

164557



T. C.  
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KAYSERİ İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN  
ÖĞRETMENLERİN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETLERİNDEN  
MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. ELÇİN BALCI

Danışman  
Yard. Doç. Dr. İSKENDER GÜN

KAYSERİ-2005

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanması, yürütülmesi sırasında desteğini ve emeğini esirgemeyen başta tez danıŐmanım Sayın Yard. Doç. Dr. İskender GÜN'e, Anabilim Dalı BaŐkanımız Sayın Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK'ün Őahsında tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalıŐanlarına ve Kayseri Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne teŐekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık kavramı .....	3
2.2. Sağlığın belirleyicileri .....	4
2.3. Sağlık hizmetleri .....	4
2.4. Sağlık hizmetlerinin özellikleri .....	5
2.5. Sağlık hizmetini kullanmayı etkileyen faktörler .....	6
2.6. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık kurumlarının sınıflandırılması.....	7
2.6.1. Koruyucu sağlık hizmetleri .....	8
2.6.2. Tedavi hizmetleri .....	9
2.6.3. Rehabilitasyon hizmetleri .....	10
2.6.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri .....	10
2.7. Etkili sağlık hizmetinin özellikleri .....	11
2.8. Sevk zinciri .....	12
2.9. Türkiye’de sağlık politikaları .....	12
2.9.1. Cumhuriyet dönemi .....	13
2.9.2. Ülkemizde bugünkü durum .....	17
2.10. Örgütlenme .....	17
2.11. Finansman .....	20
2.12. İnsan gücü .....	21
2.13. Kalite kavramı .....	22
2.14. Sağlık kurumlarında müşteri tatmini .....	22
2.14.1. Müşteri tatmini .....	22
2.14.2. Hasta (müşteri) tatmininin önemi .....	23
2.15. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçümü .....	24
2.16. Hasta tatminini etkileyen faktörler .....	25
2.16.1. Bilgilendirme .....	26

2.16.2. Fiziksel ve çevresel koşullar .....	27
2.16.3. Bürokrasi .....	27
2.16.4. Güven .....	27
2.16.5. Ücret .....	28
2.16.6. Hasta-tedavi ekibi ilişkisi .....	29
2.16.7. Hekim-hasta ilişkileri .....	30
2.16.8. Hekime başvuruyu etkileyen nedenler .....	31
2.16.9. Hasta-hekim ilişkisinde iletişim boyutu .....	31
2.17. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite .....	32
2.18. Hastane hizmetlerinde kalite .....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	35
4. BULGULAR .....	37
5. TARTIŞMA .....	55
6. SONUÇLAR .....	77
7. KAYNAKLAR .....	79
EK: Soru Formu Örneği.....	88
TEZ ONAY SAYFASI.....	92

## KISALTMALAR

**M.Ö:** Milattan önce

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**SB:** Sağlık Bakanlığı

**MSB:** Milli Savunma Bakanlığı

**SSK:** Sosyal Sigortalar Kurumu

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı

**TCDD:** Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları

**KİT:** Kamu İktisadi Teşebbüsü

**DPT:** Devlet Planlama Teşkilatı

**YÖK:** Yüksek Öğrenim Kurumu

**MEM:** Milli Eğitim Müdürlüğü

**SEM:** Sağlık Eğitim Merkezi



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Sağlık hizmetini kullanmayı hazırlayıcı faktörler .....	6
<b>Tablo 2:</b> Sağlık hizmetini kullanmayı kolaylaştırıcı faktörler .....	7
<b>Tablo 3:</b> Araştırma grubunun bazı demografik özellikleri .....	42
<b>Tablo 4:</b> Yaş gruplarına göre çalışılmakta olan okulların dağılımı .....	43
<b>Tablo 5:</b> Cinsiyete Göre Öğretmenleri En Sık Doktora Başvurma Nedenleri .....	44
<b>Tablo 6:</b> En son başvuru yapılan sağlık kuruluşuna göre dağılım .....	45
<b>Tablo 7:</b> Yaş gruplarına göre en son başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının dağılımı .....	45
<b>Tablo 8:</b> Çeşitli işlem sürelerine göre kamu ve özel sağlık kuruluşlarının karşılaştırılması	46
<b>Tablo 9:</b> En son sağlık kuruluşuna başvuru sebebine göre dağılım .....	47
<b>Tablo 10:</b> Sağlık kuruluşu türüne göre tercih nedenlerinin dağılımı .....	47
<b>Tablo 11:</b> Sağlık kuruluşuna göre doktorların şikayetleri dinleme durumu .....	48
<b>Tablo 12:</b> Sağlık kuruluşuna göre muayene süresini yeterli bulma durumu .....	49
<b>Tablo 13:</b> Sağlık kuruluşuna göre doktorun hastalığı anlatma durumu .....	49
<b>Tablo 14:</b> Sağlık kuruluşuna göre doktorun tedaviyi anlatma durumu .....	49
<b>Tablo 15:</b> Sağlık kuruluşuna göre hastaları kontrole çağırma durumu .....	50
<b>Tablo 16:</b> Son başvuru yapılan sağlık kuruluşunda daha iyi hizmet için öneriler .....	50
<b>Tablo 17:</b> Kamu ve özel sektörde hizmetin bazı yönlerinin karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 18:</b> Sağlık kuruluşlarında çeşitli işlemler için para ödeme durumu .....	51
<b>Tablo 19:</b> En son başvuru yapılan sağlık kuruluşundan bazı hizmetlerin alınma durumu ..	52
<b>Tablo 20:</b> Bazı sağlık hizmetleri için tercih edilen sağlık kuruluşları .....	52
<b>Tablo 21:</b> Tekrar sağlık hizmeti alma durumunda sağlık kuruluşu tercihi .....	53
<b>Tablo 22:</b> Öğretmenlerin, son başvuru yerine göre özelleştirmeye bakışı .....	53
<b>Tablo 23:</b> Öğretmenlerin, son başvuru yerine göre sağlık hizmeti sunumuna ilişkin düşünceleri .....	54
<b>Tablo 24:</b> Sağlıkla ilgili çeşitli durumlarda ilk akla gelen sağlık kuruluşları .....	55
<b>Tablo 25:</b> Sağlık hizmetlerinde memnuniyeti artıracak kriter önerileri .....	56
<b>Tablo 26:</b> Sağlık kuruluşlarına göre memnuniyet durumu .....	56
<b>Tablo 27:</b> Memnuniyeti etkileyen çeşitli faktörlerin değerlendirilmesi .....	57
<b>Tablo 28:</b> Cepten ücret ödeme durumuna göre hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi .....	58

# KAYSERİ İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN ÖĞRETMENLERİN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## ÖZET

### Amaç

Araştırma, öğretmenlerin aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyeti değerlendirmek üzere yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, Kayseri merkezindeki okullarda ve dersanelerde görev yapan öğretmenlerden % 50 örnekleme yapılarak 3050 öğretmenin alınması planlanmıştır. Bunlardan 2245 tanesine ulaşılmış ve anket uygulanarak veriler elde edilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğretmenlerin yaş ortalaması  $38.4 \pm 9.0$  yıl; %63.4'ü erkek, %36.6'sı kadındır. Öğretmenlerin %27.7'sinin bilinen bir kronik hastalığı vardır. En sık ifade edilen kronik hastalıklar kulak burun boğaz ve solunum sistemi hastalıklarıdır. Öğretmenlerin %17.5'ı sürekli ve düzenli bir ilaç kullanmaktadır. En sık düzenli kullanılan ilaç grubu kalp ve damar hastalıkları tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Öğretmenlerin kendileri veya yakınları için en son başvurdukları sağlık kuruluşu olarak ilk sırada; özel poliklinikler ve özel hastaneler gelmektedir. Genç yaş gruplarında özel sağlık kuruluşuna başvuru daha yüksek orandadır. Kamu sağlık kuruluşlarında muayene öncesi bekleme süresi, özel sağlık kuruluşlarında muayene süresi daha uzundur.

