaların daha az memnun oldukları tespit edilmiştir (Aktr: Esatoğlu ve Ersoy, 1996: 65). Yılmaz (2000: 42)'ın yaptığı çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeylerinin fazla olduğu saptamıştır. Okumuş vd. (1993: 178)'nin çalışmasında ise, eğitim seviyelerinin memnuniyeti etkilemediği tespit edilmiştir.

1.3.3.2 Hizmet verenlere ilişkin faktörler

Sağlık çalışanının bireysel özellikleri, gösterilen şefkat, nezaket, anlayış ve ilgi, profesyonel tutumları, beceri ve bilgilerini sunma şekilleri, hasta/hemşire ilişkisinin hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Kaynaklarda hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden birinin de hastayı bilgilendirme ve iletişim olduğu bilinmektedir (Avis vd.1995: 320). Sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalarla sağlıklı iletişim kurmaları hastaların kendilerini değersiz ya da değerli hissetmeleri konusunda önemli etkindir. Hasta merkezli ve kişiye özel bakımlar hastaya kendilerini daha değerli hissetmelerini sağlamaktadır. Bu durum kişiler arasında güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra kişilere kendini değerli hissettirebilecek bir hususta yeterince bilgi almaktır. Kısacası hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve buna yönelik bilgi verilmesi sağlık personelinin hastalara kendilerini değerli olduğunu hissetmelerinde yardımcı olabilmektedir.

Bu konuda yapılan araştırmalarda durumunu bilen ve hastalığı ile ilgili bilgilendirilen hastaların, sağlık çalışanına güvenlerinin ve memnun kalma düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Bilgi vermek hastalara kendilerini değerli hissettirmektedir ancak; kendilerine kişisel olarak değer verildiğini hissettirmek içinde yeterli olduğu söylenemez. Yapılan çalışmalar sonunda bilgi vermenin önemini ortaya koymuştur ancak özellikle sağlık çalışanı bakımından bu alanda daha fazla ilerleme kaydedilmesi de gerekmektedir (Yılmaz, 2000: 45).

1.3.3.3 Çevresel ya da kurumsal faktörler

Hastanenin ortamı, çalışma saatleri, yiyecek hizmetleri, temizlik, otopark gibi çevresel faktörlerin kalitesi gibi konular kurumsal ve çevresel unsurları kapsamaktadır. Hastanelerin sosyal ve fiziksel olarak sağlayacağı rahatlık kişilerin kendilerini evlerinde hissetmelerini sağlamaktadır. Yeterince bilgi sahibi olan, değerli olduğunu hisseden ve kendilerini evinde gibi gören hastalar tedavi ve bakıma, bununla birlikte hizmeti veren sağlık çalışanlarına güven duymaktadır (Walker, vd. 1998: 196).

Yazara göre; hasta memnuniyeti, hizmetin veriliş şeklini, hastayla hizmet edenler arasındaki etkileşimi, hizmetin varlığını, devamlılığını, yeterliliğini ve iletişimin özelliklerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, memnuniyet; sağlık hizmetlerinin bir neticesi ve genel olarak bakım kalitesinin göstergesidir.

1.3.4 Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi

Sağlık bakım kalitesi, standart tutum ile maksimum sağlık bakımı sunularak geliştirilebilir. Hasta memnuniyetini yakından etkileyen önemli faktörlerden biri sağlık bakım kalitesidir ve yalnızca hastanenin medikal çıktıları ile ölçülebilmektedir. Sağlık bakım kalitesini geliştirmek, mekanik bir yaklaşım değildir. Çalışanların hepsinin beyin gücü, deneyim ve yaratıcılıklarından faydalanma şeklinde bir iş ahlakı anlayışına dayanmaktadır (Uz, 1995: 50). Donebedian (1980), bakım kalitesini iki alana ayırmaktadır (Aktr: Yılmaz ve Yılmaz, 2001: 72);

1. Teknik alanda kalite; bir sağlık sorununun tıbbi teknolojiyle birlikte bu bilimi kullanarak çözülmesiyle ilgili olan kalitedir.
2. Kişilerarası kalite; hasta ve bakımı yapan kişi arasındaki etkileşimden kaynaklı kalitedir.

Risser (1975) ise, hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi üç boyutta incelemiştir (Aktr: Yılmaz ve Yılmaz, 2001: 72);

1. Teknik ve profesyonel davranışlar; hemşirelik görevlerini yeterli seviyede yapabilmesi hemşirelerde olması gereken bilgi ve teknik faaliyetleri ifade eder.
2. Güvenilir ilişki; hemşirelerin olumlu olarak hasta/hemşire ilişkileri ve iletişim kurmaya izin verecek yapıcı olan özelliklerini tanımlar.
3. Eğitimsel ilişki; hemşirelerin hastaları bilgilendirme konusunda yeteneklerinin olması, sordukları sorulara doğru ve hastaları tatmin edici cevaplar verebilmesiyle yakından ilgilidir.

Araştırmacıya göre; bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti, tıbbi teknoloji ve kişiler arası ilişkiden etkilenen bir kavramdır. Hizmet sunucularının profesyonel davranışları, hasta ile kurdukları olumlu ilişkiler, hasta/hasta yakınlarının tatmin edilerek bilgilendirilmesi hasta memnuniyetini etkileyen boyutlardır.

1.3.5 Memnuniyete Temel Oluşturan Teoriler

Hasta memnuniyetini açıklamak için ileri sürülen teorilerin pek çoğu temelinde işyerine yönelik motivasyon teorileridir. Greeneich ve arkadaşları (1993: 65) tarafından geliştirilen hemşireliğe özel ve birçok araştırma üzerine temellenmiş hasta memnuniyet modelini ele alacağız. Bu model; hemşire, hasta ve kurum olmak üzere her biri farklı üç alanı içermektedir.

1. Hemşire alanı; hemşirede bulunan kişilik özellikleri, verilen hemşirelik bakımının özellikleri ve hemşirelik becerisini kapsamaktadır. Hemşirenin işine yansıttığı tutum ve davranışlar hemşirenin var olan kişilik özelliklerini, ortak amaç belirleme, empati gibi profesyonel özellikler, verilen hemşirelik bakımının özelliklerini; hemşirenin teknik yeterlilik ve hemşirelik bilgisi de hemşirelik becerisini kapsamaktadır.
2. Hasta alanı; hastanın her türlü beklentilerini içermektedir.
3. Kurum alanı; hemşirelik bakımının yer aldığı ortamlardır. Bu alan fiziksel ve organizasyonel ortamı kapsamaktadır. Görüntü, yiyecek hizmetleri ve hasta bakımına katkıda bulunan diğer hizmetler fiziksel çevre örnekleridir. Organizasyonel çevre ise, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesini içine almaktadır.

1.4 Acil Servis

1.4.1 Acil Tıp ve Tanımı

Acil servis (AS)' ler, hastanelerin hastaların randevu almadan veya sıra beklemeden kabul ettikleri birimleridir. Hastanelerin çalışma koşulları açısından en yorucu birimlerinden birisidir (Aydın vd. 2010: 163).

Tıpta "acil" hastaların zaman kaybetmeksizin bakımlarındaki gereksinimleri anlamına gelmektedir. Diğer bir tanımla organizmadaki işleyişlerin, birliğini bozacak sebeplere karşı geliştirilmiş önleyici ve düzeltici çözümlerin yeterli olmayışına bağlantılı olarak meydana gelen durumlar acil olarak tanımlanmaktadır (Bahar, 1989: 5). Tıbbi olarak acil durum; yaralıların en fazla bir saat içerisinde gerekli tedavilerinin yapılarak kurtarılmaları olarak açıklanmaktadır (Keen, 1975: 286).

Travmalar ya da kazalar esnasında acil olarak hedef; anlık meydana gelen ve yaşamı tehdit edici olabilen durumların önüne geçmek ve ortadan kaldırmaktır (Bridget, 1995: 13). Günümüzde acil tıp kavramı teknik veya teknik olmayan imkanlarla acil tıp kaynaklarının sağlam bir sistem planı içerisinde, örgütlü ve uyumlu bir biçimde, acil durumdaki hastaların ve yaralıların hizmetlerine gelişmiş bir benimseyiş ve modern tıp programları biçiminde sunum olarak tanımlanmaktadır (Özışık, 1990: 37).

Acil tıp, hastaların cinsiyet, yaş, başvuru biçimi, ödemedeki durumlarına bakılmaksızın, acil bir yaralanma ya da hastalık durumlarının tedavisi, tanısı ve gereklilik durumunda ileri tedavi ve destek adına yönlendirilmesinin yanı sıra acil durumların engellenmesi adına işlev halinde olan klinik tıp uygulamalarıdır. Asıl olarak acil tıp hizmeti (ATH) hastalık ya da yaralanma durumları meydana geldiği çevre ve zamandan başlayarak, hastaların nakilleri, acil servis içerisindeki sonrası ve yaklaşımında hastaların taburcu olması ya da diğer bölümlere aktarılmasına kadar işleyen süreçlerdeki hizmetleri kapsamaktadır. Bütün buradaki uygulamalar sadece iyi eğitim görmüş ve yeterli sayıdaki personellerle mümkün olabilmektedir.

Yazara göre; acil servis hastaların sıra beklemeden ve zaman kaybetmeden bakıldıkları birimlerdir. Acil tıp ise, hastanın kişisel hiçbir özelliğine bakmaksızın hastalandıklarında ve yaralandıklarında yeterli sayıda ve iyi eğitim görmüş personellerle en azami sürede teşhis ve tedavilerinin yapılmasıdır.

Acil tıp hizmetindeki kalitenin artırılabilmesi, daha iyi hizmet sunabilmek ve uluslararası anlamda ortak bir duruş sergileyebilmeleri adına acil tıpta lider konumda olan ABD misali ülkeler de çeşitlilik gösteren yaklaşımlar kılavuz halinde hazırlanmış durumdadır. Amerikan Acil Uzmanları Derneği'ne göre ATH (<http://www.acep.org>, 2014):

1. Toplumdaki her birey için ulaşılması kolay olmalı,
2. Hastanenin öncesinde, acil servis ve öteki yataklı tedaviler bölümündeki hizmetlerin aralarında kesintisiz ve tam bir işbirliği bulunmalı,
3. Hastaların değerlendirilmesinde ve tedavisinde en kısa ve uygun yollar kullanılmalı,
4. Hastanın tedavi ve tanıları adına gerek görülen bütün ekipmanlar acil servisin içerisinde yer almalı,

5. Acil bakımdaki hizmetlerin ana öğelerinin içinde yer alan hemşire, hekim ve yardımcı personellerin birbiri arasında ve öteki bölümlerdeki personeller arasında uyum içerisinde iş bölümleri olmalıdır.
6. Acil servisteki doktorlar; 7/24 hizmet sunar.
7. Zamanın çok önem arz ettiği acil serviste zamanlamaları uyum içerisinde kullanmak acili yet teşkil eden durumların önüne geçebilir ve hayatları kurtarabilir.
8. Bütün tıbbi aciller; hazırlık, önleme, tanılama ve uygulamaya koyma olmakla beraber dört ana unsuru içermektedir.
9. Herhangi bir yaralanma ya da tıbbi bir sorundan sonra ilk zamanlar en önem taşıyan dakikalardır ve buradaki kilit nokta; nelerin yapılacağını bilmek, sakin durumda kalabilmek ve gerekli bütün uygulamaları gerçekleştirmektir.
10. Özel olarak hastanenin öncesindeki zaman diliminde önem taşıyan acil hastalıklar ya da sarsıntı durumundaki hastaların yönetimlerinde acil yardım hattı 112'yi aramak yüksek derecede önem teşkil eden durumlardan birisidir.

Acil Tıp Hekimleri Acil Servisler ve öteki sağlık sektörlerinde önemli klinik hizmetlerin yanı sıra idari hizmetlerde vermektedir. Bu hizmetlerin tamamı aşağıda yer almaktadır (www.acep.org, 2014):

1. Hastanenin dışarısında Acil Tıp Sistemlerinin koordine edilmesi
2. Afet durumlarının hazırlık parçası olarak bulunmak
3. Acil Servis önderliği
4. Acil Servis ekipmanlarının fiziki durumlarının düzene sokulması
5. Acil Servis çalışanlarının düzenlenmesi
6. Acil Servis girişim ve politika düzenlemelerinin yapılması
7. Acil Servis bütçelerinin düzenlenmesi
8. Acil Servis çalışanları için devamlı eğitimlerin düzenlenmesi
9. Diğer tesislerle aralarındaki koordinasyonları sağlamak

Acil servisler (AS) çok değişken ve geniş bir aralık içerisinde tıp açısından bakım imkânları sunmaktadır. Buradaki bakımlar, kendi bölümlerindeki ciddi hastanın stabilizasyonunu, travma vakalarının süratle tedavi ve tanısını, akut ve kronik hastalık durumları ile minör yaralanma durumlarını kapsayan daha düşük acil vakaların medikal tedavilerini de içerisinde barındırmaktadır. Birçok birey acil veya acil görünmeyen vakalar için acil servislere başvuruda bulunabilmektedirler. Bu durum acil servis başvurularında ki popülerlik oranını arttırmaktadır. Acil servis

başvurularındaki oran (Acil servis başvurularının popülarlık oranı) insan sağlığı ve sağlık sistemlerinin bir ön izlemesi olarak fikir verebilir (Burt ve McCaig, 2001: 34).

Sağlık sisteminde vitrin acil servisler olup, farklı bir sağlık disiplini olarak kabul görmektedir. Acil servis hekimi hastayı sakatlık ve ölümden koruyacak, görülen sakatlık durumunun ileri seviyeye gelmesini engelleyecek, hemen karar alma ve bu kararı uygulayabilme özneliklerine hâkim olmalıdır. Olabildiğince büyük bir yelpazeye hakim olan hastalıklar, çeşitlilik gösteren cerrahi problemler ve davranış bozuklukları nedenleri ile hastalar acil servise başvuruda bulunabilirler (Akküçük, 2010: 58). Bu sebeple acil tıp hekimleri ve profesyonelleri her an hazırlıklı ve hızlı karar verme becerisine sahip olmalıdırlar.

Acil servislerin ana görevleri; süre kaybetmeksizin acil hastalara özen göstererek dikkatli tedavi ve bakımı yapmaktır. Bu durum sakatlanma ve ölüm seviyelerini azaltmaktadır. Acil servisler haftanın 7 gün 24 saati açık olmakla beraber gerek görülürse hastanenin öteki departmanlarından tıbbi hemşire ve personel talebinde bulunabilme ayrıcalığına sahiptirler (Burt ve McCaig, 2001: 4).

Yazara göre; acil servisler kendi birimlerini ilgilendiren travma ve kaza gibi ciddi durumların yanı sıra diğer servis hastalarının da ilk başvuru ve tedavilerinin yapıldığı birimlerdir. Bu sebepten dolayı acil servisler ileri düzeyde yeterli ekipmana, hastanın stabilizasyonunu en kısa sürede sağlayabilecek hizmet sunucularına sahip olmalıdır.

AS'lerin gelişimleri ikinci dünya savaşından sonrasında başlamış bulunmaktadır. 1944 ve 1950 yılları içerisinde hastaneye başvuruda bulunan acil hastaların sayılarında büyük bir yükseliş gözlenmiştir. İlk aşamada tıp alanındaki hizmetlerin hastanelerde merkezileştirilmesi oluşturulmuştur ve öteki departmanlara ek olarak acil servisler oluşturulmaya başlanmıştır (Riggs,1993: 43).

AS'ye başvuruda bulunan hastaların sayıları kısa surede iki katına çıkmıştır. O dönemde başvuru sayısı hemen hemen genel nüfusun yüzde yirmisini oluşturmaktadır (Wilson, 1985: 7). Kaza ve acil departmanlarına başvuruda bulunanların sayısının süratle artış göstermesi ve her 2 dünya savaşlarının da getirmiş olduğu tıbbi bilgi birikimleri, ilk yardımdaki önem, bireylerin bilinçlenmeleri, gelişim gösteren teknolojiler, AS'lerin gelişmelerinde önemli rol oynamıştır (Heckman, 1991: 13).

1960'lı yılların içerisinde acil servisler; hastane planlanmaları, yaşam destek üniteleri ve şüpheli hastalar için planlanmış durumdadır. 1970 ve 1960'lı yıllar

aralığında AS ve ambulans merkezleri önemli gelişmeler göstermiştir (Brooks, 1982: 412).

Son zamanlarda ise, yükselen sağlık bakım maliyetleri beraberinde daha ucuz olan ayakta bakım üniteleri ya da ofis bazlı bakım niteliği taşıyan acil servisleri gündeme getirmiştir. 1996 yılından bu yana ABD'de acil hizmetlere yadsınamaz ölçüde talep artmıştır (Garcia, vd. 2010: 1). 2007 ve 2010 yılında yapılan araştırmalara göre, ABD'de yetişkinlerin yaklaşık % 20 si acil servisleri yaygın olarak kullanmaya başlamıştır (Gindi vd. 2012: 1).

1.4.2 Acil Tıp Tarihçesi

Acil Tıp'ın tarihçesine geçmeden önce son yirmi yıl içinde acil serviste genel bir artışın olduğunu belirtmek gerekir. Ancak insanların, acil servise gitme nedenlerinde belirli değişiklikler yaşanmıştır (Tang vd., 2010: 668). Acil tıp tarihine bakıldığında insanlık tarihi kadar eski olduğu görülür. Tarih süresince özellikle savaşlar, afetler ve kazalar neticesinde yara alan ve acil sağlık problemiyle karşılaşan hasta ve yaralılar için bir takım tıbbi girişimlerde bulunulmuştur. Günümüzden neredeyse 5000 yıl öncesinde Mısır' da acil tıbbi müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması, eski Yunan ve Roma'nın da ilk yardım ve savaş ortamlarında yaralıların taşınmasına ilişkin uygulamaların varlığı bilinmektedir (<http://sakaryasm.gov.tr>, 2015).

Napolyon'un baş cerrahı olan Baron Domique Larrey, Prusya seferi esnasında ilk defa askeri tıbbi birliği kurmuştur. 1793 senesinde atlı arabalar oluşturulup ‘‘uçan ambulans’’ adı verilen araçlarla hastalar ve yaralılar taşınmıştır. 1881 ile 1882 senelerinde İngiltere’de ve İskoçya’da kilisenin yardım örgütleri Kraliçe Victoria’dan, ilk yardım hususunda teşkilatlanma izni almışlardır. Bununla birlikte ilk yardım birlikleri de yavaş yavaş kurulmaya başlanmıştır. Yapılan her savaşın acil tıbbın gelişmesinde önemli ölçüde rolü vardır. Savaş yıllarında ambulans kullanılmasında ki gerçek amaç; hayat kurtarmaktan ziyade savaşların kazanılmasına yönelik; yaralı askerlerin savaş alanından güvenli alana taşınmalarından ibarettir. 1878 yılı içerisinde ilk sivil ambulanslar organizasyonu Londra’da kurulmuştur ve ilk tam zamanlı ambulans servisleri 1897 yılı içerisinde yine Londra’da hizmete açılmıştır. Dünya savaşları içerisinde çok sayıda yaralı ve hasta kara ambulanslarının

yanı sıra gemiler, trenler, helikopter ve uçaklar ile hastaneye taşınmışlardır.1960 yılı sonları içerisinde Fransa ve ABD’de ambulanslarda hekimler ve paramediklerin görevlendirilmelerine başlanması ile beraber daha kaliteli ve hızlı AS hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Acil tıp anabilim dalı 1970 senesinde ilk defa ABD’de Cincinnati Üniversitesi’nde kurulmuştur (Özçelik, 2012: 6-7).

