



**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**GENEL CERRAHİ MEME ENDOKRİN BİRİMİ  
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN  
MEMNUNİYET ALGISI**

**Dr. Ali BÜKESÖY  
Uzmanlık Tezi**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Tamer AKÇA**

**MERSİN-2014**



**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**GENEL CERRAHİ MEME ENDOKRİN BİRİMİ  
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN  
MEMNUNİYET ALGISI**

**Dr. Ali BÜKESÖY  
Uzmanlık Tezi**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Tamer AKÇA**

**MERSİN-2014**

## TEŐEKKÜR

Cerrahi eğitimim sürecinde bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Mersin Üniversite Tıp Fakóltesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Süha AYDIN, Prof. Dr. Musa DİRLİK, Prof. Dr. Tahsin ÇOLAK, Prof. Dr. Koray ÖCAL, Prof. Dr. Tamer AKÇA, Prof. Dr. Hakan CANBAZ, Doç. Dr. Ahmet DAĐ, Doç. Dr. Aydemir ÖLMEZ, Yrd. Doç. Dr. Özgür TÜRKMENOĐLU, Uzm. Dr. Mustafa BERKEŐOĐLU, Uzm. Dr. Bahattin ÖZLÜ, Uzm Dr. Recep ÇAĐLAR ve Ayser MERİÇ'e minnet duyup;

Tezime katkıları ve sabrından dolayı tez danışmanım Prof. Dr. Tamer AKÇA başta olmak üzere Tospim, Berko, Hakan ve Anneme yardımlarından dolayı teşekkürlerimi borç bilirim.

Dr. Ali BÜKESoy  
MERSİN - 2014

## İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	8
Sağlığın Tanımı	8
Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	8
Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	13
Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	14
Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	14
Kolay Kullanılabilirlik	16
Kalite	17
Süreklilik	18
Verimlilik	18
Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	20
Türk Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu	21
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	22
Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	24
Hasta Beklentileri	27
Hasta Beklentilerinin Sınıflandırılması	28
Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler	28
Hasta Beklentilerini Ölçme Yöntemleri	32
Hasta Beklentilerinin Karşılanması ve Karşılanmamasının Sonuçları	33

Müşteri Memnuniyet	34
Hasta Memnuniyeti	36
Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	37
Hasta-Doktor İlişkisi	38
Hasta-Hemşire İlişkisi	39
Hasta-Diğer Sağlık Personeli İlişkisi	40
Bilgilendirme	41
Bürokratik İşlemler	41
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	41
Güven	42
Ücret	42
Beslenme Hizmetleri	42
Hasta Memnuniyetinin Önemi	43
Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi	45
Hasta Memnuniyeti Ölçme Yöntemleri	46
Anket (Yüzyüze, Hastanede, Evde) Uygulama	48
Posta Yoluyla Gönderilen Anketleri Uygulama	50
Telefon Görüşmeleri Yoluyla Anket Uygulama	50
Odak Görüşmeleri Yapma	51
Diğer Kalitatif Yöntemler	51
Hasta Memnuniyeti Ölçümünde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	52
Hasta Memnuniyetini Tedavi Sürecinde Etkileyen Faktörler	53
GEREÇ VE YÖNTEM	55
BULGULAR	58
TARTIŞMA	66
SONUÇ	81
KAYNAKLAR	83
KISALTMALAR DİZİNİ	93
TABLolar DİZİNİ	94
ŞEKİLLER DİZİNİ	95

## ÖZET

Hasta memnuniyeti, hastaya verilen hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti veren kişilerin arasındaki etkileşimini, verilen hizmetin varlığını, verilen hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bu çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Meme Endokrin Polikliniğine başvuran hastaların memnuniyet algısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamıza 373 hasta dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %77.5'i (n=289) hekimin kendisi ve yapılacak muayene ile ilgili bilgi verdiğini belirtirken, % 8.6'sı (n=32) ise herhangi bir bilgi vermediğini belirtmiştir. Kısmen bilgi verildiğini belirten kişilerin oranı %13.9' dur (n=52).

Muayene odasında güvenlik durumuna bakıldığında %46.0 (n=142) muayene sırasında muayene odasına birinin gireceği korkusu yaşadığını, %35.9'u (n=111) muayene sırasında kullanılan paravanın yetersiz olduğunu, %18.1'i (n=56) ise pencereden içerinin görüldüğünü bu durumun kendisini rahatsız ettiğini belirtmiştir.

Sağlık personeli haricinde muayene odasında %47.2'si (n=116) eşinin muayene sırasında yanında olmaması gerektiğini belirtmiştir.

Hastanın kişisel bilgilerinin verirken %59.9'u (n=217) refakatçinin dışarıda olması gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %95.2'si (n=355) meme endokrin polikliniğinde verilen hizmetten memnun olduğunu ve tekrar muayeneye geleceğini belirtirken, %4.8'i (n=18) ise muayeneye tekrar gelmeyeceğini belirtmiştir

Yakınına meme muayenesine gelmesi konusunda cesaret verme durumuna bakıldığında %96.5'i (n=359) yakınına cesaretlendireceğini belirtirken, %3.5'i (n=13) ise yakınına meme muayenesi konusunda herhangi bir telkinde bulunmayacağını belirtmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre genel olarak hastalar verilen hizmetten memnun olduklarını, bu memnuniyetten dolayı tekrar muayene olmaya geleceklerini ve meme muayenesi için yakınlarına tavsiyede bulunacaklarını belirtmişlerdir.

**Anahtar kelimeler:** Hasta memnuniyeti, sağlık personeli, meme muayenesi

## ABSTRACT

### Satisfy Perception Of Patients Which Contact To General Surgery Breast Endocrine Unit Of Polyclinic

Patient satisfaction is a multi dimensional concept, which includes; the presentation of service, the interaction between the patient and the staff, the existence of service, the lasting of service, competence of staff and their communication abilities. The aim of this study is to determine the patient satisfaction for Mersin medical faculty, breast endocrine clinic.

In total 373 patients were included in our study. 77,5% (n=289) of the patients which accepted to join the study mentioned that the doctor gave information about the inspection. 8,6% (n=32) received no information. 13,9% received partial information.

Considering the feeling of security in the inspection room; 46% (n=142) were afraid that somebody would enter the room, %35,9 (n=111) mentioned that the curtain in the room was insufficient, 18,1% (n=569) were disturbed that inside can be seen from the window.

Excluding the staff, 58,6% (n=116) said that their husbands must attend the inspection as well.

59,9% (n=217) said that the accompanying person must be outside while giving the personal information.

Among the patients who joined the study, 95,2% (n=355) were satisfied with the service and they would come again for the inspection, however, 5,8% (n=18) would not come again.

Considering the encouragement of friends and relatives for the breast inspection; 96,5% (n=359) would encourage them, 3,5% (n=13) would not encourage them.

According to the results of the study, the patients are generally satisfied with the service, therefore they would come again to inspection and they would encourage their friends and relatives for the breast inspection.

**Keywords:** Patient satisfaction, health staff, breast inspection.

## GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, “hastalık halinin bulunmaması” şeklinde tanımlanmaktadır. Temelinde hastalık olgusunun yer aldığı bu çerçevede, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de geleneksel sağlık hizmetlerinin tarihsel kökeniyle çakışmaktadır<sup>1</sup>.

Sağlık, insanın ve toplum için taşıdığı büyük önemden dolayı öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türü olarak karşımıza çıkar. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu gerçek esas alınarak ortalama yaşam süresini ve beşeri sermaye stokunun niteliğini artırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler<sup>2</sup>.

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşmeden sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık standartlarını yükseltmek için yapılan sistemli çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denmektedir<sup>3</sup>.

Her ne kadar sağlık profesyonelleri kendilerine başvuran sağlığı bozulmuş kimseleri asla “müşteri” olarak görmese de, genel bilgileri verirken temel piyasa terimlerini kullanmak zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bütün tez metni boyunca kullanılan “müşteri” terimi sağlık hizmeti alanları değil, genel bir ticari deyim olarak sistemi tanımlayabilmek amacıyla kullanılmıştır. Sağlık sektörü müşterisi konumundaki hasta yüksek kalite, etkin ve güvenilir hizmetin devamlılığını beklemektedir. Sayıları hızla artan sağlık kurumlarının eskiye oranla rekabetin de aynı oranda hızla arttığı bir ortamda faaliyet gösterme zorunluluğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle sağlık hizmeti kuruluşları yaşamlarını sürdürebilmeleri ya da var olan konumlarını devam ettirebilmeleri için etkili rekabet stratejilerini uygulamaları gerekmektedir<sup>4</sup>.

Günümüzün yüksek rekabetli sağlık ortamında hastaneler de giderek hizmet kalitesini arttırmaya odaklanmaktadır. Hastalar, hastane seçerken onların hizmet kalitesini algılamaları, beklentileri önemli rol oynamaktadır. Özellikle hastaların teşhis, tedavi ve bakım gibi çeşitli beklentilerinin yanı sıra hasta haklarına saygı gösterilmesi de önemlidir<sup>5,6</sup>.

Bu beklentilerin karşılanması hasta memnuniyetini de ve dolayısıyla da hasta sayısında artışa yol açacaktır.

Bu çalışma; genel cerrahi meme hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların beklentileri, onları etkileyen faktörler ve memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.



## GENEL BİLGİLER

### Sağlığın Tanımı

Sağlık hizmetleri, uzun seneler yalnızca hastalıkların tedavisi olarak düşünölmüş, ama zamanla çeşitli hastalıklar, mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen hususundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi hususundaki bilgilerin artması gibi sebeplerle sağlık hizmetlerinin değişik alanlarda yoğunluk göstermeye başlamıştır. Kişi sağlığının toplum sağlığı ile sıkı bağlantılı olduğu anlaşıl原因 olarak tedavi hizmetlerin dışında geniş kitlelere sunulan koruyucu sağlık hizmetlerine de daha çok önem verilmeye başlanmıştır<sup>7</sup>.

Sağlık, insanların yaşamlarını sürdürmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında gereken en temel faktörlerden biridir. Sağlık hizmetinin sunumu, insanların huzurunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bundan dolayı, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi, ülkenin gelişmişlik düzeyi açısından da önemlidir<sup>8</sup>.

Sağlık kavramı, hekimler ve hastalar tarafından çoğu zaman farklı anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Bazıları kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilir. Halkın eğitim düzeyi düştükçe ve halkla hekimler arasındaki kültür farkı arttıkça, bu gruplar arasındaki anlayış farklılığı da artar<sup>9,10</sup>.

Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Sağlık kavramı farklı biçimlerde tanımlanmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "Yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamaktadır. Çok boyutlu bir kavram olan sağlık durumunu çok sayıda faktör doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir<sup>3</sup>.

### Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

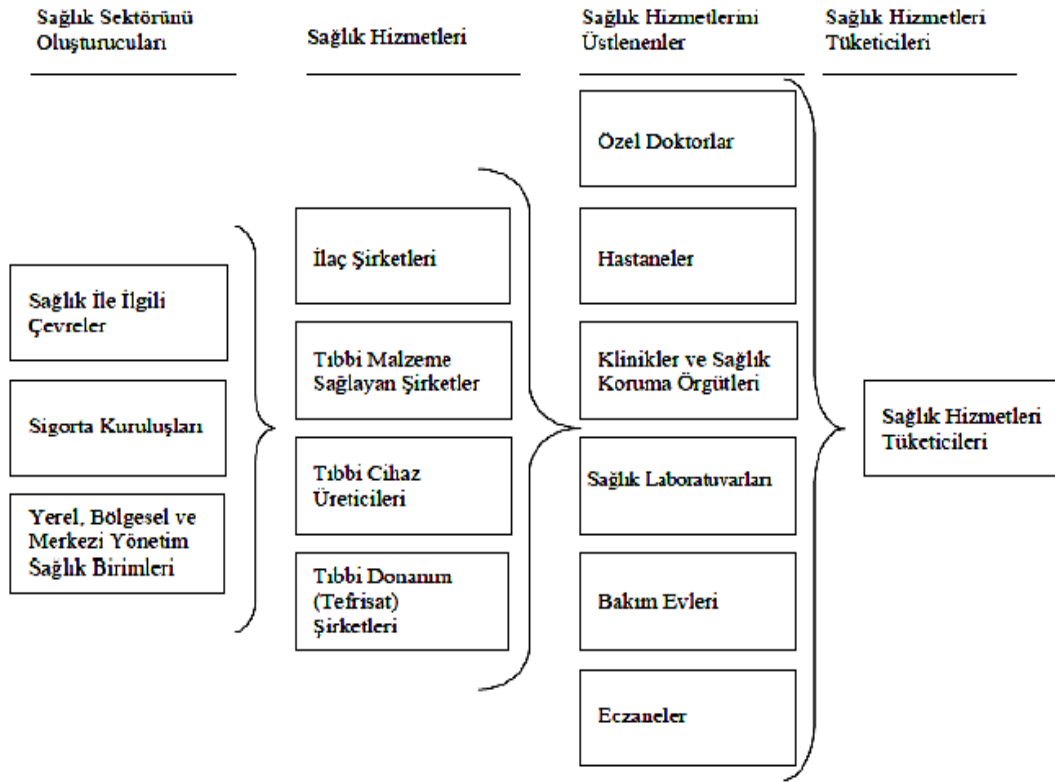
Hizmet üretimi ve pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabilmektedir<sup>3</sup>. Aynı zamanda bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip

sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tamamı olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri, “kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir” şeklinde de tanımlanabilir<sup>11</sup>.

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ise sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir sağlık hizmetidir”<sup>12</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 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 sistemdir” şeklinde tanımlanmaktadır<sup>13</sup>.

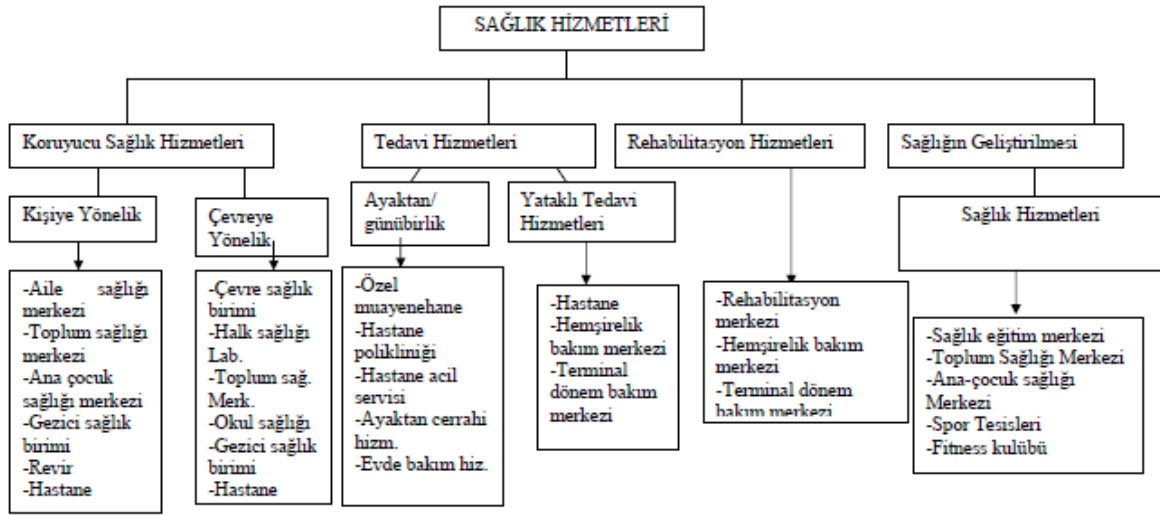
Daha geniş bir bakış açısıyla tanımlamak gerekirse; sağlık hizmetleri kavramını “bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dahilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlanabilir<sup>14</sup>. Sağlık hizmetleri endüstrisi Şekil 1’de gösterilmektedir.



**Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi<sup>15</sup>**

### Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Önceleri sadece hastalıkların tedavisi şeklinde tanımlanan ve daha çok tedavi hizmetlerine yönelik gelişmelerin olduğu sağlık hizmetleri, daha sonraları hastalık ya da sağlığı bozucu etkenlerin neler olduğunun öğrenilmesi sonucunda çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve hijyen gibi konularda da önem kazanmaya başlamıştır<sup>16</sup>. Bu gelişmelere bağlı olarak sağlık hizmetleri dört başlık altında incelenmektedir. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, iyileştirme (esenlendirme) hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetlerdir. Bütüncül sağlık hizmetleri sunan kurumların bu dört tür ile ilişkisi Şekil 2'de gösterilmiştir. Bu şekilde yer alan dördüncü türün adı sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak geçmekte olup, bu kavram ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry Y. Sigerist tarafından kullanılmıştır. Sigerist' e göre, sağlığın geliştirilmesi ile iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardı sağlamaktır ifade edilmektedir<sup>17</sup>. Sağlığın geliştirilmesi temel sorumluluğunun bireyde olduğuna dikkat çeken ve sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmeye yönelik olarak almış oldukları tedbirler çerçevesinde (spor yapmak, alkol ve sigara kullanmama, kişisel hijyen sağlama gibi) sunulan hizmetleri kapsamaktadır<sup>18</sup>.



**Şekil 2. Bütüncül sağlık hizmeti sunan kurumlar<sup>19</sup>**

Şekilde yer alan diğer üç türle ilgili bilgiye aşağıda yer verilmiştir.

### **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu grubun içinde yer almaktadır. Üç şekilde ele alınır<sup>20</sup>.

**Primer koruma:** Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması primer korumadır<sup>20</sup>.

**Sekonder Koruma:** Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması sekonder korumadır<sup>20</sup>.

**Tersiyer Koruma:** Hastalıklara bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir<sup>20</sup>.

### **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Ülkemizde devlet adına tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, 9 Haziran 1936 yılında 3017 sayılı Yasa'yla kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Fakat tedavi edici sağlık hizmetlerine diğer bakanlıklar, iktisadi

kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır<sup>21</sup>.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla verilir<sup>3</sup>. Devlet bu tedavi hizmetini ülke insanının ulaşabileceği her yere götürmekte, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan kişilere doğrudan veya sosyal yardım kuruluşları desteği ile ücretsiz tedavi hizmeti sunulmaktadır<sup>22</sup>.

Tedavi hizmetlerinin bir diğer özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir<sup>3</sup>.

Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve yoğunluğu esas alınarak sınıflandırılabilir. Bu sınıflamaya göre tedavi hizmetleri aşağıda açıklanacaktır<sup>23</sup>.

**Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir<sup>14,24,25</sup>.

**İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilebilir<sup>14,24,25</sup>.

**Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:** İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir<sup>14,24,25</sup>.

Türkiye sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalizasyon sistemi kırsal kesimlerde daha etkin olmak üzere bütün ülkeyi kapsamaktadır<sup>26</sup>.

Etkili ve verimli bir sağlık hizmetinin sunumu için dünyada genel kabul görülen yöntem, hizmetin en uygun basamakta verilmesidir. İyi işleyen bir sağlık sisteminde bu hizmetlerin aşağıdan yukarıya doğru daralan bir piramit şeklinde uygulanmaktadır. Bu karmaşık yapı ve etkin bir sevk zinciri uygulamasının getirilmemesi nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetleri verimlilikten

uzaklaşmaktadır. Diğer yandan “Sevk zinciri uygulamasının olmayışı, hem kaynakların adil kullanımına engel olmakta, hem de genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır” ifadesi basamaklar arası etkili bir sevk zinciri uygulamasının gerekliliğini ortaya koymaktadır<sup>27</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kişilerin ilk başvuru noktasıdır. Fakat faydalı bir ilk basamak sağlık hizmeti sunumunun olmaması, nedeniyle bu görevler ikinci ve üçüncü basamak tarafından üstlenilmektedir. Böylece ikinci basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğuna yaşanmakta, sağlık hizmetinin sunumunda tıkanmalara yol açmaktadır. 29 Eylül 2008 tarih ve 27012 sayılı resmi gazete ile “Sağlık Uygulama Tebliği ile” etkin bir sevk zinciri uygulamaya konulması amaçlanmış ise de, tam olarak yürütülemediği. Etkin sevk zincirinin olmaması ikinci basamaktaki yığılmalara yol açarak hizmet kalitesini ve etkinliğini düşürdüğü ve büyük sıkıntılar veren bu sorunların büyük bir bölümünün, birinci basamakta çözümlenebileceğini görülmektedir<sup>20</sup>.

**İngiltere:** hastaların sağlık problemlerinde ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmaları zorunludur. Aile hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir<sup>20</sup>.

**Hollanda:** acil durumlar dışında hasta, uzman hekime gitmeden önce aile hekimine başvurmak zorundadır<sup>20</sup>.

## **Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir<sup>25</sup>.

**1. Tıbbi rehabilitasyon:** Bedensel, kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremite protezlerinin kullanılmasını geliştirme örnek olarak gösterilebilir<sup>3</sup>.

**2. Sosyal rehabilitasyon:** Sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılmaları, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri amacıyla

verilen hizmetlerdir. Örneğin, mental geriliği olan ya da spastik çocuklara yönelik, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri birer sosyal rehabilitasyon kurumlarıdır<sup>3</sup>.

### **Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır<sup>3</sup>. Sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu öngörebilmek için “koruyucu sağlık hizmetleri” kavramı ile “tedavi edici sağlık hizmetleri” kavramı arasındaki farkın iyi vurgulanması gerekir<sup>23</sup>.

### **Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu piyasanın özelliklerini şu şekilde ifade etmek mümkündür: Ekonomistler, tüketicinin kendi tüketim davranışı konusunda en iyi kararı kendisinin verdiğini kabul eden geleneksel talep teorisini savunur. Buna göre, tüketici kullanım faydasını maksimize etmek için farklı mal ve hizmetler arasındaki rasyonel tercihini açıklayarak kendi egemenliğini kurma eğilimindedir. Böyle bir durumda tüketiciler piyasa ortamında talebin asıl belirleyicisidir. Bu prensibe tüketici egemenliği adı verilir. Bu durumda profesyoneller ya da uzmanlar bireylerin istek ve talepleri hakkında en iyi kararı veren konumunda değildir. Sağlık hizmetleri piyasasına bakıldığında ise durum böyle değildir. Sağlık sektöründe tüketicilerin, yani bireylerin kendi sağlık durumları ve sağlık hizmetleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı ileri sürülmektedir. Sağlık sektöründe bilgi asimetrisi yani tüketicinin yeterince bilgi sahibi olmamasından dolayı sağlık hizmetleri talebinde sağlık profesyonelleri asıl belirleyici konumdadır<sup>29</sup>.

Sağlık hizmeti sunan kurumlar yani hastaneler; tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş; yönetimlerinde ekonomi kurallarının geçerli

olması nedeniyle ekonomik bir işletme; doktorların, sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeniyle bir araştırma kurumu ve mesleki bir organizasyon, sosyal faydası nedeniyle de sosyal bir kurum niteliği taşımaktadır<sup>30</sup>.

Sağlık hizmetleri sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olması söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir<sup>7</sup>:

1. Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hakimdir.
  - Arz ve talep arasında eşitsizlik vardır.
  - Sağlık piyasalarında arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetlerini arz edenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.
  - Sağlık piyasasında talep belirsizdir (Hastalık riski önceden hesap edilemez).
  - Sağlık piyasasına girişte bazı kısıtlamalar vardır.
  - Alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değildirler.
  - Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz.
2. Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.
3. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.
4. Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyon zayıftır.
5. Sağlık piyasalarında kar amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur.