### Sonuç

Özel sağlık kuruluşunun tercihindeki en önemli nedenler; hizmet sunanlardan yakın ilgi görme, işlemlerin hızlı yürütülmesi, kuruluşun tavsiye edilmiş olması ve güvenmektir. Hastaların başvurularında ilgilenen bir görevlinin olması ve iyi karşılanması, muayene olana kadar çok bekletilmemesi, muayene eden doktorun hastayı dinlemesi, muayene süresinin uzun olması, doktorun hastaya hastalığını ve tedaviyi anlatması, hastaların kontrole tekrar çağırılması, bürokratik işlemlerin azaltılması, teknik donanımın yeterli olması gibi etmenler memnuniyeti artırmakta ve bunlar özel sağlık kuruluşlarında kamudan daha iyi kullanılmaktadır. Kamu sağlık

kuruluşlarında sağlık hizmeti kalitesini ve hasta memnuniyetini artıracak yönde düzenlemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Memnuniyet, öğretmen, özel sağlık kuruluşu, özelleştirme, sağlık hizmetleri





# EVALUATION OF THE SATISFACTION OF TEACHERS FROM HEALTH SERVICES, WHO WORKING IN KAYSERI

## ABSTRACT

### Aim

This survey was performed to evaluate the satisfaction of teachers from the health services they received.

### Materials and Methods

With a calculation of a sample size of 50%, 3050 teachers who work in schools or private tutorial classes in center of Kayseri were planned to be included in this study. Of these, 2245 were contacted and data collected by application of the questionnaire.

### Results

The mean age of the teachers who participated in this study was  $38.4 \pm 9.0$  years, 63.4% of whom were male and 36.6% were female. 27.7% of the teachers had a chronic disease. The most common chronic diseases were stated as ear nose throat and respiratory system diseases. 17.5% of the teachers were regularly using medications. The most commonly used medications were used for cardiovascular diseases. Private outpatient clinics and private hospitals were the last choice of medical institutions, the teachers or their relatives apply to. Application to private medical institutions was more prevalent in young age groups. While Public health institutions had a long duration of waiting, this time was used for examination in private health services.

### Conclusion

The most important reasons for choosing private health institutions were having a more friendly approach and attention from the health service personnel, quicker service,

recommendation of that institution and reliability. Having an interested and friendly personnel at the time of application, not keeping the patients wait long before the physical examination, having a physician who is listening to them, having a long duration of physical examination, the physicians talking them about their disease and treatment, being invited to control visits, having less paperwork, sufficient technical hardware, were the factors increasing satisfaction and private health services use these factors better than public health institutions. Public health institutions need to increase the health service quality and make necessary regulations to increase patient satisfaction.

**Key words:** Satisfaction, teacher, private health institution, privatization, health services



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, bu amaç doğrultusunda mevcut durum tespitleri yapmak, aksaklıkları saptamak, aksayan noktalara çözüm getirmek üzere planlar yapmak ve uygulamaya koymak halk sağlığının ilgilendiği konulardandır (1).

Sağlık hizmetlerinin halka sunuluşu, teknolojik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak değişmektedir. Tarihsel süreç içinde, eskiden parası olanların hekimlik ve sağlık hizmetlerinden yararlanması olağan iken bu konuda en önemli aşama, 1946 yılında kabul edilen İnsan Hakları Bildirisi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık hizmetinden yararlanmanın bir insan hakkı olarak kabul edilmesidir. Bu hak; "ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetmeksizin herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından birisidir" şeklinde ifade edilmiştir (2).

Uyguladıkları ekonomik sistemleri ne olursa olsun tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeftir. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine adil ve dengeli bir şekilde dağıtılması hedeflenmektedir (3).

Yüksek teknolojideki gelişmeler ve bunun tıp alanında uygulamaları sağlık hizmetlerinin kalitesini de yükseltmektedir (3).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetin yapı, süreç ve sonuçlarıyla ilgili öğeleri tanımlayan bir kavram olarak son 10 yıldan bu yana, sağlık alanında anahtar bir terim haline gelmiştir. Bu konuda hizmeti alanların düşüncelerinin bilinmesi için de çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (4).

Hasta memnuniyeti; algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Hastaların hizmeti almadan önce bir takım beklentileri bulunmasının yanında hizmeti aldıktan sonra edinmiş oldukları tecrübeye dayalı olarak bir takım yargılara sahip olurlar. Böylece hastalar, algıladıkları kalite ile bekledikleri kalite arasındaki farkları göz önünde bulundurarak tatmin olup olmadıkları yönünde bir yargıya ulaşırlar (5). Hasta memnuniyeti, hasta uyumunun sağlanması için son derece önemlidir (6).

Hasta memnuniyeti araştırmaları, etkin sağlık hizmetleri üretim sürecinin hem uyarıcısı hem de sonucudur (7). Hizmetten memnuniyet düzeyi ve hizmet alana kadar bekleme süreleri sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyini belirleyen en önemli etkenlerdendir (8).

Sağlık hizmetinden yararlanmada tamamen sağlık personeline bağımlılık söz konusudur. Bu bakımdan hasta ve yakınlarının hastalıkları ve tedavileri konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitimleri son derece önemlidir (9).

Başvuranların tatmin olması ve hizmetin amacına ulaşabilmesinde, hizmet sunanların tutum ve davranışı büyük önem taşımaktadır. Başvurana karşı saygı, anlayış ve doğru bilgi verme, başarılı bir hizmet sunumunun temel özellikleridir. (10).

Öğretmenler toplumun eğitiminde oldukça önemli bir yere sahiptirler (11). Toplumsal yaşamda önemli yeri olan ve bir anlamda toplumun göstergesi sayılabilecek öğretmenlerin sağlık hizmetlerine ilişkin düşünceleri ve değerlendirmeleri yol gösterici olabilir. Bu nedenle Kayseri ilinde görev yapan öğretmenlerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet, beklenti ve önerilerinin değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma yürütülmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, bugünkü içeriğinden farklı olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Hammurabi Kanunları bu konuda en iyi bilinen örnektir. M.Ö. 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, hizmet hekimlerinin sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir (12).

Sağlık kavramı farklı biçimde tanımlanmakla birlikte günümüzde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) geliştirmiş olduğu sağlık tanımının büyük kabul gördüğü söylenebilir. DSÖ, sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir (1, 12).