1.4.3 Dünyada Acil Tıp Tarihi ve Acil Tıp Sistemleri

İnsanlığın var oluşundan bu yana savaşlar, kazalar ve afetler sonucunda yaralanmış olan ve acil sağlık problemleri ile burun buruna gelen yaralı, hastalar için çeşitlilik gösteren tıbbi girişimlerde bulunulmuştur. Günümüz zamanından beş bin yıl öncesinde Mısır’ da acil sağlık müdahale durumları gelişim göstermiş ve uygulanmıştır. Eski Roma ve Yunan uygarlıklarında ilk müdahale ve savaş alanlarından yaralı durumda olanların nakil edilmesi ile alakalı uygulamalarda buldukları bilinmektedir. (Özçelik, 2012: 6). 11. yy’da St. John Şövalyeleri, haclı seferlerinde muharebe meydanlarında yaralananların savaş alanının gerisine nakledilmesi ve tedavilerinin yapılması için çalışmalarda bulunmuşlardır. Tarih içerisinde ilk ambulans benzeri araç, atlı arabalar ile 1487 yılı içerisinde Malaga kuşatması esnasında İspanyol orduları tarafınca kullanıldığı bilinmektedir.

AS hizmetlerinin 1970 yılı içerisinde farklı bir uzmanlık bölümü olması gerektiği kabul edilmiştir. İlk uzmanlık programları ABD’de açılmış ve Acil Tıp Uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır. Acil servislerdeki gelişime paralel olarak hastane öncesi ambulans hizmetlerinde de büyük gelişmeler yaşanmıştır. Ambulanslarda teknolojik gelişmeye paralel olarak, yetişmiş sağlık personeli de görev almaya başlamıştır. Dünyada acil sağlık hizmetlerinde 1980’li yıllarda ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerinde içerisinde yer aldığı Anglo-Amerikan modeli olarak adlandırılan sistem öne çıkmaya başlamıştır. Bu sistem içerisinde AS’ler gerek teknoloji gerekse personel olarak hızla gelişirken, ambulanslar da gelişimlerini hastaları hızlı ve güvenli şekilde acil servislere taşıyacak şekilde tamamlamışlardır. O dönemlerde ambulans personeli genellikle yardımcı sağlık personelinden oluşmakta ve eğitimleri hasta nakli üzerine yoğunlaşmaktadır. Acil servislerdeki hizmet ise; uzmanlaşmış hekimler ve hemşireler tarafından gerek yaya gerek ambulans ile acil servislere başvuran hasta ve

yaralılarına yönelmiş durumdadır (Kekeç, 2010). Bu süreç Avrupa merkezindeki ülkelerde de gelişmeye başlamış ancak Fransız-Alman diye adlandırılan farklı bir sistem temelinde oluşturulmuştur.

Bu sistemde hastane öncesi bakım hizmeti ön plana çıkmaktadır. Ambulanslar ile olabildiğince ileri teknoloji kullanılarak, donanımlı ve eğitilmiş personel eşliğinde acil bakım talep eden hastanın ayağına hizmet taşınması ön görülmektedir. Dünyada Acil Tıp Hizmetleri 1990'lı yıllarda bu iki sistemin etkisindeki farklı ülkelerde etkin bir şekilde verilmekteydi. Acil bakım talep eden hastaların sayısı 1960'lı yıllardan beri katlanarak artmış ve geçtiğimiz yüzyılın sonunda sağlık hizmet sunucularının en büyük alıcısı haline gelmiştir. Bu artan hasta sayısına yerinde hizmet götürmek teknik ve ekonomik olarak daha zor olmaya başlamış ve bu durum Franko-German sisteminde zaman zaman tıkanıklıklara yol açmıştır. (Arnold, 1999: 103). Bunun yanında acil tıp hizmetlerinin standardizasyonu ve kalite artırma çalışmaları ile Anglo-Amerikan sistemi kamuoyunda öne çıkmaya başlamıştır. Toplu kazalar, afetler ve terörizm faaliyetlerindeki artış gelişmiş AS'lerin hastaneler için zorunlu birer tedavi alanı olmasına yol açmıştır.

1.4.4 Türkiye' de Acil Tıp Sistemi ve Acil Servis Hizmetleri

Türkiye, acil hastalıkların, yaralanma ve kazaların sıkça yaşandığı, bunun yanı sıra olağan dışı durumlarla ve afetlerle zaman zaman karşılaşan bir ülkedir. Bu sebeple de acil sağlık hizmetlerinin ülke düzeyindeki organizasyon yapısı ve uygulamaları önem taşımaktadır (İnan ve Sofuoğlu, 2006: 1).

Türkiye'de ilk ve acil yardımın önemini fark edip bu konuya ilk eğilen ve yaymaya çalışan 1960'lı yıllarda Prof. Dr. Rıdvan Ege olmuştur. Ardından Türkiye'deki artan karayollarına bağlı çoğalan trafik kazaları gündeme gelmiştir ve 1983 yılında 2918 no'lu trafik kanunu ile birlikte karayolları ve şehirlerde ambulans hizmetleri tanımlanmıştır (Atilla, 2010: 6). Türkiye'de ilk olarak 1993 yılında Yüksek Öğrenim Kurumu Acil Tıp Uzmanlığı'nı ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul etmiştir. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi'nde İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı adı altında kurulan programların sayısı, 2009 yılı eylül ayı itibariyle Acil Tıp Anabilim Dalı adı altında 39'a yükselmiştir (Ersel, vd. 2010: 56).

Dünyada Acil Tıp alanında gelişmeler olurken, Türkiye 2. Dünya Savaşı'na girmemiş ve 'baby boom' yaşamamıştır. Savaşta yıkıma uğrayan Avrupa ülkelerine ekonomik yardımı öngören ve "Marshall Planı" adı ile anılan yardım programına dahil olmuştur. Bu yardım planının en belirgin yansıması 1950-1960 arasındaki 10 yıl içinde Türkiye'nin karayollarına yapılan yatırımlar olmuştur. Bu süreç 1960'lı yıllardan itibaren Türkiye'nin trafik kazaları ile daha sık tanışmasına aracı olmuştur. Bu dönemde Türkiye'de bu konuya neredeyse tek başına, ilk eğilen ve İlk ve Acil Yardımın önemini o yıllarda ülkemizde yaymaya çalışan Prof. Dr. Rıdvan Ege'dir. Ancak ne yazık ki 60'lı ve 70'li yıllarda Türkiye'nin gündemindeki birçok ulusal ve uluslararası ciddi sorunlar nedeniyle İlk ve Acil Yardım'a gereken destek verilmemiştir ve 80'li yılların ortalarına kadar bu konuda toplumsal anlamda bir gelişme de olmamıştır.(Özçelik, 2012: 8).

Acil servislerin günümüz acil tıbbına uygun olarak başarılı hizmet verebilmesi; ancak acil tıp konusunda eğitilmiş, kalıcı bir kadroya sahip olunmasıyla mümkündür. Türkiye'de genel sağlık ve acil sağlık hizmetleriyle ilgili düzenlemeler yakın tarihe kadar oldukça yetersizdir. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerinin yurdun ücra köşesindeki vatandaşın ayağına kadar götürülmesini hedef tutan yeni bir hizmet anlayışı ve uygulaması getirilmiştir. 1982 Anayasasının 41. ve 56. maddeleri ile "*Sağlık, yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, beden, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir.*" şeklindeki tanım benimsenmiş ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitlik sağlanarak bu hizmet devlet güvencesi altına alınmıştır (MEB, 2011: 7).

Türkiye'de acil tıbbın gelişimi gerçek anlamda 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nin (DEÜ) daveti ile Türkiye'ye gelen ABD'li bir acil tıp uzmanı olan Dr. John Fowler'ın DEÜ Hastanesi Acil Servisi'nde çalışmaya başlaması ile olmuştur. Dr. John Fowler'ın etkin çabaları sonucu 1993 yılında "*Acil Tıp*" ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl Türkiye'de iki acil tıp anabilim dalı kurulmuştur. (Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi). Bu dönemden sonraki kronolojik tarihçe ise şöyledir (MEB, 2011: 8):

1. 1993: İlk ve Acil Yardım (Acil tıp) yeni bir uzmanlık dalı oldu. Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesinde İlk ve Acil Yardım anabilim dalları açılmış ve uzmanlık eğitimi vermeye başlamıştır.
2. 1993: Acil tıp teknikeri eğitim programı başlamıştır.

3. 1994: Hastane öncesi hizmetlerde 077 Hızır Acil'den *112 Acil Yardım ve Kurtarma*'ya geçilmiştir.
4. 1994-1995: İstanbul, Ankara ve İzmir'de 112 ekipleri kurulmuştur. Ambulans ekiplerinde sağlık memurları, ebeler ve hemşireler, az bir kısmında ise doktorlar görev yapmaktadır.
5. 1996: Sağlık Bakanlığına bağlı okullarda ilk yardım ve acil bakım teknisyenliği bölümü açılmıştır.
6. 2000: Acil sağlık hizmetlerinin bütün yurttaki eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarılmıştır.
7. 2004: İlk defa Sağlık Bakanlığı'nın 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine ambulans ve acil bakım teknikeri ve acil tıp teknisyenlerinin atamaları yapılmıştır.
8. 2007: 2000 yılında çıkarılan *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*'nde değişiklik yapılarak 28. maddesine ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) ve acil tıp teknisyenlerinin (ATT) görev, yetki ve sorumlulukları eklenmiştir.
9. 2009: "*Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği*" hazırlanarak *Yetişkin Uygulama ve Çocuk Uygulama Kılavuzu*'nda AABT VE ATT'nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma hâline getirilmiştir.
10. 2013: Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 20 Eylül 2013 tarihinde ve 28771 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE MATERYALİ

2.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık ve sağlık hizmetleri; hayati öneme sahip hata kabul etmeyen doğrudan insan hayatıyla ilgili hizmetlerdir. Bu hizmetler içerisinde hastaneler doğrudan başvuru noktaları olduğu için sağlık hizmetlerinin deyim yerindeyse kalbi gibidirler.

Sağlık hizmetlerinde, hastanelerin giderek artmasının sonucu olarak insanların bilinçlendiği göze çarpmaktadır. Verdikleri ücretin karşılığını almak, kaliteli hizmet almak ve hizmet alırken doğru bilgilendirilmek isteyen hastaların tercih şartlarının değiştiği söylenebilir. Böyle bir durumda hastanelerin çalışan ve hasta güvenliğine odaklı kaliteli hizmet verebilmek için birbirleriyle rekabet halinde olduklarını söylemek doğru olacaktır. Gerek reklamlarda, gerek hizmetleri verirken buldukları girişimlerde tek bir amaç vardır; bu amacın da tercih edilmek olduğu söylenebilir.

Yapılan bu çalışma Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde tedavi alan hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmış, nicel bir tarama araştırmasıdır. Elde edilen veriler yardımıyla hastane yönetimine ve memnuniyet çalışmalarına ışık tutmak, acil servis ve hastane süreçlerini iyileştirmeye yönelik çalışmalara katkı sağlanmak istenmiştir.

Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, birçoğunda hasta memnuniyetini etkileyen faktörler; demografik özellikler, hemşire, doktor, genel memnuniyet, temizlik gibi faktörler altında incelenmiştir. Yapmış olduğumuz çalışma da hasta memnuniyeti kayıt-kabul, hemşireler, acil doktorları, laboratuvar ve röntgen bölümü, aile ve arkadaşlar(hastane içerisinde hastaya eşlik eden hasta yakınları), genel

değerlendirme soruları ve demografik faktörler şeklinde ana başlıkların altında açıklanmış alt başlıklarla incelenmiştir. Ayrıca Türkiye’de daha önce kullanılmamış bir anket tercih edilerek memnuniyet çalışmalarına daha fazla katkı sağlanmak istenmiştir.

2.2 Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Bu çalışmada araştırma amaçlarına ulaşmak için aşağıdaki hipotezler test edilmiştir;

H1:Demografik özellikler ile acil serviste hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H2:Acil servise ambulansla başvurulması ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

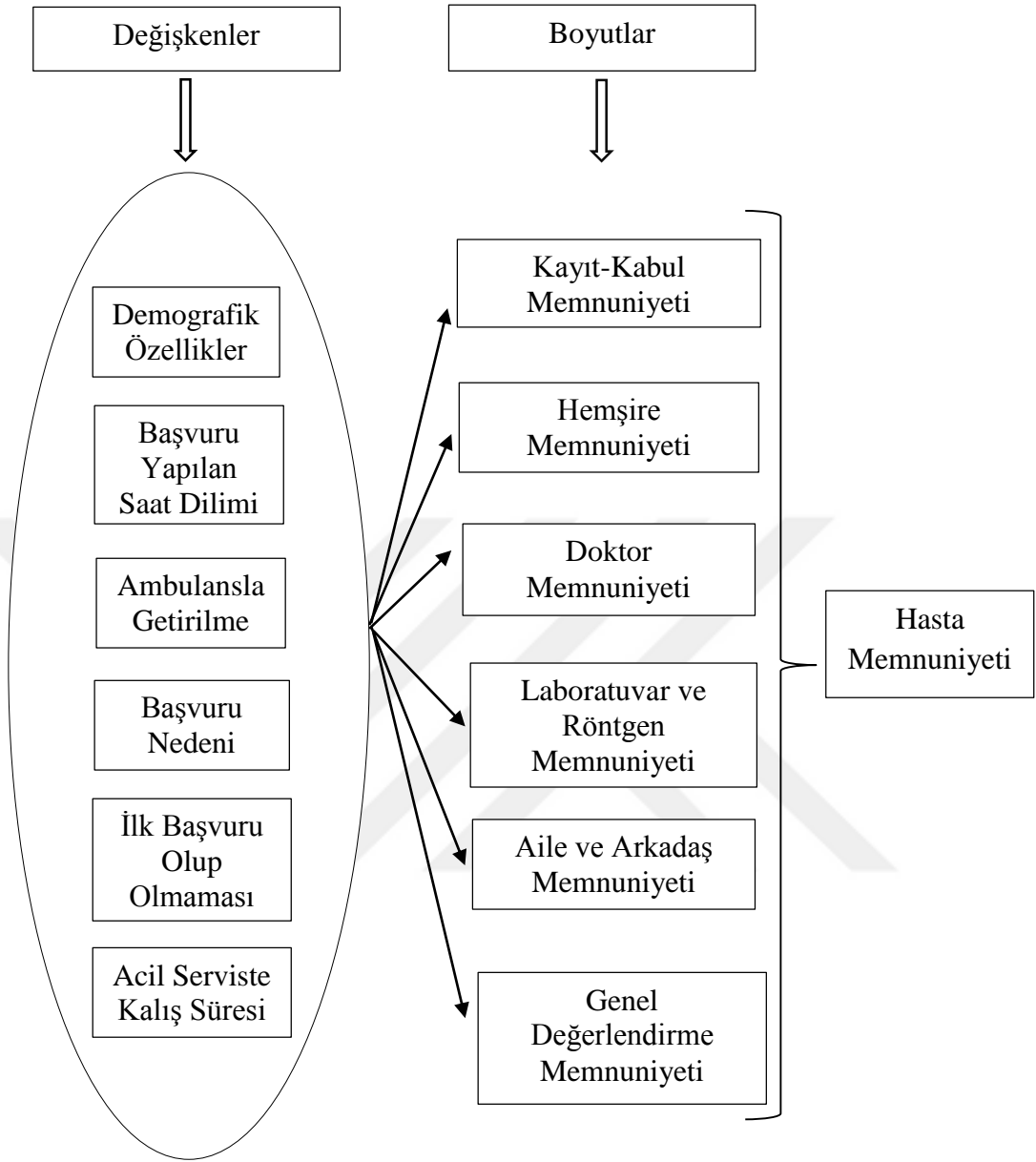
H3:Acil servise başvuru yapılan saat dilimi ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H4:Acil servise başvuru nedeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H5:Acil servise yapılan ilk başvuru olup olmaması ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H6:Acil serviste kalış süresi ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 2.1: Araştırmanın Modeli.



2.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın yapıldığı hastane olan Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ilk olarak Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde açılmış bir hastanedir. 1954 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından hastane açmak amacıyla alınan arazide, 1957 yılında hastane inşaatının temeli atılmıştır. 1964 yılında tamamlanan hastane dönemin Çalışma Bakanı tarafından hizmete açılmıştır. Açıldığı günden itibaren her geçen gün artan yoğun bir ilgiyle karşılaşılan hastanede, bu yoğun talebi karşılamak amacıyla sürekli yenilikler yapılmış, yatak kapasitesi arttırılmıştır. Her geçen gün yenilenen hastane bir süre sonra yalnızca hasta tedavi eden değil, hem de asistan yetiştiren bir hastane konumuna gelmiştir. 1996 yılında eklenen poliklinik ve yenilenen acil servisiyle tekrar hizmete açılarak Ankara'nın en fazla hastaya hizmet veren acil birimlerinden biri haline gelmiştir. 2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinden çıkarılarak tüm S.S.K hastaneleri gibi Dışkapı Hastanesi de Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Hastane ismi bu tarihten sonra Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır. Hastane şu anda acil servisteki 11 poliklinik odası hariç, 139 branş poliklinik odası ve semt poliklinikleri ile hizmet veren 772 yatak kapasiteli bir sağlık kuruluşudur.

Araştırmanın evrenini; Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvurarak tedavi alan ve tedavi sonrasında taburcu edilen hastalar oluşturmaktadır. Seçilen araştırma evrenine; 16 yaş ve üstü hastalar dahil edilmiş olup, şuur bozukluğu olan, şok tablosunda olan, demansı ve psikiyatrik rahatsızlığı olan, alkol-ilaç kötüye kullanımında bulunan, acil transport ve müdahale ihtiyacı olan hastalar iletişim sorunu nedeniyle araştırma dışında bırakılmıştır.

Evrende yer alan birey sayısı; aşağıdaki tabloda anketin uygulandığı 2015 yılının ilk üç ayında (ocak, şubat, mart) acil servise başvurarak tedavisi sonrası taburcu olan hasta sayısının ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Ortalama 27000 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. 2: 2015 Yılı İlk Altı Aylık Dönemde Acil Servise Başvuran Hasta Sayısı.

2015						
	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN
Acilden, taburcu edilip eve gönderilen hasta sayısı	24529	23924	32404	24496	26391	24574

$$N = \frac{24529 + 23924 + 32404}{3} \cong 27000 \quad (\text{Denklem 2. 1})$$

Örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığında aşağıdaki formül kullanılarak 379 bulunmuştur. Örneklemde bulunması gereken hasta sayısı en az 379 olduğundan, eksik veya hata doldurulabilen anketlerin olabileceği göz önüne alınarak 400 anket üzerinden çalışma yürütülmüştür. Yalnızca bir anket hatalı doldurmadan dolayı çıkarılarak 399 örneklem sayısı üzerinden veri girişi yapılmıştır.

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha} \rho q}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha} \rho q} \quad (\text{Denklem 2. 2})$$

N = Evrende yer alan birey sayısı

n = Örneklem alınacak birey sayısı

ρ = İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q = İncelenen olayın görülmeme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

z_{α} = α anlamlılık düzeyinde, standart normal dağılım tablo değeri

d = Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır.

$$n = \frac{27000 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 26999 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} \quad (\text{Denklem 2. 3})$$

2.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak acil servis memnuniyet ölçeği kullanılmıştır. Ölçek aslı Amerika Birleşik Devleti New York şehrinde bulunan bir devlet araştırma üniversitesi olan Stony Brook Üniversitesi hastanesinde uygulanmaktadır. Ölçek Türkiye’de ilk kez kullanılacağı için İngilizceden Türkçeye çevirisi iki ayrı kişi tarafından yapılmıştır. Birinci çevirmen ölçeğin Türkçeye çevirisini yapmış, ikinci çevirmen tekrar İngilizceye çevirerek ölçek aslı ile çeviriyi karşılaştırmış, anlam ve içerik bakımından değerlendirmesini yapmıştır. Ölçek hastane içerisinde ve dışarısında farklı kültür ve eğitim seviyesinden 20 kişiye okutularak kültürel geçerlilik testi uygulanmıştır. Okuyuculardan ölçek sorularını anlam ve içerik bakımından değerlendirilmesi ve eleştirilmesi istenmiştir. Geri bildirimde anlaşılmayan ve eleştirilen ölçek soruları üzerinde tekrar çalışılarak düzenlemeler yapılmıştır.