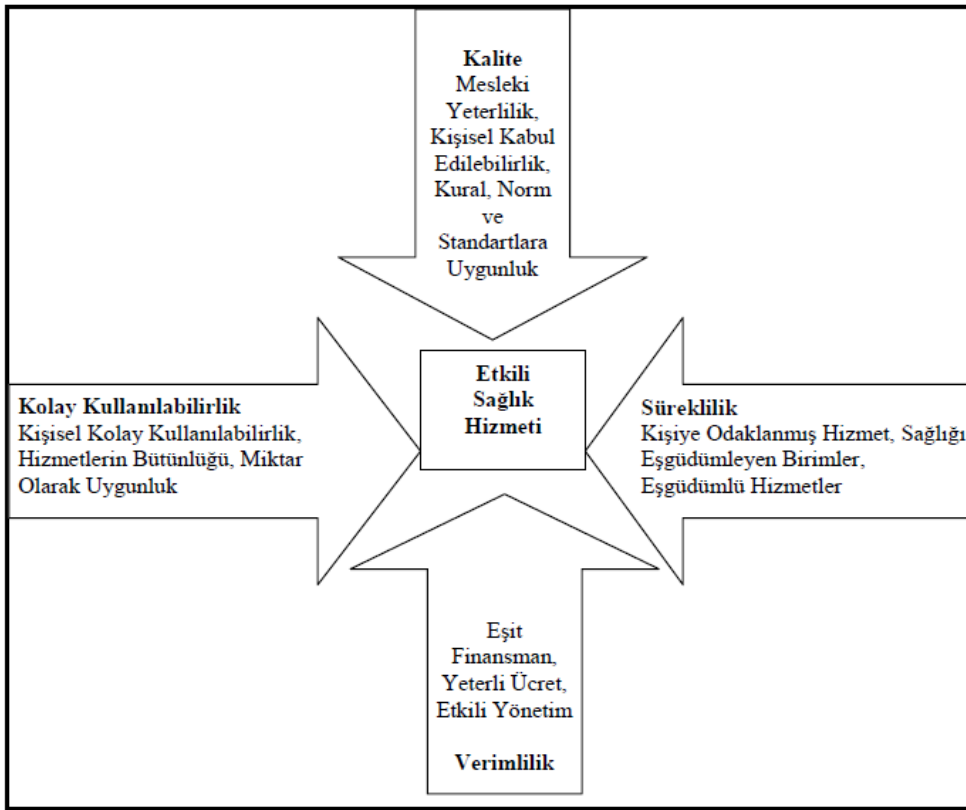
Tengilimioğlu, Işık ve Akbolat<sup>16</sup> (2009) yaptıkları çalışmada ise sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde özetlemişlerdir:

1. Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısalıdır.
2. Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.
3. Sağlık hizmeti ertelenemez.
4. Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
5. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.



6. Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
7. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.
8. Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez.
9. Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur vb.).

Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri Şekil 3'de şu şekilde gösterilmiştir<sup>3</sup>.



**Şekil 3. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri<sup>3</sup>**

### **Kolay Kullanılabilirlik**

Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sunanlar açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından, bireylerin ihtiyaç duyduğu zamanda ve yerde hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilir. Hizmet sunanlar (sağlık profesyonelleri) bakımından ise kolay kullanılabilirlik, hizmet sunan kişilerin ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesidir<sup>31</sup>.

Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlamak için aşağıda belirtilen koşulların mutlaka sağlanması gerekir<sup>32</sup>:

**Kişisel kolay kullanılabilirlik:** gereksinim duyan bireylerin, sağlık hizmetlerini nerede, nasıl ve kimden alacaklarıyla ilgili olarak güçlüklerle karşılaşmamasıdır.

**Sağlık hizmetlerinin bütünlüğü:** hizmetlerin tüm ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılayabilecek çeşitlilikte olmasıdır.

**Miktar olarak uygunluk:** sağlık hizmet almaya ihtiyacı olan kişilerin hizmet miktarı yönünden tüm ihtiyaçlarını karşılayacak miktarda sağlık hizmeti üretilmesi için araç, gereç, malzeme ve sağlık personelinin yeterli sayıda olmasıdır.

## **Kalite**

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği ise kalitedir. Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, dahası subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite algısı kişiden kişiye değişiklik göstermektedir<sup>33</sup>. Ancak arzulanan hizmet kalitesine ulaşmak için yürürlükte bir takım standartlar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen bu standartlar ile memnuniyet çıtası yükseltilmeye çalışılmaktadır<sup>34</sup>.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet % 100 güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bunun anlamı, bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalitede olması gerektiğidir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir. İş görenler tarafından yapılacak bir hata bazen öldürücü olabilen çok tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Dolayısıyla bu endüstride hedef "sıfır hata" olmalıdır<sup>35</sup>. Bu hedefi yakalamak için hizmet kalite standartları kapsamında, kurum bazında hizmet içi eğitimler düzenlenmekte ve iş görenler sürekli olarak bilgi ve donanımlarını güncellemeye tabi tutulmaktadır<sup>34</sup>.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için şu konulara önem verilmelidir<sup>18</sup>:

**Mesleki Yeterlilik:** Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili g¼ncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olması ve bunları uygulayabilmesidir. Mesleki yeterliliğin sağlanması için nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin s¼rekli geliştirilmesi çok ¼nemlidir.

**Kişisel Kabul Edilebilirlik:** Hizmet sunum tarzının, kişilerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Her ne kadar sağlık hizmetleri, nitelikli personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olursa olsun, yeterli bilgilendirmeme, personelin g¼ven telkin etmemesi, kaba davranma gibi çeşitli nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilir.

**Kalitenin Uygunluğu:** Sunulan hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş kriterlere uygun şartları taşması gerekir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin varlığu, sağlık hizmeti t¼keticisi ve sunucularını ilgilendirdiğu kadar bu sekt¼rde hizmet veren işverenleri de ilgilendirmektedir. ¼zellikle rekabet fakt¼r¼ ile değerlendirildiğinde kalite kavramı daha da ¼nemli olmakta ve tercihlerin s¼rekliliđini etkilemektedir<sup>34</sup>.

## **S¼reklilik**

Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık d¼zeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının s¼rekli takip edilmesi ve gerekli ¼nlemlerin alınması gereklidir<sup>31</sup>.

**Kişiye odaklanmış bakım:** Amaç, kişinin sadece hastalığu ile ilgilenmek değer, onun sağlığını y¼kseltmek ve korumaktır. Bu nedenle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre olmalıdır<sup>31</sup>.

**Eřg¼d¼mleyici birimler:** Birey ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için hizmet sunan kurumlar arasında eřg¼d¼m¼, uyumlu çalışmayı sağlayan birimler oluşturulmalıdır<sup>31</sup>.

**Eřg¼d¼mlenmiř hizmetler:** Sağlık hizmetlerinde s¼rekliliđu sağlamak için sağlık kurumları arasında da eřg¼d¼m¼n sağlanması gerekir<sup>31</sup>.

## **Verimlilik**

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akıllıca kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığuyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları arttırılır. Adil finansman, yeterli ¼cret politikası ve etkili y¼netim sağlayarak, kaynakları etkin kullanarak, sağlık

hizmetlerden daha fazla yararlanmayı artırarak kaliteli hizmete yardımcı olur<sup>3</sup>.

Sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleriyle diğer hizmetler arasında pek çok farklılık vardır. Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden kaynaklanır. Sağlık hizmetleri, diğer hizmetler arasında en soyut olanıdır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sektörünün özelliklerini şu şekilde özetleyebiliriz<sup>36</sup>;

- Bir mal “bir nesne” iken, bir hizmet “bir eylem, bir performans, bir çaba” dır.
- Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlıdır.
- Hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur, iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir.
- Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir.
- Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlik gerektirmektedir.
- Sağlık sektöründe her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir. Örneğin, aynı hastalığa sahip olan iki hastaya aynı tedavi protokolleri uygulanamayabilir.
- Sağlık sektöründe ileri teknoloji kullanılmakla birlikte, emeğin yoğun olduğu bir üretim söz konusudur.
- Sağlık hizmetlerinde hasta, verilecek hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında hasta, uzman bilgisinden yararlanır.
- Sağlık hizmetlerinde hizmet sonucu elde edilecek tatmin, diğer hizmet türleri ile kıyaslandığında daha belirsizdir.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu sebepten dolayı uzman, yarı uzman ve uzman olmayan kişilerin zamanında ve ihtiyaca yönelik koordinasyonu, özel bilgi ve beceri gerektirir.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır. Verilen hizmetler, insan hayatı ile ilgilidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde “iş ilk seferde ve doğru biçimde” gerçekleştirme ilkesi benimsenmiştir.
- Sağlık hizmetlerinde talep, zevk ve tercihten ziyade, ihtiyaçtan doğmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.

- Sağlık hizmetlerini önceden deneme ve test etme olanağı yoktur. Bu nedenle, hizmeti veren – hizmeti alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır.
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Çünkü tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, uzmanlaşma derecesini artırır.

### **Sağlık Hizmetlerinin Amaçları**

Bir toplumdaki sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun ana kaynağını teşkil eden sağlıklı olma halini yansıtan temel göstergelerdir. Bu yönü ile bireylerin sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devlet görevi olarak hükümetleri ilgilendirdiği gibi. fertlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin giderek artması tüm dünyada sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmaktadır<sup>7</sup>. Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür<sup>21</sup>:

- Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve gereksinim duyanlara sunmak.
- Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınması.
- Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması.

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır<sup>37</sup>.

Sözen ve Özdevecioğlu'na göre ise tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu hedeften hareketle, sağlık hizmetlerinin amaçlarını şu şekilde

sıralamak mümkündür<sup>38</sup>:

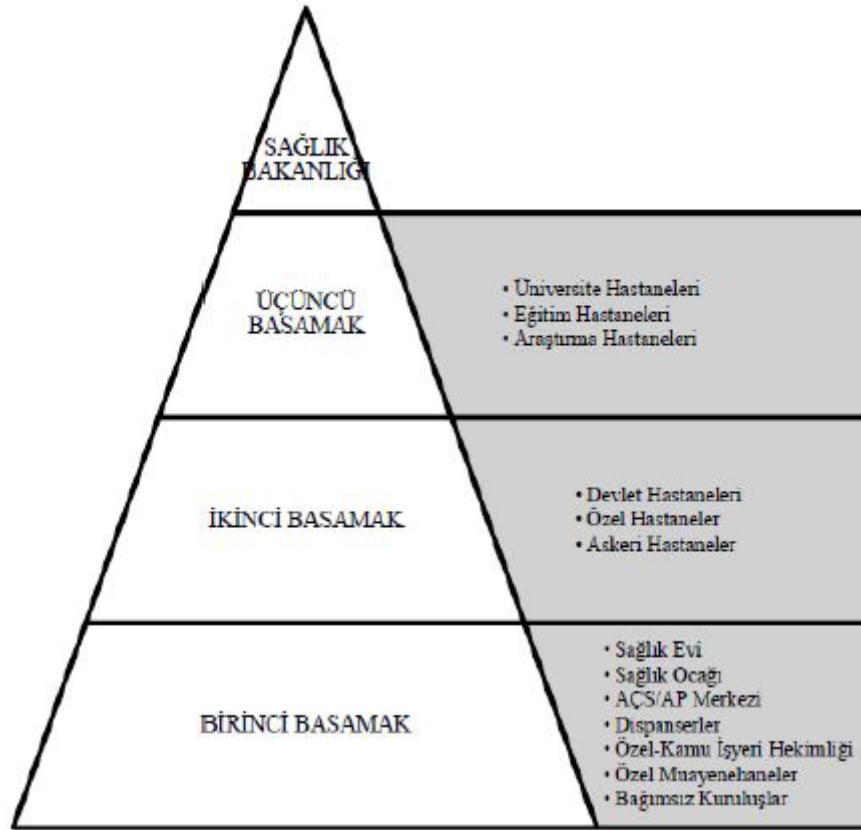
- Sağlık talebinin oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Erken ölümleri önleyerek, yaşam suresini uzatabilmek,
- Psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaları mümkün olduğunca azaltmak.
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak, hasta olanların en kısa surede sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak,
- Sakatlığı mümkün olduğunca azaltmak, sakat kalanların iyileştikten sonra topluma uyumlarını sağlamak,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişimi sağlamak,
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini sağlayıp, sağlığın korunması yeteneğini oluşturmak,
- Toplum ile ilişkide yüksek bir tatmine ulaşımı sağlamak,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlayabilmek ve artırabilmektir.

### **Türk Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu**

Sağlık sektörünün yapısı; ülke nüfusu, kültürel gelişim, doğal kaynaklar ile politik ve ekonomik sisteme bağlı olarak değişim göstermektedir. Ayrıca sağlığa verilen önemin her geçen gün artması ve sağlık hizmetlerinde kalite çıtasının yükselmesi, sağlık kuruluşları arasındaki rekabeti artırmakla birlikte sektörün gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır. Bunun yanı sıra devlet politikalarının getirdiği düzenlemeler de sağlık hizmeti sunumunda büyük yenilikleri beraberinde getirmektedir<sup>24</sup>.

Türkiye’de 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı, ülkenin en büyük sağlık hizmeti sağlayıcısı olan kurumudur. Sağlık politikaları ve hizmetleri ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğu altındadır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri, ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlar olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından sağlanmaktadır. İl düzeyinde ise, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve İl Genel Sekreterliği tarafından eşgüdümlü olarak yürütülmektedir<sup>24</sup>.

Türkiye'deki önemli sağlık hizmeti sağlayıcıları ise; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık uzmanlarıdır. Hastanın sağlık sigortasının kapsamına bağlı olarak, önemli tıbbi tedavilerin çoğu Sağlık Bakanlığı ya da diğer devlet kurumları tarafından yönetilen kuruluşlarda yapılmaktadır. Bununla birlikte özel hastaneler ve kliniklerde muayene ve tedavi olma eğilimi, özellikle gelişmiş ve büyük şehirlerde artmaktadır<sup>39</sup>.



Şekil 4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu<sup>40</sup>

### Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri literatüründe kalitenin tek bir anlamı yoktur. Kalite kavramının çok çeşitli olayları anlatmak için kullanılan birçok tanımı bulunmaktadır. ABD Tıp Enstitüsü tarafından yapılan bir çalışmada 100 den fazla kalite tanımı ve kaliteyi ölçmede dikkate alınacak birçok parametre grubu bulunmuştur<sup>41</sup>.

Hizmet kalitesi öznel bir kavramdır. Müşterilerin hizmet kalitesi hakkında nasıl düşündüklerini anlamak etkili yönetimin temelini oluşturmaktadır. Hizmet kalitesinin, hizmetin üstünlüğü ile ilgili bir tutum veya bütünsel bir yargı olduğu hakkında genel bir fikir birliğinin bulunmasına karşın, bu tutumun doğası ya da yapısı hakkında genel

bir uzlaşma sağlanamamıştır. Kimi araştırmacılar, hizmet kalitesinin, performans algıları ile beklentilerin kıyaslanmasından<sup>42</sup>, kimileri de yalnızca performansa dayalı algılardan ortaya çıktığını belirtmektedir<sup>43</sup>. Bu kavramlar sübjektiftir ve tüketicinin zihninde oluşur<sup>44</sup>.

Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyet üzerinden yapılır<sup>45</sup>.

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980'li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır<sup>46</sup>.

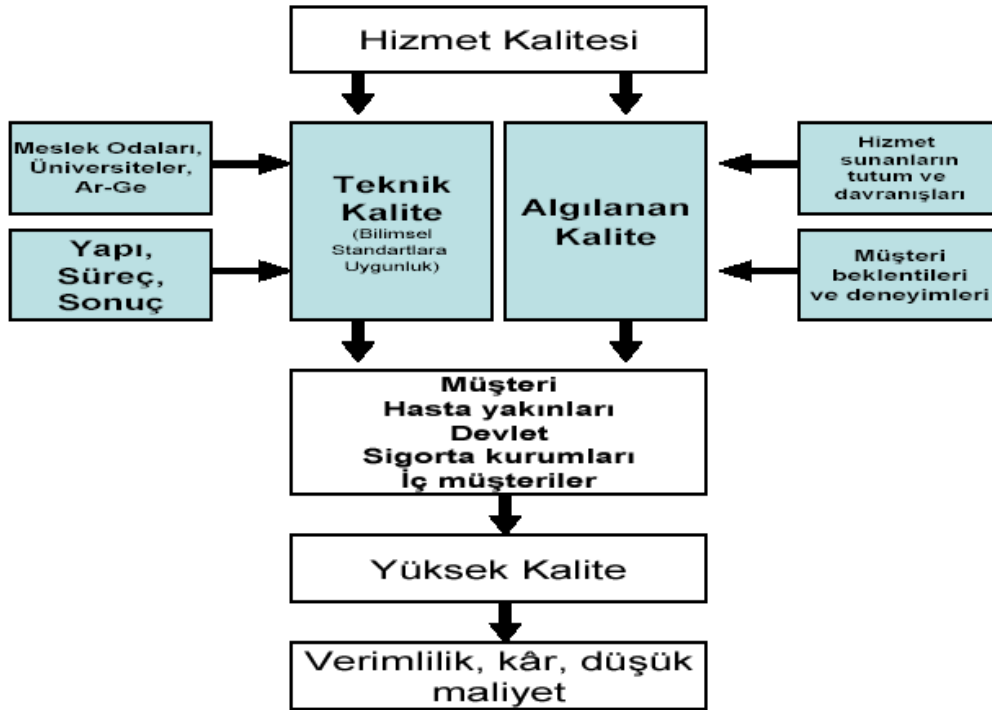
Sağlık sektöründe kaliteli bir hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin göz önüne alınması gereken önemli bir nokta; bu sektörde kalitenin, farklı gruplarca farklı anlamlar taşımasıdır. Bu gruplar ise hastalar, hekimler ve yöneticilerden oluşmaktadır. Hekim açısından kalitenin anlamı bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve hastanın, mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesidir<sup>47</sup>.

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetin kalitesi denildiğinde, çoğu hastane yöneticisi için bunun anlamı, teşhisten tedaviye hizmet sunumunu olanaklı hale getiren teknik unsurların kalitesi olabilmektedir. Bu da kalite tanımındaki müşteri odaklılıkla bağdaşmamaktadır. Çünkü bu noktada hastanın hizmetin kalitesiyle neyi işaret ettiği gözden kaçmaktadır. Hasta bakış açısıyla hizmet kalitesi, sağlık hizmetini sunanın anlayışından farklılaşmakta, hizmetin teknik yönü kadar, hastanenin fiziksel olanaklarını, atmosferini, çalışanların yaklaşımını hatta hastanenin broşürlerini dahi kapsayabilmektedir. Dolayısıyla, hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmeleri salt sağlık hizmetlerini sunanlar, yani doktorlar, hastane yöneticileri vb. itibarıyla yapmak yanıltıcı olacaktır. Çünkü her birinin algılamaları farklılaşabilecektir<sup>48</sup>.

Sağlık hizmetlerinde kalite; bir cerrahi girişim için bekleme süresinin kısaltılması, acil serviste gerçek acil bakımının verilmesi, klinik uygulamalarda farklılıkların en aza indirilmesi, yeterli olmayan veya yanlış klinik uygulamaların elimine edilmesi, günün bilimsel doğrularının uygulanması ve günün teknolojilerinden yararlanılması, hekim-hasta ilişkilerinin ve işgören-hasta ilişkilerinin belli bir düzeyde olması veya toplumun sağlığının iyileştirilmesi olarak kabul edilebilir<sup>48</sup>.



Sağlık hizmeti sunumunda geleneksel tedavi yaklaşımı, mevcut bilgi ve teknolojiyle, sağlık hizmetleri çıktısını artırmayı hedeflemektedir. Her ne kadar sağlık hizmetleri çıktıları nispeten somut ve açık olarak görülebilse de, bu çıktıların hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılmasında dikkatli olmak gerekmektedir. Genellikle sağlık hizmetlerinin verilmesiyle hizmet çıktılarının ölçülmesi arasında önemli sayılabilecek bir zaman aralığı vardır. Bazı durumlarda, çıktının ne olduğunun değerlendirilmesi ya çok zordur ya da neredeyse imkânsızdır. Ayrıca, sağlık hizmetini alan birçok hasta, sağlık hizmetinin uygun bir şekilde verilip verilmediği, hatta, gerekli olup olmadığı konusunda yeterli uzmanlık ve beceriye sahip değildir. Tüm bunların bir sonucu olarak da, hasta, konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi dolaylı nitelikteki kriterleri kullanarak hizmet kalitesini değerlendirme yoluna gitmektedir<sup>48</sup>.



**Şekil 5: Sağlık Hizmeti Kalite Belirleyicisi<sup>3</sup>**

### **Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri**

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır<sup>49</sup>.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık

hizmetlerinde kalitenin sağlanması için aşağıdaki konular önem taşımaktadır<sup>3</sup>.

**Mesleki Yeterlilik:** Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olabilmesi ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir. Mesleki yeterlilik, nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesiyle sağlanabilir<sup>3</sup>.

**Kişisel Kabul Edilebilirlik:** Hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Hizmetler, yeterliliği bulunan personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsa bile, yeterli bilgilendirilmeme, personelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilirler<sup>3</sup>.

**Kalitenin Uygunluğu:** Verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır<sup>3</sup>.

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler şu şekilde belirtilmiştir. Bu rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın<sup>47</sup>;

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı, mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,

- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi yedi özellik ile tanımlanmaktadır<sup>50</sup>. Bu özellikler aşağıda açıklanmıştır<sup>3</sup>:

**Etkenlik (Efficacy):** Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder.

**Etkililik (Effectiveness):** Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir.

**Verimlilik (Efficiency):** Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.

**Optimal Olma (Optimality):** Optimallik, kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.

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

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

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

Sarp'ın yukarıda verilen özelliklere ilave olarak eklediği maddeler ise şunlardır<sup>51</sup>:

- Süreklilik; bakımda sürekliliğin sağlanması. Hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve yeterli olması, böylece, hasta başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman değerlendirilmesinin kolaylıkla yapılması,
- Tam zamanında hizmet sunumu; hizmetin tam zamanında sunulması, çeşitli nedenlerle geciktirilmemesi, erken teşhis ve tedavinin uygulanması,
- Katılım; hasta ile işbirliği yaparak, bakım sürecine bilinçli katılımının sağlanması,
- Erişilebilirlik; bireylerin hizmeti gereksinim duyduğunda alabilmesi. Hizmeti almasında uzaklık, bekleme süreleri gibi engeller var mı?

### **Hasta Beklentileri**

Hasta beklentilerinin tanımlanmasında önemli bir nokta beklenti ve istek kavramlarının birbirinden farklı olduğunun anlaşılmasıdır. Nitekim araştırmaların çoğunda hastaların beklentileri araştırılırken bu farklılık gözönüne alınmamakta, istekler de beklenti olarak kabul edilmektedir. Birinci basamakta tıbbi bakım açısından hasta istek ve beklentilerini iki ayrı bölgede karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, bu iki kavram şöyle tanımlanmıştır<sup>52</sup>:

Verilen bakım bileşenlerinden birini isteme algısına "istek", bakım bileşenlerinden birini alabilme olasılığının hasta tarafından algılanmasına "beklenti" denir.

Beklenti "herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmak" olarak da tanımlanabilir<sup>53</sup>.

Williams ve ark., (1995) beklentileri hekime gelmeden önceki arzu, istek ya da gereksinimler açısından tanımlamaktadır. Buetow ise (1995) beklentilerin istek ve öngörülerden oluştuğunu söyleyerek, beklentileri isteklerden ayırmıştır. Öte yandan isteklerin farklı olmayıp gereksinimlerin kendisi olduğunu ileri sürerek istek ve gereksinimleri aynı anlamda kullanmıştır. Hasta beklentileri ve hasta isteklerini birbirinden ayıran Like ve Zyanski (1987) başka bir beklenti tanımı yapar. Buna göre beklenti, hastanın bir görüşme sırasında neyin olmasını beklediği ile ilişkili iken, hasta istekleri kendisine nasıl yardım edileceği üzerine hastanın belirli fikirlerine gönderme yapar. Çeşitli araştırmalarda beklenti tanımı yapılmaya çalışılsa da tanım

çeşitliliği nedeniyle beklenti kavramını anlamaya yönelik kuramsal bir ilerleme kaydedilmesi çok zaman almıştır. Bugün de beklenti kavramı hala üzerinde çalışılan karmaşık bir ifadedir<sup>54</sup>.