Canlılar aleminin temel içgüdüğü sağlığını korumak ve neslini sürdürmektir. Beslenme, çiftleşme, tehlikeden kaçınma, acı dindirme gibi diğer bir çok içgüdü ve davranışın da asıl kaynağı bu içgüdüdür. Bu nedenle de, sağlığı koruma çaba ve davranışları ilk canlı ile başlamış ve günümüze dek süregelmiştir (13).

## 2.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum, sağlık durumunu 4 temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığı ile birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranışlar), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Bu dört faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. Örneğin; akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünüdür. Akraba evlilikleri genetik sorunları ve sakatlıkları bulunan yeni kuşakların ortaya çıkmasına yol açabilir (12).

Sağlıkla ilişkileri incelendiğinde bazı kültürel faktörlerin, olayları kolaylaştırdığı, olayın doğrudan nedeni olduğu veya koruyucu özellikler taşıdığı görülmektedir. Medikal antropologlar ve epidemiyologlar tarafından incelenen bu faktörler arasında; ekonomik durum, aile yapısı, cinsiyete dayalı roller, evlilik örüntüleri, cinsel davranışlar, kontraseptif kullanımı, nüfus politikaları, gebelik ve çocuk doğurma ile ilgili uygulamalar, çocuk yetiştirme, diyet, giyim, kişisel hijyen, din, boş zaman aktiviteleri, kendi kendini tedavi etme stratejileri ve geleneksel tedaviler ve meslek, sayılabilir (12, 14).

Erkek ve kadınların aynı meslekte olup olmadıkları, toplumda bazı mesleklerin yalnızca bazı özel kişilere, ailelere, gruplara ait olması, bazı mesleklerin diğerlerine göre daha yüksek prestij ve dolayısı ile daha fazla ödül sağlaması, bazı meslek gruplarının ise daha riskli olmasına yol açabilir. Endüstri toplumlarında yaygın olan bazı modern mesleklerde bazı hastalıklar yüksek insidansla (kömür işçilerinde pnömokonyoz, boya işçilerinde mesane kanseri vb.) görülmektedir (14).

Birey ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen ana unsurlardan biri sağlık hizmetleridir (12).

## 2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık hizmetlerini; “belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin 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 tanımlamaktadır. Sağlık

hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında değişik tip sağlık personeli tarafından yürütölen çabaların tümü olarak da tanımlanabilir (1, 15). Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini içermektedir (1, 12).

Blum'ın çevresel sağlık modeli, birey ve toplumun sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesi sürecinde sağlık hizmetlerinin sanıldığından daha az etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Başka bir anlatımla, bir ölkede sağlık sisteminin çok iyi işlemesi, o toplumun sağlık durumunun yüksek olduğu anlamına gelmemektedir. Blum'un modeli makro boyutta, sağlık planlamacılarının ve yöneticilerinin, sağlık kavramına çok yönlü yaklaşımlarını ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek için, sağlık hizmetleri dışında kalan faktörler üzerinde de odaklaşmalarını gerektirmektedir. Bu gereksinmeye paralel olarak, sektörler arası işbirliği olarak kavramlaştırılan çalışmalara ağırlık verilmiştir. Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü de sektörler arası işbirliği üzerinde durmaktadır (12, 16).

Sağlık hizmetlerinin üretimin gerçekleştiren kişi ve kurumların oluşturduğu sistem Üretim Alt Sistemi'dir. Üretim Alt Sistemi, genel olarak dört ana grupta toplanan sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştirmektedir. Bunlar, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Üretim alt sistemi, doğrudan sağlık hizmeti üreten ve sunan sağlık kurumlarını içermektedir (12).

#### **2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ**

Sağlık hizmetlerini diğer endüstri ve hizmet kurumlarından ayrılan özellikleri vardır. Sağlık kurumları hizmet üreten kurumlardır. Sağlık hizmetlerinin ayırt edici özellikleri şöyle sıralanabilir (12):

1. Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür (Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısı insandır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını diğer hizmet endüstrilerinde olduğu gibi görmek ve değerlendirmek mümkün değildir. Bir otelde yenilen yemeğin miktarı ve niteliği konusunda kolayca bir yargıya varmak olanaklı iken, hastanede bir ameliyatın sonuçlarını anında ve kolayca değerlendirmek mümkün olamamaktadır).
2. Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.



3. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
4. Yapılan işler, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
5. Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
6. Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eş güdüm gereklidir.
7. Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eş güdüm, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
8. Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
9. Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır (12).

## 2.5. SAĞLIK HİZMETİNİ KULLANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını belirleyen ana faktörler:

**1. Hazırlayıcı Faktörler:** Bazı bireylerin diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimleri vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler, bireyin toplumsal, ekonomik ve kişilik- davranış özelliklerini içermektedir (12).

Tablo 1. Sağlık Hizmetini Kullanmayı Hazırlayıcı Faktörler

Hazırlayıcı Faktörler		
Demografik	Sosyal- Ekonomik	Tutum ve Davranış
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yaş</li> <li>• Cinsiyet</li> <li>• Irk</li> <li>• Hane halkı sayısı</li> <li>• Medeni durum</li> <li>• Hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler</li> <li>• Komşuluk ilişkileri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eğitim düzeyi</li> <li>• Meslek</li> <li>• Gelir</li> <li>• Toplumsal sınıf</li> <li>• İstihdam durumu</li> <li>• Etnik köken</li> <li>• Dinsel köken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi</li> <li>• Koruyucu hizmetlerin kullanımına ilişkin tutumlar</li> <li>• Bireye göre sağlık hizmetinin değeri</li> <li>• Hastalık bilgisi</li> <li>• Tepki eşiği</li> <li>• Tıbbi bakımdan tatmin</li> <li>• Ücret-ödemede tatmin</li> </ul>



**2. Kolaylaştırıcı Faktörler:** Bireyler sağlık hizmeti kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı araçların var olması gereklidir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir (12).

Tablo 2.Sağlık Hizmetini Kullanmayı Kolaylaştırıcı Faktörler

Kolaylaştırıcı Faktörler	
Aile	Kamusal Özellikler
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ailenin toplam geliri</li><li>• Sigorta-sosyal güvence durumu</li><li>• Düzenli bakım</li><li>• Başvuru süresi</li><li>• Ulaşım süresi</li><li>• Kuyrukta bekleme süresi</li><li>• Özel muayene olanağı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İkamet</li><li>• Bölge</li><li>• Nüfusun hizmet kullanım oranı</li><li>• Yatak başına düşen nüfus</li><li>• Hizmetin sürekliliği</li><li>• Hizmetin ulaşılabilirliği</li><li>• Ekonomik sistem</li></ul>

**3. Gereksinim:** Birey veya onun ailesi, hastalığı veya hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılayabilirler. Hastalığın algılanması yani hizmet gereksiniminin algılanması, sağlık hizmeti kullanımına yol açan temel uyarandır. Klinik değerlendirme de bu sürecin bir parçasıdır. Zira birey hastalık durumunu algıladıktan sonra formal hizmet arama davranışı göstererek sağlık kurumuna yönelmektedir. Bu yöneliş bir isteğin ürünüdür. Bireyin sağlık durumunu düzeltme isteği ile sağlık kurumuna başvurmasıyla gerçek anlamda talep ortaya çıkmaktadır. Klinik değerlendirme sağlık çalışanlarının yargılarını içeren teknik bir süreçtir. Bireyin sağlık hizmeti talebini büyük ölçüde –çağdaş tıp bilimine dayalı olarak- hekim belirlemekte ve hekim hastayı yönlendirmektedir (12).