Yapılan bu çalışma 7 bölümden oluşan 47 soru içermektedir. Birinci bölüm olan genel bilgiler kısmında; hastaların demografik özellikleri yanı sıra, başvuru saat ve tarihi, ilk kez başvuru olup olmadığı, ambulansla transfer edilip edilmediği, başvuru nedeni, acil serviste hastaya eşlik eden kişi, başvuru nedeni ve ne kadar zaman geçirildiği konuları incelenmiştir. Hastaların hızlı ve kolay işaretlemeleri için demografik özellikler soruları kutucuklar oluşturularak düzenlenmiştir.

İkinci bölüm olan kayıt-kabul kısmında; kayıt-kabul bölümü ve acil servise ilk girişte yapılan işlemlerle alakalı soruların yer aldığı faktörler incelenmek istenmiştir. Üçüncü kısımda hemşire, dördüncü kısımda doktor davranışlarının irdelendiği hemşire bölümü ve arkasından doktor davranışları bölümü yer almaktadır. Beşinci kısımda hastaların laboratuvar röntgen tetkiklerini yaptırırken nasıl davranıldığının incelenmek istendiği laboratuvar ve röntgen tetkiki bölümü yer almaktadır. Altıncı kısımda; serviste hastaya eşlik eden yakınlarına gösterilen ilgi ve davranışların incelendiği aile ve arkadaşlar kısmı yer almaktadır. Yedinci kısım olan genel değerlendirme kısmında; acil servis temizliği, bilgilendirilme, tekrar tercih etme gibi genel sorular irdelenmek istenmiştir.

Genel bilgiler bölümü hariç diğer bölümlerde incelenen sorular orjinaline sadık kalınarak 5’li likert ölçeğinde ‘‘çok kötü’’, ‘‘kötü’’, ‘‘vasat’’, ‘‘iyi’’, ‘‘çok iyi’’ şeklinde ifadelerle değerlendirilmek istenmiştir.

2.5 Veri Toplama Süreci

Yapılan bu çalışma da ilk olarak veri toplamak amacıyla literatür taraması yapılmıştır. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, sağlık hizmetleri, hastalık-sağlık vb konular, daha önce yapılmış olan araştırmalar bütün boyutlarıyla gerek makaleler, gerek tez çalışmaları, yasal ve idari mevzuatlar, kitaplar, internet kaynakları incelenerek teorik kısmı oluşturulmuştur.

Araştırma için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği'ne anket formu ile birlikte dilekçe yazılarak yazılı izin istenmiştir. Oradan genel sekreterliğe gönderilen dilekçe örneği genel sekreterliğin 85346189 sayılı izni ile kabul edilmiştir. Daha sonra hastane yönetimine örneklem hesaplaması için acil servise başvuran yıllık ortalama hasta sayısı bilgilerini almak üzere bir dilekçe daha yazılmış hastane yönetimi izniyle istatistik biriminden yıllık ortalama hasta başvurusu istatistikleri de elde edilmiştir.

Anket formu ocak-şubat-mart 2015 tarihleri arasında acil servise başvuran ve tedavi sonrası taburcu olan ve anket formu doldurmayı kabul eden hastalara yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. 379 olan örneklem sayısına ulaşmak için toplamda 400 anket uygulanmış olup yalnızca bir anket doldurma sırasında yanlış işaretlemelerden dolayı veri girişi yapılmamış analize dahil edilmemiştir. 399 örneklem ile veri girişi ve değerlendirmesi SPSS 21 programı aracılığıyla yapılmıştır.

2.6 Veri Analizi

Katılımcılardan ölçek vasıtası ile elde edilen nicel verilerin analizleri SPSS 21 ve AMOS 22 programında yapılmıştır. Demografik özelliklerin tespiti için frekans, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçeğin faktör yapısını belirleyebilmek için keşfedici faktör analizi uygulanmış ve öz değeri 1'in üzerinde olan faktörler geçerli kabul edilmiştir. Yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yapısının yani modelin geçerliliği AMOS 22 programı vasıtası ile doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış ve modelin geçerliliği için iyim uyuluğu değerleri hesaplanmıştır. Geçerliliği kabul edilen modelde yer alan faktörlerin güvenilirlikleri için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Normal dağılım sınaması Kolmogorov Smirnov testi ile yapılmış ve nicel değişkenlerimizin normal

dağılım sergilemediği tespit edildiği için analizlerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Tüm analizler 0.05 hata payı ve %95 güven düzeyinde test edilmiştir.

2.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evreni olarak Ankara'daki tüm devlet hastanelerini dahil etmek istenmesine karşın zaman kısıtlılığı ve tüm evrene ulaşmaktaki güçlükler nedeniyle uygulama yalnızca bir devlet hastanesinde yapılabildiği görülmüştür. DYBEAH evreni olarak seçilmiş, yapılan çalışma yalnızca çalışmanın yapıldığı hastaneye genellenebilmiştir. Bu durum araştırma için evrenin çok büyük olmasından kaynaklanan bir sınırlılıktır.

Araştırmada yılın ocak, şubat ve mart ayları arasında ortalama başvuru sayısı göz önüne alınarak örneklem hesaplanmıştır. Yalnızca yılın üç ayı alınmış olması zamanın kısıtlı olmasından kaynaklanan bir sınırlılıktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 3.1: Aylara Göre Acil Servise Başvuru Dağılımı.

Aylar	f	%
Ocak	123	30.8
Şubat	127	31.8
Mart	149	37.3
Toplam	399	100.0

Araştırmaya katılan acil servis hastalarının aylara göre başvuru durumu incelendiğinde en fazla katılımın % 37.3 ile mart ayında başvuran hastalardan olduğu tespit edilmiştir. Katılımcı hastaların %30.8 ocak ayında ve %31.8'i şubat ayında acil servise başvuran hastalardır.

Tablo 3.2: Acil Servise Başvuru Saati.

Saatler	f	%
01:00 – 08:00	105	26.3
09:00 – 16:00	197	49.4
17:00 – 24:00	97	24.3
Toplam	399	100.0

Hastaların acil servise başvuru saatleri incelendiğinde %49.4' ünün öğleden önce 9 ile öğleden sonra 16 saatleri arasında, %26.3'ünün öğleden önce 1 ile 8 arasında, %24.3'ünün öğleden sonra 5 ile 12 arasında acil servise başvuruda buldukları tespit edilmiştir.

Tablo 3.3: Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumu Dağılımı.

		f	%
Yaş	15-30 yaş	120	30.08
	31-45 yaş	102	25.56
	46-60 yaş	71	17.79
	61-75 yaş	69	17.29
	76 yaş ve üzeri	37	9.27
	Toplam	399	100.00
Cinsiyet	Erkek	196	49.12
	Kadın	203	50.88
	Toplam	399	100.00
Eğitim Durumunuz	Okur yazar değil	36	9.02
	Okur yazar	46	11.53
	İlkokul/Ortaokul	137	34.34
	Lise	127	31.83
	Üniversite ve üzeri	53	13.28
	Toplam	399	100.00

Katılımcı hastaların yaş dağılımı incelendiğinde %30.08'inin 15-30 yaş, %25.56'sının 31-45 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. En az frekansa sahip yaş aralığının ise %9.27 ile 76 yaş ve üzeri yaş grubu olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcı hastaların %50.88'i kadın, %49.12'si erkektir. Katılımcı hastaların %34.34'ü ilkokul/Ortaokul eğitim düzeyine sahipken %31.83'ü lise düzeyi eğitime sahiptir. En düşük frekansa sahip eğitim düzeyi %9.02 ile okur yazar olmayanlar olmuştur.

Tablo 3.4: Acil Serviste Eşlik Eden Kişiyeye Göre Dağılım.

		Kişi Sayısı	%
Acil Serviste Size Kim Eşlik Etti?	Aile üyesi	248	62.16
	Arkadaş	78	19.55
	İş veren	7	1.75
	Hiç kimse	40	10.03
	Diğer	26	6.52
	Toplam	399	100.00
Diğer	Ambulans Çalışanı	15	57.7
	Öğretmen	1	3.8
	Okul Müdürü	1	3.8
	Polis	2	7.7
	Yönlendirme	7	26.9
	Toplam	26	100.0

Acil servise başvuran hastaların çoğunluğuna %62.16'sına aile üyesi eşlik ederken %19.55'ine arkadaşı ve %10.03'ü tek başına başvuruda buldukları, tespit edilmiştir. %6.52'si ise diğer seçeneğini işaretlemiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen 26 kişinin kendisine eşlik eden kişiyi belirtirken %57.7' si ambulans çalışanı olarak belirtmiştir. %26.9'ü ise yönlendirmenin kendisine eşlik ettiğini belirtmiştir.

Tablo 3.5: Sosyal Güvence Durumu, Acil Servise İlk Başvuru Olma Durumu.

		f	%
Sosyal Güvenceniz?	GSS(Yeşil Kart)	28	7.02
	SSK	211	52.88
	Emekli Sandığı	85	21.30
	BAĞKUR	71	17.79
	Sosyal güvencesi yok	3	0.75
	Özel Sigorta	1	0.25
	Toplam	399	100.00
Bu Sizin Acil Servise İlk Başvurunuz mu?	Evet	161	40.35
	Hayır	238	59.65
	Toplam	399	100.00

Katılımcı hastaların % 52.88'i SSK'lı, %21.30'u Emekli Sandığı, %17.79'nun BAĞKUR'lu oldukları tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan 3 kişi ve Özel Sağlık Sigortalı olan 1 kişi tespit edilmiştir. Hastaların %40.35'nin Acil Servise ilk kez başvuruda bulunduğu, %59.65'nin de daha önce acil servise en az bir kez başvurduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.6: Acil Servise Başvuru Nedenleri.

	f	%
Cevap Vermeyen	49	12.3
Trafik kazası	42	10.5
Şiddet/Darp	17	4.3
İş kazası	27	6.8
Diğer nedenler	264	66.2
Toplam	399	100.0

Acil servise başvuru nedenleri incelendiğinde %12.3'ünün cevap vermediği tespit edilirken %66.2'si diğer nedenler seçeneğini işaretlemiştir. %10.5'i trafik kazası, %6.8'i iş kazası, %4.3'ü şiddet ve darp nedeniyle acil servise başvurduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.7: Acil Servise Diğer Başvuru Nedenleri.

	f	%
Şiddetli ağrı	72	27.9
Bulantı-kusma-ateş	46	17.8
Nefes darlığı-koah	29	11.2
Çarpıntı-göğüs ağrısı	23	8.9
Düşme-kırık	23	8.9
Üriner sistem şikayetleri	14	5.4
Senkop- bayılma	11	4.3
Soğuk algınlığı	6	2.3
Baş ağrısı-migren	5	1.9
Güç kaybı-felç	5	1.9
Ameliyat sonrası komplikasyon şikayetleri	4	1.6
Diyabetik rahatsızlıklar	4	1.6
Gastrointestinal sistem rahatsızlıkları	4	1.6
Kesici delici alet yaralanmaları	4	1.6
Kaşıntı-alerjik şikayetler	3	1.2
Karaciğer rahatsızlığı	2	0.8
Enjeksiyon yaptırmak	1	0.4
Göz ağrısı	1	0.4
Kafa travması-çarpma	1	0.4
Toplam	258	100.0

Diğer seçeneğini işaretleyenlerin 258 kişisi diğer seçeneği için bir neden yazmıştır. Bu nedenler yukarıdaki tabloda belli başlıklar altında toplanmaya çalışılarak sunulmuştur. Tablo incelendiğinde en yüksek yüzdeye sahip başvuru nedenleri %27.9 ile şiddetli ağrı, %17.8 ile bulantı kusma ateş, %11.2 nefes darlığı koah, olduğu tespit edilmiştir. En düşük frekansa sahip nedenler ise Enjeksiyon yaptırmak, göz ağrısı ve kafa travması-çarpma olarak tespit edilmiştir.

Ölçeğe İlişkin Bulgular

Tablo 3.8: KMO Bartlett Testi.

TEST		DEĞER
Kaiser-Meyer-Olkin Örnek Yeterlilik Ölçümü		0.931
Bartlett Testi	x^2	17110.308
	Sd	595
	P	0.000

x^2 : Bartlett testinde elde edilen değer
Sd: Serbestlik Derecesi

Yapılan bu çalışma da değerlendirmeye alınan Acil Servis Memnuniyet Ölçeğine ilişkin yapılan analiz sonucunda KMO değeri 0,931 çıkmıştır. Bu değer bize ölçeğin faktör analizi yapmak için iyi olduğunu ifade etmektedir. Bartlett testi sonucunda $p < 0,05$ olduğundan dolayı bu da bize veri setinin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.9: Faktör Analizi.

Faktörler Maddeler	Faktör	Yükleri	Öz Değer	% Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Doktor Memnuniyeti	DM2	0.847	14.880	46.499	0.952
	DM3	0.846			
	DM5	0.837			
	DM7	0.824			
	DM6	0.819			
	DM4	0.812			
	DM1	0.655			
Kayıt Kabul Memnuniyeti	KKM5	0.845	2.874	8.891	0.944
	KKM2	0.838			
	KKM1	0.834			
	KKM4	0.818			
	KKM3	0.810			
	KKM6	0.742			
	KKM7	0.651			
Hemşire Memnuniyeti	HM2	0.887	2.525	7.890	0.973
	HM3	0.881			
	HM1	0.872			
	HM4	0.868			
	HM6	0.831			
	HM5	0.795			
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	GD4	0.756	2.401	7.503	0.918
	GD1	0.745			
	GD2	0.723			
	GD5	0.705			
	GD6	0.699			
	GD3	0.613			
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	AA2	0.964	1.827	5.710	0.992
	AA1	0.964			
	AA3	0.958			
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	LRM3	0.932	1.545	4.827	0.865
	LRM4	0.930			
	LRM1	0.593			

Acil servis memnuniyet ölçeğine Varimax rotasyonlu temel bileşenler faktör analizi uygulanmış ve yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda KKM9 (Kayıt

kabul 9 nolu madde) ve LRM2 (Laboratuvar ve röntgen 2 nolu madde) faktör yükünün düşük olması, KKM8 (Kayıt kabul 8 nolu madde), maddesinin hiçbir faktör altında yer almaması nedeniyle analiz dışında bırakılarak yukarıdaki faktör yapısı elde edilmiştir. Oluşan bu 6 faktörlü yapı toplam varyansın %81.41'ini açıklamaktadır.

Keşfedici faktör analizi sonucunda oluşan faktörlerin güvenilirlik analizi sonuçları tablodan incelendiğinde ve aşağıda yer alan kriterler bazında değerlendirildiğinde;

Ölçeklerden elde etmiş olduğumuz güvenilirlik katsayıları aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. (Tavşancıl 2006: 29).

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tüm faktörlerimizin Cronbach Alfa değerlerinin 0.80'den yüksek olması nedeniyle bu faktörlerin yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Açıklayıcı Faktör analizi sonucunda elde edilen bu yapının geçerliliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve analiz sonucunda aşağıda yer alan model geçerli olarak kabul edilmiştir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi çerçevesinde uyum iyiliği indeksleri hesaplanmış ve aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

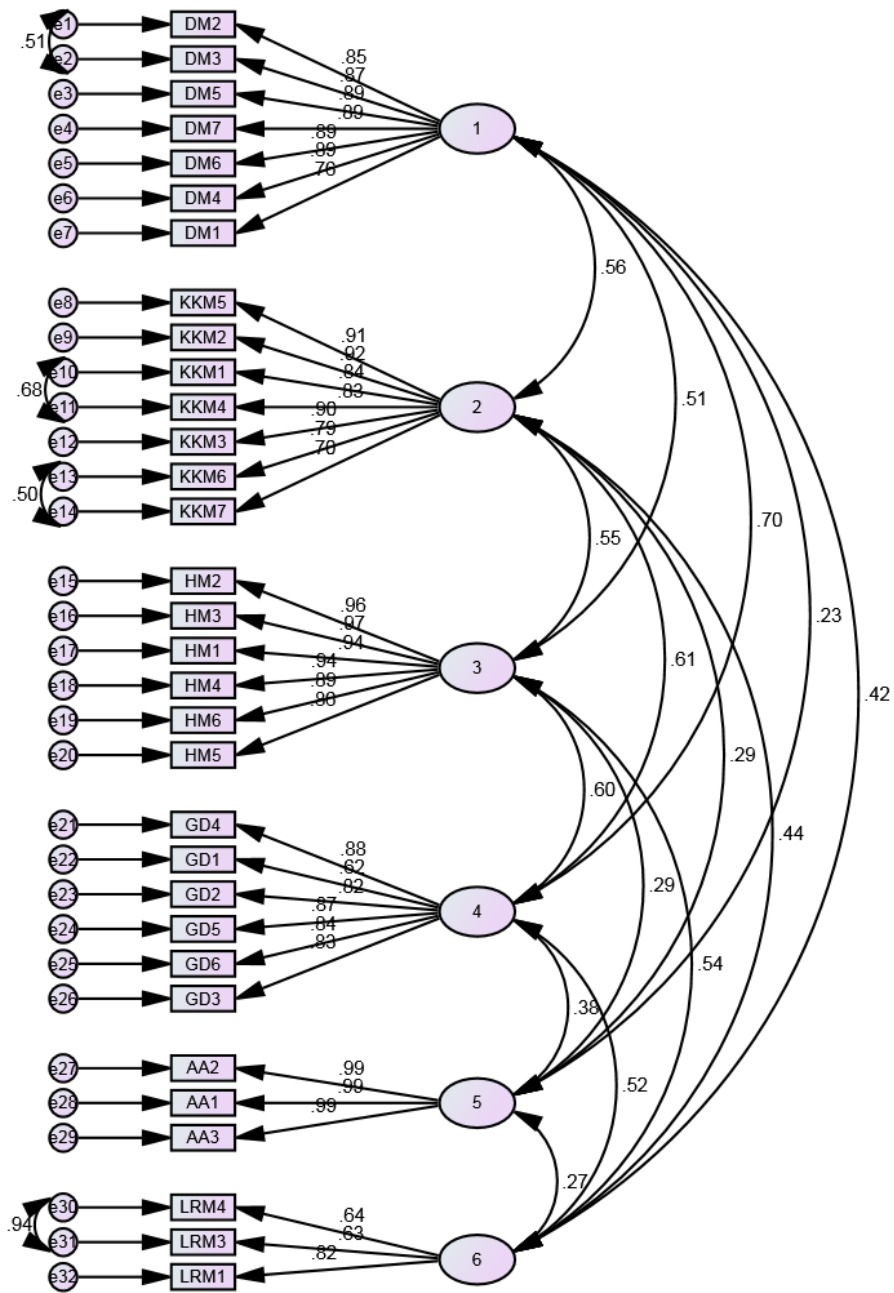
χ^2 : Ki Kare, GFI: Joreskog uyum iyiliği indeksi, AGFI: Joreskog düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi CFI: Bentler karşılaştırmalı uyum endeksi, RMSEA: Steiger – Linder yaklaşımın standart hatası indeksi, RMR: Artıkların kök ortalama karesi'ni ifade etmektedir.

$\chi^2 / serbestlik derecesi < 3$, RMSEA <0,08, RMR<0,10 ve uyum iyiliği endekslerinin 0,80-0,90 civarında olması durumunda modelin iyi bir uyuma sahip olduğu yargısına varılmaktadır. (Tak ve Çiftçiöğlü, 2008)

DFA model sonuçlarında $\chi^2/s.d.$ (Normed Chi Square; NC) değeri 5,0'ten az ise uygunluğu sağlanmış, eğer 2,0 değerine yakınsa en iyi uygunluğu sağlanmış olmaktadır. Model için incelendiğinde NC 5 değerinden daha azdır ve 2,805 değerini almaktadır. The Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) değerinin 0,08 civarında olması beklenmektedir. 0,80 değerinden yukarı olan durumlarda modelin uygunluğu zayıf anlamı taşımaktadır. Sonuçlar incelendiğinde

RMSEA=0,067 olduğundan modelin uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. RMR değerinin 0,10 değerinden küçük olması modelin uyumunu göstermektedir, sonuçlara göre 0,046 RMR değeri de model uyumunu doğrulamaktadır. Goodnes of Fit Index GFI ve Adjusted Goodnes of Fit Index AGFI 0,80-0,90 civarlarında olması beklenmektedir. GFI 0,83 olarak tespit edilmiştir ve bu indekse göre de model uyumu sağlanmıştır. Son olarak Comparative Fit Index (CFI) değerleri dikkate alındığında 0,90 ve üzeri olan yapılarda modelin iyi derecede uygunluğunun sağlandığı sonucuna varılmaktadır. Model incelendiğinde 0,90 üzerinde bir CFI değeri (0,95) bulunduğundan modelin uygunluğu sağlanmıştır.