### Hasta Beklentilerinin Sınıflandırılması

Thompson ve Suol, beklentileri dört grupta sınırlamıştır<sup>55</sup>:

**İdeal (istenilen):** İdeal beklentiler kullanıcıların arzuladıkları ya da tercih ettikleri sonuçları yansıtır.

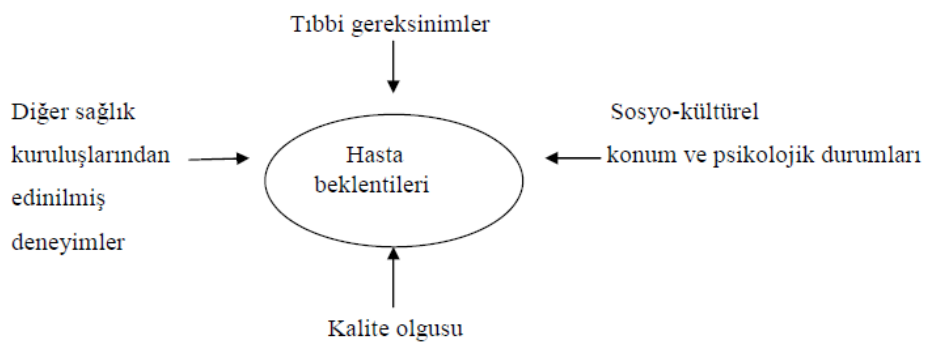
**Öngörülen (önceden bildirilen):** Öngörülen beklentiler kullanıcıların gerçekte olacağını düşündükleri şeyleri yansıtır.

**Değerlere uygun:** Genel değerlere uygun beklentiler neyin gerçekleşmesi gerektiğini belirtir.

**Şekillenmemiş:** Şekillenmemiş beklentiler kullanıcıların beklentilerini ifade edemedikleri ya da etmek istemedikleri durumlarda ortaya çıkar. Kullanıcıların beklentilerini ölçmeye çalışmanın her zaman olası ya da uygun olmayabileceği gerçeğini ileri sürer.

### Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler

Hastaların beklentileri Şekil 6'da gösterildiği gibi tıbbi gereksinim ve deneyimleri, yakınlarının tıbbi deneyimleri, teknoloji kullanımı, kültürel özellikler ve yaşam tarzı gibi etkenlerden etkilenmektedir<sup>56</sup>.



**Şekil 6. Hasta beklentilerini etkileyen faktörler<sup>57</sup>**

Thompson ve Suol, beklentileri inceledikleri çalışmada aynı zamanda beklentileri hangi faktörlerin etkilediğini de araştırmışlardır. Bu faktörleri kişisel, sosyal ve çevresel olmak üzere üç kategoride sınırlamışlardır. Yapılan incelemeler sonucunda bu faktörlerin etkilerini anlayabilmek için farklı hasta gruplarıyla ve farklı

sağlık bakım sistemlerinde daha fazla çalışma yapma gerekliliği ortaya çıkmıştır<sup>55</sup>.

Hasta beklenti ve gereksinimlerini etkileyen değişkenler, bir diğer görüşe göre de üçe ayrılmaktadır. Bunlar hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir<sup>58</sup>.

#### **Hastaya ilişkin özellikler<sup>58</sup>**

- Hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimleri
- Değişen değer yargıları
- Hastaların eğitim, cinsiyet ve yaş gibi demografik özellikleri
- Kendi sağlık algısı

#### **Hizmet verenlere ilişkin özellikler<sup>58</sup>**

- Sağlık çalışanının kişilik özelliklerinin hastaya karşı olan davranışları etkilemesi
- Hizmet verenlerin profesyonel tutumları
- Hizmet verenlerin bilgi ve becerilerini sunma biçimleri
- Hizmet verenlerin gösterdiği incelik, ilgi ve anlayış
- Hastanın bir birey olarak değerlendirilmesi
- Kolay ulaşılabilirlik

Tüm bu özellikler göz önüne alınarak hastaların beklentilerinin değerlendirilmesi ve karşılanması hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, daha katılımcı olmasını sağlamaktadır<sup>58</sup>.

#### **Fiziksel ve çevresel etkenler ya da kurumsal özellikler<sup>58</sup>**

- Sağlık hizmeti sunulan birimin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark vb.
- Sağlık güvencesi, ücretlendirme durumu

Ayrıca, hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri incelendiğinde dört temel faktör ortaya çıkmıştır<sup>59</sup>:

- Hastanın tıbbi gereksinimleri
- Diğer sağlık kuruluşlarından edindikleri deneyimler
- Zihinlerindeki kalite tanımı

- Sosyo-kültürel kavramlar ve psikolojik durumları

Hastaların daha önce edindikleri deneyimlerin oluşmasında etkili olan birbiriyle ilişkili üç değişken vardır. Bunlar klinik sonuç, tıbbi hizmetin alındığı fiziksel çevre ve hekimlerin hastayla kurdukları iletişimidir. Klinik sonuç hastanın beklentisine, hastalığın ne olduğuna, hastanın çevresinden duyduklarına, daha da önemlisi beklenen düzelme oranına, yan etkilere, sağlık çalışanlarının klinik sonuçla ilgili söylediklerine dayanır. Fiziksel çevre ise temizlik, çevrenin görünümü, ulaşım, park yeri, vb. içermektedir. Fiziksel ortamı belirleyen değişkenler hasta üzerinde etkiye sahiptir. Klinik sonuç ve ilgiden memnun kalan bir hasta fiziksel çevredeki olumsuzluklardan çok fazla etkilenmemektedir. Buna karşın fiziksel çevrenin uygun olması klinik sonuç ve ilgiden memnun kalmayan bir hastanın memnuniyetini etkilememektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin nazik olmayan yaklaşımları hastalarda memnuniyetsizlik yaratabilmektedir<sup>59</sup>.

Birinci basamakta hasta beklentileriyle ilgili değişkenlerin araştırıldığı çalışmalarda elde edilen sonuçlar çeşitlidir:

Virji and Britten hastaların tıp mesleğine karşı tutumunun hasta beklentileriyle anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermiştir<sup>55</sup>.

Webb ve Lloyd reçetelemeyle ilgili hasta beklentilerinin benzer sorunlarla ilgili önceki görüşmeler, sorunun yapısı ve süresiyle ilişkili olduğu, ancak yaş ve cinsiyetle ilişkili olmadığını göstermiştir<sup>55</sup>.

Avustralya'da Cockburn ve Pit, reçeteleme hakkındaki hasta beklentilerinin yaşla ilişkili olduğunu, diğer değişkenlerle ilişkisi olmadığını göstermiştir<sup>55</sup>.

Almanya'da Himmel ve ark., reçetelemeyle ilişkili hasta beklentilerinin tıp mesleğine karşı tutum, kronikleşme ve kendi durumlarıyla ilgili diğer etkenlerle bağlantılı olmadığını, fakat yaşla bağlantılı olduğunu bulmuştur.

Sağlık beklentilerinin etnik gruplara göre farklılıklar gösterdiğini bildiren çalışmalar vardır. Bazı çalışmalar bilgi verme ve tıbbi tedavinin önemini, bazı çalışmalar ise beklentilerin iyi iletişim, dinleme, hastaların nasıl yönetileceği üzerine seçenekleri içerdiğini vurgular<sup>60</sup>.

Farklı etnik gruplar karşılaştırıldığında tedavi ve hasta tercihleri ile ilgili beklentiler açısından fark saptanmamıştır. İletişim, tutarlılık, hasta gündemi üzerine odaklanmayla ilgili beklentiler açısından bakıldığında ise farklı etnik gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur<sup>60</sup>.

Daha iyi deneyimlerin yaşanması hastaların beklentilerini arttırmaktadır<sup>60</sup>.

Hasta beklentilerinin etnik kökenin, sağlık sorunu hakkındaki şüpheleri, başa çıkma stilleri ve reçetelemeye karşı tutumlarıyla ilişkili olduğunu gösterilmiştir<sup>61</sup>.

Beklentilerle ilişkili etkenler ve bu etkenlerin hekimin davranışlarını etkileyip etkilemediği hakkında bilinen çok az şey vardır<sup>61</sup>.

Hastaların beklentilerini etkileyen etkenler arasında literatürde en önemli olan değişkenler cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence, sosyoekonomik durum ve meslek olarak bulunmuştur<sup>56</sup>.

Sanchez-Menegay ve Ark'nın yaptığı bir araştırmada da; hastaların en önemli beklentilerinin hastalığın tanısı hakkında bilgilendirme ile tedavi ve prognozu tartışma olduğu belirtilmiştir<sup>62</sup>. Yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır<sup>53</sup>.

Araştırma kapsamına alınan poliklinik hastalarının %89.9'u hastalık ve tedavi konusunda yeterince bilgilendirildiğini, klinik hastalarının %95.4'ü hastalık ile ilgili ve %83.1'i ameliyat ile ilgili yeterince bilgilendirildiğini düşünmektedir<sup>63</sup>.

Önsüz ve ark.'nın yaptığı araştırmada; hastaların %89.2'si hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir<sup>64</sup>.

Şahin ve ark.'nın yaptığı başka bir araştırmada; hastaların % 77.9'u hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir<sup>65</sup>.

Konca, İlhan ve Bumin'in (2006)'da yaptıkları çalışmada araştırmaya katılanların doktorlardan beklentileri arasında "çok önemli" olarak değerlendirilenlerden ilk üç sırada yer alanlar; %65 (65 kişi) "bilgilendirmesi", %58 (58 kişi) "güler yüzlü olması", %56 (56 kişi) "ilgili olması" olarak bulmuşlardır. Araştırmaya katılanların hemşirelerden beklentileri arasında "çok önemli" olarak değerlendirilenlerden ilk üç sırada yer alanlar; %78 (78 kişi) "güler yüzlü olması", %54 (54 kişi) "şefkatli anlayışlı olması", %29 (29 kişi) "ilgili olması" olarak bulmuşlardır<sup>66</sup>.

Barış ve Karabacak'ın (2013)'de yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının hemşirelerinden beklentileri konusunda hasta yakınının hastasının bakımına yardımcı olmasına izin vermelidirler (%92.09), hasta yakınının hastası ile istediği kadar zaman geçirmesine izin vermelidirler (%86.31), hasta yakınının istediği zaman telefonla hastaneyi arayabileceği güvenini vermelidirler (%83.76) sonuçlarına ulaşmışlardır<sup>67</sup>.



## Hasta Beklentilerini Ölçme Yöntemleri

Hasta beklentileri üzerinde yapılan çalışmalar, değinmeye çalıştıkları ilişkilerin boyutları ve içerikleri açısından farklılık göstermektedir. Farklı tip hastaların farklı beklentileri olması nedeniyle araştırmaların içerikleri de farklılık gösterir. Yapılan çalışmalarda incelenen beklentiler ve bu beklentilerin seçimine hastaların katılım derecelerine genelde gerekçe gösterilemez. Bu beklenti çalışmaları açısından önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca içerik geçerliliğini ölçmek de çok zordur. Çalışmalarda içerik geçerliliğini sağlamak için, hastaları önce belli hastalıklar altında gruplamayı ve sonra bu hastaların beklentilerini temel alma gibi bir yol izlenmelidir. Bazı araştırmacılar araştırdıkları beklentilerin gerekçelerini açıklamışlardır. Örneğin, Ruggeri & Dall'Agnola (1993) ve Hsieh ve Döner Kagle (1991) memnuniyet ölçeği olarak kullanılan bir ölçeği beklentileri ölçmek için kullanmışlardır. Memnuniyet araştırmasında kullanılan anketin boyut ve maddeler açısından beklentileri ölçmeye uygun olup olmadığı tartışılmamıştır. Bu engeli aşmak için anketlerine hastaların kendi beklentilerini yazabilecekleri bir bölüm eklemişler, bu da bir çeşit içerik geçerliliği görevi yapmıştır<sup>54</sup>.

Beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkiye ait farklı bulgular bu ilişkinin önceden düşünülenden çok daha karmaşık olduğunu ve bunu ölçmekte kullanılan anket teknikleri ile yeterince anlaşılmadığını gösterir. Örneğin, yalnızca anket tekniğini kullanan çalışmalar beklentilerin var olduğunu ve görece / nispeten durağan / değişmez varlıklar olduklarını varsayar. Fakat bu gibi varsayımlar niteliksel teknikler kullanıp bazı beklentilerin durağan olmadığı ve değişebileceği sonucuna ulaşmış çalışmaları göz önüne alıp sorgulanabilir. Bazı beklentilerin durağan olmama potansiyelini göz önüne alırsak, beklentileri ölçmeye girişmeden önce beklenti kavramını belli bir hasta grubu temelinde araştırmak daha yerinde olabilir. Beklentilere hastaların bakış açısıyla bakmak çalışmanın içerik geçerliliğini sağlayacaktır. Çünkü "neyi ölçtüğümüzden ve hangi ölçü sistemini kullanmamız gerektiğinden emin olmamız gereklidir"<sup>54</sup>.

Beklentilerin ölçüldüğü çeşitli çalışmalarda, ölçmeye uygunlukları, üstünlük ve kısıtlılıkları tartışılmadan farklı metodolojik yaklaşımlar kullanılmıştır. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır<sup>54</sup>:

- Ruggeri & Dall'Agnola (1993), 0-en önemsiz, 100-en önemli olmak üzere 10 cm'lik bir ölçek kullanarak hastaların beklentilerini derecelendirmelerini istemişlerdir.
- Like ve Zyanski (1987), iki aşamalı bir anket kullanmıştır. Hastalardan o

günkü randevu ile ilgili belirtilen ifadeleri isteyip istemediklerini evet ve hayır olarak yanıtlamalarını istemişlerdir. Eğer yanıt evet ise, I-biraz önemli, 4-çok önemli olmak üzere beklentinin derecesini sormuşlardır.

- Bendsten & Bjhrulfr 1993, Linder-pelz 1982b, Flood ve ark. 1993 çalışmalarında 5 maddeli ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçeklerde I=asla katılmıyorum, 5=tamamen katılıyorum arasında derecelendirme yapılmıştır.

- Williams ve ark. 1995, 3 maddeli ölçekler içeren anketler kullanmıştır.

Hasta beklentilerinin ölçüldüğü 3 farklı yöntemin karşılaştırıldığı bir çalışmada (1) görüşme öncesi ve sonrasında hastanın doldurduğu anket, (2) sadece görüşme sonrasında doldurulan anket ve (3) görüşmeci tarafından doldurulan görüşme öncesi ve sonrası anket yöntemleri kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçüm yöntemlerinin hasta beklentilerinin içeriğini nasıl etkilediği, bu yöntemlerin tüm popülasyonlara uygulanıp uygulanamayacağı, üç yöntemin de hasta memnuniyetinin öngörülmesinde eşit olanak sağlayıp sağlayamadığı, karşılanmamış beklentilerin tanımlanmasında görüşme sonrası anketin yeterli olup olmayacağı araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 1 numaralı yöntem 3 numaralı yöntemle göre daha fazla hasta beklentisini ortaya çıkarmış, ancak memnuniyet tahmini açısından fark bulunmamıştır. Beklenti içeriklerindeki fark özellikle öykü alma, fizik bakı, laboratuvar testleri ve danışmanlık boyutlarında bulunmuştur. Ayrıca beyaz ırktan ve iyi eğitilmiş klinik popülasyonda 1 numaralı yöntemle 3 numaralı yöntemle göre daha çok beklenti tariflenmiştir. Bu çalışmada görüldüğü gibi, beklentilerin ölçülmesi pek çok etkenden etkilenen dinamik bir süreçtir; kullanılan yöntemlerin çeşidi de sonuçları etkilemektedir<sup>68</sup>.

### **Hasta Beklentilerinin Karşılanması ve Karşılanmamasının Sonuçları**

Hasta beklentilerinin anlaşılması ve dikkate alınmasının memnuniyet ve hasta uyumu, fiziksel sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren kanıtlar vardır<sup>61</sup>. Bunun yanında hasta beklentilerinin karşılanmasının hastanın tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasına, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığının artmasına, bunun sonucunda da halkın sağlık düzeyinin yükselmesine olanak sağladığı bilinmektedir<sup>61,69,70</sup>.

Tanısal araştırmalar açısından karşılanmamış hasta beklentilerinin alınan bakımın kalitesini değerlendirmede etkili olduğu, hasta-hekim ilişkisini zedelediği ve hastanın sağlıkla ilgili kaygısını arttırdığı gösterilmiştir<sup>71</sup>.

Birinci basamakta muayene ve tanısal testler açısından hasta beklentilerini tanımlama amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda, karşılanmamış beklentileri olan hastaların 3 ilke çevresinde düzenlenen bir inanç sistemi paylaştıkları görülmüştür<sup>71</sup>:

1) Hekimler sorunu saptamaya çalışmadan önce neyin yanlış gittiğini bilmek durumundadırlar.

2) Belirtiler görüldüğünde çok geç olabilir.

3) Eğer hekimim benimle yeteri kadar ilgilenseydi, benim belirtilerimi daha düzgün incelerdi.

Hasta beklentilerinin doktor davranışlarını etkileyip etkilemediği konusunda bilinenler çok azdır. Görüşme süresince hasta beklentileri ve doktor eylemleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır<sup>61</sup>. Ayrıca pek çok çalışma hekimlerin görüşme esnasında verdiği kararları etkileyen tıp dışı etkenler olduğunu göstermiştir. Örneğin hekimlerin reçeteleme hakkındaki hasta beklentilerini algılayamaması veya yanlış algılaması gereksiz reçeteleme ve tedaviye zayıf uyumu getirmektedir<sup>70</sup>.

## **Müşteri Memnuniyeti**

İşletmelerin kuruluş amaçlarının başında, kar elde etmek ve varlıklarını devam ettirmek gelmektedir. Ancak bu amaçlara ulaşma yönünde gösterilen çabaların temelinde 'müşteriler' yatmaktadır. Dolayısıyla işletmeler değişen koşullarında etkisiyle, şimdiye kadar hiç olmadığı kadar, müşterileri tatmin etmeye ve onlarla uzun süreli ilişkiler kurarak, sadakat sağlamaya büyük önem vermektedirler<sup>72</sup>.

Küreselleşmeyle birlikte rekabetin artması, müşteri istek ve ihtiyaçlarının değişmesi, müşteri memnuniyetinin ve müşteri sadakatının sağlanmasını zorlaştırmıştır. Müşterilerin ekonomik ve sosyal yapıya bağlı olarak tüketmiş oldukları mal ve hizmetlerle ilgili beklentileri sürekli değişmektedir. Müşteri memnuniyetinin ve sadakatının sağlanmasının yolu düzenli olarak müşteri beklentilerini ölçmek ve müşterilerin beklentileri doğrultusunda mal ve hizmetleri geliştirmeyi gerektirmektedir<sup>73</sup>.

Memnuniyet, tatmin edici bir durum olarak düşünülebilir. Müşteri çerçevesinden bakıldığında memnuniyet, belirli bir alış veriş sonucunda müşterinin ihtiyaçlarının karşılanma derecesi olarak tanımlanabilir. Müşteri memnuniyeti, beklentiler ile algılanan ürün performansı arasında yapılan karşılaştırma sürecinin bir

sonucu olarak da tanımlanabilir. Beklentilerin üzerindeki performans müşteriler tarafından olumlu şekilde, beklentilerin altındaki performans ise olumsuz şekilde onaylanacaktır. Bu onaylanma derecesi direkt olarak memnuniyet üzerinde belirleyici olmaktadır<sup>74</sup>.

Müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindedir. Kaliteyi artırma çabaları öncelikle müşterilerin kaliteli ürünleri satın alma isteğinin bir sonucu olarak endüstri alanında başlamıştır<sup>53</sup>.

Müşteri tatminine ilişkin bir çok tanım bulunmaktadır. Bunlardan bazıları<sup>75</sup>;

- Tüketicinin satın alma eyleminden önceki beklentileri ile satın alma gerçekleşikten sonra ürünün gösterdiği performans arasındaki farklılıkların değerlendirilmesine ilişkin tepkisi<sup>76</sup>
- Müşteriyi tatmin etmek; kapınızdan içeri giren müşterinin ihtiyacını gidermek, müşteri memnuniyetini sağlamak ise tekrar geri dönüşünü sağlamak ve bu müşteri vasıtasıyla çevresindekileri müşteri haline getirebilmektir<sup>77</sup>
- Müşteri tatmini kavramı, “müşterinin bir mal veya hizmetten beklediğini bulma düzeyi” olarak tanımlanabilir<sup>78</sup>
- Müşteri tatmini, müşterinin yanıtını yerine getirmesi, hizmet yapısının veya hizmetin kendisinin değerlendirilmesidir<sup>77</sup>
- Tatmin; tüketicinin mamulden beklediği performans ile tüketim tecrübesi neticesinde mamulün gerçek performansı arasında algıladığı farkın karşılaştırılmasıdır<sup>77</sup>
- Müşteri tatmini, müşterinin yanıtının yerine getirmesi, hizmet yapısının veya hizmetin kendisinin değerlendirilmesidir<sup>77</sup>
- Tatmin, tüketicinin mamulden beklediği performans ile tüketim tecrübesi neticesinde mamulün gerçek performansı arasında algıladığı farkın karşılaştırılmasıdır<sup>77</sup>
- Müşteri tatmini ölçümü tam da “insanlara nasıl davrandığınızı” (hem müşterilere hem de çalışanlara) değerlendirmeye yarayan biçimsel nesnel bir araçtır. Tatmin düzeyi yüksek müşteri müşteriler bu olumlu duyguyu yaşamları boyunca taşır ve kuruluşu başkalarına da tavsiye etmek isterler<sup>76</sup>.

## Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur<sup>79</sup>.

Hastanın beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğinin ölçümüdür. Eğer sağlık hizmeti sunanların varolma nedeni hasta ise, öncelikle onun memnuniyeti için çalışmalıdırlar<sup>80</sup>.

“Sağlık sektöründe “müşteri” kavramının tanımının yapılması oldukça zordur. “Hasta” müşteri olabildiği gibi, “Doktorlar”, “Sağlık Sigorta Şirketleri”, “Tıbbi Malzeme” ve “ilaç firmaları” da müşteri olabilmektedirler. Kaldı ki hastanın müşteri olarak sağlık hizmetlerinden memnun olması, kaliteli bir bakım için yeterli değildir. Hastanenin, ileri teknoloji araç gereçleri ile donanmış olması, profesyonel kadrosunun toplumca güvenilir olması, ihtiyaç duyulduğu hallerde sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişilebilir olması da gereklidir.” Sağlık hizmetlerinde Müşteri” tanımındaki bu değişkenlik, kaliteli hizmet sunma iddiasındaki işletmelerin işini daha da zorlaştırmaktadır<sup>81</sup>.