Hizmet kullanımını etkileyen bir diğer önemli faktör de, ülkenin ekonomik sistemidir. Ekonomik sistemin dayalı olduğu felsefenin insan ögesine bakışı açısından, yukarıda sayılan kullanımı etkileyen faktörler üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisinin bulunduğu söylenebilir (12).

## 2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN VE SAĞLIK KURUMLARININ SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılabilir. Bununla birlikte sağlık kurumlarının büyük bölümünün,

dört grupta toplanan sağlık hizmetini değişik düzeylerde ürettikleri gözlenmektedir. Örneğin bir sağlık ocağı, temel işlevi koruyucu sağlık hizmeti sağlamak olmasına rağmen, teşhis ve tedavi hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili (sağlık eğitimi gibi) hizmetler de sağlamaktadır. Hastaneler için de aynı durumun geçerli olduğu söylenebilir. Hastaneler temel işlevleri olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu yanında, koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama gibi), rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi (sigarayı bıraktırma poliklinikleri gibi) hizmetlerini de sağlamaktadır (1, 12).

### **2.6.1. Koruyucu sağlık hizmetleri**

Koruyucu sağlık (hekimlik) hizmetleri; çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere evre sağlığı hizmetleri denir. Bu hizmetler bu konuda özel eğitim almış mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, evre sağlık teknisyeni ve benzeri meslek grupları tarafından sağlanır. evre sağlığı hizmetleri kapsamında yrtlen hizmetlerin bir kısmı şunlardır (1, 12):

1. Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
2. Katı atıkların denetimi
3. Zararlı canlılarla (haşere) mücadele
4. Besin sanitasyonu
5. Hava kirliliğinin denetimi
6. Gürültü kirliliğinin denetimi
7. Radyolojik zararlıların denetimi
8. İş sağlığı

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü hizmetlerdir. Bu hizmetlerin başlıcaları ise şunlardır (12):

1. Bağışıklama
2. Beslenmeyi düzenleme
3. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
4. Ana-ocuk sağlığı hizmetleri
5. Aşını doğurganlığın denetimi
6. İlaçla koruma (kemoprofilaksi)
7. Kişisel hijyen

## 8. Sağlık eğitimi

Koruyucu sağlık hizmeti sunan başlıca kurumlar, sağlık evi, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, iş yeri revirleri ve çevre sağlığı birimleridir (12).

### 2.6.2. Tedavi hizmetleri

Tedavi hizmetleri; sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri temel olarak hekimin sorumluluğunda ve diğer sağlık görevlilerinin katkılarıyla gerçekleştirilir. Tedavi edici sağlık hizmeti veren kurumları; günü birlik (ayaktan) ve yataklı tedavi merkezleri olarak sınıflamak mümkündür (12).

Ayakta tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri içermektedir. Ayaktan bakım hizmetleri çeşitli sağlık kurumları tarafından (özel muayenehaneler, hastane poliklinikleri, özel poliklinikler, acil servisler, işyeri revirleri, okul sağlığı merkezleri gibi) sağlanmaktadır (12).

Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da sınıflandırılmaktadır. Buna göre tedavi hizmetleri;

1. Birinci basamak tedavi hizmetleri
2. İkinci basamak tedavi hizmetleri
3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılabilir.

Birinci basamak tedavi hizmetleri daha çok günü birlik tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknolojiyi gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise, üniversite hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleridir (12).

**Özel Muayenehane:** Hekim ve diş hekimleri tarafından kurulan, tanı ve tedavi hizmetleri veren kurumlardır (12).

**Özel Poliklinik:** Birden fazla hekim, diş hekimi ve bazı alt ünitelerin (laboratuvar, radyoloji ünitesi gibi) bir araya getirilmesiyle oluşturulmuş, tanı ve ayaktan tedavi hizmetlerinin verildiği, kamu bağlantısı olmayan kurumlardır. Yeni değişikliklerle kamu personeli de artık bu birimlerden faydalanabilmektedir (12).

**Özel Hastane:** Birden fazla hekim, diş hekimi ve bazı alt ünitelerin (laboratuvar, radyoloji ünitesi, hasta bakım servisleri, ameliyathane gibi) bir araya getirilmesiyle oluşturulmuş, tanı, ayaktan tedavi ve yataklı tedavi hizmetlerinin verildiği, kamu

bağlantısı olmayan kurumlardır. Yeni değişikliklerle kamu personeli de artık bu birimlerden faydalanabilmektedir (12).

### **2.6.3. Rehabilitasyon hizmetleri**

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerinin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, eş güdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığı ile kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (12).

Rehabilitasyon hizmetleri, yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Yataklı tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde rehabilitasyon merkezleri; "organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile, kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler" olarak tanımlanmaktadır (12).

Rehabilitasyon merkezleri ikiye ayrılmaktadır (17):

1. Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Duruş bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir.
2. Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlığı ve özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma yada öğretme çalışmalarını kapsar.

### **2.6.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin sağlık düzeylerinin daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün bir çok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir (12).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, saf sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı

hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık eğitimi, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıktan korunma ve başa çıkma, sağlık sistemi ve işlevleri, sağlık sistemini kullanma ve sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ise birey ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik tüm çalışmaları kapsamaktadır (12).

Sağlık eğitimi dar kapsamlıdır; birey ve grupları hedef alır. Sağlığın geliştirilmesi ise daha geniş kapsamlıdır; çevreyi, ulusal ve uluslar arası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi görevi, tanımından da anlaşılabilir gibi, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda değil, ulusal ve uluslar arası bağlamda tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına sağlığın yükseltilmesi konusunda görevler düşmektedir (12).

## **2.7. ETKİLİ SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ**

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin hem makro hem mikro düzeyde planlanması, organize edilmesi ve sunulmasında bu özelliklere dikkat edilmesi yararlı olacaktır. Sağlık hizmetleri bütünlük göstermeli ve eş güdüm içinde sunulmalıdır. Etkili sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır: (12).

**1. Kolay Kullanılabilirlik:** Hem hizmetten yararlananlar hem de hizmet sunanlar açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik; “bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi” olarak tanımlanabilir. Hizmeti sunanlar bakımından kolay kullanılabilirlik ise; “hizmeti sunan kişilerin (sağlık profesyonellerinin), ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetlere ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi anlamına gelir.

**2. Kalite:** Hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.

**3. Süreklilik:** Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetinin sürekliliği, hizmetlerin entegre olmasıyla başarılabilir.

**4. Verimlilik:** Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığı ile, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağı çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır.