Şekil 3.1: Doğrulayıcı Faktör Analizi.

Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular

Tablo 3.10: Normal Dağılım Sınaması.

Kolmogorov-Smirnov			
	İstatistik	Df	Sig.
Doktor Memnuniyeti	.131	399	.000
Kayıt Kabul Memnuniyeti	.108	399	.000
Hemşire Memnuniyeti	.188	399	.000
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	.083	399	.000
Aile ve Arkadaş Memnuniyeti	.210	399	.000
Laboratuvar Röntgen Memnuniyeti	.169	399	.000

Değişkenlerimizin normal dağılım sergileyip sergilemediğini tespit edebilmek için yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonuçlarına göre, doktor memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), kayıt kabul memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), genel değerlendirme ($p=.000$, $p<.05$), aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$) boyutlarının normal dağılım sergilemediği tespit edilmiştir.

Değişkenlerimiz normal dağılım sergilemedikleri için analizlerde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 3.11: Soru Bazında Kayıt-Kabul Memnuniyeti Boyutu Frekansları.
(KKM: Kayıt Kabul Memnuniyeti)

	1		2		3		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%		
KKM1	13	3.26	45	11.28	341	85.46	2.82	.46
KKM2	24	6.02	80	20.05	295	73.93	2.68	.58
KKM3	22	5.51	92	23.06	285	71.43	2.66	.58
KKM4	15	3.76	43	10.78	341	85.46	2.82	.47
KKM5	19	4.76	67	16.79	313	78.45	2.74	.54
KKM6	48	12.03	95	23.81	256	64.16	2.52	.70
KKM7	49	12.28	133	33.33	217	54.39	2.42	.70
KKM8	111	27.82	162	40.60	126	31.58	2.04	.77
KKM9	3	.75	263	65.91	133	33.33	2.33	.49

Soru bazında memnuniyet oranlarını incelemek istediğimiz yukarıda ki tabloda; ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’ seçeneği 3 sayısı altında, ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ seçeneği 1 sayısı altında birleştirilmiştir. Katılımcıların orta olarak değerlendirme verdiği ‘‘vasat’’ seçeneği ise 2 sayısı altında incelenmek istenmiştir.

Memnuniyet oranları incelendiğinde; ‘‘hasta kayıt-kabul süresince mahremiyet’’ sorusunun %85.46 ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’ yüzde oranı ile kayıt kabul memnuniyeti boyutunun en yüksek frekansa sahip sorusu olduğunu görmekteyiz. Katılımcılar kayıt kabul boyutunda mahremiyet sorusunu %11.28 ‘‘vasat’’, %3.26 ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %73.93 ‘‘ü’’ ‘‘hasta- kabul işleminin hızı’’nın sorulduğu kayıt kabul memnuniyeti 2 numaralı soruya ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’, %20.05’i ‘‘vasat’’, %6.02’si ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ cevabını vermişlerdir. %71.43 oranında katılımcı ‘‘kayıt kabul personelinin yardımcı olma isteği’’ 3 numaralı kayıt kabul bölümü sorusuna ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’ cevabını verirken, %23.06’sı ‘‘vasat’’, %5.51’i ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ yanıtını vermişlerdir. ‘‘kayıt görüşmesi sırasında hissettiğiniz mahremiyet’’ sorusu %85.46 ‘‘lık’’ yüzdelik oran ile yine en yüksek frekanslardan birisini oluştururken, bu soruya %10.78’i ‘‘vasat’’, %3.76’sı ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ olarak cevap vermişlerdir. ‘‘sigorta ve fatura işlemlerinizin alınması ne kadar memnun ediciydi’’ sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde %78.45’i ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’, %16.79’u ‘‘vasat’’, %4.76’sı ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ cevabını vermişlerdir. Katılımcılar kayıt kabul memnuniyeti 6’ncı soru olan ‘‘Tedavi alanına alınmadan önce bekleme süresi’’ sorusuna %64.16 oranında ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’, %23.81 oranında ‘‘vasat’’, %12.03 oranında ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ cevabını vermişlerdir. ‘‘Kayıt bekleme odasının konforu’’ nu puanlandıran katılımcıların %54.39’u ‘‘iyi’’ ve ‘‘çok iyi’’,

%33.33'ü 'vasat', %12.28'i 'kötü' ve 'çok kötü' yanıtını vermişlerdir. Bu boyutun ve bütün soruların en düşük memnuniyet oranına sahip olan "park alanının uygunluğu" ve "ambulans çalışanlarının değerlendirmesi" sorularına sırasıyla %31.58 ve %33.33 oranında 'iyi' ve 'çok iyi' değerlendirmesi yapılmıştır. Katılımcılar park alanı uygunluğu sorusuna %40.60 oranında 'vasat', %27.82 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' cevabını vermişlerdir. Ambulans çalışanlarının değerlendirmesi sorusuna ise %65.91 'vasat', %0.75 'kötü' ve 'çok kötü' yanıtını vermişlerdir.

Tablo 3.12: Soru Bazında Hemşire Memnuniyeti Boyutu Frekansları. (HM: Hemşire Memnuniyeti)

	1		2		3		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%		
HM1	22	5.51	58	14.54	319	79.95	2.74	.55
HM2	25	6.27	63	15.79	311	77.94	2.72	.57
HM3	28	7.02	70	17.54	301	75.44	2.68	.60
HM4	31	7.77	79	19.80	289	72.43	2.65	.62
HM5	13	3.26	50	12.53	336	84.21	2.81	.47
HM6	22	5.51	64	16.04	313	78.45	2.73	.56

Hemşire memnuniyetinin irdelendiği 'HM' bölümünü incelediğimizde 1.soru olan "Hemşirelerin nezaketi" sorusuna katılımcı hastalar; %79.95 'iyi' ve 'çok iyi', %14.54 'vasat', %5.51 'kötü' ve 'çok kötü' değerlendirmesi yapmışlardır. "Hemşirelerin sorununuzu ciddiye alma derecesi" % 77.94 oranında 'iyi' ve 'çok iyi' cevabı verilerek yüksek frekansta memnun kalınan sorulardan olurken; %15.79 oranında 'vasat', %6.27 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' olarak cevaplandırılmıştır. Katılımcıların %75.44'ü "hemşirenin size verdiği değer" sorusuna 'iyi' ve 'çok iyi', %17.54'ü 'vasat', %7.02'si 'kötü' ve 'çok kötü' cevabını vermişlerdir. Bilgilendirmenin incelenmek istendiği "hemşirenin tedavinizle ilgili bilgilendirme konusunda gösterdiği özen" sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında %72.43 oranında katılımcının 'iyi' ve 'çok iyi' cevabı verdiğini %19.80 oranında 'vasat' %7.77 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' yanıtı verdiğini görmekteyiz. Hemşire memnuniyeti boyutunda en yüksek frekansa sahip olan HM5 "Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri özen" sorusuna % 84.21 oranında 'iyi' ve 'çok iyi', %12.53 oranında 'vasat', %3.26 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' cevapları verilmiştir. Yine yüksek oranlardan birisine sahip olan "hemşirenin teknik yetenekleri"

sorusunun cevaplarına bakıldığında; katılımcıların % 78.45 'i 'iyi' ve 'çok iyi', %16.04'ü 'vasat', %5.51'i 'kötü' ve 'çok kötü' olarak değerlendirmiştir.

Tablo 3.13: Soru Bazında Doktor Memnuniyeti Boyutu Frekansları. (DM: Doktor Memnuniyeti)

	1		2		3		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%		
DM1	54	13.53	86	21.55	259	64.91	2.51	.72
DM2	13	3.26	73	18.30	313	78.45	2.75	.50
DM3	16	4.01	79	19.80	304	76.19	2.72	.53
DM4	19	4.76	109	27.32	271	67.92	2.63	.57
DM5	26	6.52	104	26.07	269	67.42	2.61	.61
DM6	20	5.01	71	17.79	308	77.19	2.72	.55
DM7	33	8.27	103	25.81	263	65.91	2.58	.64

Acil servis doktorlarının memnuniyetinin incelenmek istendiği; AD sorularının ortalamalarına bakılacak olursa; ilk soru olan " bir doktora görünmeden önce, tedavi alanında bekleme süresi" sorusunun doktor memnuniyeti boyutunda %64.91 oranıyla en düşük 'iyi' ve 'çok iyi' memnuniyet yüzdesine sahip soru olduğunu görmekteyiz. Hastalar bu ilk soruya %21.55 oranında 'vasat', %13.53 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' cevabını vermişlerdir. Katılımcılar "Doktorların nezaketi" sorusuna %78.45 oranında 'iyi' ve 'çok iyi', %18.30 oranında 'vasat', %3.26 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' cevabını vermişlerdir ve bu soru doktor memnuniyeti boyutunda en yüksek frekansa sahip soru olmuştur. Katılımcıların "Doktorun sorununuzu ciddiye alma derecesi" sorusuna %76.19'u 'iyi' ve 'çok iyi', %19.80'i 'vasat', % 4.01'i 'kötü' ve 'çok kötü' olarak değerlendirmesi yapmışlardır. "doktorun tedavi sırasında sizin konforunuza gösterdiği özen" sorusunu % 67.92 oranında 'iyi' ve 'çok iyi', %27.32 oranında 'vasat', %4.76 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' cevabıyla değerlendirmişlerdir. Bilgilendirmenin doktor boyutunda ki memnuniyetinin değerlendirilmek istendiği "doktorun test ve tedavilerinizin açıklanmasında gösterdiği özen" sorusu katılımcılardan %67.42 oranında 'iyi' ve 'çok iyi' yanıtını alırken, %26.07 oranında 'vasat', %6.52 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' yanıtlarını almıştır. Doktorun bilgisinin yeterli bulunup bulunmadığının değerlendirmek istendiği "doktorun tıbbi yetenek ve bilgisi " sorusuna hastalar; %77.19 oranında 'iyi' ve 'çok iyi' cevabı %17.79 oranında 'vasat', %5.01 oranında 'kötü' ve 'çok kötü' yanıtı vermişlerdir. Doktor memnuniyeti boyutu son sorusu olan " evde

kendinize nasıl bakmanız gerektiği konusunda verilen talimatlar” sorusu katılımcılar tarafından %65.91 oranında memnun olarak değerlendirilebilecek ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ cevabı alırken, %25.81 oranında ‘vasat’, % 8.27 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ yanıt almıştır.

Tablo 3.14: Soru Bazında Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti Boyutu Frekansları.
(LRM: Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti)

	1		2		3		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%		
LRM1	37	9.27	106	26.57	256	64.16	2.55	.66
LRM2	37	9.27	93	23.31	269	67.42	2.58	.66
LRM2	43	10.78	109	27.32	247	61.90	2.51	.68
LRM4	38	9.52	103	25.81	258	64.66	2.55	.66

Laboratuvar ve röntgen memnuniyetinin birlikte değerlendirilmek istendiği LRM olarak adlandırılmış olan soruların cevapları incelendiğinde; katılımcıların %70 altında ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ cevabı verdiklerini görmekteyiz. “Kanınız ne kadar özenle alındı” sorusuna %64.16 ‘sı ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %26.57’si ‘vasat’, %9.27’si ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ yanıtını vermişlerdir. “ Kanınızı alan personelin gösterdiği özen” sorusuna %67.42 oranında memnun sayılacak ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ değerlendirmesi yapılırken; %23.31 oranında ‘vasat’, %9.27 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ değerlendirmesi yapılmıştır. . Röntgen bölümü alakalı olan LRM3 ve LRM4 “ röntgen bölümünde bekleme süresi”,” röntgen personelinin gösterdiği özen” sorularına sırasıyla %61.90, %64.66 oranlarında ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ değerlendirmesi olmuştur. Bunun yanı sıra LRM3 sorusuna % 27.32 oranında ‘vasat’, %10.78 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ yanıtları verilmiştir. LRM4 sorusuna ise %25.81 oranında ‘vasat’, %9.52 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ yanıtları verilmiştir.

Tablo 3.15: Soru Bazında Aile ve Arkadaş Memnuniyeti Boyutu Frekansları.
(AA: Aile ve Arkadaş Memnuniyeti)

	1		2		3		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%		
AA1	31	7.77	166	41.60	202	50.63	2.43	.63
AA2	33	8.27	171	42.86	195	48.87	2.41	.64
AA3	42	10.53	166	41.60	191	47.87	2.37	.67

Aile, arkadaş ya da acil serviste hastaya eşlik eden kişilere gösterilen özenin irdelenmek istendiği; aile ya da arkadaşlar boyutu incelendiğinde çok düşük frekanslara sahip cevaplar var olduğunu görmekteyiz. Memnuniyet olarak değerlendirebileceğimiz ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ cevaplarının en fazla %50 civarında olduğunu görmekteyiz. Katılımcılar “tedavi sırasında aile ve arkadaşlarınıza gösterilen özen” sorusuna %50.63 ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %41.60 ‘vasat’, % 7.77 ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ yanıtlarını vermişlerdir. “personelin tedavi hakkında yakınlarınızı bilgilendirmeye gösterdikleri özen” sorusuna %48.87 ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %42.86 ‘vasat’, %8.27 ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ değerlendirmesi yapılmıştır. Katılımcılar “personelin yakınlarınızın tedaviniz süresince sizinle olmasına gösterdikleri özen” sorusuna, %47.87 oranında ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %41.60 oranında ‘vasat’, %10.53 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ cevapları vermişlerdir.

Tablo 3.16: Soru Bazında Genel Değerlendirme Memnuniyeti Boyutu Frekansları.
(GD: Genel Değerlendirme Memnuniyeti)

	1		2		3		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%		
GD1	63	15.79	102	25.56	234	58.65	2.43	.75
GD2	65	16.29	100	25.06	234	58.65	2.42	.76
GD3	18	4.51	80	20.05	301	75.44	2.71	.55
GD4	32	8.02	138	34.59	229	57.39	2.49	.64
GD5	27	6.77	122	30.58	250	62.66	2.56	.62
GD6	36	9.02	142	35.59	221	55.39	2.46	.66

Genel değerlendirme sorularına bakıldığında ilk soru olan “acil bölümünün genel temizliği” sorusu %58.65 ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %25.56 ‘vasat’, %15.79 ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ değerlendirmesi almıştır. “Acil bölümünde yaşadığımız bir gecikme varsa bununla ilgili bilgilendirilme” sorusunun %58.65 ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %25.06 ‘vasat’, % 16.29 ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ değerlendirmesi aldığını görmekteyiz. Katılımcıların “

kişi olarak sizinle ilgilenen personelin derecelendirilmesi” sorusuna %75.44’ ünün verdiği ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %20.05 ‘vasat’, %4.51 ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ cevaplarıyla bu boyutta en yüksek frekansı oluşturduğunu söyleyebiliriz. Katılımcılardan “Acil bölümünün ilgisinin sizden talep edilen ücrete göre derecelendirilmesi” sorusu %57.39 oranında ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, % 34.59 oranında ‘vasat’, %8.02 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ yanıtları almıştır. “personelin size kendilerini tanıtırma durumu” sorusu %62.66 oranında ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %30.58 oranında ‘vasat’, %6.77 oranında ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ cevaplarını almıştır. Katılımcı hastalardan “acil bölümünü başkalarına tavsiye etme olasılığı” sorusu %55.39 ‘iyi’ ve ‘çok iyi’, %35.59 ‘vasat’, %9.02 ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ değerlendirmesini almıştır.

Tablo 3.17: Ambulansla Başvuruda Bulunma Durumuna Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyi Tespiti.

Boyutlar	Ambulansla mı Geldiniz?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	Evet	153	4.01	.84	.404
	Hayır	246	3.95	.78	
	Toplam	399	3.98	.81	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	Evet	153	4.07	.82	.079
	Hayır	246	3.95	.76	
	Toplam	399	4.01	.79	
Hemşire Memnuniyeti	Evet	153	4.16	.88	.532
	Hayır	246	4.11	.84	
	Toplam	399	4.13	.86	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	Evet	153	3.69	.84	.801
	Hayır	246	3.69	.76	
	Toplam	399	3.69	.80	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	Evet	153	2.70	1.84	.007
	Hayır	246	3.31	1.38	
	Toplam	399	3.00	1.61	
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	Evet	153	3.86	.99	.014
	Hayır	246	3.49	1.28	
	Toplam	399	3.67	1.13	

Hastaların ambulansla gelip gelmeme durumuna göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.404$, $p>.05$), kayıt - kabul memnuniyeti

($p=.079$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.532$, $p>.05$), genel memnuniyet ($p=.801$, $p>.05$) düzeylerinde farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile bu boyutlarda hastaların memnuniyet düzeyleri bir birileri ile benzer düzeydedir.

Aile ve arkadaş memnuniyet düzeyinde ambulansla gelmeyen hastaların lehine ($p=.007$, $p<.05$), Laboratuvar ve röntgen memnuniyet düzeyinde ise ambulansla gelenlerin lehine ($p=.014$, $p<.05$) memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 3.18: Cinsiyete Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Cinsiyet	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	Erkek	196	3.95	.83	.036
	Kadın	203	3.99	.78	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	Erkek	196	3.98	.76	.080
	Kadın	203	4.01	.81	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	Erkek	196	4.16	.85	.031
	Kadın	203	4.10	.86	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	Erkek	196	3.72	.77	.050
	Kadın	203	3.66	.81	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	Erkek	196	2.92	1.68	.000
	Kadın	203	3.23	1.50	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	Erkek	196	3.68	1.17	.001
	Kadın	203	3.58	1.20	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Cinsiyete göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Mann Whitneu U testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.867$, $p>.05$), kayıt kabul Memnuniyeti ($p=.690$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.402$, $p>.05$), genel değerlendirme ($p=.439$, $p>.05$), aile ve arkadaş Memnuniyeti ($p=.121$, $p>.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.370$, $p>.05$) boyutlarında kadın ve erkek hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Diğer bir ifadeyle kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet düzeyleri birbirine benzer düzeydedir.

Tablo 3.19: Yaşa Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Yaş	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	15-30 yaş	120	3.94	.80	.036
	31-45 yaş	102	3.82	.78	
	46-60 yaş	71	3.93	.74	
	61-75 yaş	69	4.17	.84	
	76 yaş ve üzeri	37	4.17	.84	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	15-30 yaş	120	3.94	.81	.080
	31-45 yaş	102	3.89	.81	
	46-60 yaş	71	4.00	.63	
	61-75 yaş	69	4.13	.76	
	76 yaş ve üzeri	37	4.19	.91	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	15-30 yaş	120	4.20	.75	.031
	31-45 yaş	102	3.96	.92	
	46-60 yaş	71	3.98	.95	
	61-75 yaş	69	4.26	.78	
	76 yaş ve üzeri	37	4.39	.81	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	15-30 yaş	120	3.67	.72	.050
	31-45 yaş	102	3.57	.77	
	46-60 yaş	71	3.65	.74	
	61-75 yaş	69	3.88	.84	
	76 yaş ve üzeri	37	3.84	.98	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	15-30 yaş	120	2.64	1.69	.000
	31-45 yaş	102	2.71	1.69	
	46-60 yaş	71	3.30	1.38	
	61-75 yaş	69	3.74	1.23	
	76 yaş ve üzeri	37	3.86	1.23	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	15-30 yaş	120	3.59	1.15	.001
	31-45 yaş	102	3.35	1.25	
	46-60 yaş	71	3.58	1.13	
	61-75 yaş	69	3.99	1.06	
	76 yaş ve üzeri	37	3.94	1.26	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Yaşa göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre

Doktor Memnuniyeti ($p=.036$, $p<.05$), aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.001$, $p<.05$) boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda

Doktor memnuniyeti boyutunda,

31-45 yaş grubu ile 61-75 yaş grubu arasında ($p=.008$, $p<.05$), 61-75 yaş grubu lehine olan anlamlı farklılıktan ve 31-45 yaş grubu ile 76 yaş ve üzeri grup arasında ($p=.020$, $p<.05$), 76 yaş ve üzeri grup lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu sonuçtan hareketle 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyi 31-45 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Hemşire memnuniyeti boyutunda,

31-45 yaş grubu ile 61-75 yaş grubu arasında ($p=.042$, $p<.05$), 61-75 yaş grubu lehine olan anlamlı farklılıktan, 31-45 yaş grubu ile 76 yaş ve üzeri grup arasında ($p=.008$, $p<.05$), 76 yaş ve üzeri grup lehine olan anlamlı farklılıktan 46-60 yaş grubu ile 76 yaş ve üzeri grup arasında ($p=.016$, $p<.05$) 76 yaş ve üzeri yaş grubu lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyi 31-45 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer bir fark ise 76 yaş ve üzeri grubun memnuniyet düzeyi ve 46-60 yaş grubunun memnuniyet düzeyinden yüksek olmasıdır.