**Tablo 1. Yıllara göre sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranı<sup>82</sup>**

		Sağlık Ocağı	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Muayenehane	Özel Poliklinik /Tıp Merkezi	Özel Hastane	Kurum Doktoru	Aile Sağlığı Merkezi	Toplam Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet
2003	Memnun	39,4	46,8	41,0	46,7	-	49,3	-	-	<b>39,5</b>
	Orta	40,4	38,4	38,5	34,9	-	34,5	-	-	<b>39,3</b>
	Memnun değil	20,3	14,9	20,4	18,4	-	16,2	-	-	<b>21,2</b>
2009	Memnun	66,3	56,5	66,5	59,9	56,5	61,2	60,6	67,5	<b>65,1</b>
	Orta	15,9	16,6	15,4	11,6	20,6	14,6	19,5	16,9	<b>15,7</b>
	Memnun değil	17,8	26,9	18,1	28,5	22,9	24,3	19,9	15,7	<b>19,3</b>
2010	Memnun	74,85	68,54	74,8	39,02	65,2	66,15	54,31	73,17	<b>73,1</b>
	Orta	13,92	12,48	12,81	25,9	19,4	17,48	15,93	14,14	<b>13,8</b>
	Memnun değil	11,22	18,99	12,34	35,08	15,4	16,37	29,77	12,69	<b>13,1</b>
2011	Memnun	77,7	71,2	76,4	65,1	64,9	70,4	61,7	78,4	<b>75,9</b>
	Orta	8,9	15,8	11,4	3,1	17,3	15,2	29,6	10,9	<b>12,0</b>
	Memnun değil	13,3	12,9	12,2	31,8	17,8	14,4	8,7	10,8	<b>12,2</b>
2012	Memnun	-	72,1	75,7	57,2	59,6	67,1	73,9	77,7	<b>74,8</b>
	Orta	-	14,6	12,6	32	26,8	16,8	12,9	11,6	<b>13,1</b>
	Memnun değil	-	13,3	11,6	10,8	13,6	16,2	13,2	10,7	<b>12,0</b>

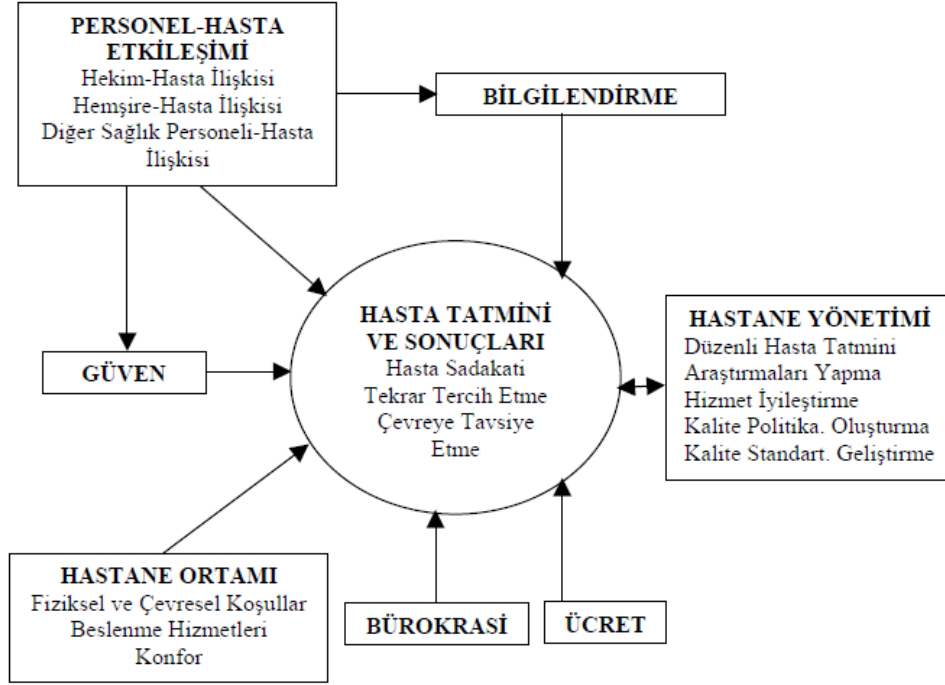
TÜİK yaşam memnuniyeti araştırması verilerine göre oluşturulan grafikte yıllar itibari ile sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranları verilmektedir. Buna göre

Türkiye’de 2003 yılında %39.5 olan memnuniyet oranı 2012 yılında %74.8’e çıktığı görülmektedir. Bunun yükselişin altında yatan temel felsefe ise bireylerin dolayısıyla toplumun merkez alınarak Sağlıkta Dönüşüm Programının gerçekleştirilmeye çalışılması olduğu belirtilebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programının mimarları olan sağlık çalışanlarının ikinci planda tutulması da halkın memnuniyeti açısından bir tehlike olarak görülebilir. Sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırıcı önlemler alınmazsa halkın sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyet düzeyinin olumsuz etkileneceği söylenebilir. TÜİK yaşam memnuniyeti araştırması 2012 verilerine bakıldığında, 2012 yılında sosyal güvenlik, eğitim ve ulaştırma hizmetleri ile adli hizmetlerden memnuniyet 2011 yılına göre artarken sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2012 yılında daha azalmış, bu azalma 2013 yılında da devam etmiştir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2011 yılında % 75.9 iken 2012 yılında %74.8’e, 2013 yılında ise %74.7 oranlarına gerilemiştir<sup>83</sup>.

### **Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Hasta memnuniyeti araştırmalarının üzerinde durdukları boyutların incelenmesi sonucunda literatürde, şekil 7’de de görüldüğü gibi hastaların memnuniyetlerini değerlendirmelerinde, genelde dokuz boyutun kullanıldığı ortaya konulmuştur. Bunlar<sup>84</sup>;

- 1) Hasta- doktor ilişkisi,
- 2) Hasta- hemşire ilişkisi,
- 3) Hasta – diğer hastane personeli ilişkisi,
- 4) Bilgilendirme,
- 5) Beslenme hizmetleri,
- 6) Fiziksel ve çevresel koşullar,
- 7) Bürokratik işlemler,
- 8) Güven ve
- 9) Ücrettir



**Şekil 7. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler<sup>3</sup>**

### Hasta-Doktor İlişkisi

Hekimlerin hasta ile ilişkileri bireylerin memnuniyetini etkileyen birincil faktördür. Hasta ve hekim arasındaki ilişki zorunluluktan veya planlı olarak kurulan bir ilişki türüdür. Bireylerin sağlık hizmeti alımında ilk temasa geçtikleri kişiler hekimlerdir. Bu nedenle hasta hekim arasındaki pozitif iletişim hem hasta memnuniyetini hem de sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini arttırmaktadır. Hastaların, doktorlardan memnuniyetinin sağlanabilmesi için<sup>20</sup>;

- Bilgi- beceri,
- Hastaya ayrılan zaman ve
- Anlaşılır açıklamaların yapılması önemlidir.

Bazı araştırma sonuçlarına göre, hasta memnuniyetinin aşağıdaki nedenlere bağlandığı görülmektedir<sup>85</sup>:

- Doktorun, hastaya sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması,
- Doktorun, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak biçimde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulaması,
- Doktorun, aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi,

- Hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması,
- Hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede daha fazla fırsat tanınması,
- Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi ve
- Görüşmede hastaların psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesidir.

### **Hasta-Hemşire İlişkisi**

Hastaların sağlık hizmetlerini değerlendirmelerinde birbirini etkileyen faktörlerden birisi de, hastaların hemşirelerden aldıkları bakımı değerlendirmeleridir. Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım sağlıklı bireyin sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bütün bunları yaparken bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardımcı olur<sup>86</sup>.

Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süreci boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire personelin davranışlarının, hasta memnuniyetine önemli katkısı bulunmaktadır<sup>3</sup>.

Gerektiğinde hasta ile günün 24 saatinde birlikte olan, hastanın bireyselliği ile hastalıkta, uygulamada, tedavi işlemlerinde, yaşadığı ilişkilerde nasıl etkilendiği ile uğraşacak ve bu konuda hastaya yardım edecek sağlık personeli hemşiredir. Hemşirenin hastayla kurduğu iletişim, verdiği bakımın niteliğini de etkileyebilmektedir. Bu sebepten dolayı, hasta tatminin sağlanabilmesi için hemşirelerin; iletişimi, davranış ve insan ilişkilerini, hastanın duygu ve davranışlarını anlamayı, ekip ile işbirliği içinde olmayı, kendi davranışlarının ve tepkilerinin farkında olmayı bilmeleri zorunludur<sup>87</sup>.

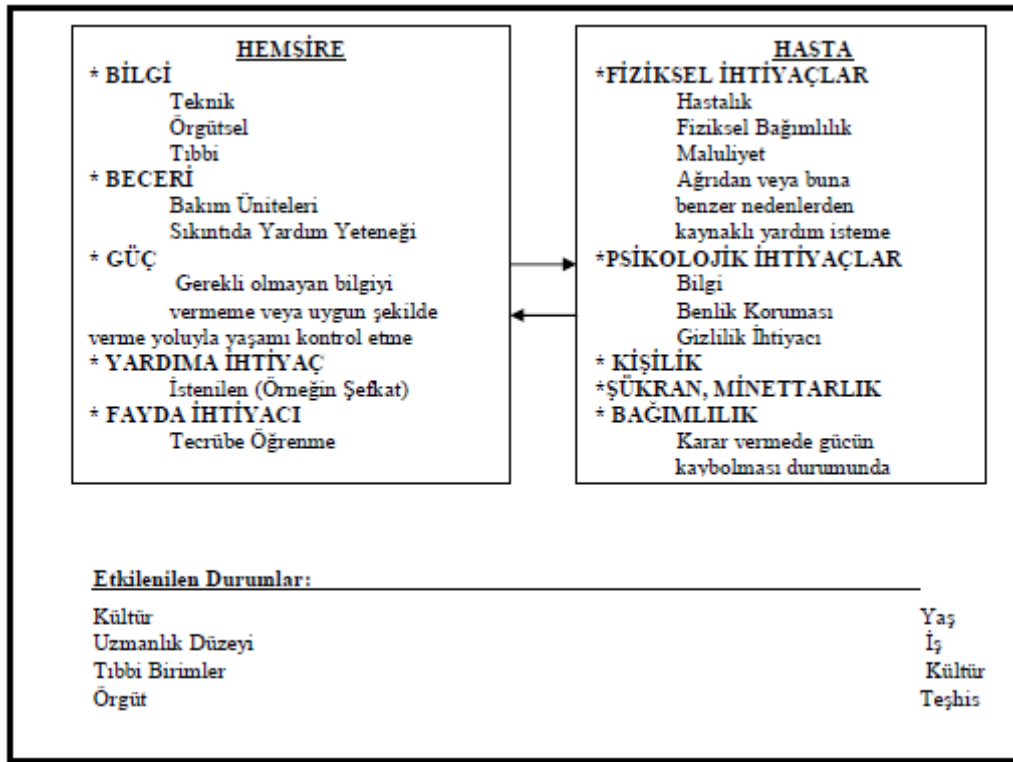
Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastaların hastanede buldukları süre içerisinde verilen hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetinin çok önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşirelerin hasta ile etkileşim ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsurlar olduğu bilinmektedir.



Hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetinde önemli olmasının nedenleri arasında; sağlık personeli içinde Hemşire sayısının çok olması, Hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli yanlarında bulunması ve bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olmasıdır<sup>53</sup>.

Hasta-hemşire ilişkisi hasta-doktor ilişkisinde olduğu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu ilişki, hastanın çeşitli özellikleri ile etkilenebildiği gibi; sistemdeki etkileşimin yeterli olmaması, iyi ve doğru olmayan kayıtlarla, işlemlerin ve sorumlulukların yerine getirilmemesi gibi nedenlerden veya hemşirenin duyguları ve tepkileri, eğitimi, kişisel özellikleri gibi etmenlerden de etkilenebilmektedir<sup>88</sup>.

Şekil 8'de hasta-hemşire iletişimde, her iki tarafın birbirinden etkilenme süreci ve ilişkide dengenin sağlanmasına ilişkin koşullar görülmektedir



**Şekil 8: Hasta-Hemşire Etkileşim Süreci Modeli ve Dengenin Sağlanması<sup>88</sup>**

### Hasta-Diğer Sağlık Personeli İlişkisi

Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör, doktor ve hemşireler dışında hastanenin farklı departmanlarında hizmet sunan diğer sağlık çalışanlarıdır. Hasta kayıt bölümünde çalışanlar, temizlik personeli, laboratuvar personeli, yemek dağıtımını yapan personel bunların arasında gösterilebilir. Hastalar, doktor ve

hemşirelere göre bu grupla daha az etkileşimde bulunurlar. Ancak diğer sağlık personelinin sunduğu hizmetler, hastaların sağlık durumları ve hizmetin etkililiği üzerinde oldukça belirleyicidir. Hizmetin bir bölümünde veya hizmeti sunan grubun birinde aksama veya düzensizlik varsa, hastaların bu aksaklıkları algılamaları, diğer kararlarına da etki etmekte ve hastane imajını da etkilemektedir. Hasta kayıt işlemlerinin süresinin uzun sürmesi, temizlik personelinin nezaketsiz davranışları, yemek hizmeti sunan personelin hijyene dikkat etmeyişi gibi sorunlar hastaların almış olduğu sağlık hizmetini değerlendirirken önemli farklar yaratabilmektedir<sup>30</sup>.

### **Bilgilendirme**

Hasta memnuniyeti boyutlarından birisi de bilgilendirmedir. Hasta; hastalığını, işlemleri ve tedavi süreçlerini, iyileşme zamanını merak etmekte ve endişe duymaktadır. Hasta, ailesi ve yakınlarının hastalık durumunu daha anlayışla kabullenebilmeleri için doktor veya hemşire tarafından bilgilendirilmeleri gerekir<sup>89</sup>. Bilgilendirme aynı zamanda temel hasta haklarından biridir<sup>90</sup>.

### **Bürokratik İşlemler**

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden birisi de bürokratik işlemlerden kaynaklanan zaman kayıpları, işlem sırasında uzun beklemeledir<sup>89</sup>.

Hastaların sağlık merkezine başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin tamamlanması için geçen süre, hasta memnuniyetini etkilemektedir. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Formalite sayısı artıka, hastaların zaman kaybı da artmaktadır<sup>91</sup>.

### **Fiziksel ve Çevresel Koşullar**

Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları, bireylerin ilgilendikleri ve önem verdikleri memnuniyet boyutlarından birisidir. Bakımsız bir hastane, düzensiz ve yetersiz hasta odaları, rahatsızlık verici ortam, hastaların şikayet nedeni, memnuniyetsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercihlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel ortam, hizmet satın alımı öncesinde aranan ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır<sup>89</sup>.

Fiziksel ve çevresel koşullar; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü,

kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, çarşafklar, tuvalet, banyo, dış görünüm ve benzeri özellikleri kapsamaktadır. Hastanede aranılan yerin rahatça bulunabilmesi bile, hasta için, memnuniyetini değerlendirmede önemli bir faktördür<sup>92</sup>.

## **Güven**

Hastanın sağlık kurumuna mümkün olduğunca kısa sürede uyum sağlaması, hastanın kendisini güvende hissetmesi ile yakın ilişkilidir. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortamda bulduklarının hissettirilmesi, tedavi kararına katılımlarının sağlanması, hastalarda güven duygusunun oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Hasta mahremiyetinin korunması, hasta haklarından birisidir. Mahremiyet, bir hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunması şeklinde açıklanabilmektedir<sup>84</sup>.

## **Ücret**

Hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden biri de, verilen hizmetlerin ücretidir. Ücret konusu, özellikle bir sosyal güvencesi veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Hastalar, kaliteli hizmetleri, en düşük ücretle almayı isterler<sup>92</sup>.

Fitzpatrik ise, hasta tatmininde aşağıda belirtilen değişkenlerin incelenmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bunlar<sup>92</sup>;

- a) Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve bulunabilirliği,
- b) Hasta, doktor ve personel ilişkisi,
- c) Hasta bakım kalitesi (mesleki beceri),
- d) Bakımın örgütsel ve fiziksel yönü,
- e) Devamlılık ve
- f) Hastanın kişilik yapısıdır

## **Beslenme Hizmetleri**

Hastane hizmetleri içerisinde, hastaların değerlendirmelerini etkileyen önemli konulardan biri de beslenme hizmetleridir. Hastalar yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden, görüntüsünden ve dağıtılma zamanından da etkilenmektedirler<sup>3</sup>.

## **Hasta Memnuniyetinin Önemi**

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde sağlık 'sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar' müşteri olarak kabul edilmektedir<sup>93</sup>.

Nasıl ki tüketicilerin satın alma kararlarında tatmin önemli bir belirleyiciyse, kendilerini tatmin eden ürünleri kullanma eğilimi sergiliyorsa, hastalarında bir sağlık hizmetinden tekrar yararlanma kararını daha önceki deneyimlerinin yaratacağı tatmin duygusu yönlendirecektir<sup>94</sup>.

Söz konusu olan hizmetlerse, hele sağlık hizmetleriyse böyle bir deneme ve değerlendirme olanağı yoktur. Deneyim ancak alınıp tüketildikten sonra kazanılacaktır. Üstelik sağlık hizmetlerinde hastaların teknik anlamda uzmanlıklarının olmaması da kalite değerlendirmelerini daha çok teknik olmayan unsurlarla (bekleme süresi, temiz bir ortam, çalışanların iletişim yaklaşımı gibi) yapmalarına neden olur<sup>94</sup>.

Hasta tatmini; sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Sağlık kurumlarında hasta tatminini dört nedenden dolayı önem taşımaktadır. Bunlar<sup>32</sup>:

### **İnsancıl Nedenler**

Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı gelmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekir<sup>32</sup>.

### **Ekonomik Nedenler**

Hastalar hizmet alıcısı durumundadırlar. Hastalar, içindeki buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Diğer yönden sigorta kurumları da müşterilerin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem vermektedirler. Sigorta kurumları, müşteri tatminini sağlamak için sağlık kurumlarına baskı yapmaktadırlar. Müşteri tatmini, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde artırmaktır<sup>75</sup>.

## **Pazarlama**

Örgütün informel ilişkileri ve ücret düzeyi gibi birbirinden değişik faktörleri hastaları etkilemekte, hastaların bu faktörlere ilişkin düşünceleri de örgütün geleceğini belirlemektedir. Hastalar, değerlendirmeleri ile şirketin geleceği hakkında da şirketin kontrol gücüne sahip olmaktadır. Hastaları örgütün resmi olmayan halkla ilişkilerini üstlenerek, satış gücünü de oluşturduğu bilinmektedir<sup>95</sup>.

## **Etkililik**

Tatmin edilen hastaların tedavi sürecince daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar<sup>75</sup>.

Sağlık hizmeti sunan örgütler için, “hasta sadakati” şeklinde ifade edilen, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerden yararlandıkları sağlık örgütüne geri dönmeleri veya tercih etmeleri önemlidir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyi arttıkça, hasta sadakati oranlarının da arttığı bilinmektedir<sup>89</sup>.

Sağlık bakım hizmetlerinde hasta tatmininin önemi aşağıdaki şekilde belirtilebilir<sup>75</sup>:

- Tatmin sağlık hizmetlerinin temel çıktısıdır.
- Tatmin sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.

Tıbbi uygulamaların etkililiği, daha iyi hasta tatmini sağlanması ile artırılabilmektedir. Hasta tatmini, hizmet kullanımı ile hizmete uygunluk oranlarını etkilemekte ve dolaysız olarak, tedavi sonuçları ve sağlık statüsü ile ilgili olmaktadır<sup>75</sup>.

Hasta tatmini artan bir şekilde, hizmet sonuçlarını ve doktor-hasta iletişimini değerlendirmeyi sağlayan bir ölçüm olarak görülmektedir<sup>89</sup>.

Hastalara yani dış müşterilerimize sunduğumuz hizmetin kalitesi iç müşterimize sunduğumuz hizmetle doğru orantılıdır. Bir zincirin halkaları gibi birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda dış müşteriye verdiğimiz hizmetin kalitesinde aksamalar olur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin memnuniyetin konuşulduğu pek çok platformda yanlış anlaşıldığı gibi sadece hastaların değil, sağlık çalışanının da memnuniyeti önemlidir<sup>93</sup>.

Sağlık sektöründe hasta tatmini, tıbbi bakım kalitesini değerlendirmede

kullanılacak kriterlerden biri olması yanında, sektördeki modern pazarlama anlayışının da bel kemiğini oluşturmaktadır. Son yıllarda yükselen maliyetler, yeterince kullanılmayan departmanlar, kâr elde etme zorunluluğu, profesyonel çalışma arzusu, geçen zaman içerisinde değişen hasta-doktor ilişkileri gibi nedenler sağlık sektöründe pazarlama hizmetlerinin büyük önem kazanmasına neden olmuştur<sup>89</sup>.

Hastalığı nedeniyle yardım istemek üzere hekime başvuran bir bireyin aldığı tıbbi bakımdan tatmin olmaması şüphesiz istenmeyen bir durumdur. Hasta tatminini gözetilen bir yaklaşım yalnızca hastalığın kontrol altına alınması, belirtilerin ortadan kaldırılması ve fonksiyonel kapasitenin iyileştirilmesi değil, hastanın gördüğü tedaviden hoşnut olmasını da hedeflemelidir<sup>89</sup>.

### Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin kalitesi söz konusu olduğunda temel basamağı hasta memnuniyeti oluşturmaktadır. Hasta memnuniyeti, hizmeti sunanların ve hastaların beklentilerini esas alan özel, pozitif yönlü bir hizmet değerlendirmesidir. Kalite ile memnuniyet kavramı ise farklı olarak görünseler bile çok yüksek düzeyde birbirleriyle bağlantılıdır<sup>84</sup>.



Şekil 9. Kalite ve Tatmin Piramidi (Beklentiler Hiyerarşisi)<sup>96</sup>

Kalite ve memnuniyet arasındaki ilişki Maslow'un hiyerarşi modelinden esinlenerek oluşturulan bir hizmet değerlendirme modeli olarak Şekil 9'da

açıklanmıştır. Şekil 9'da görüldüğü gibi; hasta beklentileriyle, kalite arasında doğrusal bir ilişki olduğu, beklentiler artıkça, kalitenin de yükseldiği piramit üzerinde izlenmektedir. Piramidin tabanında, "uygunluk" olarak ifade edilen sadece işin yapılmasının (örneğin, doktor muayenesinin) hastanın memnuniyetini sağlayamadığı, zayıf, sıradan bir bakımın söz konusu olduğu ifade edilmektedir. İkinci düzeyde, "sadece işin yapılması" ile hastaların beklentilerinin karşılanmasının orta düzeyde kalite olarak belirtildiği görülmektedir. Üçüncü düzeyde, beklentilerin yüksek düzeyde yerine getirilmesi ise, (Örneğin, tıbbi personelin hastayı bilgilendirmesi, dinlemesi, anlaması vb.) hastalarca psiko-sosyal memnuniyet sağladığı; iyi derecede kaliteli hizmetin sağlanması olarak ifade edilmektedir<sup>84</sup>.

En üst düzeyde beklentilerin karşılanması ise, mükemmel düzeydeki kaliteyi ifade ettiği belirtilmektedir. Hasta memnuniyeti, sağlık bakım sürecinin bir çıktısıdır. Hastanın memnun olmaması durumunda, hizmetin kalitesi de tam olmamaktadır<sup>92,96</sup>.

### **Hasta Memnuniyeti Ölçme Yöntemleri**

Hasta memnuniyeti ölçüm yöntemlerine geçilmeden önce memnuniyet araştırmalarında kullanımı sınırlayan özellikler üzerinde durulacaktır.

Bu özellikler hasta memnuniyeti araştırmalarında üzerinde durulan, veri toplanan deneklerin özellikleri, veri toplama süreci, araştırma yöntemi ve sonuçlarının güvenilirliği gibi konuların temelini oluşturmaktadır. Akın'ın literatür taraması sonucu belirttiği özellikler şu şekilde sıralanabilir<sup>97</sup>.

- Hastaların, tıbbi personelin becerisini tam olarak değerlendirme konusunda bilgisinin yetersiz oluşu en önemli faktörlerden birisidir. Ayrıca, hastaların bedensel ve duygusal yapılarının, bu konudaki yargılarını olumlu ya da olumsuz yönde kolaylıkla etkileyebileceği unutulmamalıdır.
- Hastaların, sağlık bakım hizmetini değerlendirebilmek ve izleyebilmek için gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları ve hastalardan büyük bir çoğunluğunun da, hizmet sunanların sorumlulukları konusunda bilgilerinin olmadığı iddia edilmektedir. Hastaların, hizmet sürecinin aşamalarını doğru ve tam olarak anımsayamadıkları unutulmamalıdır.
- Hastaların, sağlık hizmeti sunan kuruluşların kişilerarası ilişkiler gibi tıbbi olmayan faktörlerden etkilenmesi, memnuniyet sonuçlarını etkiler. Ayrıca,

tıbbi olmayan diğer hizmetlerin, teknik kaliteyi gölgelemesi de söz konusudur.