## 2.8. SEVK ZİNCİRİ

Sağlık kurumları, hizmet kapsamlılığı bakımından farklılaşmaktadır. Hizmet kapsamı, verilen hizmetlerin çeşitliliğini ve verilmiş sürecinde kullanılan bilgi ve teknoloji anlamına gelmektedir. Bir sağlık kurumunun bütün hastalıkları tedavi etmesi olanaksızdır. Örneğin üniversite hastanesinde sağlanan tüm teşhis ve tedavi hizmetlerinin bir sağlık ocağında verilmesi mümkün değildir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere göre daha dar kapsamlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, tedavisi yoğun bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle de ilgilenmektedir. İkinci ve üçüncü basamak hizmetleri büyük ölçüde tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi – toplumun ihtiyaç duyduğu anda bir hizmet kaynağına ulaşabilme kolaylığı- ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinden daha yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetlerinden daha düşüktür. Çünkü; birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen tedavi hizmetleri daha az karmaşık olmaları yanında, daha az yatırım ve işletme sermayesi gerektirmektedir (12).

Makro açıdan sağlık sisteminin performansının yükseltilmesi için, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin eş güdümlü olması ve bütünlük göstermesi gereklidir. Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavisi mümkün olan hastalıkların bu basamağı atlayarak ikinci ve üçüncü basamakta tedavi edilmesi, sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (12). Ülkemiz için hazırlanan kalkınma planlarında, sağlık hizmeti basamakları arasında etkin, işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilmesi öngörülmektedir (18).

Sevk zincirinin uygulanması durumunda bireyler ilk önce birinci basamak sağlık hizmetinden (sağlık ocağı) yararlanacaktır. Birinci basamak çerçevesinde bireyin sağlık gereksinmesi karşılanamıyorsa birey ikinci basamak sağlık hizmetlerine (örneğin ilçe hastanesi) başvuracaktır. Bu basamakta da gereksinimleri karşılanamıyorsa üçüncü basamak kurumlarına (il devlet hastanesi, bölge hastanesi gibi) sevk edilecektir (12).

## 2.9. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Evrenselleşmiş olan çağdaş sağlık anlayış ve uygulamalarına karşın, toplumlarda farklı biçimlerde sağlık hizmetleri sunulduğu ve farklı sağlık politikalarının varlığı gözlenebilmektedir. Günümüzde var olan sağlık politika ve

hizmet anlayışları, genel olarak, iki seçenek halinde netleşmektedir. Bunlardan birisi; sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış ve temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak görür. Diğer seçenek ise, bu temel insanlık hakkını toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakan ve insanların bu haktan, fırsatları oranında yararlanmasını öngören politikadır. Sağlık politikalarının oturduğu bu iki eksen / seçenek, sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi tüm diğer alt politika ve uygulamalarını da belirlemektedir. Örneğin birinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası, finansmanda toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, örgütlenme ve hizmet sunumunda kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenekte ise, hizmet başı ödeme ve özel sigortacılık finansman yolu olarak seçilirken, örgütlenme ve hizmet sunumunda özel kuruluşlar yeğlenmektedir. Seçilen / benimsenen genel politika, alt politika ve uygulamalara, ülkenin sosyokültürel yapısına göre farklı derece ve biçimlerde yansımaktadır. Bu nedenle de bu genel politikanın, açık ve net uygulamaları her zaman ve her toplumda görülmemektedir. Bu durum, sanki çok çeşitli sağlık politika ve uygulamaları varmış gibi bir görüntü ortaya çıkarmaktadır (13).

### **2.9.1. Cumhuriyet Dönemi**

Türkiye Büyük Millet Meclisince 2 Mayıs 1920'de kabul edilen Üç Sayılı Yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti kurularak, sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine kavuşturulmuştur. Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşulları ve henüz Cumhuriyet'in ilan edilmemiş olmasına karşın, sağlık hizmetlerinin bu öncelik ve düzeyde ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemin en açık kanıtıdır (13, 19).

1920 yılında, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş bir örgüt ve alt yapı, ne de köklü ve geçerli bir yasal düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek pek de yanlış olmaz (13).

Dr. Adnan Adıvar'dan sonra bakanlığa atanan Dr. Refik saydam, kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür. Bu nedenle Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur. İllerde kurulan ve valieye bağlı olan Sağlık Müdürlükleri ile ilçelerde kaymakama bağlı olan Hükümet Tabiplikleri örgütün temel taşlarını oluşturmuştur. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilerek doğrudan merkezi hükümetçe üstlenildiği bu dönemde, hastanelerin yerel idarelere (belediyeler ve il özel idareler) bırakılması düşünülmüştür. Bu amaçla bir yandan yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken öte yandan da bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, Sivas, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır. Özet ve sonuç olarak; Refik Saydam döneminde kamunun farklı birimlerince yürütülmesi düşünülse de tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak algılanmış ve ele alınmıştır (13, 19).

1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr.Behçet Uz "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" ya da "Behçet Uz Planı" olarak anılan planı hazırlayarak yürürlüğe sokmuştur. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bu plan gereğince; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü (13).

Bu planda, çağdaş sağlık politikasının temel ilkelerinden olan koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin entegre edilmesi, hizmet birimlerinin genel idareden ayrı ve nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece bir yandan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi, öte yandan da yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerin de yararlanması hedeflenmişti. Behçet Uz'dan sonra bu plan gereği ve yeterince uygulanmamış ve giderek her ilçeye sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür. Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son



verilmesinin bir sonucu olarak geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan merkez hekimleri ise koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuştur. Zaman içerisinde sağlık merkezlerinin bazıları hastaneye, bazıları da sağlık ocağına dönüştürülmüştür (13).

Özel İdare hastaneleri 1953 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, tüm hastane hizmetleri bir merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun bir sonucu olarak, il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak tedavi edici hizmetlerin yurt sathına yayılmasında önemli mesafeler kaydedilmiştir. Bu olumlu gelişmeye koşturarak hastane hizmetleri bakanlık merkezinde öncelik ve öneme sahip olan tek hizmet haline gelmiştir. Ancak bu gelişme diğer bir olumsuzluğu da beraberinde getirmiş ve birinci basamak ve koruyucu hizmetlerin ikinci plana itilmesi, diğer bir anlatımla ihmal edilmesi sonucunu doğurmuştur. Diğer yandan bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan bu politika tedavi kuruluşlarının da Anadolu'ya yayılmasının hızını kesmiştir (13).

Her ne kadar Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi politikaya hakim olan görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olma yönünde olmuş ise de alttan alta bu hizmetlerin özel sektör aracılığı ile götürülmesi görüşü hep var olagelmıştır. Bu durumda bir yandan kamu hizmetleri olabildiğince güçlendirilmek ve yaygınlaştırılmak istenirken öte yandan da özel sektörün gelişmesi için büyük gayretler sarf edilmiştir. Sağlık politikası alanında var olan bu yapı, 1950'den sonra daha belirgin hale gelmiş ve özellikle hükümetler düzeyinde hizmetlerin özel sektöre devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır ve özellikle kırsal kesim olmak üzere, gerek tedavi edici hizmetlerde ve gerekse koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle karşılamak da olanaksız hale gelmiştir. İşte böyle bir ortamda 1960 yılında yönetimi devralan İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerini önem ve öncelikle ele almıştır (13).