Aile ve Arkadaş memnuniyeti boyutunda,

15-30 yaş grubu ile 61-75 yaş grubu ($p=.000$, $p<.05$) ve 76 yaş ve üzeri yaş grubu ($p=.000$, $p<.05$) arasında; 61-75 yaş ve 76 ve üzeri yaş grubu lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır. 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyleri 15-30 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

31-45 yaş grubu ile 61-75 yaş grubu ($p=.001$, $p<.05$) ve 76 yaş ve üzeri yaş grubu ($p=.001$, $p<.05$) arasında 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri grubu lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır. 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyleri 31-45 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti boyutunda,

31-45 yaş grubu ile 76 yaş ve üzeri yaş grubu ($p=.020$, $p<.05$) ve 31-45 yaş grubu ile 61-75 yaş grubu ($p=.001$, $p<.05$) arasında 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri grubun lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır.

61-75 yaş grubunun ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyi 31-45 yaş grubunun memnuniyet düzeyinden anlamlı düzeyde yüksektir.

Kayıt Kabul Memnuniyeti ($p=.080$, $p>.05$), boyutunda yaşa göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Genel memnuniyet boyutunda ise p değeri 0.050 ye eşit çıktığı için ne anlamlı ne de anlamsızdır yorumu yapamayız



Tablo 3.20: Eğitim Durumuna Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Eğitim Durumunuz?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	Okuryazar değil	36	4.06	.98	.063
	Okuryazar	46	4.26	.75	
	İlkokul/Ortaokul	137	3.91	.79	
	Lise	127	3.91	.73	
	Üniversite ve üzeri	53	3.96	.88	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	Okuryazar değil	36	4.13	1.01	.204
	Okuryazar	46	4.13	.84	
	İlkokul/Ortaokul	137	3.97	.68	
	Lise	127	3.94	.81	
	Üniversite ve üzeri	53	3.96	.77	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	Okuryazar değil	36	4.26	.99	.128
	Okuryazar	46	4.32	.82	
	İlkokul/Ortaokul	137	4.03	.90	
	Lise	127	4.08	.84	
	Üniversite ve üzeri	53	4.24	.64	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	Okuryazar değil	36	3.64	1.09	.176
	Okuryazar	46	3.93	.87	
	İlkokul/Ortaokul	137	3.65	.73	
	Lise	127	3.63	.75	
	Üniversite ve üzeri	53	3.77	.68	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	Okuryazar değil	36	3.91	1.15	.000
	Okuryazar	46	3.57	1.56	
	İlkokul/Ortaokul	137	3.10	1.50	
	Lise	127	2.84	1.64	
	Üniversite ve üzeri	53	2.59	1.76	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	Okuryazar değil	36	3.85	1.31	.22
	Okuryazar	46	4.01	1.07	
	İlkokul/Ortaokul	137	3.64	1.02	
	Lise	127	3.52	1.22	
	Üniversite ve üzeri	53	3.38	1.44	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Eğitim durumuna göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Kruskall Wallis H testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.063$, $p>.05$), kayıt kabul memnuniyeti ($p=.204$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.128$, $p>.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.176$, $p>.05$), boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Bu boyutlarda farklı eğitim düzeyine sahip kişilerin memnuniyet düzeyleri bir birine benzerdir.

Aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.022$, $p<.05$) boyutlarında hastaların memnuniyet düzeylerinde eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Bu anlamlı farklılıkların kaynağını tespit edebilmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda,

Aile ve arkadaşlar memnuniyeti boyutunda,

Okuryazar olanlar ile niversite mezunu ve yukarısı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında ($p=.013$, $p<.05$) okur yazar olanların lehine olan, okur yazar olmayanlar ile niversite mezunu ve yukarısı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında ($p=.001$, $p<.05$) okur yazar olmayanların lehine olan, lise düzeyi ile okur yazar olanlar arasında ($p=.043$, $p<.05$) okur yazar olanların lehine, lise düzeyi ile okur yazar olmayanlar arasında ($p=.003$, $p<.05$) okur yazar olmayanların lehine, ilkokul mezunu olanlar ile okur yazar olmayanlar arasında ($p=.025$, $p<.05$), oku yazar olmayanların lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi düştükçe memnuniyet düzeyi artmaktadır.

Laboratuvar ve röntgen memnuniyeti boyutunda,

Okuryazar olanlar ile niversite mezunu ve yukarısı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında ($p=.013$, $p<.05$) okur yazar olanların lehine olan, lise düzeyi ve okur yazar olmayanlar olanlar arasında ($p=.048$, $p<.05$), okur yazar olmayanlar lehine olan, lise düzeyi ve okur yazar olanlar arasında ($p=.007$, $p<.05$), okur yazar olanların lehine olan, ilkokul mezunu olanlar ile okur yazar olanlar arasında ($p=.014$, $p<.05$), oku yazar olanların lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bu farklılıklardan hareketle eğitim seviyesi düştükçe memnuniyet düzeyinin arttığı söylenebilir.

Tablo 3.21: Başvuru Nedenine Göre Acil Servis memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Eğitim Durumunuz?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	Trafik kazası	42	3.97	.79	.666
	Şiddet/Darp	17	3.87	.96	
	İş kazası	27	3.81	.73	
	Diğer nedenler	264	4.02	.83	
	Cevap vermeyenler	49	3.79	.66	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	Trafik kazası	42	4.13	.72	.231
	Şiddet/Darp	17	3.68	1.00	
	İş kazası	27	3.92	.56	
	Diğer nedenler	264	4.05	.79	
	Cevap vermeyenler	49	3.70	.73	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	Trafik kazası	42	4.12	.82	.284
	Şiddet/Darp	17	4.47	.73	
	İş kazası	27	4.30	.71	
	Diğer nedenler	264	4.18	.84	
	Cevap vermeyenler	49	3.64	.88	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	Trafik kazası	42	3.62	.71	.796
	Şiddet/Darp	17	3.52	.77	
	İş kazası	27	3.61	.73	
	Diğer nedenler	264	3.76	.79	
	Cevap vermeyenler	49	3.51	.85	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	Trafik kazası	42	.83	1.65	.000
	Şiddet/Darp	17	2.65	1.52	
	İş kazası	27	2.72	1.63	
	Diğer nedenler	264	3.51	1.29	
	Cevap vermeyenler	49	3.03	1.38	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	Trafik kazası	42	3.79	.76	.976
	Şiddet/Darp	17	3.73	.99	
	İş kazası	27	3.83	.80	
	Diğer nedenler	264	3.64	1.28	
	Cevap vermeyenler	49	3.28	1.19	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Başvuru nedenine göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Mann Whitneu U testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.666$, $p>.05$), kayıt kabul memnuniyeti ($p=.231$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.284$, $p>.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.796$, $p>.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.976$, $p>.05$) boyutlarında farklı nedenler ile başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Diğer bir ifadeyle başvuru nedeni katılımcı hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılığa yol açmamaktadır.

Aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$) boyutunda ise başvuru nedeni farklı olan hastalar arasında memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda trafik kazası nedeniyle ve iş kazası nedeniyle acil servise başvuruda bulunan hastaların memnuniyet düzeyler arasında iş kazası nedeniyle başvuranların lehine anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. ($p=.000$, $p<.05$)

Tablo 3.22: Sosyal Güvencesine Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Eğitim Durumunuz?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	GSS(Yeşil Kart)	28	4.03	.77	.070
	SSK	211	3.88	.80	
	Emekli Sandığı	85	4.12	.83	
	BAĞKUR	71	4.07	.77	
	Sosyal güvencesi yok	3	3.43	.52	
	Özel Sigorta	1	3.29	.	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	GSS(Yeşil Kart)	28	3.71	.87	.008
	SSK	211	3.95	.78	
	Emekli Sandığı	85	4.20	.71	
	BAĞKUR	71	4.03	.78	
	Sosyal güvencesi yok	3	2.95	1.07	
	Özel Sigorta	1	4.29	.	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	GSS(Yeşil Kart)	28	4.03	.99	.324
	SSK	211	4.08	.86	
	Emekli Sandığı	85	4.30	.73	
	BAĞKUR	71	4.11	.89	
	Sosyal güvencesi yok	3	3.67	1.15	
	Özel Sigorta	1	5.00	.	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	GSS(Yeşil Kart)	28	3.64	.92	.119
	SSK	211	3.65	.78	
	Emekli Sandığı	85	3.81	.70	
	BAĞKUR	71	3.72	.85	
	Sosyal güvencesi yok	3	2.94	.10	
	Özel Sigorta	1	4.67	.	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	GSS(Yeşil Kart)	28	2.86	1.60	.016
	SSK	211	2.92	1.63	
	Emekli Sandığı	85	3.14	1.67	
	BAĞKUR	71	3.57	1.33	
	Sosyal güvencesi yok	3	2.22	.69	
	Özel Sigorta	1	5.00	.	
	Toplam	399	3.08	1.60	

Tablo 3.22: (Devam) Sosyal Güvencesine Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Eğitim Durumunuz?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	GSS(Yeşil Kart)	28	3.67	1.03	.576
	SSK	211	3.60	1.21	
	Emekli Sandığı	85	3.62	1.24	
	BAĞKUR	71	3.76	1.15	
	Sosyal güvencesi yok	3	3.11	.69	
	Özel Sigorta	1	3.00	.	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Sosyal güvencesine göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.070$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.324$, $p>.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.119$, $p>.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.576$, $p>.05$) boyutlarında farklı kurumlardan sosyal güvenceye sahip hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Diğer bir ifadeyle farklı sosyal kurumdan sosyal güvenceye sahip olan hastaların memnuniyet düzeyleri birbirine benzer düzeydedir.

Kayıt kabul memnuniyeti ($p=.008$, $p<.05$), ve aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.016$, $p<.05$) boyutlarında ise farklı sosyal kurumdan sosyal güvenceye sahip olan hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda

Kayıt kabul memnuniyeti boyutunda,

Sosyal güvencesi olmayanlar ile emekli sandığından sosyal güvencesi olanların arasında ($p=.027$, $p<.05$) emekli sandığından sosyal güvencesi olanların lehine, GSS (Yeşil kart) sahibi olanlar ile emekli sandığından sosyal güvencesi olanlar arasında ($p=.006$, $p<.05$), emekli sandığından sosyal güvencesi olanların lehine, SSK' dan güvencesi olanlar ile emekli sandığından sosyal güvencesi olanlar arasında ($p=.008$, $p<.05$) emekli sandığından sosyal güvencesi olanların lehine, olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Aile ve Arkadaş Memnuniyeti boyutunda ise, SSK'dan sosyal güvencesi olanlar ile BAĞKUR'dan sosyal güvencesi olanlar arasında ($p=.036$, $p<.05$) BAĞKUR 'lu olanların lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.23: Acil Servise İlk Başvuru Olma Durumuna Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Bu Sizin Acil Servise Hasta Olarak İlk Başvurunuz mu?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	Evet	161	3.98	.81	.449
	Hayır	238	3.96	.80	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	Evet	161	3.99	.82	.909
	Hayır	238	4.00	.76	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	Evet	161	4.26	.78	.011
	Hayır	238	4.04	.89	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	Evet	161	3.72	.75	.808
	Hayır	238	3.67	.82	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ve Arkadaş Memnuniyeti	Evet	161	2.76	1.72	.003
	Hayır	238	3.29	1.47	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar Memnuniyeti	Evet	161	3.68	1.12	.729
	Hayır	238	3.60	1.23	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Acil servise ilk başvuru durumuna göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Mann Whitneu U testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.449$, $p>.05$), kayıt kabul memnuniyeti ($p=.909$, $p>.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.808$, $p>.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.729$, $p>.05$) boyutlarında acile ilk başvuru olan ve olmayan hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Diğer bir ifadeyle ilk başvuru yapanlar ve yapmayan katılımcıların memnuniyet düzeyleri birbirine benzer düzeydedir.

Hemşire memnuniyeti boyutunda ($p=.011$, $p<.05$) ve aile ve arkadaş memnuniyeti boyutunda ($p=.003$, $p<.05$) ilk başvuru olmayanların lehine anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 3.24: Acil Servise Başvuru Yapılan Saate Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Acil Servise Başvuru Yapılan Saat?	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	01:00 – 08:00	105	4.04	.80	.001
	09:00 – 16:00	197	4.06	.78	
	17:00 – 24:00	97	3.71	.81	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	01:00 – 08:00	105	4.08	.80	.002
	09:00 – 16:00	197	4.07	.72	
	17:00 – 24:00	97	3.74	.85	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	01:00 – 08:00	105	4.07	.91	.094
	09:00 – 16:00	197	4.23	.79	
	17:00 – 24:00	97	3.98	.89	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	01:00 – 08:00	105	3.77	.87	.033
	09:00 – 16:00	197	3.74	.73	
	17:00 – 24:00	97	3.52	.80	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ve Arkadaş Memnuniyeti	01:00 – 08:00	105	2.90	1.74	.267
	09:00 – 16:00	197	3.22	1.52	
	17:00 – 24:00	97	2.99	1.57	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar Memnuniyeti	01:00 – 08:00	105	3.77	1.00	.043
	09:00 – 16:00	197	3.65	1.28	
	17:00 – 24:00	97	3.43	1.15	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Acil servise geliş saatine göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre hemşire memnuniyeti boyutunda ($p=.094$, $p>.05$), aile ve arkadaş memnuniyeti boyutunda ($p=.67$, $p>.05$) boyutlarında acil servise başvuru saatlerine göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Doktor memnuniyeti ($p=.001$, $p<.05$), kayıt kabul memnuniyeti ($p=.002$, $p<.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.033$, $p<.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.043$, $p<.05$) boyutlarında hastanın başvuru saatlerine göre memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda,

Doktor memnuniyeti boyutunda,

Öğleden sonra 5 ile 12 arası gelenler ile öğleden önce 1 ile 8 arası gelenler arasında öğleden önce 1 ile 8 arası gelenler lehine olan anlamlı farklılıktan ($p=.010$, $p<.05$), öğleden sonra 5 ile 12 arası gelenler ile öğleden önce 9 ile 12 arası gelenler arasında öğleden önce 1 ile 8 arası gelenler lehine olan anlamlı farklılık ($p=.001$, $p<.05$), tespit edilmiştir.

Kayıt kabul memnuniyeti boyutunda,

Öğleden sonra 5 ile 12 aralığında başvuranlar ile öğleden önce 1 ile 8 aralığında başvuranlar arasında ($p=.006$, $p<.05$) öğleden önce 1 ile 8 lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 aralığında başvuranlar ile öğleden sonra 5 ile 12 aralığında başvuruda bulunanlar arasında ($p=.005$, $p<.05$); öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arası başvuranların lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Genel değerlendirme memnuniyeti boyutunda; öğleden sonra 5 ile 12 aralığında başvuranlar ile öğleden önce 1 ile 8 aralığında başvuranlar arasında, öğleden önce 1 ile 8 arasında başvuranlar lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. ($p=.040$, $p<.05$).

Laboratuvar ve röntgen memnuniyeti boyutunda ise öğleden sonra 5 ile 12 arası başvuranlar ile öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 aralığında başvuranlar arasında, öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arasında başvuranlar lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. ($p=.043$, $p<.05$)

Tablo 3.25: Eşlik Eden Kişiyeye Göre Acil Servis Memnuniyet Düzeyinde Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Hastaya Eşlik Eden Kişi	f	Ortalama	Standart Sapma	p
Doktor Memnuniyeti	Aile üyesi	248	4.02	.80	.106
	Arkadaş	78	3.79	.82	
	İşveren	7	3.51	.92	
	Hiç kimse	40	4.11	.66	
	Diğer	26	3.91	.84	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	Aile üyesi	248	4.01	.79	.689
	Arkadaş	78	3.92	.73	
	İşveren	7	4.06	.47	
	Hiç kimse	40	4.06	.89	
	Diğer	26	3.91	.80	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	Aile üyesi	248	4.11	.86	.607
	Arkadaş	78	4.26	.81	
	İşveren	7	4.31	.48	
	Hiç kimse	40	4.01	.93	
	Diğer	26	4.07	.81	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	Aile üyesi	248	3.74	.82	.238
	Arkadaş	78	3.66	.72	
	İşveren	7	3.24	.69	
	Hiç kimse	40	3.63	.83	
	Diğer	26	3.56	.65	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ya da Arkadaş Memnuniyeti	Aile üyesi	248	3.71	.98	.000
	Arkadaş	78	3.49	.81	
	İşveren	7	3.86	.38	
	Hiç kimse	40	.00	.00	
	Diğer	26	.35	1.23	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti	Aile üyesi	248	3.66	1.17	.883
	Arkadaş	78	3.56	1.24	
	İşveren	7	3.71	.65	
	Hiç kimse	40	3.43	1.45	
	Diğer	26	3.83	.84	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Acil servise başvuruda hastaya eşlik eden kişiye göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre doktor memnuniyeti ($p=.106$, $p>.05$), kayıt kabul memnuniyeti ($p=.689$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.607$, $p>.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.238$, $p>.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.883$, $p>.05$) boyutlarında hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.000$, $p<.05$), boyutunda hastaya eşlik eden kişiye göre memnuniyet düzeylerinde farklılık tespit edilmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

Tek başına başvuruda bulunanlar ile arkadaşının eşlik ettiği kişiler arasında ($p=.000$, $p<.05$) arkadaşı eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılıktan, tek başına başvuruda bulunanlar ile aile üyesinin eşlik ettiği kişiler arasında ($p=.000$, $p<.05$) aile üyesi eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılıktan, tek başına başvuruda bulunanlar ile işverenin eşlik ettiği kişiler arasında ($p=.000$, $p<.05$) işvereni eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılıktan ve diğer seçeneğini işaretleyen hastalar ile arkadaşının eşlik ettiği kişiler arasında ($p=.000$, $p<.05$) arkadaşı eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılıktan, “diğer” seçeneğini işaretleyen hastalar ile aile üyesinin eşlik ettiği kişiler arasında ($p=.000$, $p<.05$) aile üyesi eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılıktan, “diğer” seçeneğini işaretleyen hastalar ile işverenin eşlik ettiği kişiler arasında ($p=.000$, $p<.05$) işvereni eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tek başına başvuran hastalar ve eşlik eden kişi olarak “diğer” seçeneğini işaretleyen hastaların memnuniyet düzeyleri aile üyesi, arkadaş ve işvereni eşlik eden kişilere göre anlamlı bir düzeyde düşüktür.

Tablo 3.26: Acil Serviste Kalış Süresine Göre Memnuniyet Boyutlarında Farklılık Olup Olmadığının Tespiti.