- Hastaların, hekimlerle olan ilişkilerinde algıları ve değerlendirmeleri yanında, hekime bağımlı olma hisleri nedeni ile gerçek düşüncelerini ifade etmekte isteksiz olmaları gerçek memnuniyet durumunu yansıtmayabilir.

Tüm bu özelliklere rağmen hasta memnuniyet ölçümlerinin hizmet kalitesini belirleme de önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi bünyelerinde ekip oluşturmalı ve kendi koşullarına uygun araştırmalar planlayarak; bu araştırmaları belirli aralıklarla, düzenli olarak yapmalıdırlar ve bunların sonuçlarına göre gerekli düzenleme yapmalıdırlar<sup>98</sup>.

Hastaneler açısından hasta tatminin ölçülmesi, personelin performansının değerlendirilmesinde ve yeni eğitim programları planlanmasına yol açacaktır. Ayrıca hastane yöneticileri hastalardan gelen bu geri bildirimler ile yeni politika ve stratejiler üretebileceklerdir<sup>99</sup>.

Hasta memnuniyeti, sağlık yöneticileri için bir kalite geliştirme aracı olarak önemli bir konudur. Artan rekabet düzeyi ortamında, hasta memnuniyeti sağlık planlarının sağlık hizmeti performansını denetlemede önemli bir ölçüt haline gelmiştir<sup>100</sup>.

Hizmet kalitesini yükseltmek için hasta memnuniyet ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmiştir<sup>95</sup>:

- Tümü ile kapsamlı olarak müşteri memnuniyetinin ölçülmesi: Örgüt, herhangi bir sağlık hizmeti alanında verilmiş olan hizmetin, hastalar açısından nasıl algılandığını hizmetin tüm boyutları ile ölçmek istemektedir.
- Hizmetin önemli bölümlerinin müşteri gözü ile değerlendirilmesi için yapılan ölçümler: Örgütün özellikle üzerinde durduğu hizmet ünitelerinde yapılan araştırmalardır. Örneğin, hastalara sadece diyet hizmetleri konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu bir araştırma, bu şekilde bir ölçümü kapsamaktadır.
- Hizmet sürecindeki belirlenmiş temel elementlerin performanslarının ölçülmesi: Örgütün temel müşteri grupları üzerinde (hastalar, ziyaretçiler, hekimler, çalışanlar ve hizmet satın alan kurumlar) uyguladığı, süreç ve



çıktı üzerinde yoğunlaştığı araştırmalar oluşturmaktadır. Temel elementlerin performanslarının ölçülmesi, hizmet dağıtım sisteminde hizmet kalitesini ve müşterilerin bu kaliteyi değerlendirebilmesi için anahtar görevi yapabilecek temel kriterlerin bulunması için yapılmaktadır. Bulunan kriterlerde, performansın ilişkilendirilerek kontrol ve yükseltmelerin yapılması amaçlanmaktadır. Bu tip ölçümler, örgütlerin özelliklerine göre tasarlanan daha özel ölçümlerdir.

Sonuç olarak, sağlık sistemi içinde tıbbi bakım ve tedavi sürecinde kalitenin iki boyutu bulunmaktadır. Biri teknik standartlar, diğeri ise hasta ve yakınlarının bakış açısından hizmet kalitesidir. Hasta deneyimlerinin anlaşılması ve buna göre düzenlemenin yapılması da sadece hastalara sorularak yapılabilir. Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel unsurlarından birisidir ve hastanın beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğinin sorgulanması sonucu belirlenen görüşleri ifade etmektedir. Bu olgu, sağlık hizmetleri kalitesinin önemli bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir<sup>101</sup>.

Hasta memnuniyeti araştırmalarında bir çok farklı yöntem kullanılmaktadır. Memnuniyet araştırmaları, kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki yönetime ayrılmaktadır. Kuruluşun stratejik hedefleri ve bu hedeflere ulaşmanın maliyeti arasında bir denge oluşturacak şekilde bu yöntem veya yöntemler seçilmelidir. Örgütlerin hedef farklılıkları, farklı araştırma metodolojilerini gerektirmektedir. Araştırmacıların, kalitatif metod ile hizmetin niteliğinin nasıl olduğunu ve hizmetin görünüşünü keşfetmeye çalışırken, kantitatif metod ile de, hastanın ne kadar ve ne oranda memnun olduğunu araştırdıkları belirtilmektedir. Araştırma yapılacak alanda, kantitatif verilerin açık olmadığı durumlarda, araştırmada öncelikle kalitatif verilere ihtiyaç olduğu ve bunların toplanmasına olanak sağlayacak bir araştırmaya öncelik verilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Toplanan bilgilerden yola çıkılarak oluşturulan bir kantitatif anket çalışmasının, örgütün amacına daha iyi ulaştıracağı belirtilmektedir<sup>97,102</sup>.

### **Anket (Yüzyüze, Hastanede, Evde) Uygulama**

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem ankettir. Daha çok konuyu daha etkili ve daha az maliyetli kapsamaması nedeniyle anketler sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemdir<sup>103</sup>. Bu tekniğin kullanılmasıyla

gerçekleştirilen hasta memnuniyeti araştırmaları, sık kullanılan kantitatif (istatistiksel-sayısal) araştırmalardır. Bu teknik diğer tekniklere göre daha fazla tercih edilmektedir<sup>104</sup>.

Herhangi bir konuda düzenlenecek anketin bazı temel özellikleri taşıması gerekecektir. Ankette sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenen konuların kategorizasyonu anket hazırlanırken dikkat edilecek hususlardır<sup>103</sup>.

Yüz yüze anket araştırmacı ile cevaplayıcıyı bir araya getirir. Bu nedenle cevaplayanın herhangi bir soruyu yanlış anlama olasılığı azalır. Karşı tarafın iyi anlamadığı hissedildiğinde sorunun tekrarlanması, açıklanması mümkündür. Cevaplayan yanıt vermede kaçındığı takdirde, nedeni öğrenilebilir. Ayrıca, araştırmacı daha önce düşünmediği, dolayısıyla anket formunda yer almayan, ancak kendisi açısından önemli birçok bilgiyi de elde edebilir<sup>105</sup>.

Anketler hastalara sağlık kurumundan ayrılmadan önce veya ayrıldıktan sonra uygulanabilmektedir. Hasta memnuniyeti araştırmalarının yönteminde önemli olan, anketin doğru hazırlanması ve uygun araştırma yönteminin kullanılmasıdır. Hastalardan istenilen bilgilerin hangi sorularla, nasıl alınacağı, araştırmanın başarısını da belirleyecektir. Araştırmacıların genelde üç farklı tipte bilgi almak istedikleri gözlenmektedir<sup>92</sup>.

- 1) Hizmet sunum gerçeklerinin ortaya konarak rapor haline dönüştürülmesi,
- 2) Hizmet sunanların hasta gözüyle değerlendirilmesi,
- 3) Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili beklentilerinin rapor haline dönüştürülmesidir.

Anket yöntemi ile çok çeşitli konularla ilgili bilgi toplamak mümkün olmaktadır. Anket yönteminin başarılı sonuç vermesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenilir olması gereklidir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların, ölçmek istedikleri veriyi ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, anketin aynı gruba, aynı koşullarda birkaç kez uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket geliştirilmeden önce, hasta memnuniyetini etkileyen temel hizmet boyutları belirlenmelidir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular anlaşılır biçimde hazırlanmalıdır. Anketin çok fazla soru içermemesine ve görüntüsüne dikkat edilmelidir<sup>3</sup>.

Hasta memnuniyet ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem olan yüz yüze anket yöntemi üç temel alandaki kriterleri ortaya çıkaracak biçimde düzenlenmelidir<sup>89</sup>.

- 1) Sağlık kuruluşunun fiziki, teknolojik ve insan gücü altyapısı,
- 2) Sağlık kuruluşunda üretilen hizmetlerin, üretim ve sunulmuş süreçleri ve
- 3) Sağlık hizmetlerinin sağladığı fayda ve maliyetler.

### **Posta Yoluyla Gönderilen Anketleri Uygulama**

Posta ile yapılan araştırma yönteminde, anket formları, posta ile yollanır ve doldurularak geri gönderilmesi istenir. Çok sayıda ve coğrafi olarak dağınık cevaplayandan bilgi elde etmek istendiğinde kullanılan bu yöntemde, verilerin toplanması hayli uzun bir zaman alır. Bu nedenle zaman bakımından önemli bir kısıtlama olmamalıdır. Bu yöntemin kullanılmasını doğrulayan ikinci bir neden ucuz olmasıdır. Posta yolu ile anketin maliyeti yüz yüze anket ve telefonla ankete göre çok daha düşüktür<sup>105</sup>.

Posta yolu ile ankette cevap oranı genelde düşük olmakla birlikte geri gönderilen form sayısını arttırmak amacı ile değişik önlemler alınabilir. Örneğin, anketin amaç ve yararlarını bir ön yazıda açıklamak, sonuçlarının cevaplayanlara da verilebileceğini söylemek geri göndermeyenlere yeniden başvurmak, küçük hediyeler vermek cevaplama oranını artırır. Ancak bu yöntemlerin, özellikle katılımı arttırmak için verilen hediyelerin, örnek kompozisyonunu bozmamasına özen göstermek gerekir<sup>105</sup>.

### **Telefon Görüşmeleri Yoluyla Anket Uygulama**

Sağlık kurumundan yararlanmış kişilere, telefonla ulaşılarak, bilgi toplanmasını içeren araştırmalardır. Telefon görüşmeleri, hızlı ve kolay uygulanan bir araştırma tekniği olmakla birlikte, bazı potansiyel araştırma risklerini de taşımaktadır. Telefon araştırmalarına ilişkin tipik hatalar, görüşmenin zamanlaması, süresi veya görüşmecilerle ilgili hatalardır<sup>3</sup>.

Telefonla görüşmenin en önemli üstünlüğü hızlı bir veri toplama yöntemi olmasıdır. Cevap oranı posta yolu ile ankete göre daha yüksektir. Çünkü cevaplayanın anket formunu doldurmak, postalamak gibi gayretler sarf etmesine gerek kalmaz. Ayrıca yüz yüze bir ilişki kurulmamakla birlikte, araştırmacı karşı tarafın soruları anlayıp anlamadığını hisseder, gerekiyorsa tekrar eder, yardımcı olur. Telefonla anketin en önemli eksikliği bu tür bir araştırmada evinde veya işyerinde telefonu olmayanların veya telefonları olduğu halde telefonla arandıklarında bulunmayanların, zorunlu olarak örnek dışında kalmalarıdır. Hall'a göre hasta tatmini

konusundaki araştırmalarda telefon yerine yüz yüze anket yöntemi tercih edilmelidir<sup>105</sup>.

### **Odak Görüşmeleri Yapma**

Odak grup görüşmeleri, sağlık kurumundan yararlanan kişilerin deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Steiber ve Krowinski<sup>96</sup>, grup moderatörünün belirlediği tartışma başlıkları etrafında, ortalama 8-12 hasta ile yarım saatten iki saate kadar süren bir zaman dilimi içerisinde tartışan bireyleri odak gruplar olarak tanımlamaktadır. Odak grup görüşmeleri ile hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hakkında ayrıntılı bilgi edinmek olanaklıdır. Odak grup görüşmesi, ekonomik ve kolayca uygulanabilen bir tekniktir<sup>3</sup>.

Odak grup görüşmelerinin avantaj ve dezavantajları şöyledir<sup>89</sup>:

#### **Avantajları<sup>89</sup>:**

- Ayrıntılı geri bildirim olanağı sağlar,
- Bakım hizmeti hastalarını düzeltme olanağı sağlar,
- Niteleyici analizler, sorunlu alanlarda yöneticilere yardımcı olur,
- Tartışma sürecinde, diğer sorunlarla yüzleşebilir,
- Kuruluşun, hastaların düşünceleri ile ilgilendiğini gösterir.

#### **Dezavantajları<sup>89</sup>:**

- Sınırlı geri besleme sağlar,
- Yalnızca aksaklıkları tanımlar,
- Tartışma sırasında grup üyelerinden biri, önyargılı veya baskın olabilir.

### **Diğer Kalitatif Yöntemler**

Video teyp kayıtları, gözlem ve görüşme teknikleri, kritik olay yöntemi, hasta şikayet ve önerilerini öğrenmek için kullanılan diğer kalitatif araştırma teknikleridir<sup>103</sup>.

Gözlem, anket dışında birincil veriler toplamak için sık başvurulan bir diğer yöntemdir. Gözlemin ankete göre en belirgin üstünlüğü bilginin, herhangi bir kişiye soru sormaksızın, doğrudan doğruya elde edilmesidir. Hastane personelinin hastalara ve hastaların sağlık personeline karşı davranışları da gözlenebilir. Bir video kamera yardımı ile muayene için sıra bekleyen hastaların bekleme süresindeki davranışlarını izlenebilir<sup>105</sup>.

Şüphesiz gözlemin bir veri toplama aracı olarak gücü sınırlıdır. Gözlem sadece görerek ve/veya duyarak teyp, video kamera gibi görüntü veya ses kaydedici araçlarla toplanabilecek bilgiler için uygun bir metoddur<sup>105</sup>.

Kritik olay yönteminde ise, uygulayıcının, hastaya, belirli bir konu hakkında soru sorması ve kritik olduğunu düşündüğü konuları açıklamasını istemesidir. Kritik olay yönteminde, farklı müşteri tatmini soruları hazırlanır. Kurum dışından veya kurum içinden farklı hastalara, bu sorular yöneltilir. Bu yöntemin en önemli özelliği, hastaların ihtiyaçlarını bulabilmesidir. Çünkü hizmeti alanlar onlardır<sup>36</sup>.

Kalitatif araştırmalar, kantitatif araştırmalara göre daha nesnedir. Bu nedenle bazı kalitatif araştırma tekniklerinin, kantitatif tekniklerle birlikte kullanılması daha yararlı olacaktır<sup>3</sup>.

### **Hasta Memnuniyeti Ölçümünde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar**

Değişen müşteri beklentilerinin zamanında yakalanmasını ve sistemin bu doğrultuda geliştirilmesini esas alan kalitenin sürekli iyileştirilmesi, sağlıklı ölçüm ve değerlendirme mekanizmalarının işletilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluk, müşteri beklentilerinin; bunlara bağlı olarak durmaksızın gelişen kalite kriterlerinin ve müşteri tatmininin, doğru teknikler kullanılarak izlenmesi ve değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Müşterinin ihtiyaç ve beklenti memnuniyetine odaklı yönetim anlayışı, tüketici memnuniyeti araştırmalarını bir pazar araştırması olmaktan çıkararak, hizmetin kalitesini değerlendirme aracı haline getirmiştir<sup>106</sup>.

Hasta memnuniyet ölçümlerinin<sup>103</sup>,

- Amaçlara uygun hazırlanmış olması,
- Çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması,
- Kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması,
- Sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması dikkat edilecek temel kriterler olmalıdır.

Hasta memnuniyeti ölçümleri üç şekilde yapılabilmektedir<sup>89</sup>.

**Genel Müşteri Tatminin Ölçülmesi:** Herhangi bir sağlık hizmetinin nasıl algılandığının, tüm boyutlarıyla ölçülme işlemidir. Örneğin, apandisit ameliyatı için hastaneye yatırılan hastalara, personel, hastanenin genel durumu, temizlik, beslenme hizmetleri gibi konularda yapılan bir araştırma, bu yöntem içinde yer alan bir ölçüm şeklidir.

**Önemli Hizmet Özelliklerini Müşterilerin Algılamasının Ölçümü:** Sağlık kuruluşunun önem verdiği ve üzerinde durduğu hizmet birimleri ile ilgili ölçümdür. Örneğin, hastalara yalnızca tıbbi bakım konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu araştırma, bu tip bir ölçüm şeklidir.

**Hizmet Süreçlerinde Ana Rol Oynayan Unsurların Performanslarının Ölçümü:** Sağlık hizmetlerinde bazı hizmetler, hasta tatmini açısından önceliklidir. Bu ölçme şeklinde, hastaların öncelik verdiği unsurların performansları, hasta tarafından değerlendirilir. Örneğin, hastaların sağlık kuruluşunun hizmet zamanlamasını değerlendirmek için, kuruluşun randevu, hasta kabul, taburculuk işlemleri gibi birkaç hizmet türünün birlikte ölçülmesi.

### **Hasta Memnuniyetini Tedavi Sürecinde Etkileyen Faktörler**

Hasta memnuniyet ölçüm araştırmalarında, hastaların, tedavi sürecinde yüksek memnuniyet derecesi bildirirken, tedavi bittikten sonraki takip aşamasında daha düşük veya tersi memnuniyet bildirdikleri görülmüştür. Hasta memnuniyet anketinin zamanlamasının, memnuniyet dereceleri üzerinde farklı etkisi vardır. Tedavi veya tedavi sonrası takip aşamasında, yapılan hasta memnuniyetinin farklı (hasta memnuniyetinde artış veya azalış) olabileceğine ilişkin yapılan araştırmalarda, aşağıdaki nedenler belirtilmiştir<sup>84</sup>:

**Tedavi sürecinde, yüksek memnuniyetin nedenleri şu şekilde sıralanabilir<sup>84</sup>:**

- Hastaların tıbbi personele kendilerini sevdirmek için, “kendini sevdirmeye çalışan yanıt önyargısı”nın, diğer bir deyişle hastaların tedavi için tıbbi personele bağımlı olmalarından dolayı, olumlu yanıt ön yargısının ortaya çıkması,
- Olumlu bir değerlendirme yapmamaları halinde, ilerde iyi sağlık hizmeti alma şanslarının azalacağı korkusu veya bu konuda daha önce hiç deneyimlerinin olmaması,
- Her hasta, sağlık hizmetlerinin hem merkezi hem de temel unsurlarındandır ve sağlık hizmetlerinde oynadığı önemli rolü fark edip, kendi kişisel yetersizliklerinin veya kişisel özelliğinin daha önceki olumsuz deneyimlerinden kaynaklandığına inandığından sağlık hizmetlerini eleştirmeye isteksiz davranması,

- Geleneksel olarak, hastalara sağlık hizmeti çalışanlarının üstün bilgilerini kabul etmenin ve pasif davranmanın' iyi' bir hasta olmak için gerekli davranış olduğunun öğretilmesi,
- Hastaların çok hassas olması ve kendilerine tavsiyede bulunulduğunda veya yardım önerildiğinde kabul etmek için daha istekli davranmaları,
- Modern sağlık hizmetlerinin son derece teknik ve karmaşık olması nedeniyle, sağlık hizmetinin ne kadar çok teknikse, hastanın kendisini o kadar az yorum yapabilecek düzeyde bulması ve olumsuz deneyimleri veya hataları daha çok mazur görme eğilimine girmesi.

**Tedavi sonrası takipteki hastanın, tedavi sürecine göre, daha az memnuniyet bildirmesinin nedenleri şu şekilde sıralanabilir<sup>84</sup>:**

- Hastanın tedavi süresince kendisini hastaneye bağımlı hissetmesi,
- Kendilerine verilen bakım ve duydukları minnettarlık ve rahatlama nedeniyle, hastaneyi idealize etmiş olabilecek hastaların ayrıldıktan sonra daha bağımsız görüş sahibi olmaları,
- Hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra, bağımlılıkları azaldığından "sosyal arzu edilebilir" yani istenen yanıtları verme konusunda daha az baskı altında olduklarından muhtemelen daha bağımsız bir değerlendirme yapabilmeleri.

**Tam tersi olarak, tedavi sonrası takipteki hastanın, tedavi sürecine göre, memnuniyetinde artış olduğu bildirilen araştırmalarda, memnuniyet artış nedenleri ise<sup>84</sup>:**

- Zaman içinde hastaların iyileşmelerinin, hasta memnuniyetinin artışına katkıda bulunması,
- Hasta memnuniyeti ölçümlerinde, hastaların, ölçüm anında kendilerini nasıl hissettikleri; bir başka deyişle, hastaların sağlıklarına kavuşup, iyileşmeleri halinde, sağlıkla ilgili şikayetlerinin ve tedavilerin verdiği rahatsızlıklar ve acıyı unutmuş olabilecekleri, şeklinde yorumlanmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 10/04/2014 tarihli 2014/93 sayılı Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul kararı ile onay alınmasını takiben, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Meme Endokrin polikliniğine 1 Mayıs 2013-31 Temmuz 2013 ayları arasında başvuran çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara meme polikliniğine başvuran hastaların memnuniyet algısı anketinin uygulanması ile planlandı. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak 18- 65 yaş arası kadın olmak, meme hastalığı nedeni ile başvuruda bulunmak ve anket doldurmayı kabul etmek olarak alındı. Polikliniğe endokrin hastalık için başvuranlar, yaş kriterlerini karşılamayanlar, ve erkek hastalar çalışma harici tutuldu Mersin Üniversitesi İstatistik bölümüne başvurulduğunda prospektif olarak planlanan bu çalışmada polikliniğe başvuran hasta sayısının %30 una anket yapılması gerektiği önerilmiştir. 3 aylık dönemde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Meme Endokrin Polikliniğine toplam başvuru sayısı 1229 olup 373 hastanın çalışma için yeterli olacağı hesaplanmıştır. 1 Mayıs 2013 ten itibaren Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Meme Endokrin Polikliniğine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayıp anketi dolduran ilk 373 hasta ile bu çalışma yapılmıştır. Hastalar poliklinik odasına alınıp başvuru yakınmasının meme hastalığı olduğu öğrenilip anket çalışmasına katılmayı kabul ettiği andan itibaren poliklinik hemşiresi tarafından muayene süresinin kaydedilmesi planlanmıştır. Süre tutulduğunu hastanın bilmemesi esas alınmıştır. Muayene bitiminde hasta başka boş bir odaya alınarak yüzyüze anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket Tablo 2'de verilmiştir.

### **TABLO 2. Meme Endokrin Polikliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Algısı Anketinin Soruları**

a. Yaş:

b. Memleket:

c. Tahsil Durumu

Okumamış     İlkokul     Ortaokul     Lise

Üniversite     Yüksek lisans

d. Meslek :

e. Medeni durum:

f. Hastalık :



Benign     Malign     Rutin takip

**g.** Hekim kendisi ve yapılacak muayene ile ilgili yeterli bilgi verdi mi?

Evet     Hayır     Kısmen

**h.** Cevap Hayır ise

Hekim kendisini tanıtmadı

Hastalığının benign-malign/önemli-önemsiz olduğunu belirtmedi

Bundan sonraki takip/tedavi planı konusunda bilgi vermedi

**i.** Muayene süresi yeterli miydi?

Yeterli     Az     Fazla

**j.** Sizce muayene ne kadar sürdü ?

5 dakikadan az     5–10 dakika arası

10–20 dakika arası     20 dakikadan fazla

**k.** Sizce muayene ne kadar sürmeliydi? ..... dakika

**l.** Muayene odası sizce uygun muydu? evet – hayır

Isı     Işık

Sesimin dışarıya gitmesi tedirgin etti     Dışarıdaki seslerden tedirgin oldum

**m.** Muayene odasının güvenliği yeterli miydi ?

Paravan yetersiz     İçeriye birisi girecek korkusu

**n.** Muayene odasındaki sağlık personeli sayısı uygun muydu?

Hekim     Hemşire     Tıp fakültesi öğrencisi

**o.** Muayene odasında kimler olmamalıydı?

Eş     Ebeveyn     Arkadaş     Komşu

**p.** Refakatindeki kişilerle bağı

Eş     Ebeveyn     Arkadaş     Komşu

**q.** Beraberinde gelen kişilerin içeride olması uygun muydu?

Uygun     Uygun değil

**r.** Kişisel bilgilerinizi verirken kendi refakatçilerinin dışarıda olmasını tercih eder miydiniz?

Ederim     Etmem     Fark etmez

**s.** Tekrar doktorunuzun önerdiği süre içerisinde meme muayenesine gelecek misiniz?

Geleceğim     Gelmeyeceğim

t. Gelmeyeceğim ise sebebi nedir?

u. Yakınınızı meme muayenesine gelmesi konusunda cesaretlendirecek misiniz?