Bunun bir sonucu olarak, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devlete bir görev olarak verilmiştir. Bu maddeler doğrultusunda hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin

yeniden ve bu anlayışla düzenlenmesi / örgütlenmesi öngörülmüştür. Bu amacı gerçekleştirmek üzere zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz bir dönem başlamıştır (13).

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Yasayla, sağlık hizmetlerinin her anlamda entegre edilerek, bir bütün halinde ve tek elden yurt sathına yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak ülke koşullarına çok uygun olan Sosyalleştirme Programı, merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme / çatışma alanı haline getirilerek programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır (13).

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır (13).

Bu gidişin Türkiye'ye de yansımaları uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir (13).

1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler çıkarılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir (13).

Özetlenen bu gelişmeden anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından 1960'ların ortalarına dek izlenen resmi sağlık politikası, zaman zaman tereddüt geçirilmiş ve özel sektörün gelişmesi için her türlü ortam yaratılmış ise de, hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur. Buna koşut olarak da her geçen yıl hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır (13).

### 2.9.2. Ülkemizde Bugünkü Durum

Son yıllara hakim olan bu yapı nedeniyle sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıya dönüşmüştür. Bunun doğal bir sonucu olarak, Cumhuriyet'ten günümüze kaydedilen olumlu gelişmeler hızını kaybetmiş, gerek sağlık hizmetlerinin düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi açısından gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığı gibi, toplumun içinde bulunduğu sosyo ekonomik ve kültürel düzeyin de gerisinde kalmıştır (13).

Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili göstergelerde önemli gelişmeler sağlanmasına rağmen, gerek başlangıçta 224 sayılı kanun taslağının bütün olarak yasalaşamaması, gerekse uygulamaların zamanında yürürlüğe sokulamaması nedeniyle bu modelin çok başarılı olmadığı yönünde düşünceler hep var olmuştur. Bu nedenle 1980'li yılların ikinci yarısından beri hükümetler, mevcut kanunun geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yerine, sağlık alanında yeni model arayışına girmişlerdir; bu arayış halen devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili değişikliklerin de yer aldığı bu arayıştaki seçeneklerden biri de aile hekimliğidir (13, 20).

Gelinen noktada bulunan çözüm genel hatları ile, örgütlenmede sağlık ocakları ve devlet hastanelerinin kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan "aile hekimliği" ve özel hastanelerin kurulması ve finansmanda ise genel bir kamu sigortası "genel sağlık sigortası" üzerine oturtulmuş "özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme"dir. Bu geçişte başarılı olunabileceği henüz belli değildir. Bunun toplum ve ülke sağlığına getirecekleri ise hayli tartışmalıdır (13).

Aile hekimliği yada genel pratisyenlik, temel sağlık bakımı hizmetlerinin ana unsurlarındandır. Temel sağlık bakımında görev yapan pratisyen hekimler, enerjilerini ve mesleki yeteneklerini; evde, toplumda ve hastanede, yaş ve cinse bakmaksızın, ana rahminden ölüme kadar insanlığın bakımına adanmış sağlık çalışanlarıdır. Pratisyenlerin bu görevlerini tam olarak nasıl yapacakları, her ülkede yapılmış örgütsel düzenlemelerle belirlenmiştir. Temel sağlık bakımında görev alan pratisyenler, bakım verdikleri insanlarla olan ilişkilerinde sadece sağlığın fiziksel unsurları ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yanları ile de ilgilenirler. Bu nedenle onlar tüm insanlığa ait en önemli ve en büyük grup olarak ailelere hitap ederler (21).

### 2.10. ÖRGÜTLENME

Günümüz Türkiye'sinde sağlık sektörünün genel örgütlenmesine bakıldığında, örgütlenmenin açık ve net olduğunu söyleyemiyoruz. Çok sayıda

resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde ve gerekse finansmanında görev yapmakta olup, bunların sayısı elliye yakındır. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Tıp Fakülteleri, Milli Eğitim Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları, Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti veren başlıca kuruluşlardır. Buna ek olarak dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında, kar amaçlı ve özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir (13, 22)

Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla beraber, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Özetle Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eş güdümü söz konusu değildir. Bir çok kuruluş birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da var olan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması sağlanamamaktadır. Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşların genellikle ve yalnızca hastane hizmeti ürettiği ve sınırlı gruplara hizmet verdiği göz önüne alındığında, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin temel çatısını Sağlık Bakanlığı örgütünün oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz. Ayrıca yürürlükteki yasalara göre ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş da Sağlık Bakanlığı’dır (13).

Sağlık Bakanlığı merkezi yönetime dayalı bir örgüt olup merkezde bakan, illerde ise valiler örgütün temel otorite noktalarını oluşturmaktadır. Bakanlık yapısında hem yatay hem de dikey olarak örgütlenmiş programlar vardır. Verem ve Sıtma hizmetleri dikey olarak örgütlenmiş programların örnekleridir. Buna karşılık temel sağlık hizmetleri programı yatay olarak örgütlenmiş ve yürütülen bir programdır (13, 23).

Merkezi düzeyde; bakan, müsteşar ve müsteşar yardımcıları vardır. Bunların altında sekiz kadar ana hizmet birimi, sekiz kadar yardımcı hizmet birimi ve dört bağlı birim olmak üzere yirmiye aşkın birim vardır (13, 23).

İllerde sağlık hizmetlerinin başı validir. İl Sağlık Müdürü, valinin müşaviri ve onun adına hizmeti yöneten kişi konumundadır (13, 23).

Yukarıdaki idari yapısı özetlenen Sağlık Bakanlığı birimlerinde hizmetlerin akışı ise genel hatları ile şöyle özetlenebilir. En uçta 2500-3000 nüfusa bir Sağlık Evi bulunur. Sağlık evlerinde personel olarak yalnızca ebe görevlidir, başka personel bulunmaz. Sağlık evlerinde en önemli görev ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile toplumsal ve kişisel hijyen, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların annelik ve

anneliğe hazırlık eğitimleri, aşı uygulamaları, ölüm, doğum ve göçlerin saptanması, izlenmesidir. Bunların yanında kendine bağlı nüfusta enfeksiyon hastalıkları, aile planlaması, beslenme ve sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve benzeri diğer sağlık sorunlarından da sorumludur (12, 13).

Sağlık Evi'nin bir üzerinde olan kuruluş sağlık ocağıdır. Kırsal alanda 5-10 bin kişiye, kentlerde ise 15-35 bin kişiye bir Sağlık Ocağı bulunur. Sağlık ocaklarında nüfusa bağlı olarak sayısı değişmek üzere hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebe ile birlikte yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Sağlık ocakları, koruyucu sağlık hizmetleri yanında evde ve ayakta tedavi hizmetleri ile yükümlüdür. Kendine bağlı nüfusta, sağlıkla ilgili tüm olayları izler, değerlendirir ve kendi olanakları ile çözebileceği sorunları çözer, çözemediği sorunlar için ise, üst kuruluşlardan yardım ister. Sağlık ocakları en geniş anlamdaki sağlık hizmetlerinin ilk başvuru ve izleme noktasıdır (13).