Boyutlar	Acil Serviste Ne Kadar Zaman Geçirdiniz?	f	Ortalama	Standart Sapma	P
Doktor Memnuniyeti	0-6 Saat arası	286	3.89	.81	.006
	7-12 Saat arası	60	4.02	.72	
	13-24 Saat arası	32	4.37	.67	
	25 ve daha fazla	21	4.24	.91	
	Toplam	399	3.97	.80	
Kayıt Kabul Memnuniyeti	0-6 Saat arası	286	3.93	.78	.086
	7-12 Saat arası	60	4.20	.69	
	13-24 Saat arası	32	4.07	.80	
	25 ve daha fazla	21	4.06	1.02	
	Toplam	399	3.99	.78	
Hemşire Memnuniyeti	0-6 Saat arası	286	4.10	.83	.248
	7-12 Saat arası	60	4.17	.94	
	13-24 Saat arası	32	4.17	.81	
	25 ve daha fazla	21	4.41	.87	
	Toplam	399	4.13	.85	
Genel Değerlendirme Memnuniyeti	0-6 Saat arası	286	3.68	.77	.652
	7-12 Saat arası	60	3.68	.79	
	13-24 Saat arası	32	3.81	.76	
	25 ve daha fazla	21	3.73	1.11	
	Toplam	399	3.69	.79	
Aile ve Arkadaş Memnuniyeti	0-6 Saat arası	286	3.12	1.52	.052
	7-12 Saat arası	60	2.66	1.76	
	13-24 Saat arası	32	3.13	1.87	
	25 ve daha fazla	21	3.62	1.50	
	Toplam	399	3.08	1.60	
Laboratuvar Memnuniyeti	0-6 Saat arası	286	3.54	1.20	.077
	7-12 Saat arası	60	3.93	1.04	
	13-24 Saat arası	32	3.78	1.10	
	25 ve daha fazla	21	3.73	1.44	
	Toplam	399	3.63	1.19	

Acil serviste kalış süresine göre memnuniyet düzeylerinde farklılık olup olmadığını tespit etmek amaçlı yapılan Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre; kayıt kabul memnuniyeti ($p=.086$, $p>.05$), hemşire memnuniyeti ($p=.248$, $p>.05$), genel değerlendirme memnuniyeti ($p=.652$, $p>.05$), aile ve arkadaş memnuniyeti ($p=.052$, $p>.05$), laboratuvar ve röntgen memnuniyeti ($p=.077$, $p>.05$) boyutlarında

acilde kalış süresi farklı olan katılımcı bireylerin memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Diğer bir ifadeyle acilde kalış süresi farklı olan katılımcıların memnuniyet düzeyleri birbirine benzer düzeydedir.

Acil serviste kalış süresine göre doktor memnuniyeti ($p=.006$, $p<.05$) düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yapılan incelemede anlamlı farklılığın; 0-6 saat arası acilde kalanlar ile 13-24 saat arası acilde kalanlar arasında, 13-24 saat arası acilde kalanların lehine olan anlamlı farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. 13-24 saat arası acil serviste kalanların doktor memnuniyeti, 0-6 saat arası acil serviste kalanlara göre daha yüksektir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık ve sağlık hizmetleri; hayati öneme sahip, hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili hizmetlerdir. Bu hizmetler içerisinde hastaneler doğrudan başvuru noktaları olduğu için sağlık hizmetlerinin deyim yerindeyse kalbi gibidir. Hastalar acil servislere şikayetlerinin giderilmesi ve hastalıklarının tedavisi için başvurumaktadırlar. Şikayetleri geçici ya da hayati düzeyde olmasa da acil servise başvuran hastaların beklentileri yüksek düzeydedir. Bu yüksek beklentinin ne ölçüde karşılandığını ve memnuniyet düzeyini ölçmek için sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmalarına ihtiyaç vardır.

Araştırmaya katılan acil servis hastalarının aylara göre başvuru durumu incelendiğinde en fazla katılımın mart ayında başvuran hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Hastaların acil servise başvuru saatleri incelendiğinde örnekleme en çok başvuru öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arasında gerçekleşmiştir. Bu durum anketlerin gelişi güzel saatler de doldurulmasından kaynaklanmaktadır. Özel olarak bir saat dilimi incelenmek istenmemiştir.

Araştırmaya en fazla katılım 15-30 yaş aralığı hastalardan olmuştur. 76 ve üzeri yaş grubu hastalar en az katılımında bulunan yaş grubunu oluşturmaktadır. Erkek ve kadın hastalar yakın sayıda katılım göstermişlerdir. Eğitim durumuna bakıldığında; ortaokul ve lise mezunu eğitim düzeyi yakın frekanslar ile en fazla katılımında bulunan eğitim düzeyleridir. Hastaya eşlik eden hasta yakınına bakıldığında hasta yakını olarak en çok aile üyesinin hastalara eşlik ettiğini görmekteyiz. SSK sosyal güvencesine sahip olan hastalar araştırmamıza en fazla katılımında bulunan hastalar olmuşlardır. Katılımcıların çoğu bu acil servise ikinci ya da daha fazla başvuruda bulunmuşlardır.

Araştırmaya katılan hastaların %85.46'sı kayıt kabul bölümü ve görüşme sırasındaki mahremiyetten memnun kalmışlardır. %73.93'ü kayıt kabul birimini hızlı bulmuştur. %71.43'ü kayıt masasındaki personeli yardımsever bulmuştur.

Katılımcı hastaların %78.45'i sigorta işlemlerinin alınması sırasında gösterilen davranışı memnun edici bulmuşlardır.%64.16'sı tedavi alanına alınmadan önce çok beklemediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların yalnızca %54.39'u kayıt bekleme odasını konforlu bulmuşlardır. Katılımcıların %31.58'i park alanını uygun bulduklarını söylemişlerdir. %40.60'ı park alanını vasat olarak değerlendirmiş, %27.82'si yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Ambulansla transfer edilen hastalar kendilerini acil servise nakleden ambulans çalışanlarını %65.91 oranında vasat olarak değerlendirmişlerdir. Katılımcı hastalar kayıt kabul memnuniyeti boyutunda otopark ve ambulans çalışanlarından memnun kalmamışlardır. Düşük bir frekansta hasta ve yakınları kayıt bekleme odalarından memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %79.95'i hemşireleri nezaketli bulurken,%77.94'ü hemşirelerin sorunlarını ciddiye aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %75.44'ü hemşirelerin kendilerine değer verdiklerini söylemişlerdir. %72.43'ü ise hemşirelerin tedavileri konusunda bilgilendirdiklerini söylemişlerdir. Hastaların %84.21'i hemşirelerin mahremiyetlerine özen gösterdiklerini ifade etmişler, %78.45'i hemşireleri teknik olarak yetenekli bulmuşlardır. Hemşire memnuniyetine genel olarak bakıldığında katılımcı hastalar hemşire boyutundan memnun olarak hastaneden ayrılmışlardır diyebiliriz. Hemşire memnuniyeti boyutu diğer boyutlara oranla daha memnun kalınan bir boyut olmuştur.

Katılımcıların %64.91'i bir doktora görünmeden önce tedavi alanında çok beklemediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %78.45'i doktorları nezaketli bulmuşlar, %76.19'u doktorun sorununu ciddiye aldığını söylemişlerdir. Katılımcıların %67.92'si doktorun tedavi sırasında konforuna özen gösterdiğini ifade etmişler, %67.42'si doktorun yaptığı test tedavileri açıkladığını söylemişlerdir. Hastaların %77.19'u doktorun yetenek bilgisini yeterli bulurken, %65.91'i evde kendilerine nasıl bakmaları gerektiği konusunda doktorun bilgilendirme yaptığını söylemişlerdir. Katılımcı hastaların doktor memnuniyeti boyutunda memnun kalmış olarak birimden ayrıldıklarını söyleyebiliriz.

Katılımcı hastaların %64.16'sı laboratuvar bölümünde kanının özenli alındığını ifade ederken; %67.42'si kan alan personeline özenli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %61.90'ı röntgen bölümünde çok beklemediklerini ifade ederken;

%64.66'sı röntgen personeli davranışını özenli bulmuştur. Laboratuvar ve röntgen bölümüne başvuruda bulunan katılımcı hastalar, her iki bölümden de memnun kalarak ayrılmışlardır.

Araştırmaya dahil olan hastaların, %50.63'ü tedavileri sırasında aile ve arkadaşlarına özen gösterildiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %48.87'si personeli tedavi hakkında ailesinin ve arkadaşlarının bilgilendirildiğini belirtirken, %42.86'sı bu durumu vasat olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların yalnızca %47.87'si personelin tedavi süresince ailesinin kalmasına müsaade ettiklerini söylerken, %41.60'ı bu durumu vasat olarak değerlendirmiştir. Katılımcı hastalar; aile arkadaşlarına gösterilen özen ve davranıştan memnun kalarak ayrılmamışlardır.

Araştırmaya katılan hastaların; %58.65'i acil bölümünü temiz bulduklarını belirtmişler, yine %58.65 oranında da gecikme olduğunda bilgilendirildiklerini söylemişlerdir. Hastalar bu boyutta en çok kendileriyle ilgilenen personele puan vererek %75.44 ile memnun kaldıklarını söylemişlerdir. Hastalar acil serviste gördükleri ilgiyi kendilerinden ya da sigortalarından alınan farkla değerlendirdiklerinde %57.39 oranında memnun kalmışlardır. Katılımcıların %62.66'sı personelin kendini tanıttığını söylemişlerdir. Hastaların yalnızca %55.39'u acil bölümünü başkalarına tavsiye edebileceklerini söylemişlerdir. Katılımcı hastalar genel değerlendirme boyutunda; kendileriyle ilgilenen personel verdikleri derecelendirme haricindeki sorularda düşük frekansta iyi ve çok iyi puanı vermişlerdir. Bu durumda az sayıda katılımcının genel değerlendirme boyutunda memnun kaldığını göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada acil servise ambulansla başvuru yapılmasının hasta memnuniyeti üzerine etkisine bakıldığında; aile arkadaş memnuniyeti düzeyinde ambulansla gelmeyen hastaların lehine, laboratuvar ve röntgen memnuniyeti düzeyinde ise ambulansla gelenlerin lehine anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Yapılan bu araştırma da acil servise ambulansla başvuru yapılmasının hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Erdem ve ark. (2008) yapmış oldukları çalışma da demografik değişkenlerin hasta memnuniyetinde bir farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemişlerdir. Demografik değişkenlerin memnuniyet üzerinde bir etkisi olmadığını tespit etmişlerdir. Stony Brook Üniversitesi'nde yapılmış olan bir başka araştırma sonuçlarında ise yine demografik özelliklerin memnuniyete etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Memnuniyet düzeylerinin de birbiri ile bir ilişkisi olmadığı tespit

edilmiştir (Viccellio P. ve ark. 2013:944) Yapılan bu araştırma da demografik değişkenlerin (cinsiyet hariç) hasta memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir.

Okumuş vd. (1993: 177–183) ile Tengilimoğlu (1996: 103–111)'nun yaptığı memnuniyet araştırmasında cinsiyet konusunda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazılarında kadınların bazılarında da erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken, bazılarında cinsiyetle memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bu çalışmada da cinsiyete göre memnuniyet düzeylerinde; kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet düzeyleri birbirine benzer düzeydedir. Anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu araştırma da; cinsiyetin hasta memnuniyeti üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Doktor memnuniyeti boyutunda; 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyi 31-45 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Yani 61 yaş ve üzeri hastalar hastaneden diğer yaş grubu hastalara göre doktorlardan daha memnun olarak ayrılmışlardır.

Hemşire memnuniyeti boyutunda; 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyi 31-45 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer bir fark ise 76 yaş ve üzeri grubun memnuniyet düzeyi ve 46-60 yaş grubunun memnuniyet düzeyinden yüksek olmasıdır.

Aile ve Arkadaş memnuniyeti boyutunda; 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyleri 15-30 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. 61-75 yaş grubu ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyleri 31-45 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Oruç ve Taş'ın (2014) yaptığı çalışmada, ileri yaş grubundakiler genç yaştakilere göre, genel temizlik, yakınlarına tavsiye etme yönünden daha fazla oranda memnuniyet bildirmişlerdir. Hsieh ve Kagle 1991'de, Özer ve Çakıl 2007'de yaptıkları çalışmalarında bu konuyu tartışmışlar ve genel olarak yaş ilerlemesi ile memnuniyet düzeyinin doğru orantılı olarak artış gösterdiğini bildirmişlerdir.

Laboratuvar ve Röntgen Memnuniyeti boyutunda; 31-45 yaş grubu ile 61-75 yaş grubu arasında olan anlamlı farklılıktan kaynaklanmaktadır. 61-75 yaş grubunun ve 76 yaş ve üzeri yaş grubunun memnuniyet düzeyi 31-45 yaş grubunun memnuniyet düzeyinden anlamlı düzeyde yüksektir. Kayıt kabul memnuniyeti ve genel memnuniyet boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Kırılmaz (2013) öğrenim durumu, yaş ve aylık gelirin hasta memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı 6 hastanede bir araştırma yapmıştır. Bu

araştırmaya göre, poliklinik hastalarının öğrenim durumları, yaş grupları ve aylık gelirlerine göre hasta kabul hizmetlerine ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri incelendiğinde, öğrenim durumu ve yaş grupları ile hasta kabul hizmetlerinden memnuniyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur.

Buradan çıkarılabilecek sonuç olarak ileri yaş grubu hastaların ve hasta yakınlarının; doktorlardan, hemşirelerden, laboratuvar ve röntgen hizmetlerinden beklentilerinin daha düşük olması veya beklentileri doğrultusunda tedavi olmuş ve ilgi görmüş oldukları söylenebilir. Yapılan bu çalışmada; yaş faktörünün hasta memnuniyeti üzerinde bir etkisi olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça memnuniyet artmıştır.

Esatoğlu vd. (1996: 61– 71)'nin yaptığı araştırmada düşük eğitim düzeyinde olanların yüksek eğitim düzeyinde olanlara oranla sunulan hizmetleri daha yüksek kalitede algıladıklarını görülmüştür. Yılmaz (2000)'in yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin ve cinsiyetin bazı hasta memnuniyeti boyutlarında farklılığa neden olduğunu göstermişlerdir. Yapılan bu çalışma da ise Esatoğlu'nun araştırmasına benzer sonuç elde edilmiştir: eğitim düzeyi düştükçe memnuniyet düzeyi artmaktadır.

Okur yazar olanlar ile üniversite mezunu ve yukarısı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında okur yazar olanların lehine olan, okur yazar olmayanlar ile üniversite mezunu ve yukarısı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında okuryazar olmayanların lehine olan, Lise düzeyi ile okur yazar olanlar arasında okur yazar olanların lehine, Lise düzeyi ile okur yazar olmayanlar arasında okur yazar olmayanların lehine, İlkokul mezunu olanlar ile okur yazar olmayanlar arasında, oku yazar olmayanların lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre yapılan bu çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi azaldığı söylenebilir. Bu araştırma da; eğitim seviyesinin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olduğu görülmüştür.

Başvuru nedenine göre hasta memnuniyeti incelendiğinde karşılaştırmalar sonucunda aile ve arkadaş memnuniyeti boyutunda trafik kazası nedeniyle ve iş kazası nedeniyle acil servise başvuruda bulunan hastaların memnuniyet düzeyleri arasında iş kazası nedeniyle başvuranların lehine anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş kazası nedeniyle başvuran hastalar trafik kazası nedeniyle başvuran hastalara oranla hastaneden yakınlarına gösterilen muameleden daha memnun kalarak ayrılmışlardır.

Yapılan bu çalışma da; başvuru nedeni hasta memnuniyetini etkilemektedir. İş kazası ile başvuran hastaların aile ve arkadaşları hastane hizmetlerinden ve hastane personelinden bekledikleri ilgi ve alakayı görmüşlerdir şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışma da; hastaneye başvuru nedeninin hasta memnuniyetini etkilediği saptanmıştır.

Farklı sosyal kurumdan sosyal güvenceye sahip olan hastaların doktor memnuniyeti, hemşire memnuniyeti, genel memnuniyet, düzeyleri birbirine benzerdir. Hasta kayıt kabul birimi memnuniyetinde; sosyal güvencesi olmayanlar ile emekli sandığından sosyal güvencesi olanların arasında emekli sandığından sosyal güvencesi olanların lehine bir memnuniyet tespit edilmiştir. GSS (Yeşil kart) sahibi olanlar ile emekli sandığından sosyal güvencesi olanlar arasında, emekli sandığından sosyal güvencesi olanların lehine memnuniyet tespit edilmiştir. SSK'dan sosyal güvencesi olanlar ile emekli sandığından sosyal güvencesi olanlar arasında emekli sandığından sosyal güvencesi olanların lehine anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buradan çıkarılabilecek sonuca göre emekli sandığından sosyal güvencesi olan hastalar kayıt kabul biriminden daha memnun kalarak hastaneden ayrılmışlardır. Aile arkadaş memnuniyeti boyutunda ise BAĞKUR'dan sosyal güvencesi olanlar SSK'dan sosyal güvencesi olanlara oranla daha memnun ayrılmışlardır. Bu sonuçtan hareketle BAĞKUR'dan sosyal güvencesi olan hastaların yakınları SSK' dan sosyal güvencesi olan hastalara oranla, kendilerine gösterilen ilgiden daha memnun olarak hastaneden ayrılmışlardır diyebiliriz. Bu çalışma da sosyal güvencenin hasta memnuniyetini etkilediği saptanmıştır.

Öksüz (2010)'ün çalışmasında sosyal güvenceleri farklı hastalar arasında ulaşılabilirlik ve hasta bilgilendirmesinde memnuniyet üzerinde fark bulunamamış; hastaneyi tavsiye etme, beklenen fiziki ortam, ayakta hasta genel memnuniyet puanı ve personel davranışının memnuniyet üzerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu hastaneye ilk başvuru olmasına göre memnuniyet boyutları incelendiğinde; ikinci veya daha fazla başvuran hastaların lehine aile ve arkadaş boyutunda, hemşire memnuniyeti boyutunda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan bu araştırmada Hastaneye ilk başvuru olup olmamasının hasta memnuniyetini etkilediği saptanmıştır.

Başvuru saatlerine göre memnuniyet boyutlarına bakıldığında, doktor memnuniyeti boyutunda; öğleden sonra 5 ile 12 arası gelen ile öğleden önce 1 ile 8

arası gelenler arasında öğleden önce 1 ile 8 arası gelenler lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Öğleden sonra 5 ile 12 arası gelen ile öğleden önce 9 ile 12 arası gelenler arasında öğleden önce 1 ile 8 arası gelenler lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kayıt kabul memnuniyeti boyutunda; öğleden sonra 5 ile 12 arasında başvuranlar ile öğleden önce 1 ile 8 arasında başvuranlar incelendiğinde öğleden önce 1 ile 8 arasında başvuranlar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arası başvuranlar ile öğleden sonra 5 ile 12 arasında başvuranlara bakıldığında; öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arası başvuranların lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir..

Genel değerlendirme memnuniyeti boyutunda; öğleden sonra 5 ile 12 arası başvuranlar ile öğleden önce 1 ile 8 arası başvuranlar arasında, öğleden önce 1 ile 8 arasında başvuranlar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Laboratuvar ve röntgen memnuniyeti boyutunda ise öğleden sonra 5-12 arası başvuranlar ile öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arasında başvuranlar arasında, öğleden önce 9 ile öğleden sonra 4 arasında başvuranlar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu araştırmada; acil servise başvuru saatlerinin hasta memnuniyetini etkilediği görülmüştür.