Evet

Hayır

v. Hayır ise sebebi nedir?

soruları sorulacaktır.

### **İstatistik Analiz**

Etik kurul E.4.4'de belirtildiği gibi Blanche ve ark.larının<sup>108</sup> uyguladıkları yönetime dayanarak Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Meme Endokrin Cerrahi Polikliniğine 2013 yılı 1 Mayıs-31 Temmuz ayları arasında toplam 1229 hastanın başvurduğu ve "Meme Polikliniğinde Hastaların Memnuniyet Algısı"nı araştırmak için prospektif olarak planlanan bu çalışmada 373 (%30'u kadar) hastaya ilgili anketin yapılması gerektiği belirlenmiştir.

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, kategorik veriler yüzde ve frekans şeklinde tablo halinde özetlenmiştir.

İstatistik analizler SPSS v.11.5 ve MedCalc v.11.3.5 paket programları ile yapılmıştır

## BULGULAR

### A) Demografik Bulgular

1 Mayıs 2013-31 Temmuz 2013 tarihleri arasında Meme Endokrin Polikliniğine toplam 1229 hasta başvurmuş olup çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ilk 373 hasta ile bu çalışma gerçekleştirildi. Hastaların yaş ortalaması 46.11 (18-72).

Hastaların %75.9 u (n=283) evli, %21.7 (n=81) bekar, %2.4 (n=9) boşanmış olduğu saptanmıştır. (Tablo 3)

**Tablo 3. Araştırmaya katılan hastaların medeni hal durumu**

MEDENİ HAL	SAYI	%
EVLİ	283	75,9
BEKAR	90	24,1
TOPLAM	373	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tahsil durumuna bakıldığında %25.5'i (n=95) ilkokul mezunu, 24.9'u (n=93) üniversite mezunudur. Bu durumu lise ve ortaokul takip etmektedir. %0.5'i (n=2) yüksek lisans mezunu olduğunu belirtirken, %15.3'ü (n=57) ise okumadığını belirtmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu**

TAHSİL	SAYI	%
OKUMAMIŞ	57	15,3
İLKOKUL	95	25,5
ORTAOKUL	47	12,6
LİSE	79	21,2
ÜNİVERSİTE	93	24,9
YÜKSEK LİSANS	2	,5
TOPLAM	373	100,0

Araştırmaya katılan hastalar polikliniğe başvuru nedenlerine göre ayrıldığında %43.9'u (n=162) hastalığının benign, %17.1'i (n=63) ise malign olduğunu belirtirken, %39'u (n=144) ise rutin takip için kontrole geldiğini belirtmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Araştırmaya katılan hastaların hastalık durumu**

HASTALIK	SAYI	%
BENİGN	162	43,9
MALİGN	63	17,1
RUTİN TAKİP	144	39,0
TOPLAM	369	100,0

## **B) Hasta Memnuniyetine Ait Bulgular**

Araştırmaya katılan hastalar ankette yeralan hekimin kendisi ve yapılacak muayene ile ilgili yeterli bilgi verip vermediği sorusuna %77.5'i (n=289) hekimin kendisi ve yapılacak muayene ile ilgili bilgi verdiğini belirtirken, % 8.6'sı (n=32) ise bilgi verilmesini yetersiz bulmuştur. Bilgi verilmesini yetersiz bulan hastaların %43.8'i (n=14) hekimin kendisini tanıtmadığını belirtirken, %37.5'i (n=12) hastalık hakkında benign-malign/önemli-önemsiz olduğunu belirtmediğini, %18.8'i (n=6) ise bundan sonraki takip/televaı planı konusunda bilgi vermediğini belirtmiştir. Kısmen bilgi verildiğini belirten kişilerin oranı %13.9'dur. (Tablo 6)

**Tablo 6. Hekimin kendini tanıtmaması ve yapılacak muayene ile ilgili bilgi vermesi**

<b>YETERLİ BİLGİ</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>EVET</b>	289	77,5
<b>HAYIR</b>	32	8,6
* Hekim kendini tanıtmadı	14	43,8
* Hastalığın benign-malign/önemli-önemsiz olduğunu belirtmedi	12	37,5
* Bundan sonraki takip/televaı planı konusunda bilgi vermedi	6	18,8
<b>KISMEN</b>	52	13,9
<b>TOPLAM</b>	373	100,0

\* Hayır diyen hastaların verdiği cevaplar

Muayene süresinin yeterliliğine bakıldığında %76.9'u (n=287) muayene süresinin yeterli olduğunu belirtirken, %20.1'i (n=75) ise muayene süresinin az olduğunu belirtmiştir. Muayene süresinin fazla olduğunu belirtenlerin oranı ise %2.9'dur (n=11) (Tablo 7).

**Tablo 7. Muayene süresinin yeterli görülme durumu**

<b>MUAYENE SÜRESİ</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>YETERLİ</b>	287	76,9
<b>AZ</b>	75	20,1
<b>FAZLA</b>	11	2,9
<b>TOPLAM</b>	373	100,0

Muayene süresi durumuna bakıldığında %50.7'si (n=189) muayene süresinin 5-10 dakika arasında olduğunu, %27.3'ü (n=102) ise muayene süresinin 10-20 dakika arasında olduğunu belirtmiştir. Muayene süresinin 5 dakikadan az olduğunu belirtenler %18.5 (n=69) iken muayene süresinin 20 dakikadan fazla olduğunu belirtenlerin oranı ise %3.5'tür (n=13) (Tablo 7). Elde edilen bilgilerle göre araştırmaya katılan hastaların 373'ünün gerçek muayene süresi 10-20 dakika arasında olmasına rağmen hastaların %27.3'ünün (n=102) bu süreyi doğru tahmin ettiği %69.2'sinin (n=258) bu süreyi daha kısa algıladığı %3.5'inin (n=13) bu süreyi daha uzun algıladığı gözlemlenmiştir. Buna göre ankete katılan hastalar içerisinde

kaldıkları süre gerçekte 10-20 dakika arasında olmasına rağmen hastaların büyük çoğunluğunun %69.2'sinin (n=258) bu süreyi daha az olarak algıladığı görülmektedir. (Tablo 8)

**Tablo 8. Hastaların muayene süre tahmini**

MUAYENE SÜRESİ	SAYI	%
5 DK.'DAN AZ	69	18,5
5-10.'DK	189	50,7
10-20.'DK	102	27,3
20 DK.'DAN FAZLA	13	3,5
TOPLAM	373	100,0

Muayene odası ile ilgili özelliklere bakıldığında Eski hastane binasında yapılan anketleri cevaplayan 138 hastanın %69'u (n=96) muayene odasının ısısını uygun bulurken, bu oran yeni hastanede yapılan anketlerde %89'u (n=211) yükselmiştir. Aynı şekilde muayene odasını ışık açısından yeterli bulanların oranı eski hastane binasında % 77'si (n=111) iken, bu oran yeni hastane binasında %92.9 (n=211) olarak saptanmıştır.

Muayene odasının güvenliği açısından yapılan değerlendirmede; eski hastane binasında hastaların %85'i (n=118) muayene sırasında muayene odasına birinin gireceği korkusu yaşadığını, %76'sı (n=106) kullanılan paravanı yetersiz bulduğunu ve %37'si (n=52) ise perdeye rağmen pencereden odanın içinin görünmesinin kendisini rahatsız ettiğini belirtmiştir. Bu oranlar yeni hastane binasında ankete katılanlar arasında sırasıyla; %10 (n=24), %2'si (n=5) ve %1.7'si (n=4) olarak bulunmuştur. Eski hastane binasında hastaların %60'ı (n=84) muayene odasının dışından gelen (hem pencereden gelen hem de koridorda bekleyen diğer hastaların sesleri) seslerden tedirgin olduğunu belirtirken, bu oran yeni hastane binasında yapılan anketlerde %10'a (n=25) gerilemiştir (Tablo 9).

Hastanemiz 20 Mayıs 2014 tarihinde yeni adresine taşınmıştır. Eski binanın fiziki koşulları göz önüne alındığında bu koşulların hastalara göre yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Fakat hastanenin yeni binasının fiziki koşulları, güvenlik durumu en üst seviyededir. Hastalar doktor ile görüşmeden önce bekleme salonlarında beklemekte sıra numarası geldiğinde muayene için poliklinik odasına gitmektedirler.

**Tablo 9. Muayene odası ile ilgili özellikler**

		ESKİ HASTANE		YENİ HASTANE		TOPLAM	
		SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
<b>MUAYENE ODASI ISI</b>	Uygun	96	69	211	89	307	82,3
	Uygun değil	42	31	24	11	66	17,7
<b>MUAYENE ODASI IŞIK</b>	Uygun	111	77	211	92	322	86,8
	Uygun değil	27	23	22	8	49	13,2
<b>MUAYENE ODASI SES</b>	Sesim dışarı gitmesi tedirgin etti	41	29	17	7	58	34,7
	Dışarıdaki seslerden tedirgin oldum	84	60	25	10	109	65,3
<b>MUAYENE ODASI GÜVENLİK</b>	Paravan yetersiz	106	76	5	2	111	35,9
	Pencereden içeri görünüyor	52	37	4	1,7	56	18,1
	biri gelecek	118	85	24	10	142	46,0

Muayene sırasında muayene odasında bulunan personel durumuna bakıldığında %97.9'u (n=365) doktor sayısının uygun olduğunu, %92.2'si (n=344) hemşire sayısının uygun olduğunu belirtirken, %50'si (n=185) muayene odasında tıp fakültesi öğrenci sayısının uygun olduğunu belirtirken %48.1'i (n=178) ise muayene odasında tıp fakültesi öğrenci sayısının fazla olduğunu belirtmiştir (Tablo 10).

**Tablo 10. Muayene odasında bulunan personel durumu**

		SAYI	%
<b>DOKTOR</b>	Uygun	365	97,9
	Fazla	2	,5
	Az	6	1,6
<b>HEMŞİRE</b>	Uygun	344	92,2
	Fazla	6	1,6
	Az	23	6,2
<b>TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİSİ</b>	Uygun	185	50,0
	Fazla	178	48,1
	Az	7	1,9

Meme polikliniğine başvuran hastaların refakatçi ile olan bağı incelendiğinde; %67.2 (n=208) hasta eşi, %15.9 (n=48) hasta ebeveyni, %15,2 (n=46) hasta arkadaşı ve %1,7 (n=5) hasta ise komşusu ile muayeneye girmiştir (Tablo 11).

**Tablo 11. Hastaların refakatçileri ile olan bağı**

		SAYI	%
<b>REFAKATİNDEKİ KİŞİLERLE BAĞI</b>	Eş	203	67,2
	Ebeveyn	48	15,9
	Arkadaş	46	15,2
	Komşu	5	1,7

Hastaların refakatçilerini muayene odasında isteyip istemediklerine dair yapılan analizde; %19.9 (n=72) hasta refakatçisinin muayene odasında bulunmasını uygun görürken, %59.9 (n=217) hasta uygun olmadığını bildirmiştir. %20.2 (n=73) hasta ise refakatçisinin muayene odasında bulunmasına aldırmadığını ifade etmiştir. (Tablo 12).

**Tablo 12. Kişisel bilgilerini verirken refakatçinin muayene odasında olup/olmaması**

	SAYI	%
<b>DIŞARIDA OLSUNLAR</b>	217	59,9
<b>İÇERDE OLSUNLAR</b>	72	19,9
<b>FARK ETMEZ</b>	73	20,2
<b>TOPLAM</b>	362	100,0

Hasta muayene odasında kimlerin olmamasını istediği sorgulamaya; %47.2 (n=116) hasta eşinin, %21,1 (n=52) hasta arkadaşının, %15,4 (n=38) hasta ebeveyninin, %16,3 (n=40) hasta ise komşusunun muayene odasında olmamasının daha iyi olacağını bildirmiştir (Tablo 13)



**Tablo 13. Muayene odasında kimler olmamalıydı**

		SAYI	%
<b>MUAYENEDE KİM OLMAMALI</b>	Eş	116	47,2
	Ebeveyn	38	15,4
	Arkadaş	52	21,1
	Komşu	40	16,3

Yanında eşi olan hastaların %68'i (n=65) eşinin yanında olmamasını tercih ettiğini bildirirken, ebeveynleri ile gelen hastaların %52'si (n=14) ebeveynlerini yanında görmek istemediğini belirtmiştir. Aynı şekilde arkadaşıyla muayeneye gelen hastaların %64'ü (n=14) arkadaşının yanında olmasını tercih etmediğini bildirirken, komşusuyla gelen 2 hastadan bir tanesi (%50), komşusunun kendisine refakat etmesini istemediğini belirtmiştir (Tablo 14).

**Tablo 14. Hastaların, refakatçilerini gerçekte ne kadar istedikleri**

<b>KİM OLMAMALI</b>	<b>REFAKATÇİ İLE BAĞI</b>										
	<b>EŞ</b>		<b>EBEVEYN</b>		<b>ARKADAŞ</b>		<b>KOMŞU</b>		<b>TOPLAM</b>		<b>p</b>
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>EŞ</b>	65	68,4	4	14,8	1	4,5	0	0	70	47,9	<0,0001
<b>EBEVEYN</b>	5	5,3	14	51,9	6	27,3	0	0	25	17,1	
<b>ARKADAŞ</b>	13	13,7	4	14,8	14	63,6	1	50	32	21,9	
<b>KOMŞU</b>	12	12,6	5	18,5	1	4,5	1	50	19	13	
<b>TOPLAM</b>	95	100	27	100	22	100	2	100	146	100	

Tablo 15 incelendiğinde %95.2'si (n=355) hasta, meme endokrin polikliniğinde verilen hizmetten memnun olduğunu ve tekrar muayeneye geleceğini belirtirken, %4.8'i (n=18) ise muayeneye tekrar gelmeyeceğini belirtmiştir (Tablo 15)

**Tablo 15. Doktorun önerdiği süre içerisinde tekrar meme muayenesine gelip/gelmeme durumu**

<b>TEKRAR MUAYENE</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>GELECEĞİM</b>	355	95,2
<b>GELMEYECEĞİM</b>	18	4,8
<b>TOPLAM</b>	373	100,0

Hastanın yakınlarına/tanıdıklarına meme muayenesine gelmesi konusunda öneride bulunmalarına bakıldığında; %96.5'i (n=359) yakınına cesaretlendireceğini belirtirken, %3.5'i (n=13) ise yakınına meme muayenesi konusunda herhangi bir telkinde bulunmayacağını belirtmiştir. (Tablo 16)

**Tablo 16. Yakınına meme muayenesi gelmesi için öneride bulunma**

<b>YAKININA ÖNERME</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>EVET</b>	359	96,5
<b>HAYIR</b>	13	3,5
<b>TOPLAM</b>	372	100,0

## TARTIŞMA

Hizmet üretimi ve pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabilmektedir<sup>3</sup>. Aynı zamanda bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tamamı olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri, “kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir” şeklinde de tanımlanabilir<sup>11</sup>.

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği ise kalitedir. Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, dahası subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite algısı kişiden kişiye değişiklik göstermektedir<sup>33</sup>. Ancak arzulanan hizmet kalitesine ulaşmak için yürürlükte bir takım standartlar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen bu standartlar ile memnuniyet çitası yükseltilmeye çalışılmaktadır<sup>34</sup>

Hizmet kalitesi öznel bir kavramdır. Müşterilerin hizmet kalitesi hakkında nasıl düşündüklerini anlamak etkili yönetimin temelini oluşturmaktadır. Hizmet kalitesinin, hizmetin üstünlüğü ile ilgili bir tutum veya bütünsel bir yargı olduğu hakkında genel bir fikir birliğinin bulunmasına karşın, bu tutumun doğası ya da yapısı hakkında genel bir uzlaşma sağlanamamıştır. Kimi araştırmacılar, hizmet kalitesinin, performans algıları ile beklentilerin kıyaslanmasından<sup>42</sup>, kimileri de yalnızca performansa dayalı algılardan ortaya çıktığını belirtmektedir<sup>43</sup>. Bu kavramlar sübjektiftir ve tüketicinin zihninde oluşur<sup>44</sup>.

Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyet üzerinden yapılır<sup>45</sup> Sağlık hizmetini alan birçok hasta, sağlık hizmetinin uygun bir şekilde verilip

verilmediği, hatta, gerekli olup olmadığı konusunda yeterli uzmanlık ve beceriye sahip değildir. Tüm bunların bir sonucu olarak da, hasta, konunun teknik boyutunun dışında kalan hasta-doktor ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi dolaylı nitelikteki kriterleri kullanarak hizmet kalitesini değerlendirme yoluna gitmektedir<sup>48</sup>.

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır<sup>49</sup>.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için aşağıdaki konular önem taşımaktadır<sup>3</sup>.

**Mesleki Yeterlilik:** Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olabilmesi ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir. Mesleki yeterlilik, nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesiyle sağlanabilir<sup>3</sup>.

**Kişisel Kabul Edilebilirlik:** Hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Hizmetler, yeterliliği bulunan personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsa bile, yeterli bilgilendirilmeme, personelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilirler<sup>3</sup>.

**Kalitenin Uygunluğu:** Verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır<sup>3</sup>.

Hasta beklentilerinin tanımlanmasında önemli bir nokta beklenti ve istek kavramlarının birbirinden farklı olduğunun anlaşılmasıdır. Nitekim araştırmaların çoğunda hastaların beklentileri araştırılırken bu farklılık gözönüne alınmamakta, istekler de beklenti olarak kabul edilmektedir.

Thompson ve Suol, beklentileri dört grupta sınırlamıştır<sup>55</sup>:

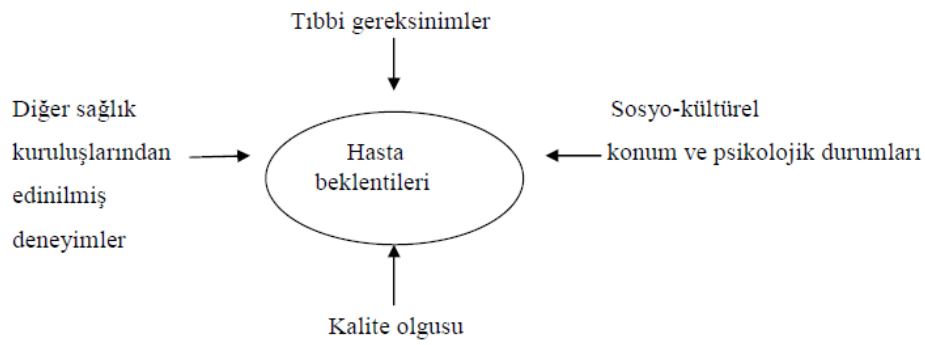
**İdeal (istenilen):** İdeal beklentiler kullanıcıların arzuladıkları ya da tercih ettikleri sonuçları yansıtır.

**Öngörülen (önceden bildirilen):** Öngörülen beklentiler kullanıcıların gerçekte olacağını düşündükleri şeyleri yansıtır.

Değerlere uygun: Genel değerlere uygun beklentiler neyin gerçekleşmesi gerektiğini belirtir.

Şekillenmemiş: Şekillenmemiş beklentiler kullanıcıların beklentilerini ifade edemedikleri ya da etmek istemedikleri durumlarda ortaya çıkar. Kullanıcıların beklentilerini ölçmeye çalışmanın her zaman olası ya da uygun olmayabileceği gerçeğini ileri sürer.

Hastaların beklentileri Şekil 6'da gösterildiği gibi tıbbi gereksinim ve deneyimleri, yakınlarının tıbbi deneyimleri, teknoloji kullanımı, kültürel özellikler ve yaşam tarzı gibi etkenlerden etkilenmektedir<sup>56</sup>.



**Şekil 6. Hasta beklentilerini etkileyen faktörler<sup>57</sup>**

Thompson ve Suol, beklentileri inceledikleri çalışmada aynı zamanda beklentileri hangi faktörlerin etkilediğini de araştırmışlardır. Bu faktörleri kişisel, sosyal ve çevresel olmak üzere üç kategoride sınırlamışlardır. Yapılan incelemeler sonucunda bu faktörlerin etkilerini anlayabilmek için farklı hasta gruplarıyla ve farklı sağlık bakım sistemlerinde daha fazla çalışma yapma gerekliliği ortaya çıkmıştır<sup>55</sup>.

Hasta beklenti ve gereksinimlerini etkileyen değişkenler, bir diğer görüşe göre de üçe ayrılmaktadır. Bunlar hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir<sup>58</sup>.

Hastaya ilişkin özellikler<sup>58</sup>

- Hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimleri
- Değişen değer yargıları
- Hastaların eğitim, cinsiyet ve yaş gibi demografik özellikleri
- Kendi sağlık algısı

### Hizmet verenlere ilişkin özellikler<sup>58</sup>

- Sağlık çalışanının kişilik özelliklerinin hastaya karşı olan davranışları etkilemesi
- Hizmet verenlerin profesyonel tutumları
- Hizmet verenlerin bilgi ve becerilerini sunma biçimleri
- Hizmet verenlerin gösterdiği incelik, ilgi ve anlayış
- Hastanın bir birey olarak değerlendirilmesi
- Kolay ulaşılabilirlik

Tüm bu özellikler göz önüne alınarak hastaların beklentilerinin değerlendirilmesi ve karşılanması hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, daha katılımcı olmasını sağlamaktadır<sup>58</sup>.

### Fiziksel ve çevresel etkenler ya da kurumsal özellikler<sup>58</sup>

- Sağlık hizmeti sunulan birimin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark vb.
- Sağlık güvencesi, ücretlendirme durumu

Ayrıca, hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri incelendiğinde dört temel faktör ortaya çıkmıştır<sup>59</sup>:

- Hastanın tıbbi gereksinimleri
- Diğer sağlık kuruluşlarından edindikleri deneyimler
- Zihinlerindeki kalite tanımı
- Sosyo-kültürel kavramlar ve psikolojik durumları

Hasta beklentileri üzerinde yapılan çalışmalar, değinmeye çalıştıkları ilişkilerin boyutları ve içerikleri açısından farklılık göstermektedir. Farklı tip hastaların farklı beklentileri olması nedeniyle araştırmaların içerikleri de farklılık gösterir. Yapılan çalışmalarda incelenen beklentiler ve bu beklentilerin seçimine hastaların katılım derecelerine genelde gerekçe gösterilemez. Bu beklenti çalışmaları açısından önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca içerik geçerliliğini ölçmek de çok zordur. Çalışmalarda içerik geçerliliğini sağlamak için, hastaları önce belli hastalıklar altında gruplamayı ve sonra bu hastaların beklentilerini temel alma gibi bir yol izlenmelidir.

Beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkiye ait farklı bulgular bu ilişkinin önceden

düşünüldüğünden çok daha karmaşık olduğunu ve bunu ölçmekte kullanılan anket teknikleri ile yeterince anlaşılmadığını gösterir. Örneğin, yalnızca anket tekniğini kullanan çalışmalar beklentilerin var olduğunu ve görece / nispeten durağan / değişmez varlıklar olduklarını varsayar. Fakat bu gibi varsayımlar niteliksel teknikler kullanıp bazı beklentilerin durağan olmadığı ve değişebileceği sonucuna ulaşmış çalışmaları göz önüne alıp sorgulanabilir. Bazı beklentilerin durağan olmama potansiyelini göz önüne alırsak, beklentileri ölçmeye girişmeden önce beklenti kavramını belli bir hasta grubu temelinde araştırmak daha yerinde olabilir. Beklentilere hastaların bakış açısıyla bakmak çalışmanın içerik geçerliğini sağlayacaktır. Çünkü "neyi ölçtüğümüzden ve hangi ölçü sistemini kullanmamız gerektiğinden emin olmamız gereklidir"<sup>54</sup>.