Sağlık ocaklarının başlıca görevleri şunlardır (12):

1. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri
2. Aile planlaması hizmetleri
3. Bağışıklama
4. Çevre sağlığı hizmetleri
5. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele
6. Okul sağlığı hizmetleri
7. Laboratuvar hizmetleri
8. Sıtma eradikasyon hizmetleri
9. Verem, trahom, frengi ve lepra savaş hizmetleri
10. Sağlık eğitimi ve hizmet içi eğitim hizmetleri
11. Hasta bakım (poliklinik) ve sevk hizmetleri
12. İlk yardım ve acil yardım hizmetleri
13. Sosyal yardım hizmetleri
14. Sağlık evi hizmetlerinin eş güdümü ve desteklenmesi

Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri (AÇSAP); sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içinde diğer ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık



hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan sağlık kurumlarıdır (12, 13).

AÇSAP merkezlerinde verilen hizmetler ücretsizdir. Ancak özellik arz eden hizmetlerden Bakanlığın belirleyeceği kurallar doğrultusunda gerektiğinde ücret alınabilir. Merkezlerde verilen hizmetler şunlardır (12):

1. Aile sağlığı ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri
2. Çocuk ve adolesan sağlığı hizmetleri
3. Kadın ve erkek üreme sağlığı hizmetleri (Aile planlaması hizmetleri dahil)
4. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
5. Poliklinik hizmetleri
6. Laboratuvar hizmetleri
7. Eğitim hizmetleri
8. Hizmet içi eğitim hizmetleri
9. Halk eğitimi hizmetleri
10. Mezuniyet öncesi uygulamalı eğitim hizmetleri
11. Erken teşhis hizmetleri
12. Danışmanlık hizmetleri
13. Kayıt bildirim ve değerlendirme hizmetleri

## 2. 11. FİNANSMAN

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigortacılık veya kapalı ağ sistemi ile hizmet başı bedel ödeme olmak üzere dört model vardır. Türkiye’de bu finans modellerinden hemen hemen tamamı uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamaları, doğrudan devlet ödemeleri ve üniversite hastaneleri giderleri genel bütçeden karşılanırken, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ödemeleri zorunlu sigortacılık kapsamına girmektedir. Ayrıca hizmet başı bedel ödenmesi de yaygındır. Özel sigortacılık hizmetleri son yıllarda teşvik görmekte ve hızla gelişmekte olup, iki buçuk milyon dolayında kişi bu tür sigortalara üye olmuş durumdadır. Henüz kapalı ağ sistemi uygulamaları yok ise de yasalar uygundur ve yakın bir gelecekte uygulamaya girmesi olanaklıdır (13).

Türkiye’de farklı finansman kaynak ve modellerinin bir arada bulunması nedeniyle, kesin hesaplar yapılamamakta ve sağlık sektöründeki finans durumu net

olarak gösterilememektedir. Buna rağmen eldeki mevcut verilerden hareketle, bazı ölçütler elde edilebilmektedir (13).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında bilinen tüm yöntemlerin birlikte kullanılması, bir avantaj yaratarak, sağlık için toplanan paranın miktarını artırabilir gibi görünmekte ve algılanmaktadır. Oysa bu böyle olmamaktadır. Nitekim Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de gerek ulusal gelirden gerekse kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan payın çok küçük olduğu görülmektedir. Buna karşılık finansman yöntemlerinden belli birisinin tercih edilmemiş olması bir kargaşa ortamı yaratmaktadır (13).

### 3. 12. İNSAN GÜCÜ

Türkiye’de sağlık insan gücünün başlıca elemanları; hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebelerdir. Sağlık insan gücünün planlanması ve eğitim esaslarının belirlenmesi yetkisi genel olarak, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı’na (DPT) verilmiştir. Buna karşılık yüksek öğrenimli sağlık personelinin yetiştirilmesinde sayısal planlama DPT ve Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi lise ve dengi okulu mezunu sağlık personelinin gerek sayısal planlaması ve gerekse eğitimi son 10 yıla kadar Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmekte ve yürütülmekteydi. Tıp fakülteleri, SSK ve Kızılay gibi diğer bazı kurumlarca da hemşire yetiştirilmekte ise de bunların genel içindeki sayısı çok azdır. Ayrıca bu okulların yüksek öğrenime dayandırılmasına bağlı olarak bu tip okullar zaman içinde kapanmıştır. Bugün ise ebe, hemşire eğitimleri de fakülteler ve YÖK aracılığı ile sağlanmaktadır (13).

Personel istihdamında bilinen tüm istihdam biçimleri vardır. Yani 657 Sayılı Yasa kapsamına giren maaşlı, SSK Yasası kapsamına giren ücretli ve sözleşmeli ya da tamamen özel çalışan olmak üzere her kademedeki ve türden personel söz konusudur. Hatta bazen aynı kişi bu istihdam biçimlerinden üçünün de kapsamına girebilmektedir (13).

Günümüzde sağlık personelinin sayısı ve niteliğinin yeterliliği konusu çeşitli odaklarca tartışılmaktadır. Ancak şurası kesindir ki; sağlık insan gücü alanında Cumhuriyet’le birlikte büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Nitekim 1923 yılında 554 hekim, 4 eczacı, 69 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunduğu göz önüne alındığında, bugün gelinen noktanın büyüklüğü tartışma götürmez (13). Örneğin, hekim başına düşen nüfus 1950’de 3038’den 1998’de 859’a düşmüştür. Ancak bu

olumlu gelişmeye karşın hekim başına düşen nüfus açısından bölgeler ve iller arasında eşitsizlikler söz konusudur (24) .

### **2.13. KALİTE KAVRAMI**

“Kalite” kavramı pazarlama bakış açısı ile “müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, müşterinin beklenti ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır. Pazarlama bakış açısına göre bir hizmetin kaliteli sayılması için müşteri istek ve beklentilerini karşılaması, yani müşterileri tatmin etmesi gerekmektedir. Ancak beklentiler çok düşük ise, bu beklentilerin karşılanmış olması verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamını taşımaz (12).

### **2. 14. SAĞLIK KURUMLARINDA MÜŞTERİ TATMİNİ**

**Müşteri Kavramı:** Sağlık işletmelerinden hizmet alanların müşteri olarak tanımlanmaları aynı bağlamda bu müşteri grubunun tatmini kavramına yönelik araştırmaların giderek yaygınlaşmasına neden olmuştur. Bu yönü ile hasta tatmini, arzu edilen tedavi sonuçlarından biri olarak, aynı zamanda sağlık durumu göstergesi olarak kabul görmektedir (7, 12).

#### **2. 14. 1 Müşteri Tatmini**

Tüm diğer işletme müşterilerinden farklı olarak hasta tatmini, çıktı kalitesini de etkileyebilen önemli bir özelliğe sahiptir. Çünkü hastanın hizmet üretim sürecinde tatmin olması, sürece (tedavi planına) uyumunu artıracak, sonuçta ise çıktı kalitesi yükselecektir (25, 26). Ayrıca, bir önceki hizmet sürecinde tatmin olmuş hasta, sonraki hizmet gereksinimini daha tereddütsüz talebe dönüştürerek, erken teşhis ve tedavi olanağına sahip olacaktır (7, 12).