Aile ve arkadaş memnuniyeti boyutunda hastaya eşlik eden kişiye göre memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; tek başına başvuruda bulunanlar ile arkadaşının eşlik ettiği kişiler arasında arkadaşını eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Tek başına başvuruda bulunanlar ile aile üyesinin eşlik ettiği kişiler arasında aile üyesi eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Tek başına başvuruda bulunanlar ile işverenin eşlik ettiği kişiler arasında işvereni eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ‘‘Diğer’’ seçeneğini işaretleyen hastalar ile arkadaşının eşlik ettiği kişiler arasında arkadaşını eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen hastalar ile aile üyesinin eşlik ettiği kişiler arasında aile üyesi eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen hastalar ile işverenin eşlik ettiği kişiler arasında işvereni eşlik eden hastalar lehine olan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sonuç olarak; hastaların kendisine eşlik eden kişinin yakınlık derecesinin memnuniyetle bir bağlantısı olduğu tespit edilmiştir. Yanında yakını olan hastalar tek başına başvuruda bulunan hastalara göre hastaneden daha memnun olarak ayrılmışlardır denilebilir. Yapılan bu

çalışma da; hastaya acil serviste eşlik eden kişinin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olduğu görülmüştür.

Acil serviste kalış süresine göre memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, doktor memnuniyeti boyutunda; acil serviste kalış süresi artıkça memnuniyet düzeyi artmıştır. Bu çalışmada acil serviste kalış süresinin hasta memnuniyetini etkilediği saptanmıştır.

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi konusunda yer alan önemli belirleyicilerdendir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde temel çıktılardan biri olduğundan dolayı hizmet sürecinin yapısının değerlendirilmesini sağlamaktadır. Hasta memnuniyeti araştırmalarının neticeleri, sağlık kurumunun sürekli iyileştirme sürecine girdi temel teşkil edecek verilerdendir. Hizmet süreçlerindeki iyileştirmeye açık alanlar ve kuvvetli yönler bu sayede hasta gözü ile görülebilecek ve sağlık kurumunun iyileştirilmesi gereken yönleri belirlenmiş olacaktır. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar ışığında aşağıdakiler önerilmektedir:

- 1- Hastane yöneticileri kaliteli hasta bakımı ve memnuniyet algısını ölçmek amacı ile periyodik olarak memnuniyet çalışmaları düzenlemelidir.
- 2- Hastane yönetimi; her yaş grubu ve eğitim seviyesinde hasta/hasta yakınları ile doğru iletişimi sağlamak amacı ile hizmet sunum sürecine katılan tüm personele hizmet içi eğitimler düzenlenerek farkındalık arttırılmalıdır.
- 3- Acil serviste servisin yoğun olabileceği başvuru saatleri belirlenerek, koordinasyonu ve verimi arttıracak çalışmalar düzenlenmelidir.
- 4- Başvuru nedenleri dikkate alınarak personel eğitim verilmeli ve konusunda uzman personel konuşlandırılması yapılmalıdır.
- 5- Hasta ve hasta yakınları için otopark düzenlenmelidir.
- 6- Hastane çalışanlarına, hasta yakınlarına davranış, hasta yakınlarıyla iletişim, hitap, konuşma teknikleri gibi konularda hizmet içi eğitimler düzenlenerek hasta/hasta yakını-hastane personeli etkileşimi pozitif yönde arttırılmaya çalışılmalıdır.
- 7- Uzun süre acil serviste kalan hasta ve hasta yakınlarının dinlenebileceği, ihtiyaçlarını karşılayabileceği alanlar oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akar, Ç., Özalp, H. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. Ankara: Somgür Yayıncılık.
- Akbelen, M.M. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.
- Akın, S., Erdoğan S. (2007). The Turkish Version of The Newcastle Satisfaction With Nursing Care Used on Medical and Surgical Patients, *Journal of Clinical Nursing* 16, 646-653.
- Akküçük, H. (2010). Kalabalık Acil Servisler İçin Hasta ve Sağlık Personeli Triyajı, Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.
- Aslan, Ş. vd. (2008). Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri memnuniyeti ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması” *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,20, 23-40.
- Aslantekin, F.,Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R.(2005) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, II. Ulusal/Uluslar Arası Hemşirelik Kongresi; 25-27 Mayıs ss. 55-71.
- American College of Emergency Physicians. Model of The Clinical Practice of Emergency Medicine [policy statement]; Approved August 2007. Revised 2008 .<http://www.acep.org> Erişim Tarihi: 01.12. 2014.
- Arnold, JL.(1999). International Emergency Medicine and The Recent Development of Emergency Medicine Worldwide. “*Ann Emerg Med*” ,33, ss. 97-103.

- Atilla, R. (2010). *Dünyada ve Türkiye’ de Acil Tıp*. İç: Kekeç Z, Editör. *Tüm Yönleriyle Acil Tıp*. Adana: Nobel Kitapevi.
- Avis, M., Bond, M., Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A Review of Some Unresolved Issues in The Measurement of Patient Satisfaction, *Journal of Advanced Nursing*, 22, ss.316-322
- Aydın, V. ve Sayım F. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri İle Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma, Yalova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü.
- Aydın, T., Akköse, Ş., Köksal Ö., Özdemir F., Kulaç S., Bulut M.(2010), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı.
- Baş, T. (2003). *Anket*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Bilgili, E. ve Ecevit, E.(2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, ‘*Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*’, 11(2), ss.201-228.
- Bowling, A.(1991). *Measuring Health*. Open University Press, Milton Keynes.
- Bozkurt, B.(2008). Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Kütüphane Hizmetlerinde Bir Uygulama Örneği: Muğla Üniversitesi Merkez Kütüphanesi. Marmara Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bulgan, U. ve Gültekin, G.(2005). Hizmet Kalitesi Ölçülebilir Mi?, ss. 240-259; <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak05/u05-22>, (Çevrimiçi, Erişim Tarihi:01.10.2015).
- Burt, CW and McCaig, LF.(1992). Trends in Hospital Emergency Department Utilization: United States, 99. *Vital Health*. Stat 13. 2001; 150, ss. 1-34.
- Brooks, K. (1982). *The Organization and Administration of Accident and Emergency Departments*. London, Edward Arnold Ltd.

Cantürk, Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırılması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Carr-Hill, A. (1992). The Measurement of Patient Satisfaction,. *Journal of Public Health Medicine*. 14(3). ss. 236-249.

Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5/3, 140-143.

Çiçek, R. Ve Doğan İsmail, C. (2009). Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi* 11(1), ss. 199- 217.

Devebakan, N. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Algılanan Kalite, Dokuz Eylül Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 8, Sayı 1, ss. 12 149.

Eleren, A. ve Kılıç, B. (2007). Turizm Sektöründe Servqual Analizi İle Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Termal Otelde Uygulama. ‘*Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi* ‘9(1), ss. 235-263.

Eleren, A. ve Kılıç, B.(2009). Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü, ‘*Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*’, 1(1), ss. 91-118.

Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L. vd.(2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. ‘*Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi*’;31:95-110.

Ersel, M., Yürüktümen, A., Öz Saraç, M., Kıyan, S., Aksay, E.(2010). Türkiye’deki Acil Tıp Anabilim Dallarının Uluslararası Yayın Üretimi: 15. Yıl Değerlendirmesi. ‘*Turk J Emerg Med*’,10(2), ss. 55-60.

Eryılmaz İ, Pehlivan N, Önder A ve ark. (2004), Doç. Dr. Mustafa Kalemli Tavşanlı Devlet Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Kalite Çemberleri Çalışmasına Bir Örnek: Diyaliz Ünitesinin İyileştirilerek Hasta Memnuniyetinin Arttırılması.

Esatoğlu, A.(1997). Ezel, Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Esatoğlu, E. ve Ersoy, K.(1996). Hasta tatmininin ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, ss. 61-71.

Easton, K.(1975). Rescue Emergency Çare. London, *Medical Books Ltd.*

Garcia Tamyra, C., Amy, B., Bernstein and Mary, B.(2007). U.s. department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistic.Emergency Department Visitors and Visits: Who Used the Emergency Room in, May 2010, 38.

Gindi Renee, M., Ph.D., Robin A. Cohen, Ph.D., and Whitney K. Kirzinger, M.P.H.(2012). Emergency Room Use Among Adults Aged 18–64: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January–June 2011; by Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics Released,5, pp. 1-11.

Greeneich, D.(1993). The Link Between New and Return Business And Quality of Care:Patient Satisfaction, *Advances in Nursing Science*. 16 (1), ss. 62-72.

Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S., Yapraklı, Ş.(2008). *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Özsoy, M., Mungan, T.(2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti ve Etki Eden Faktörler, *J Türk Soc Obstet Gynecol*, 3(3), ss. 167-171.

Hacıfendioğlu, Ş. ve Koç Ü.(2009). Hizmet Kalitesi Algılamalarının Müşteri Bağlılığına Etkisi ve Fast-Food Sektöründe Bir Araştırma, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,18(2) ,ss. 146 – 167.

Hastaoğlu, S. (2007). Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Halbert, L. Dunn.(1959). High Level Wellness for Man and Society, *American Journal of Puplic Health*, Vol. 49, No. 6.

Heckman, D. James, Rosenthal, E. Ronel.(1991). Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi. İstanbul: Nasetti Ltd.

Hsieh, MO., Kagle, JD., (1991). Understanding Patient Satisfaction and Dissatisfaction With Health Care, *Health Soc Work*, 16(4): ss.281-290.

<http://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Emergency-Department-Planning-and-Resource-Guidelines> Erişim Tarihi: 04. 03. 2014.

<http://sakaryasm.gov.tr/acil/38/tarIhce.aspx> Erişim Tarihi: 02.06.2015.

Illich, I.(2011). *Sağlığın Gaspi*, Çev. Süha Sertabiboğlu, (2. Basım), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

İnan, H.F., Sofuoğlu, T.(2006). *Acil Sağlık Hizmetleri*. Ertekin C, Certuğ A, Atıcı A, Coşkun A, Aydınlı F, İnan H F vd. Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Eğitim Kitabı. 1. Baskı, Ankara: Onur Matbaacılık Ltd. Şti, ss. 1-9.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi(2.Baskı)*. Ankara: Siyasal Yayın Dağıtım.

Kavuncubaşı, Ş. ve Tokgöz, N. (Ed) (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Anadolu Üniversitesi Web Ofset Tesisleri. Eskişehir: Açıköğretim Yayınları.

Kekeç, Z. (2010). *Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama (3.Baskı)*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Kısa, A. ve Tokgöz, N. (Ed) (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.

Kırdar, Y. ve Demir, O.(2006). Müşteri İlişkileri Yönetimi: CRM, *Review of Social, Economic & Business Studies*,(7)8, 293-308.

Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi; Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(1), ss.11-21

Korkmaz, Ş.(2003). Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve Üstü

Kapasiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Landon, A. Bridget.(1995). *Apporaching to the Emergency Patients*. New York: The Pathenon Pub. Ltd.

Longman, (1987). *Dictionary of Contemporary English*, Suffolk, Longman Group UK Limited (Medicine 37, Second Edition).

MEB, (2011). *Acil Servis Hizmetleri: Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı*, Ankara: MEB Yayınları

Merkouris, A., Lanara, V., Lemomdou, C.(1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluation and improving nursing services, *Journal of Nursing Management*, 7(1), ss. 19-28.

Morganti Kristy, G., Bauhoff, S., Janice, C., Blanchard Mahshid, A., Iyer, N., Alexandria, C. Smith, Joseph V. Vesely, Edward N. Okeke, Arthur L. Kellermann (1992). The Evolving Role of Emergency Departments in the United States, Published 2013 by the RAND Corporation National Audit Office: Emergency Department in England: Report by the Controller and Auditor. London, HMSO.

Mutlu, G. (1999). Tıbbi Hizmet Kalitesi ve Hasta Odaklılık, Kamu Yönetiminde Kalite Ulusal Kongresi Ankara, TODAİE, Cilt:2

Okumuş, H., Akçay, H., Karayurt, Ö. ve Demircan, G. (1993). Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, ss. 177-183.

Oruç, O. ve Üzel, H. (2014). Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri, *Kocatepe Tıp Dergisi*.15(2):131-6.

Öksüz, A. (2010). Hizmet Kalitesi Hasta Memnuiyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Ankara.

Özcan, M., Özkaynak, V., Toktaş, İ.(2008). Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri, *Dicle tıp dergisi*, 35 (2), 96-101.

Özer, A. Ve Çakıl, E.(2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tıp Araştırma Dergisi*.

Öztürk ,S.A.(2003). *Hizmet Pazarlaması*, Bursa: Ekin Kitapevi.

Özçelik, H.(2012). Acil Servise Başvuran Kategori 1 Hastaların Acil Servis'te Kalış Süresini Etkileyen Faktörler, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Eskişehir.

Özışık, M.(1990). Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Organizasyonu Planlaması ve Kontrolü, *Sağlık Dergisi*, 62 (2):31-37.

Papatya, G., Papatya, N. ve Hamşioğlu A.(2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, *Sosyal Bilim*, Cilt 2 Sayı 1, Ocak 2012, ss. 87-108.

Peker, O. vd.(2012). Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Memnuniyet Oranları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,3(2).

Resmi Gazete Tarihi: 24.03.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28597.

Riggs, M Leonard.(1993). Emergency Department Design. Indianapolis, Maury Boyd and Associates, pp 1 -45.

Robinson, J. and Elkan, R.(1996). Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York.

Sarp, N. Tükel, B.(1999). İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,52,147-151.

Saltık, A.(1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos, cilt:10,sayı:68.

- Söylemez, H. vd.(2009). Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi”, *Dicle Tıp Dergisi* 36(2), ss. 110-116.
- Şahin, TK, Bakıcı, H., Bilban, S. vd.(2005). Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. *Genel Tıp Dergisi* 15(4), ss. 137-142.
- Tak, B. ve Çiftçioğlu, A. (2008). Algılanan Örgütsel Prestij ile Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Dergisi* 63(4), ss.156-198
- Taşlıyan, M. ve Gök, S. (2008). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. İşletme Bölümü. ss.69- 94.
- Tatarlı, N. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.
- Tang, N., Stein, J., Hsia, RY., Maselli, JH., Gonzales, R.(1997). Trends and characteristics of US emergency department visits,. *Journal of the American Medical Association*. 2010;304:664–70.
- Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tekin, A.(2007). Sağlık-Hastalık Olgusu Ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyoloji Anabilim Dalı. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.
- Tengilimlioğlu, D. vd.(2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Uz, M. H.(1995). Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri. Başkent Üniversitesi, 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu Kitapçığı, S. 49-56, Kasım.

- Uzun, Ö.(2001). Patient Satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality* 16(1), ss. 24-33.
- Ülgen, O.(1993). Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar, *Sosyoloji Dergisi*, İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları,cilt:4.
- Viccellio, P., Zito, J., Sayaga, V., Chochan, J., Garra, G.(2013). Patients Overwhelmingly Prefer Inpatient Boarding to Emergency Department Boarding, *Administration of Emergency Medicine*, 45(6), ss. 942-946.
- Walker, Brooksby, A., McInerney, Taylor, A.(1998). Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust, *Journal of Management* 6 (4), ss. 193-200.
- Yanık, A.(2000). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetim ve Organizasyonu Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yazgan, M.(2009). Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Yetek, B.(1989). Metropolitan Bir Kentte Acil Çocuk Ünite Hizmetleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi. Sağlık Kurumları Yönetimi. İstanbul.
- Yıldızel, A.(2002). Müşteri İlişkileri Yönetiminde Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, C. Ve Yılmaz, İ.(2001). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı: Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Yılmaz, M.(2000). Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Yılmaz, M.(2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, ss. 69-74.

Yumuşak, N. Utku (2006). Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler: Uşak Ticaret Ve Sanayi Odası Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Wilson, D. (1985). Flowers Michlaei: Accident and Emergency Handbook. London, pp 3-10.

Zaim, H. ve Tarım, M.(2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, Sosyal Siyaset Konferansları, 59(2), ss. 1–24.

Zengin, E. ve Ayhan, E.(2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, *Journal Of Qafqaz University*,3(1), ss. 43-56.

EKLER

1. **Ek-A:** Acil Servis Memnuniyet Anketi 97
2. **Ek-B:** Acil Servise 2015 Yılıının İlk Yedi Ayında Başvuran Hasta Sayısı 100
3. **Ek-C:** Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına
Dair Yönetmelik 101
4. **Ek-D:** Sağlık Hizmetlerinin Teşkilat Yapısı 104



Ek-A: Acil Servis Memnuniyet Anketi

ACIL SERVİS MEMNUNİYETİ					
..... Hastanesi acil servisine yapmış olduğunuz başvuru sonrasında, lütfen almış olduğunuz hizmeti değerlendirmek amacıyla, düşüncenizi en iyi açıklayan numarayı işaretleyiniz. Ankette tanımlı servis veya bölüm ile ilgili eğer herhangi bir deneyiminiz yoksa bir sonraki soruya geçiniz. Soruları bitirdiğinizde anketi, size uygulayan görevliye teslim ediniz. Katılımınızdan dolayı teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz...					
GENEL BİLGİLER (size uygun olan seçeneği "x veya ✓" şeklinde işaretleyiniz)					
1.Ziyaret Tarihiniz?/...../.....	7. Acil servise başvuru nedeniniz? Trafik kazası <input type="checkbox"/> Şiddet/darp <input type="checkbox"/> İş kazası <input type="checkbox"/> Diğer nedenler.....				
2. Ambulansla mı geldiniz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>					
3. Acil servise başvuru yapılan saat?					
4. Acil serviste size kim eşlik etti? Aile üyesi <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> İşveren <input type="checkbox"/> Hiç kimse <input type="checkbox"/> Diğer(Açıklayınız).....	8. Eğitim durumunuz? Okur yazar değil <input type="checkbox"/> Okur yazar <input type="checkbox"/> İlkokul/Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üstü <input type="checkbox"/>				
5. Sosyal güvenceniz? SSK <input type="checkbox"/> GSS <input type="checkbox"/> BAĞKUR <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/>	9.Yaşınız? 18-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 66 ve üzeri <input type="checkbox"/>				
6. Bu sizin acil servise hasta olarak ilk başvurunuz muydu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	10. Cinsiyetiniz? Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>				
	11. Acil serviste ne kadar zaman geçirdiniz?.....				
	Çok Kötü	Kötü	Vasat	İyi	Çok İyi
KAYIT-KABUL (size uygun olan seçeneği " x veya ✓" şeklinde işaretleyiniz)					
1.Hasta kabul-sınıflandırma(triaj) süresince mahremiyet(kayıt olmadan önce)					
2. Hasta kabul-sınıflandırma(triaj) işleminin hızı					
3. Acil bölümünde kayıt masasındaki personelin yardımcı olma isteği					
4. Kayıt görüşmesi sırasında hissettiğiniz mahremiyet					
5. Sigorta/fatura bilginizin alınması işlemi ne kadar memnun ediciydi					

EK A- (Devam): Acil Servis Memnuniyet Anketi.

	Çok Kötü	Kötü	Vasat	İyi	Çok İyi
6. Tedavi alanına alınmadan önce bekleme süresi					
7. Kayıt bekleme odasının konforu					
8. Park alanının uygunluğu					
9. Ambulans çalışanlarının genel değerlendirmesi (uygunsa)					
HEMŞİRELER (size uygun olan seçeneği "x veya ✓" şeklinde işaretleyiniz)					
1. Hemşirelerin nezaketi					
2. Hemşirelerin sorununuzu ciddiye alma derecesi					
3. Hemşirenin size verdiği değer miktarı					
4. Hemşirenin size tedavinizle ilgili bilgilendirme konusunda gösterdiği özen					
5. Hemşirelerin sizin mahremiyetinize gösterdikleri özen					
6. Hemşirenin teknik yetenekleri					
ACİL SERVİS DOKTORLARI (size uygun olan seçeneği "x veya ✓" şeklinde işaretleyiniz)					
1. Bir doktora görünmeden önce, tedavi alanında bekleme süresi					
2. Doktorların nezaketi					
3. Doktorun sorununuzu ciddiye alma derecesi					
4. Doktorun tedavi sırasında sizin konforunuza gösterdiği özen					
5. Doktorun test ve tedavilerinizin açıklanmasında gösterdiği özen					
6. Doktorun tıbbi yetenek ve bilgisi					
7. Evde kendinize nasıl bakmanız gerektiği ya da devamında yapılması gereken tıbbi bakım konusunda verilen talimatlar					
LABORATUVAR VE RÖNTGEN TEKNİKLERİ (size uygun olan seçeneği "x veya ✓" şeklinde işaretleyiniz)					
1. Kanınız ne kadar özenli alındı (hızlı, hafif ağrılı, vb.)					
2. Kanınızı alan personelin gösterdiği özen					
3. Röntgen bölümünde bekleme süresi					
4. Röntgen personelinin gösterdiği özen					
AİLE YA DA ARKADAŞLAR (size uygun olan seçeneği "x veya ✓" şeklinde işaretleyiniz)					
1. Tedavi sırasında aile ya da arkadaşlarınıza gösterilen özen					

EK A- (Devam): Acil Servis Memnuniyet Anketi.