Biz de çalışmamızda hasta beklentilerini ve gereksinimlerini saptamak için daraltılmış bir hasta grubunda daraltılmış bazı sorunları irdeleyerek Türk toplum yapısının küçük bir örneğini ortaya koymayı amaçladık. Bu amaçla; Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD'nın Meme ve Endokrin Cerrahisi Birimi'ne başvuran hastalardan meme şikayetleri ile başvuran 373'üne aldıkları hizmete dair memnuniyetlerini ölçmek planlanmıştır.

Çalışma kapsamında meme endokrin polikliniğine başvuran hastaların yaş ortalaması 46.11 olup en genç hasta 18 yaşında, en yaşlı hasta 72 yaşındaydı.

Hastaların %75,9'u (n=283) evli, %21,7'si (n=81) bekâr, %2,4'ü (n=9) boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 3)

Çalışmamıza katılan hastaların %25,5'i (n=95) ilkokul mezunu, %24,9'u (n=93) üniversite mezunudur. Bu durumu lise ve ortaokul takip etmektedir. %0,5'i (n=2) yüksek lisans mezunu olduğunu belirtirken, %15,3'si (n=57) ise okumadığını belirtmiştir (Tablo 4). Bu durum bize her düzeyde eğitim seviyesinden hastanın geldiğini göstermektedir. Bu sonuçlar ülkemizde özellikle son 10 yılda Sağlık Bakanlığı'nca ve diğer sağlık kuruluşları tarafından yürütülen meme tarama programlarının, kadınlarda meme sorunları konusunda homojen olarak farkındalık yaratıldığını göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %43,9'u (n=162) benign, %17,1'i (n=63) ise malign nedenlerle başvurmuş olup, %39,2'u (n=144) ise rutin takip için kontrole geldiğini belirtmiştir (Tablo 5).

Hastaların memnuniyetini etkileyen faktörlerden belki de en önemlisi hekimin hastaya olan ilgisini göstermesidir. Bu amaçla öncelikle çalışmaya katılan hastalara hekimlerin kendilerine nasıl davrandıklarının sorgulanması planlanmıştır. Çalışma boyunca meme ve endokrin cerrahisi polikliniğindeki rutin iş bölümü aynen devam ettirilmiştir. Çalışmanın içeriği yürütücü dışında hiçbir hekime açıklanmamış ve böylece olabildiğince objektif veriler elde etmek amaçlanmıştır. Hastalara öncelikle hekimin kendisini tanıtıp tanıtmadığı ve sonrasında da hastalığı ile ilgili tatmin edici bilgi verip vermediği sorulmuştur.

Çalışmamızda; hastaların %77.5'i (n=289) hekimin kendisi ve yapılacak muayene ile ilgili bilgi verdiğini belirtirken, %8.6'sı (n=32) herhangi bir bilgi verilmediğini ifade etmiştir. Kendisine bilgi verilmediğini belirten hastaların %43.8'i (n=14) hekimin kendisini tanıtmadığını, %37.5'i (n=12) hastalığının ayrıntıları ile ilgili (benign-malign/önemli-önemsiz olup olmadığını) bilgi vermediğini, %18.8'i (n=6) ise bundan sonraki takip/tedavi planı konusunda bilgi vermediğini belirtmiştir. Kısmen bilgi verildiğini belirten kişilerin oranı %13.9'dur (Tablo 6).

Öztüre<sup>106</sup> 321 hastaya yönelik olarak yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında; poliklinikte tedavi gören hastaların %44.8'inin (n=167) iyi derecede, %41.3'ünün (n=154) ise mükemmel derecede bilgilendirildiklerini tespit etmiştir. Kırmızı Gökdoğan<sup>108</sup> yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında da; 186 hastanın %0.9'u (n=2) kendisine herhangi bir bilgi verilmediğini belirtirken, hastaların %56.6'sı (n=133) bilgi verme düzeyini "iyi" olarak tanımlamış, %13'ü ise (n=31) bilgilendirme düzeyinin "mükemmel" olduğunu belirtmiştir. Kaptan<sup>109</sup> 436 hasta üzerinde yaptığı memnuniyet anketinde sorduğu "hekim tarafından, size verilen tedavi veya yapacağınız egzersizler veya durumunuz için anlayacağınız şekilde açıklama yapıldı mı" sorusuna; hastaların %66,1'i (n=288) "evet tamamıyla", %24,5'i "evet kısmen", %9,4'ü "hayır" cevabı vermiştir. Ankete katılan 436 hastanın %74,1'i poliklinikte durumu ve tedavisi hakkında yeterli bilgi verildiğini, %16,5'i yeterli bilgi verilmediğini, %9,4'ü hiç bilgi verilmediğini belirtmiştir. Kırılmaz'ın<sup>111</sup> poliklinik hastaları üzerine yaptığı bir alan araştırmasında; doktorun hastalıkları ve tedavileri hakkında kendisini yeterince bilgilendirdiğini belirten hasta oranı "5" değeri üzerinden "3,94" olarak saptanmış olup ortalamanın üzerinde olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızda hastaların poliklinik hizmeti sırasında kendilerine yapılan



bilgilendirmelerden çoğunlukla (%77.5) memnun olduğu ve bu oranın diğer çalışmalarda elde edilen memnuniyet oranlarının üzerinde olduğu saptanmıştır. Bunun nedenleri arasında; MEÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD polikliniklerinin tamamında hastaların karşılanması ve tanı-tedavi süreçlerine ayrı bir önem verilmesi, hastaların her aşamada bilgilendirilmeleri konusunda azami hassasiyet gösterilmesinin olduğunu düşünmekteyiz. Hastanın aldığı bilgiden tatmin olması göreceli bir kavram olmasına rağmen teknik terimlerden arınmış sade bir dille yapılan açıklamaların genel olarak yeterli olduğu kanaatindeyiz. Bilgilendirme konusunda başlıca şikâyetin “hekimin kendisini tanıtmaması” olmasını, Türkiye’de hekimin kendisini hastaya tanıtmaması konusunda bir gelenek oluşmamasına bağlamak mümkündür. Ancak bu çalışmanın ortaya çıkardığı bu sorunun çözümü için hizmet içi eğitimlerde bu konuya ayrı bir ağırlık verilmesi gerekliliği anlaşılmıştır.

Hastaların memnuniyetini etkileyen bir diğer faktör muayene odasında geçirdiği veya geçirdiğini düşündüğü süredir. Bu amaçla çalışmaya katılan her hastanın muayene odasında olduğu süre kaydedilmiş ve muayene sonrası yapılan yüz yüze ankette kendisine ne kadar süre muayene odasında kaldığını düşündüğü ve bu sürenin kendisi için tatmin edici olup olmadığı sorulmuş, takiben hastaya göre ideal sürenin ne kadar olması gerektiği konusunda önerisi alınmıştır.

Muayene süresinin yeterli görülme durumuna bakıldığında; ankete katılan 373 hastanın %76.9’u (n=287) muayene süresinin yeterli olduğunu belirtirken, %20.1’i (n=75) ise az olduğunu belirtmiştir. Ankete katılan hastaların %2.9’u (n=11) ise muayene süresini fazla bulduklarını belirtmiştir (Tablo 7).

Yalçın ve Koçak’ın Niğde Devlet Hastanesi’nde müşteri memnuniyeti üzerine yaptıkları çalışmada<sup>(Yalçın İ, Koçak S. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 2009, Cilt:2, Sayı: 2, s.19-41)</sup>110 “hekimin beni muayene etmek için ayırdığı süre yeterlidir” yargısına katılmayanların oranı %48 iken, muayene süresini yeterli bulanların oranı %33’dür. Kaptan’ın<sup>109</sup> yaptığı “Sağlık Sektöründe Kalite İyileştirmesi ve İstatistiksel Yöntemlerle İncelenmesi” isimli yüksek lisans tez çalışmasında; ankete katılan 436 hastanın %20,2’si hekimin muayene etme süresinin 5 dakika, % 31’i 6-10 dakika, %29,1’i 11-15 dakika, %19,7’si ise 16-20 dakika olduğunu düşündüklerini bildirmiştir. Kırılmaz’ın<sup>111</sup> poliklinik hastaları üzerine yaptığı alan araştırmasında; doktorun muayene için kendisine yeterli zaman ayırdığını bildiren hastaların oranı “5” değeri

üzerinden“3,89” olup ortalamanın üzerindedir.

Çalışmamızda, hastaların muayene için doktorun yanında geçirdikleri süreyi tahmin etmeleri konusundaki sorumuza verilen cevaplar oldukça ilginç bir durum ortaya çıkarmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %18.5'i (n=69) muayene için poliklinikte geçirdikleri sürenin 5 dakikadan az olduğunu düşünürken, %50.7'si (n=189) bu sürenin 5-10 dakika arasında olduğunu, %27.3'ü (n=102) ise 10-20 dakika arasında olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %3.9'u ise (n=13) muayene süresinin 20 dakikadan fazla olduğunu tahmin ettiklerini bildirmişlerdir. Oysa çalışma süresince 373 hasta için araştırmacı tarafından kronometre ile tutulan muayene süresi daima 10-20 dakika arasında olmuştur (medyan ortalama: 14.6 dakika) (Tablo 8). Bu da Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta muayenesi için önerdiği sürelerle yakın bir süredir.

Araştırmaya katılan hastaların gerçek muayene süresi 10-20 dakika arasında olmasına rağmen hastaların %27.3'ünün (n=102) bu süreyi doğru tahmin ederken, %69.2'sinin (n=258) daha kısa olarak algıladığı gözlemlenmiştir. Buna göre ankete katılan hastalar içeride kaldıkları süre gerçekte 10-20 dakika arasında olmasına rağmen hastaların büyük çoğunluğunun %69.2 (n=258) bu süreyi daha kısa algıladığı anlaşılmaktadır.

Hastaların muayene oldukları süre konusunda bir yargıya varmaları oldukça karmaşık bir mekanizmayı harekete geçirmektedir. Bu yargı; hastalığın önemine, hastanın beklentilerine, hastanenin fiziki şartlarına, polikliniklerin kalabalıklığına, hekimlere karşı ön yargılarına ve birçok benzeri faktöre bağlı olarak değişen oldukça subjektif bir süreç sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yoğun poliklinik yapan bütün hekimlerin yakından gözlemllediği gibi; hastalar arasında başkalarına çok daha fazla zaman ayrıldığı, buna karşın kendileri ile hiç ilgilenilmeksizin muayenenin sona erdiği yargısı oldukça yaygındır. Çalışmamızda objektif olarak tutulan süreler ile hastaların subjektif zaman algısı arasındaki bu tutarsızlığın bilimsel bir veri olarak kullanılabileceğini düşünmememize rağmen, yine de memnuniyet algısında önemli bir faktör olduğunun da altının çizilmesi gerekmektedir. Çalışmaya katılan hastalar muayene için poliklinikte kaldıkları süreyi yeterli bulmazlarken, yine de kendilerine ayrılan süre konusunda tatmin oldukları görülmektedir. Bunun sebeplerini açıklamak pek mümkün görünmemekle birlikte; aslında ideale yakın bir süre muayene edildikleri gerçeğini göz ardı etmemek gerekmektedir.

Hastanın aldığı hizmetten memnuniyetini etkileyen bir diğer faktör muayene olduğu hastane ve poliklinik odasının fiziksel şartlarıdır. Bir sağlık sorununa sahip olduğu veya olduğunu düşündüğü için zaten genel algısı kötü olan hastanın bu sorusuna cevap aradığı mekânın fiziksel şartlarından etkilenmesi çok insani bir tepkidir. Hastalık durumları kişilerdeki güven duygularının gelişiminde belirleyici bir hal alabilir. Bazısı hastalık halinde her zamankinden daha şüpheli olabildiği gibi bazıları da hastalığın neden olduğu edilgenlik duygusu içinde başkalarına karşı daha fazla güven duyabilir. Hipokratik değerler içerisinde hastada, sağlık personeline karşı güven duygusunun gelişmesi mesleki etik bir unsurdur<sup>(Tıp Etiğine Giriş, Erdem Aydın, Pegem Yayınları)114</sup>.

Aslında kişiler arasında güven gelişimi çok çeşitli etmenler doğrultusunda olur. Sağlık personelinin giyiminden, konuşma biçiminden, çalışma alışkanlıklarından meslektaşlarıyla ilişkilerine kadar pek çok şey bu güven üzerinde etkili olur. Tıbbi konuda birçok hastanın sağlık personeline karşı gerçek güven duygusu belki de tedaviden memnun kaldıktan sonra gelişebilmektedir<sup>(Tıp Etiğine Giriş, Erdem Aydın, Pegem Yayınları)114</sup>.

Diğer taraftan hastanın muayene odasının ısı, ışık, mahremiyetini garanti edecek perde, paravan, ses izolasyonu gibi konforunu ve güvenliğini etkileyen faktörlerden etkilenme derecelerini sorguladığımız süreç hastanemizin şehir merkezindeki eski binasında başlamış ve an yerleşkede yapımı biten yeni hastane binasında devam etmiştir. Bu nedenle hastaların bir kısmı eski binaya bir kısmı ise yeni binaya ait algılarını değerlendirme olanağı ortaya çıkmıştır. Üstelik bu ayırım aynı hekimlerle farklı binalarda yapıldığından ortaya çıkan sonuçlar çok daha çarpıcı olmuştur.

Klinikte ve poliklinikte hizmet alırken güven duyguları konusunda Erdem'in yaptığı çalışmada<sup>23</sup>; hastaların %7.1'i (n=12) kendilerini güvende hissetmediklerini belirtirken, %36.1'i (n=61) ise kendilerini güvende hissettiklerini belirtmektedir. Kaptan'ın<sup>109</sup> mahremiyet konusunda yaptığı çalışmada; ankete katılan 436 hastadan %75,7'si hastalığıyla ilgili yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat edildiğini, %20'si kısmen dikkat edildiğini, %4,4'ü ise mahremiyete dikkat edilmediğini belirtmiştir. Gök<sup>75</sup> yaptığı çalışmada muayene olunan birimdeki rahatlık (ısı, ışık vs.) durumlarına bakıldığında; hastaların %19'u (n=57) çok iyi, %52.3'ü (n=157) iyi, %57'si (n=53) orta düzeyde, %9.3'ü (n=28) kötü ve %1.7'si (n=5) ise çok kötü durumda olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda ankete katılan hastalardan muayene odasının fiziksel ve güvenlik özelliklerini değerlendirmesini istediğimizde aldığımız yanıtlar, fiziksel şartların hastaların memnuniyet algısını nasıl etkilediğini dramatik biçimde ortaya koymuştur.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 20 Mayıs 2014 Çiftlikköy'de bulunan merkez yerleşkeye taşınmıştır. 20 Mayıs 2014 öncesinde hizmet verilen binanın zaman içinde fiziksel açıdan yetersiz kaldığı bir gerçektir. Nitekim ankete katılan hastaların 138'i eski hastane binasındaki fiziksel şartları değerlendirirken, taşınma sonrasında ankete katılan 235 hasta ise yeni hastane binasındaki fiziksel şartları değerlendirmişlerdir. Eski hastane binasında yapılan anketleri cevaplayan 138 hastanın %69'u (n=96) muayene odasının ısısını uygun bulurken, bu oran yeni hastanede yapılan anketlerde %89'u (n=211) yükselmiştir. Aynı şekilde muayene odasını ışık açısından yeterli bulanların oranı eski hastane binasında % 77'si (n=111) iken, bu oran yeni hastane binasında %92.9 (n=211) olarak saptanmıştır. (Tablo 9).

Muayene odasının güvenliği açısından yapılan değerlendirmede; eski hastane binasında hastaların %85'i (n=118) muayene sırasında muayene odasına birinin gireceği korkusu yaşadığını, %76'sı (n=106) kullanılan paravanı yetersiz bulduğunu ve %37'si (n=52) ise perdeye rağmen pencereden odanın içinin görünmesinin kendisini rahatsız ettiğini belirtmiştir. Bu oranlar yeni hastane binasında ankete katılanlar arasında sırasıyla; %10 (n=24), %2'si (n=5) ve %1.7'si (n=4) olarak bulunmuştur. Eski hastane binasında hastaların %60'ı (n=84) muayene odasının dışından gelen (hem pencereden gelen hem de koridorda bekleyen diğer hastaların sesleri) seslerden tedirgin olduğunu belirtirken, bu oran yeni hastane binasında yapılan anketlerde %10'a (n=25) gerilemiştir (Tablo 9).

Eski hastane binasının fiziki koşulları göz önüne alındığında bu binanın artık yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Fakat hastanenin yeni binasının fiziki koşulları, güvenlik durumu en üst seviyededir. Hastalar doktor ile görüşmeden önce bekleme salonlarında beklemekte sıra numarası geldiğinde muayene için poliklinik odasına gitmektedirler. Zira hastaların genel olarak fiziki koşul memnuniyetlerinin yeni hastanede yapılan anketlerde daha iyi olduğu saptanmıştır.

Üniversite hastanesine başvuran hastaların karşılaştıkları en önemli sorunlardan birisi de bu kurumların sağlık hizmeti vermenin yanı sıra sağlık profesyonellerine eğitim vermeleridir. Bu durum da kaçınılmaz olarak polikliniklerde, kliniklerde ve laboratuvarlarda hizmet veren personelle birlikte birçok yardımcı/gözlemcinin bulunmasına neden olmaktadır. Hastalar genel olarak, üçüncü basamak sağlık hizmetine ihtiyaç duymak gibi zorunlu nedenler dışında bu gerçeği kabullenerek üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Ancak polikliniklerde hizmet veren hekimlerin sık sık rotasyona uğraması, anamnez ve fizik muayene gibi hastanın mahrem alanlarına girilen bu ortamlarda eğitim adına da olsa başka “gözlemcilerin” bulunması hastaları tedirgin eden önemli bir faktördür. Bu “gereksiz ve sayıca çok” grubun önünde hayatına ait gizli bilgileri vermek ve/veya vücudunun bir kısmını göstermek gibi zorunluluklar şarklı geleneklerine bağlı olan ülkemizde hala ciddi bir gerilim konusu olmaya devam etmektedir. Bu durum, sonuç olarak hastaların mahrem bilgilerinin bir kısmını saklamalarına ve tanı ve tedavi sürecinin kesintiye uğramasına neden olmaktadır.

Bu durumun hastalar üzerinde yarattığı etkiyi saptamak için yaptığımız sorgulamada; hastaların %97,9'u doktor sayısının, %92,2'si de hemşire sayısının uygun olduğunu belirtmiştir. Buna karşın poliklinikte bulunan tıp fakültesi öğrenci sayısının uygun olduğunu düşünen hasta oranı %50'dir (n=185) (Tablo 10).

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniklerinde standart olarak bir tıpta uzmanlık öğrencisi ve bir hemşire bir öğretim üyesinin gözetiminde hizmet vermektedir. Anketin uygulandığı süreç içinde ayrıca en az bir adet hemşirelik yüksekokulu öğrencisi ve en az bir adet intörn doktor ile en az 4 stajyer doktor bulunmaktaydı. Zaten kısıtlı bir fiziki mekânda bu kadar sağlık çalışanının bulunması hastanın ve yakınlarının en hafif tabirle “ürkmelerine” neden olmaktadır.

Tıp etiğinin ilkeçileri güncel olarak dört ana prensip etrafında kurgulanmaktadır. Bunlar yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalettir<sup>(Tom L. Beauchamp and James F. Childress. Principles of Biomedical Ethics, 6th Edition. Oxford: Oxford University Press, 2008. p. 417.)</sup><sup>115</sup>. Çalışmamız özellikle zarar vermeme maddesine yönelik ipuçları da içermektedir. Zarar vermeme ilkesi dört ana ilke arasında yer almaz gibi görünse de tıp etiğinin vazgeçilmezleri arasında yer alan gizlilik ilkesini de

kapsamaktadır. Hastaya zarar vermeme ilkesinin gözetildiği konulardan birisi de kişisel bilgilerinin kendisi ile ilgilenen sağlık profesyonelleri dışında hiç kimseye aktarılmamasıdır. Hastanın bilgilerinin kendisinin onayı olmaksızın kendi yakınlarına bile açıklanmaması güven ilişkisinin temelinde yer alan faktörlerden birisidir. Aslında güncel sağlık politikaları ve hasta kayıtlarının bilgisayar sisteminde saklanması, tıbbi fotoğraflama gibi etmenlerle çoktan zedelenmiş olsa da hasta-hekim ilişkisinde önemini korumaktadır.

Ancak gizlilik sadece hekimin dikkati ile sağlanabilecek bir özellik değildir. Hastaların mahrem alanlarını tehlikede hissettikleri bir diğer durum da kendi refakatçileridir. Türk toplumunda özellikle kadın hastalar çoğunlukla yanlarında bir refakatçi ile muayeneye gelmektedir. Bu durum bazen hastanın bir dayanağa ihtiyaç duymasından kaynaklanmakta ve hasta bir yakınının yanında bulunmasını özellikle istemektedir. Ancak çoğu kez hastanın isteyip-istememesine ve ihtiyacı olup-olmamasına bakmaksızın beraberinde bir yakını özellikle de aileden birisi bulunmaktadır. Çalışmamızın belki de en özgün yanı Türk toplumunun bu özelliğini bir kez daha gözler önüne sermesi olmuştur. İnternet üzerinden yaptığımız literatür taramasında bu yönde yaptığımız araştırmada hiçbir veriye rastlamamış olmamız çalışmamızın bir ilk örnek olma ayrıcalığını sağlamıştır.

Bizim çalışmamızda ankete katılan 373 hastanın sadece 71'inin (%19) yanında herhangi bir refakatçisi yoktu. Refakatçisi ile gelen 302 hastanın %67,2'si eşi ile başvururken, %15,9'u ebeveynleri, %15,2'si arkadaşı ve %1,7'si ise komşusu ile başvurmuştur (Tablo 11).

Ancak refakatçi oranındaki bu yüksek oranın genellikle hastanın istenci dışında geliştiği düşünülebilir. Nitekim hastaların kişisel bilgilerini verirken refakatçilerini yanlarında isteyip-istemediklerini sorguladığımızda; hastaların sadece %19,9'unun (n=72) refakatçisinin muayene odasında bulunmasını uygun görürken, %59,9'u (n=217) refakatçisinin muayene odasında olmasını istemediğini bildirmiştir. (Tablo 12) Çalışmaya alınan 373 hastanın %81'inin (302) yanında bir refakatçi olmasına rağmen, %59,9'unun muayene odasında refakatçi bulunmamasını istemesi bu kanıyı destekler niteliktedir (Tablo 12).

Bu konuda yapılan çapraz karşılaştırma oldukça ilginç bir sonuç çıkarmaktadır. Yanında eşi olan hastaların %68'i eşinin yanında olmamasını tercih ettiğini bildirirken, ebeveynleri ile gelen hastaların %52'si ebeveynlerini yanında görmek istemediğini belirtmiştir. Aynı şekilde arkadaşıyla muayeneye gelen

hastaların %64'ü aslında arkadaşının yanında olmasını tercih etmediğini bildirirken, komşusuyla gelen 2 hastadan bir tanesi (%50), komşusunun kendisine refakat etmesini istemediğini belirtmiştir (Tablo 14).

Bu sorgulamadan hastaların bu isteklerini açıkça dile getiremedikleri sonucu çıkmaktadır. Türkiye'nin sosyo-kültürel yapısı ve "mahalle" baskısı yüzünden doktora başvuran hastaların yarısından fazlası yakınlarının muayene odasında istememekte ve onların yanında tıbbi durumları ile ilgili gerçek bilgileri vermekten çekinmektedirler. Hastanın verdiği tıbbi bilgilerin "refakatçisinin bilmesi gerektiği kadar" ile sınırlı olması, özellikle meme cerrahisi polikliniğinde hastaya ait "menarj tarihi, menopoz tarihi, abortus ve küretaj sayısı" gibi kritik bilgilerin tam ve doğru olarak kaydedilme olasılığını düşürmektedir. Aynı durumun, kadın hastalıkları ve doğum veya üroloji gibi hastaların kendisine ait bilgileri vermektten "çekindiği" kliniklerde de ortaya çıktığını tahmin etmek olasıdır.