	Çok Kötü	Kötü	Vasat	İyi	Çok İyi
2. Personelin tedavi ya da şartlar hakkında ailenizi/arkadaşlarınızı bilgilendirmeye gösterdikleri özen					
3. Personelin ailenizin/arkadaşlarınızın tedavi süresince sizinle olmasına gösterdikleri özen					
8. Park alanının uygunluğu					
9. Ambulans çalışanlarının genel değerlendirmesi (uygunsa)					
GENEL DEĞERLENDİRME (size uygun olan seçeneği "x veya ✓ " şeklinde işaretleyiniz)					
1. Acil bölümünün genel temizliği					
2. Acil bölümünde yaşadığınız bir gecikme varsa bununla ilgili bilgilendirme durumu					
3. Kişi olarak sizinle ilgilenen personelin derecelendirilmesi					
4. Acil bölümünün ilgisinin sizden talep edilen ücrete göre derecelendirilmesi					
5. Personelin size kendilerini tanııtma durumu					
6. Acil bölümümüzü başkalarına tavsiye etme olasılığınız					

Ek-B: Acil Servise 2015 Yılı'nın İlk Yedi Ayında Başvuran Hasta Sayısı

2015							
	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ
Acilden, mesai saatleri içinde gidilmek üzere bir polikliniğe muayene için sevk edilen hasta sayısı	3650	3260	3320	3510	3420	3510	3240
Acilden, aynı hastane içindeki diğer servislere yatırılan hasta sayısı	617	558	619	653	638	618	632
Yukarıda belirtilen tüm durumlar dışında, acilden, direkt taburcu edilip eve gönderilen hasta sayısı	24529	23924	32404	24496	26391	24574	26335
Yeşil Alan Hasta Sayısı	4850	4380	4530	5551	5336	5237	6350
Sarı Alan Hasta Sayısı	21600	21067	29391	23736	22722	21097	21313
Box Alanları (Muayene Yatağı Sayısı) Kırmızı Alan Box (Muayene Yatağı Sayısı)	2346	2295	2422	2372	2391	2368	2544
Acil Servise Başvuran Toplam Hasta Sayısı	28796	27742	36343	31659	30449	28702	30207
Hastaneye Başvuran Toplam Hasta Sayısı	200208	208697	245966	218267	186231	206192	184040
Acil Servise Başvuran Toplam Hasta Sayısı	28796	27742	36343	31659	30449	28702	30207
Acil Servise Başvuran Hasta Oranı	14,38	13,29	14,77	14,50	16,35	13,92	16,41

Ek-C: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

15 Mart 2007 PERŞEMBE

Resmî Gazete

Sayı : 26463

YÖNETMELİK

Sağlık Bakanlığından:

MADDE 1 – 11/5/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 3 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 3 – Bu Yönetmelik, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin (i) bendi ile 9 uncu maddesinin (c) bendine, 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 3 üncü maddesinin 2 nci fıkrasına, 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 41 inci ve 43 üncü maddesi hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır."

MADDE 2 – Aynı Yönetmeliğin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve (z), (aa) ve (bb) bentleri eklenmiştir.

"f) Merkez: Acil sağlık çağrılarının karşılandığı ve ambulansların sevk ve idare edildiği komuta kontrol merkezini,"

"z) Ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT): Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişileri,

aa) Acil tıp teknisyeni (ATT): Sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişileri,

bb) Tıbbi danışman: Komuta kontrol merkezinde çalışan acil hekimliği sertifika programını tamamlamış hekim veya merkez tarafından yönlendirilen ilgili branştaki uzman hekimi,"

MADDE 3 – Aynı Yönetmeliğin 5 inci maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"a) Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu: Acil sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik tavsiye kararları almak, yapılacak mevzuat çalışmaları, acil sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık kuruluşlarında çalışanların eğitim ve uygulama programlarının belirlenmesi, ilkyardım eğitimi, sertifika denkliği ile ilkyardım müfredat programı ve uygulamalarla ilgili görüşlerine başvurmak amacıyla, Genel Müdür veya görevlendireceği acil sağlık hizmetlerinden sorumlu genel müdür yardımcısının başkanlığında, konu ile ilgili sağlık yöneticileri, üniversiteler ile ilgili sivil toplum kuruluşları temsilcilerinden Bakanlıkça oluşturulur."

MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"c) Hastane acil servisleri: İkinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen birimlerdir. Bu servis ve birimler kendilerine doğrudan başvuran veya il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ekipler tarafından getirilen acil hasta ve yaralıları acil tıbbi müdahale yapmak, verilen hizmet ile ilgili kayıt tutmak ve gerektiğinde doğrudan veya bağlı oldukları kurum ve kuruluşları aracılığı ile Merkeze geri bildirim yapmak zorundadır.

MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 9 uncu maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Başhekimlik, Merkez ve Görevleri

MADDE 9 – Başhekimlik, Merkez ve istasyonlar ile ambulans servisinin tüm birimlerini ve personelini sevk ve idare eder. Başhekimlik hizmetin sürekliliği ve geliştirilmesi için gerekli personel, bina, araç ve malzemenin sağlanması amacıyla mali kaynak temini ve kullanılması için gerekli planlama ve organizasyonu yapar. Başhekimlik bünyesinde, ilin coğrafı özelliklerine, nüfusa ve ihtiyaca göre yeterli sayıda kara, hava ve deniz ambulansları ile acil sağlık araçları ve hizmet araçları bulundurulur.

Merkez, başhekimliğe bağlı olarak çalışır. Merkezler, ilin nüfusu, acil sağlık çağrı sayıları, istasyon sayıları ve ilin özelliklerine göre yeterli sayıdaki personel, teknik donanım ve yazılım alt yapısı ile birlikte uygun fiziki yapılarda kurulur. Merkezlerin başta depremler olmak üzere her türlü afete dayanıklı müstakil yapılarda kurulması ve hizmete uygun teknolojik bir alt yapıya sahip olması esastır. Gerektiğinde aynı coğrafı bölgede hizmet veren merkezler arasında teknik donanım ve iletişim alt yapısı ortak veya entegre kullanılarak hizmetin verimliliği ve kalitesi artırılabilir, iller arası hasta sevkleri, olağan dışı durumlar ile afetlerde bölgesel koordinasyon ve yönetim sağlanabilir.

Merkezler aşağıdaki görevleri yapar:

a) Merkeze ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirmek, çağrılara göre verilmesi gereken hizmeti belirleyerek yeterli sayıda ekibi olay yerine yönlendirmek, hizmet ile ilgili her türlü veriyi kayıt altına almak, saklamak ve değerlendirmek.

b) İl düzeyindeki kendisine bağlı istasyonların acil yardım, hasta nakil, özel donanımlı ambulanslar, hava ve deniz ambulansları, acil sağlık araçları ile hizmet araçlarının sevk ve idaresini yapmak.

c) Hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlayarak hasta sevk sisteminin düzenli olarak işlemini sağlamak, başta yoğun bakım yatakları olmak üzere kritik yatak ve birimler ile personelin takibini yapmak.
ç) Hizmetin verilmesi sırasında, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak.

d) Olağandışı durumlar ve afetlerde diğer kurumlarla işbirliği içerisinde olay yerine yeterince ambulans ve acil sağlık aracını görevlendirmek, hastane koordinasyonunu sağlamak, gerektiğinde ildeki tüm ambulansları ve özel ambulans servislerini sevk ve idare etmek.

e) Başhekimlikçe verilen diğer görevleri yapmak.

MADDE 6 – Aynı Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"İstasyonlar verdikleri hizmete göre üç tipte kurulabilir. Bunlar;

a) A Tipi İstasyon: 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulmuş, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. (A) tipi istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir. Bu istasyonlar;

1) Ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon,

2) Ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılır.

b) B Tipi İstasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan, ekip içerisinde hekim bulunan istasyonlardır. Bu istasyonlar;

1) Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon,

2) Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılır.

c) C Tipi İstasyon: İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır."

MADDE 7 – Aynı Yönetmeliğin 18 inci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Acil sağlık yardımı çağırısı

MADDE 18 – Hizmete ulaşmada ilk aşama, acil sağlık yardımı gerektiren durumlarda merkeze yapılan başvuru niteliğindeki çağrıdır. Çağrı merkeze, ücretsiz aranabilen 112 numaralı telefon aracılığı ile veya diğer iletişim araçları vasıtası ile yapılır. Çağrı, merkezin gerekli hizmeti değerlendirmesi ve planlayabilmesi için olay yeri ve niteliği bilgilerinin yanında hasta yada yaralı sayısı gibi bilgileri de içerir."

MADDE 8 – Aynı Yönetmeliğin 20 nci maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Merkez, ekip tarafından müdahale esnasında talep edilen tıbbi danışmanlık için 24 saat süre ile gerekli tıbbi danışman bulundurmamak veya tıbbi danışmanlık yapacak Müdürlüğün teklifi Valiliğin onayı ile yetkilendirilmiş bir uzman hekime yönlendirmekle yükümlüdür. Gerektiğinde Eğitim Hastaneleri ve Üniversitelerin ilgili bölümlerindeki uzman hekimlerden de bilgi desteği alınır."

MADDE 9 – Aynı Yönetmeliğin 21 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 21 – Merkez tarafından yönlendirilen birim en kısa sürede olay yerine ulaşır. Olay yerine ulaşan ekip, yönlendirme sırasında ve olay yerinde edindiği bilgiler ışığında acil sağlık yardımını gerçekleştirir. Bu müdahale sırasında hizmeti sunan ekip tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, ileri tıbbî müdahaleye ihtiyacı olan hastanın ambulans ile nakline karar verilir. Hizmet olay yerinde verilmiş ve hastanın daha ileri tıbbî müdahaleye ihtiyacı bulunmuyor ise, ekip sunduğu hizmet ile ilgili bilgileri merkeze bildirir."

MADDE 10 – Aynı Yönetmeliğin 28 inci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"İstihdam edilecek personelin nitelikleri ile görev ve yetkileri

MADDE 28 – Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil sağlık hizmetlerinde acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla, Bakanlıkça belirlenen sertifikalı eğitim programlarını tamamlamak suretiyle hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve eylemleri yapabilirler.

Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli, komuta kontrol merkezlerinde çağrı karşılama personeli olarak ve hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışırlar. Bu personel gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak görev yapar.

Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri'nin acil bakımda tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır;

a) Ambulans ve acil bakım teknikerleri, Bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak;

1) İntravenöz girişim yapmak.

2) Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak.

3) Oksijen uygulaması yapmak.

4) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.

5) Kardiyopulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak.

6) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.

7) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.

8) Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak.

9) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.

10) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.

11) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.

b) Acil tıp teknisyenleri, tıbbi danışman koordinasyonu ve onayı ile Bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak;

1) İntravenöz girişim yapmak.

2) Oksijen uygulaması yapmak.

- 3) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
- 4) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- 5) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- 6) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- 7) Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak.
- 8) Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak.

9) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.

Acil sağlık hizmetlerinde istihdam edilecek hekim ve diğer personelin nitelikleri ile görev ve yetkileri, yukarıda düzenlenen hususlar da nazara alınarak, hizmetin ve hizmet verilecek birimin mahiyetine göre Bakanlık gerekli düzenlemeleri yapmaya yetkilidir.

MADDE 11 – Aynı Yönetmeliğin 29 uncu maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 29 – Acil sağlık hizmeti kapsamında istihdam edilen personelin, istihdam edildikleri alan ile ilgili eğitim veren kurumlardan mezun olması esastır. Görevleri ile ilgili eğitim programı bulunmayan personel, Bakanlıkça belirlenecek hizmet içi eğitim programını tamamladıktan sonra acil sağlık hizmetinin ilgili birimlerinde istihdam edilir.

Acil sağlık hizmet birimlerinde görev yapan personel, tedavi ve müdahale yöntemlerine ait bilgi ve becerilerinin güncelleştirilebilmesini sağlamak amacıyla, Bakanlığın belirleyeceği bölge merkezleri ve Bakanlıkça yetkilendirilen eğitim kuruluşlarında belirlenecek sürelerde hizmet içi eğitime tabi tutulur."

MADDE 12 – Aynı Yönetmeliğin 31 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 31 – Acil sağlık yardımı gerektiren olayların merkeze intikal ettirilmesi, bu hizmete tahsis edilmiş olan 112 numaralı telefon aracılığı ile veya diğer iletişim araçları vasıtası ile yapılır. Bu telefon numarası, merkez dışındaki kuruluşlar tarafından kullanılamaz ve bu maksatla başkaca bir üç rakamlı telefon numarası kullanıma tahsis edilemez."

MADDE 13 – Aynı Yönetmeliğe aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 3 – Bu Yönetmeliğin 10 uncu ve 28 inci maddesine ilişkin düzenlemeler, bu Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren en geç altı ay içerisinde yapılır. Gerekli düzenlemeler yapılmaya kadar önceki hükümlerin uygulanmasına devam edilir."

Yürürlük

MADDE 14 – Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 15 – Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek-D: Sağlık Hizmetlerinin Teşkilat Yapısı

Toplum sağlığının korunmasında ve önemli etmenlerden biri sağlıklı bir şekilde yeterli ve dengeli olarak beslenmedir. Bu hususta toplumun bilinçlendirilmesini sağlayarak gereken çalışmaları Sağlık Bakanlığının merkezi teşkilatı yapmaktadır. Bu yapı şekilde gösterilmiştir. Sağlık Bakanına doğrudan bağlı olan kurumlar; Özel Kalem Müdürlüğü, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve Yüksek Sağlık Şurası'dır. Bununla birlikte; Teftiş Kurulu Başkanlığı; personel çalışmalarının, tüm hukuki işler, hastaneler ve üniteleri yönetmelik ve kanunlara uygunluğunu teftiş eder. Yüksek Sağlık Şurası bakanın isteğiyle yılda ortalama iki kez toplanır: Şura ülkedeki sağlık problemlerini ve gerçeklerini tartışarak ve görüş bildirmek amacıyla bir araya gelir. Üyeler; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bilim adamları, uzmanlardan oluşur ve Cumhurbaşkanı tarafından onaylanır. Şura yanlış tıp uygulamaları hususunda son karar ve danışma merciidir. Eğer bir doktor bir vakada yanlış bir uygulama yaparsa doktorun uygulama sırasında olası hatası belirlenir. Ardından bu hareketin hata olup olmadığı konusunda karar mercii şura'dır. Bakana müsteşar ve müsteşar yardımcıları bağlıdır (Resmi Gazete, 2011).

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü sağlık merkezleri ve sağlık evlerinin stratejik ve işletme yönetiminden sorumludurlar. Bununla beraber çevre sağlığı hizmetleriyle de ilgilenir. Bulaşıcı hastalıkların kontrolleri ve bağışıklama hizmetleri, ruh sağlığı, gıda güvenliği, halk sağlığı ve acil sağlık hizmetleri laboratuvarlarının kurularak bunların yaygınlaştırılması; genel müdürlüğün işidir. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneleri yönetir. Bununla birlikte; bulaşıcı olmayan hastalıklar için de ayrı programlar yürütülür. Ana ve Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü aile planlaması, gebelik ve seçilen çocuk sağlığı sorunlarıyla ilgili programları geliştirerek uygular. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli plan ve programların yapılması ve okulların açılmasıyla ilgili işlemleri yürütmekle yükümlüdür. Bu doğrultuda Hemşire, Ebe, Radyoloji Teknisyenliği, Sağlık Memuru, Anestezi Teknisyenliği, Diş Protez ve Laboratuvar Teknisyenliği,

Acil Tıp ve Ortopedi Teknisyenliği, Çevre Sağlığı Teknisyenliği ve Tıbbi Sekreterlik olmak üzere 11 bölümde eğitim - öğretimi sürdürmektedir. Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru eğitimleri 1996'dan yükseköğretim kurumuna devredilmiştir. Yüksek Sağlık Şurası 212. Oturumunda alınan 2000 tarih ve 10232 sayılı kararlarıyla bu bölümlerde personel ihtiyacını karşılamak için yeniden öğrenci alımlarına başlanmıştır. Ayrıca Sağlık Meslek Liseleri öğretmen ihtiyaçlarını karşılamak için 3 Sağlık Eğitim Enstitüsünde eğitim öğretimi sürdürmektedir. Bunun yanı sıra Halkın Sağlık Eğitimlerini de yürütmektedir. 4 genel müdürlüğün yanında, sıtma, verem ve kanser için hastalık kontrol daireleri bulunmaktadır (Resmi Gazete, 2011).

Son olarak Personel Genel Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı, Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı ve Savunma Sekreterliği'nden oluşan 4 destek birimi bulunmaktadır. Bütçe Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı İdari ve Mali İşler Bölümü'ne bağlı olmakla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın bütçelerinin hazırlanmasında Maliye Bakanlığı'nın doğrudan denetimi altındadır. Sağlık Bakanlığının bir yıllık bütçe harcamaları aşağıda çıkarılan üç noktadan hareketle oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 2011).

1. Maliye Bakanı ile yapılan görüşmeler sonucu oluşturulmuş ve her mali yıl öncesinde Meclisin onayladığı bütçe doğrultusunda
2. Yıl içinde enflasyonun ve diğer koşulların gerektireceği bütçe revizyonları sonucunda
3. Mali yılın kapanışından sonra ortaya çıkan gerçek rakamlar sonucunda.

Geçmiş yılların tecrübesi harcamaların her zaman önceden belirlenen ve revize edilen bütçe rakamlarını aştığını göstermektedir.

Türk sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığının sorumlulukları şunlardır (Resmi Gazete, 2011):

1. Sağlık hizmetlerinin verilmesi için makroplan ve programlar yapmak
2. Gerekli uygulamaları yapmak i Yatırımlar için izin vermek ve gereğinde uygulamak (bu fonksiyon hukuki olarak tanımlanmış olmasına karşın makroplanlanlama DPT tarafından yapılmaktadır.)
3. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için program geliştirmek
4. Çevre sağlığı programları uygulamak
5. Ana ve çocuk sağlığını iyileştirmek, aile planlamasını teşvik etmek
6. İlaç üretim ve tüketimini düzenlemek i imalat ve/veya ithalat yolu ile aşı, serum, kan ürünleri, enteral beslenme ürünleri ve ilaçları sağlamak

7. Gümrük girişlerinde gerekli sağlık önlemlerini almak
8. Sağlık hizmet birimlerini oluşturmak ve işletmek
9. Gıda kontrol hizmetlerini Tarım ve Köyişleri Bakanlığı ile birlikte yürütmek.



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Merve CAYGIN
Uyruğu : T.C
Doğum Yeri ve Tarihi : Yozgat / 21.04.1988
Medeni Hali : Bekâr
Adres : Kardelen Mah. 2087. Sokak Kûme Evler Cad. Çağın
Sitesi No: 111 Batıkent Yenimahalle/ANKARA
E-Posta Adresi : merwis_cygn@hotmail.com
İletişim (Telefon) : 05079874729

EĞİTİM

Lise : Anıttepe Lisesi (2002-2005)
Lisans : Kafkas Üniversitesi (2007-2011)
Yüksek Lisans : Türk Hava Kurumu Üniversitesi (2012-2015)

MESLEKİ DENEYİM

1. Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Hemşireliği (2011-2012)
2. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Hemşireliği (2012-2014)
3. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Servisi Hemşireliği (2014-)

YABANCI DİL

İngilizce, orta seviye.