Hasta muayene odasında kimlerin olmamasını istediği sorgulamaya; hastaların %47.2'si (n=116) hasta eşinin, %21,1'i (n=52) hasta arkadaşının, %15,4'ü (n=38) hasta ebeveyninin, %16,3'ü (n=40) hasta ise komşusunun muayene odasında olmamasının daha iyi olacağını bildirmiştir (Tablo 13)

Sadece meme hastalarının başvurduğu dar bir örneklem grubunda yapılan bu çalışma hastaların memnuniyet algılarını daha konsantre bir şekilde değerlendirebilme olanağı sağlamıştır. Bu değerlendirme hastaların memnuniyetlerini çapraz olarak sorgulamayı sağlayan son bir grup soru ile sonlandırılmıştır. Bu da hastaların hem kendilerinin tekrar başvurmaları ile hem de yakınlarını muayene için özendirmeleri ile ilgili fikirlerini sorgulamaya yöneliktir. Aldığımız cevaplar hastaların önceki sorulara verdikleri cevapların objektifliğini ve samimiyetini doğrular nitelikte olmuştur.

Çalışmamızda hastaların %95.2'si (n=355) meme endokrin polikliniğinde verilen hizmetten memnun olduğunu ve tekrar muayeneye geleceğini belirtirken, %4.8'i (n=18) ise memnun kalmadığı için muayeneye tekrar gelmeyeceğini ifade etmiştir (Tablo 15).

Hastanın aldıkları hizmetten gerçekten memnun kaldıklarını düşündüren bir diğer sorgulama da yakınlarına ve/veya tanıdıklarını meme muayenesine gelmeleri konusunda cesaretlendirme yönündeki isteklilikleridir. Çalışmamıza katılan hastaların %96.5'i (n=359) yakınlarını ve/veya tanıdıklarını meme muayenesine gelmeleri

konusunda cesaretlendireceğini belirtirken, sadece %3.5'i (n=13) yakınına meme muayenesi konusunda herhangi bir telkinde bulunmayacağını belirtmiştir. Olumsuz görüş bildiren 13 hasta, bir önceki sorgulamada kendisinin tekrar başvurmayacağını bildiren 18 hastanın içinden çıkmıştır (Tablo 16).

Erdem ve ark.<sup>74</sup> yaptığı bir araştırmaya katılan hastalar 5 üzerinden 4.02'lik ortalama ile hastaneyi arkadaşlarına ve çevrelerindeki diğer insanlara tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Erdem<sup>23</sup> yaptığı diğer bir araştırmada; örnek grubun %50,9'unun (n=86) hastaneyi çevresindeki kişilere tavsiye edeceğini, %13'ünün (n=22) kesinlikle tavsiye edeceğini, %20,7'sinin (n=35 kişi) tavsiye etme konusunda kararsız olduğunu, %10,7'sinin (n=18) tavsiye etmeyeceğini ve %4,7'sinin (n=8) hastaneyi çevresindeki kişilere kesinlikle tavsiye etmeyeceğini ifade etmiştir. Bu durum, örnek grubunun büyük bir kısmının hastaneyi çevresindeki kişilere tavsiye edeceğini belirtmiştir. Gürsoy<sup>112</sup> ise yaptığı çalışmada; sağlık hizmeti aldığı hastaneyi başkalarına "kesinlikle tavsiye edeceğini" belirten hasta oranı %47,9 (n=101) iken, "tavsiye edenler" için bu oranı %43,1 (n=91), "kararsız"ların oranını ise %9 (n=19) olarak saptamıştır.

Zaim ve Tarım<sup>113</sup> çalışmalarında hastalara yönelttikleri "sizi muayene eden doktoru başkasına tavsiye eder misiniz?" sorusuna aldıkları cevaplar da hastaların doktorlarından genel olarak memnun olduğunu doğrular niteliktedir. Araştırmaya katılan hastaların % 88,3'ü kendilerini muayene ve tedavi eden doktoru başkasına tavsiye edebileceğini ifade ederken, % 7'si çekimser, % 4,7'si ise olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Literatür çalışmalarına oranla yaptığımız çalışmada hastaların doktorlardan memnuniyet oranı ve hastaneyi tavsiye etme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların memnuniyet düzeyini her ne kadar hastane koşulları etkilese de muayene sırasında doktorun tutumu, bilgi donanımı, hastaya yaklaşımının da memnuniyet artırıcı yönleri olabilir. Öte yandan Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD Meme birimine başvuran hastalara alt grup halinde hizmet veren bir polikliniğin olması da hastaların memnuniyet düzeyini arttırmış olabilir.

Bu sonuçlara bakarak hastaların yüksek oranda aldıkları hizmetten memnun kaldıkları sonucuna varılabilir. Veriler, bunun tam bir memnuniyet olmaktan çok göreceli bir memnuniyet olduğunu düşündürmektedir. Yani, bazı aksaklıklar olsa da hastalar hastanelerde aldıkları hizmetten memnundurlar. Ancak bu veriler; mevcut



sağlık sisteminde hastaların aldıkları hizmetten memnun olmasalar bile fazla alternatiflerinin bulunmadığı şekilde de okunabilir. Memnuniyet algısını hastanın yaşamışlıklarından ve kültüründen bağımsız düşünmek olası olmadığından, hastaların daha iyi alternatifleri gördükçe memnuniyetsizliklerinin artacağı olasıdır da vardır.

## SONUÇ

Sağlık hizmetinin geçmişte üstlendiği paternalistik yapısı son çeyrek yüzyılda kişisel hak ve özgürlüklerin yükselişi ile çağdışı kalmıştır. Her ne kadar sağlık hizmeti vermek insanlar üzerinde bir takım yaptırım ve kısıtlamalar getirme yetkisini elinde tutmaya devam ediyorsa da, “ben ne diyorsam o olur, çünkü ben senin iyiliğini gözetiyorum” zihniyeti tarihin tozlu sayfalarında yerini çoktan almıştır. İnsanı merkez alan yeni anlayış, hastaların aldığı hizmeti değerlendirmesini ve sağlık hizmeti veren kişi ve kuruluşların da bu değerlendirmeyi göz önünde tutarak kendilerini yenilemeyi zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle her ne kadar “müşteri” tanımı sağlık hizmetlerinin ruhuna aykırı olsa da bütün hizmet alanlarında ön sırada yer alan “müşteri memnuniyeti” kavramının sağlık hizmetlerinde de daha iyi hizmet için vazgeçilmez bir referans olduğu bir gerçektir.

Memnuniyeti ölçme birbirinden bağımsız birçok faktörü içerdiğinden oldukça karmaşık bir süreçtir. Memnuniyet ölçümünde olabildiğince objektif sonuçlara ulaşmanın öncelikli yolu, konuyu ve araştırma evrenini olabildiğince homojen olarak daraltmaktır. Biz de çalışmamızda tek bir disipline ait bir hasta grubunu (meme şikâyetleri olan hastalar) tek bir uygulama alanında (MEÜ TF Genel Cerrahi AD Meme ve Endokrin Cerrahisi Birimi) ele almayı uygun gördük. Meme şikâyetleri ile başvuran hastalardan çalışmamıza katılanların mekânın fiziksel özellikleri, hekimlerin ilgisi, güven ilişkisi ve mahremiyetine yönelik algılarını ölçmeyi amaçladık.

Bu amaçla yüz yüze görüşerek yaptığımız anket çalışması; küçük ölçekte Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin ve Türk toplum yapısının özelliklerini yansıtan sonuçlar ortaya koymuştur. Ancak bu çalışmanın tek başına yeterli olmadığı kanaatindeyiz. Bu çalışma henüz sonuçlandırılmış olduğundan şimdilik sadece hastaların beklentileri hakkında bilgi edinilmiş, ancak pratikteki uygulamalara yansıtılması için zaman olmamıştır. Tüm bilimsel çalışmalarda olduğu gibi, elde edilen bilgilerin uygulamalarda kullanılarak Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD’nı bütün birimlerinde daha iyi hizmet vermek için hayata geçirilmesi bu çalışmanın bir sonraki hedefidir.

Bu çalışmadan beklenen bir diğer yarar ise Türkiye şartlarında bu tür araştırmaların yapılması gerekliliği konusunda farkındalık yaratmaktır. Bu araştırmaların öneminin sağlık kuruluşlarının yönetim kademeleri tarafından anlaşılması ve profesyonel araştırma kuruluşları aracılığı ile bu tür memnuniyet

anketleri yapılması için harekete geçirici bir etkisinin olması bu çalışmanın bir diğer pratik beklentisidir.

Bu çalışmada alınan sonuçların daha sonraki kapsamlı çalışmalar için bir öncü niteliği taşıması ve hem sağlık kurumu işletmecileri, hem yöneticileri, hem sağlık profesyonelleri ve hem de tıp etiği profesyonelleri tarafından dikkatle değerlendirilerek günlük hayatta uygulanabilir iyileştirmelere yön vermesi çalışmamızın en önemli hedefleri arasındadır.

## KAYNAKLAR

1. Gencay G., Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, İletişim Yayınları, İstanbul 6. cilt. 1983:1716
2. Avan E., Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Aile Sağlığı Elemanlarının Mesleki Memnuniyetlerinin Ölçülmesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013
3. Kavuncubaşı Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara. 2000
4. Onur T., Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı MBA Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi İstanbul Kasım 2007
5. Aşkar A. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği. Dumlupınar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2006.
6. Özkara Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2006
7. Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, 2. cilt, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998
8. Altınöz H.C., Esen M.F., Bilgin E, Karçaaltıncaba E., Kahyaoğlu B., Çalışanların Kalite Yönetimi Algıları: Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Uygulaması. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: 2009. 319-334.
9. Tekin F., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt. 5, Sayı. 1, Eskişehir, Haziran, 1987:263.
10. Cushman W. P., Beyrer M. K., Positive Health: Designs for Actions, Marian K. Solleder ve Robert Kaplan, Charles E. Merrill Book, Inc., Ohio, 1965.
11. Harcar, T., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”. Pazarlama Dünyası Dergisi. Sayı. 25. 1991:38-40.
12. <http://www.tamdestek.com.tr/kamu-hastane-birlikleri.html>

13. Karabulut, K., Yapraklı, S., "Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi (Erzurum'da Bir Uygulama)". İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2001:15(1-2).
14. Öztürk, M. Çağdaş Hastane Yöneticiliği, Sorunlar ve Yaklaşımlar. İstanbul: MTM Yayın No:6. 2000.
15. Odabaşı, Y. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799. Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409. 1994
16. Tengilimoğlu, D, Işık,O.,Akbolat,M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Kitabevi, 3. Baskı, Ankara. 2009
17. Terris, M., Concepts of Health Promotion: Dualities in Public health theory, Journal of Public Health Policy, vol.13, no.3, 2002:267-276.
18. Kısa, A., Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir. 2002.
19. Tengilimoğlu, D., Işık,O.,Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Kitabevi, Geliştirilmiş 4. Baskı, Ankara, 2012.
20. Ağdemir H., Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin / Kasım – 2012
21. Soysal, M.; Kenanoğlu, G.T.; Emre, A.; Hamesoğlu, S. Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 1993: 486.
22. Kızılçelik, S., Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, İzmir: Saray Kitabevleri, 1996
23. Erdem Ş., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne 2007
24. Yerebakan, M., Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.
25. Hayran, O.; Sur, H., Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul: Yüce Yayın A.Ş., 1998
26. Çoruh, M., "1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 24-25 Kasım, 1995
27. AYDIN Sabahattin,"Sağlıkta Dönüşüm Programı", Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından "Sağlıkta Dönüşüm Programı",Toplantısında Sunulan Bildiri,Bolu, 2004.

28. Sözen C. Sağlık Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2003
29. Top, M. Sağlık İhtiyacı, Talebi ve Kullanım Kavramlarına Genel ve Karşılaştırmalı Bir Bakış, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1999.
30. Genç H., Toplam Kalite Yönetimi Dahilinde Hasta Memnuniyeti (Sivas Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Araştırması) Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Sivas Ağustos-2011
31. Karagöz Yıldız N., Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi Kapsamında Hizmet Kalitesinin Ölçümüne Yönelik Analitik Bir Değerlendirme Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Programı Yüksek Lisans Tezi Manisa 2010
32. Uzkesici, N., Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, 2002.
33. Aslantekin F. Gökteş B., Uluşen B. ve Erdem R., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, c.2, S. 6, 2007
34. Özkan Sönmez D., Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012
35. Arlyn C. R., The Quest For Quality in Services, ASQC, New York, 1989
36. Tatarlı, N., Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2007.
37. Özgirin, K., Tas, Y. Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu. Ankara. 1-2 Kasım. 1996: s.33-39.
38. Sözen, C., Özdevecioğlu, M. *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. İstanbul: Nobel Dağıtım., 1999
39. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2009
40. T. C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Sabahattin Aydın, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2004,

41. Kaya S., Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme. Ankara: Pelikan Yayınları, 2005
42. Grönroos C., A Service Quality Model and its Marketing Implications, European Journal of Marketing, Vol.18, No.4, 1984: ss.36-44.
43. Cronin, J.J.Jr. and Taylor, S.A. Servperf vs Servqual: Reconciling Performances Based Perception-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, Journal of Marketing, 58, 1994: pp. 125-131.
44. Rust, R.T., Oliver, R.L., Service Quality : Insights And Managerial Implications From The Frontier, Service Quality : New Directions In Theory And Practice, Eds. Rust R.T. at oliver R.L., Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994: pp. 1-19.
45. Parasuraman A, Zeithaml VA, Bery LL., (1985). A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research. J. Marketing;49; pp. 41-50.
46. Çiçek, R., Kara, B., Koyuncu, K. Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma”, MPM Verimlilik Dergisi, 2006
47. Özgen, H., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim Dergisi, “Hastaneler” Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, 10(69), 1995: 47-53.
48. Odabaşı, Y., Oyman, M., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2008
49. Devedakan, N. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8(1). 2006: 120-149.
50. Donabedian, A. Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. Gov., 114(11). 1990: 1115-8.
51. Öksüz A. S., Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2010
52. Zemencuk J. K., Feightner J. W., Hayward R. A., Skarupski K. A., Katsz S. J., Patient desire and expectations for medical care in primary care clinics. J Gen Intern Med 1998;; 13: 273-276
53. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 2001: 69-74
54. Staniszewka S., Ahmed L., The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? Journal of Advanced Nursing, 29(2): 1999: 364-72

55. Britten N., Ukoumunne O. C., Boulton M. G., Patients attitudes to medicine and expectations for prescriptions. Blackwell Science Ltd Health Expectations 5: 2002: 265-269
56. Öztürk M. M., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Pilot Araştırma, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarına Yönetim Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
57. Hayran O., Sur H., Sağlık Hizmetleri, Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997
58. Atlı H, Sur H, Şahin TK, Söylemez D, Hayran O. Poliklinik hizmeti alan hastaların beklenti ve ihtiyaçları yönünden özel bir hastane ile bir üniversite hastanesinin karşılaştırılması. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitapçığı, Ankara; 2000; ss.44-55.
59. Gürgen B., Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetine İlişkin Bir Uygulama, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2004
60. Ogden J., Jain A., Patients experiences and expectations of general practice: a questionnaire study of differences by ethnic group. British journal of General Practice, 55: 2005. 351-356
61. Webb, S., Lloyd, M., Prescribing and referral in general practice: a study patients' expectations and doctors' actions. British Journal of General Practice 44: 1994; 165-169
62. Sanchez M. C, Stalder H. Do physicians take into account patients' expectations. J Gen Intern Med 1994; 9: 404-406.
63. Demir T., Açık Y., Kaya M. K., Deveci S. E., Pirinççi E., Yıldırım B., Oğuzöncül A. F., Ozan A.T., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na Poliklinik ya da Klinik Hizmeti Almak İçin Başvuran Hastaların Sunulan Hizmetten Memnuniyet Düzeyleri, F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. 2009: 23 (3): 119-124
64. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, ve ark., İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. Marmara Medical Journal 2008; 21: 33-49.
65. Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, ve Ark. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2005; 15: 137-142.



66. Konca G. E., İlhan M. N., Bumin M. A., Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları Ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri Ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal 2006: Cilt 17: Sayı 3: 160-170
67. Barış N., Karabacak Ü., Yatarak Tedavi Gören Hastaların Yakınlarının Hemşirenin Rolünü Algılamaları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (MÜSBED) Cilt: 3, Sayı: 3, 2013: 131-137
68. Karavitz, R. L., Calahan E. J., Azari R., Antonius D., Lewis C. E., Assessing patients' expectations ,in ambulatory medical practice: Does the measurement approach make a difference? J Gen Intern Med 1997: 12: 67-72
69. Peron N. J., Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. Family Practice 2003; 20: 428-33.
70. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ 2004; 328; 444.
71. Kravitz R L, Callahan E J. Patients' perceptions of omitted examinations and tests. J Gen Intern Med 2000; 15: 38-45.
72. Değermen, A., Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati, Türkmen Kitapevi, İstanbul, 2006: 222
73. Çatı, K., ve Koçoğlu, C.M., Müşteri Sadakati İle Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, 2008, <http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/410/392>
74. Erdem R., Rahman S., Avcı L., Demirel B., Köseoğlu S., ve ark. Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 31, Temmuz-Aralık 2008: 95-110
75. Gök S., Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, 2010
76. Vavra, T., Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları Rota Yayın Dağıtım, İstanbul, 1999:508

77. Toprak, T., Hizmet Sektöründe Kalite Değer ve Müşteri Memnuniyetinin Tüketici Davranışları Üzerindeki Etkisi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007
78. Şahin, A. T., Özel Hastanelerin Müşteri Odaklılığa Yaklaşımı ve Bir Uygulama, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul
79. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Kullanıcıları Memnuniyet Araştırması. Makro Araştırma Tanıtım Hizmetleri, Ankara, 1999
80. Akalın H. E., Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt: 1, sayı:2, 2002: 35-38
81. Erem N. G., Toplam Kalite Yönetiminin Hizmet İşletmelerinde Uygulanması Ve Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Bir Örnek Uygulama, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta 2003
82. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2013
83. TÜİK. (2013). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012. Haber Bülteni <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13445>
84. Şeremet F., Kamu Hastanelerinde Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Sorunları, Birime Gelen Şikayetler Ve Hasta Memnuniyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2013
85. Baflak O. Ülkemizde Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği, Yeni Açılımlar, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2004.
86. Solmaz, M. H., Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006
87. Kum, N., Türkiye'de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar, Sivas: 1. Hemşirelik Kongresi Kitabı, 1990
88. Wallis, D., De Wolff, C. J., *Stress and Organizational Problems in Hospitals*. London: Cambridge University Press. 1998
89. Yanık A., Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2000

90. Bişkeş M., Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Standart Dergisi, Şubat, 2000
91. Dur Y., Türksoy Ü., Bilkent Ü.Sağlık Merkezine Başvuran Hasta Öğrencilerin Bekleme Sürelerinin Kısaltılması. Ed. Mithat Çoruh, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Haberal Eğitim Vakfı, 11-12 Kasım, 1994
92. Karadağ Z., Aile hekimliği Uygulamasının Müşteri / Hasta Memnuniyetine etkisi. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
93. Çakıl, Ö.E., "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler" Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3), 2007:140-143.
94. Odabaşı, Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004
95. Esatoğlu, A.E., Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1997
96. Steiber S. R., Krowinski W. J., .Measuring and Manging Patient Satisfaction American Hospital Publishing Inc.,1990,21
97. Akın, G., Türkiye'de Yapılmış Hasta Memnuniyeti Araştırmalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004
98. Taşdemir, M., Hayran, O., Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. Bildiri Kitabı. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül, İstanbul, 2001
99. Kartaloğlu, Ç., Harmancı, H., Aytekin, T., Akdaş, A., Dr. Siyami Ersek Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, ed. Göktürk, E., Şahin, A., Odacıoğlu, Y., Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim, Eskişehir, 2002
100. Cheng, S. H., Yang, M. C., Chiang, T. L. (2003). Patient Satisfaction With and Recommendation of a Hospital: Effects Of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4): 345-355.
101. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, ISBN: 978-975-590-288-3, 2009.

102. Lewis, J.R. Patient Views on Quality Care in General Practice: Literature Review. *Social Science And Medicine*, 39(5):1994:655-670.
103. Öz, M., *Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2004
104. Karafakıoğlu, M., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları No:271, İstanbul, 1998
105. Türköz, Y., Aksoy, A., Perçin, A. K., Hasta Tatmininin Sosyo-Demografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, 17-18 Ekim Ankara: Haberal Eğitim Vakfı. 1997.
106. Öztüre A., Hasta Memnuniyeti Üzerine İstatistik Analiz Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Konya,2010
107. Blanche M.T., Durrheim K., Painter D., *Research In Practice: Applied Methods For The Social Sciences*, Second Edition, University of Cape Town Pres, 2006, s. 134
108. Kırmızı Gökdoğan E., Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Balıkesir Özel Hastanesi Örneği Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Kütahya – 2010
109. Kaptan Y., Sağlık Sektöründe Kalite İyileştirmesi Ve İstatistiksel Yöntemlerle İncelenmesi Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı İstatistik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2010
110. Koçak (2009) Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Önemi: Niğde Devlet Hastanesinde Bir Araştırma Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Niğde, 200

111. Kırılmaz H., Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 4, Sayı: 1,Ocak 2013
112. Gürsoy, A., Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane Ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2013
113. Zaim H., Tarım, M., Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan
114. Araştırması, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 59, 2010/2, s. 1–24. Tıp Etiğine Giriş, Erdem Aydın, Pegem Yayınları
115. Tom L. Beauchamp and James F. Childress. Principles of Biomedical Ethics, 6th Edition. Oxford: Oxford University Press, 2008. p. 417

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Yıllara göre sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranı	36
Tablo 2.Meme endokrin polikliniğine başvuran hastaların memnuniyet algısı anketinin soruları	55
Tablo 3. Araştırmaya katılan hastaların medeni hal durumu	58
Tablo 4. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu	59
Tablo 5. Araştırmaya katılan hastaların hastalık durumu	59
Tablo 6. Hekimin kendini tanıması ve yapılacak muayene ile ilgili bilgi vermesi	60
Tablo 7. Muayene süresinin yeterli görölme durumu	60
Tablo 8. Hastaların muayene süre tahmini	61
Tablo 9. Muayene odası ile ilgili özellikler	62
Tablo 10. Muayene odasında bulunan personel durumu	62
Tablo 11.Hastaların refakatçi ile olan bağı	63
Tablo 12.Kişisel bilgilerini verirken refakatçinin muayene odasında olup/olmaması	63
Tablo 13. Muayene odasında kimler olmamalıydı	64
Tablo 14.Hastaların, refakatçilerini gerçekte ne kadar istedikleri	64
Tablo 15. Doktorun önerdiği süre içerisinde tekrar meme muayenesine gelip/gelmeme durumu	65
Tablo 16 Yakınına meme muayenesi gelmesi için öneride bulunma	65

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	10
Şekil 2. Bütüncül sağlık hizmeti sunan kurumlar	11
Şekil 3. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri	16
Şekil 4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	22
Şekil 5: Sağlık Hizmeti Kalite Belirleyicisi	24
Şekil 6. Hasta beklentilerini etkileyen faktörler	28
Şekil 7. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	38
Şekil 8: Hasta-Hemşire Etkileşim Süreci Modeli ve Dengenin Sağlanması	40
Şekil 9. Kalite ve Tatmin Piramidi (Beklentiler Hiyerarşisi)	45