Müşteri tatminini belirleyen bir diğer faktör, müşterilerin aldıkları hizmetle ilişkin algılamalardır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre de farklılaşmaktadır. Bir müşterinin beklentileri karşılandığında o müşteri aldığı hizmetten tatmin olacaktır. Beklentileri tam karşılanamamış hastalar, tatmin edilmemiş müşteri olarak kabul edilecektir (12).

Sağlık kurumlarında müşteri tatmini, sunulan hizmetler ve hizmet sunum süreçlerine göre farklılık göstermektedir. Örneğin bir hastaneye yatırılan hasta, bürokratik işlemlerle veya kafeterya hizmetleriyle ilgili olarak tatminsizlik duyarken, laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden son derece memnun olabilir. Müşteri tatmin ve memnuniyetini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumları yöneticilerinin öncelikle



yapması gereken faaliyet, tatminsizliğin hangi hizmet veya hizmet sürecinden kaynaklandığını belirlemektir (12).

## 2. 14. 2. Hasta (Müşteri) Tatmininin Önemi

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Hasta tatmini dört nedenden dolayı önemlidir:

1. İnsancıl nedenler,
2. Ekonomik nedenler,
3. Pazarlama,
4. Etkililik

**1. İnsancıl Nedenler:** Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti alma hakkı gelmektedir. Ağrılı, endişeli, gerilimli bir biçimde sağlık kurumuna gelen hastaların, en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları vardır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması, hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gereklidir. Hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, aynı zamanda hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Türkiye’de de 1998 yılında Hasta hakları Yönetmeliği hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur (12).

Bu yönetmelik; herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır (12).

Aynı yönetmelikte sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulmasının zorunlu olduğu belirtilmiştir:

1. Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.
2. Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, hiçbir merci yada kişinin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
3. Sağlık hizmetinin verilmesinde hastaların ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları ve diğer

farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

4. Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
5. Kişi rızası ve Bakanlığın izni olmadan tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
6. Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının gizliliğine dokunulamaz.

**2. Ekonomik Nedenler:** Hastalar hizmetin alıcısı konumundadırlar. Hastalar içinde buldukları koşullar nedeniyle verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirlerler ve ödedikleri ücret karşılığında beklentileri yüksektir. Diğer yandan sigorta kurumları da müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem vermektedirler.

**3. Pazarlama Nedenleri:** Sağlık kurumları müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar paylarını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Peyrot ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, tatmin edilen hastaların birer dış müşteri olarak sağlık kurumunun reklam ve tanıtımını yaptıkları, sağlık kurumu hakkında olumlu görüşlerini başkaları ile paylaştıkları saptanmıştır. Sağlık kurumları bu yöndeki hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklaşmaktadır. Hasta sadakati, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları ve ya tercih etmeleridir. Hastaların hizmetten memnuniyet düzeyleri arttıkça o kuruma sadakat oranları da artmaktadır (12).

## 2. 15. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN ÖLÇÜMÜ

Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin, hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetlerin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır. Ancak hizmetten yararlanan kişilerin sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve gereksinimlerini göz ardı eden bir hizmet sunumunda da –ne kadar bilimsel olursa olsun- kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalacağı ileri sürülebilir. Taylor hizmet kalitesini şu şekilde formüle etmektedir:

Sağlık Hizmetinin Kalitesi= Teknik Kalite + Tedavi Sanatı

Kalitenin teknik yönü “teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standartlar ve normlara uygun olmasını”, sanatsal yönü de “verilen hizmetlerin hastanın beklentilerini karşılmasını” içermektedir. Tedavi sanatı, hizmet ortamının

genel özellikleri ve hizmet sunanların tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi de, genel kalite düzeyini belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumu da sonuçta kurumun verimliliğini olumlu yönde etkilemektedir (12).

**Teknik Kalite:** Teknik anlamda kalite, verilen hizmetlerin bilimsel norm ve standartlara uygun olmasıdır. Bilimsel norm ve standartlar, üniversiteler, meslek kuruluşları ve araştırma-geliştirme kurumları tarafından belirlenmektedir. Bilimsel normlar, sağlık profesyonellerinin hizmet sunum sürecinde kullandıkları girdiler, üretim süreci ve sonuçlar hakkındaki ortak görüşleridir. Verilen hizmetin teknik kalitesini değerlendirmede yapı faktörü; hizmet sunan sağlık kurumunun maddi kaynakları (bina, donanım, teknoloji, sermaye, hizmet birimleri vb), sağlık kurumunun insan kaynakları (personel sayısı ve niteliği, uzmanlaşma oranı vb), sağlık kurumunun organizasyonel yapısı (yönetim biçimi, denetim türü vb) ile değerlendirilir. Süreç faktörü; üretime yöneliktir ve hizmetin üretimi ve sunumu sırasında gerçekleştirilen faaliyetler üzerinde odaklaşmaktadır (12).

Hastanın muayene edilmesi, hastalığa tanı konulması, doğru tanıya uygun tedavi planının geliştirilmesi ve hastaya da anlatılarak uygulanması süreç içindedir. Sonuç çıktısı; verilen hizmetlerin, hastaların ve toplumun sağlık düzeyi ve statüsündeki yaptığı etkiyi ifade etmektedir. Sunulan hizmetler hastanın sağlık durumunda arzulanır değişikliği sağlamış ve hasta bu hizmetten hoşnut ise; hizmet sonucunun iyi olduğu söylenebilir. Sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilmesi için bu üç öğeden her birinin bağımsız olarak analiz edilmesi yeterli olmamakta, öğeler arasındaki ilişkiler üzerinde de durulması gerekmektedir (12).

## **2. 16. HASTA TATMİNİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı ve memnuniyeti etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Hastaları tatmin etmek, onların istek ve beklentilerini karşılamak için yöneticinin hasta tatminini etkileyen faktörleri bilmesi gereklidir. Bunların en önemlileri halkın sosyoekonomik durumu, ulaşılabilirlik ve sağlık kuruluşlarının fiziki yeterliliğidir. Ülkemizde bu faktörlerin yanı sıra, halkın sağlık ocaklarında çalışan hekime güven duymaması, pratisyen hekimlerin çabalarını tıpta uzmanlık sınavına yöneltmeleri, sağlık ocağı hekiminin pek çok görevi olmasına rağmen sadece tedavi edici hizmetlere ağırlık verilerek diğer hizmetlerin ihmal edilmesi, hekimliğin prestijini ve toplumun memnuniyetini etkilemektedir (12, 20).

Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha önce; dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar (12).

Hekim davranışı hasta tatmini yanında, verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemekte ve kontrole gelmektedirler (12, 27, 28).

Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin hasta ile etkileşimidir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süreci boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle hemşire grubunun davranışlarının hasta tatminine önemli etkisi bulunmaktadır. Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hemşire personelin davranışlarından memnun olan hastaların genel tatmin düzeyinin de yüksek olduğu belirlenmiştir (12, 29).

## **2. 16. 1. Bilgilendirme**

Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta; durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedir (30). Hastaların sağlık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (31). Bilgilendirme hasta tatmini yanında verilen hizmetlerin etkililik düzeyini de artırmaktadır. Hastaların verilen tedaviye ilişkin ayrıntılar konusunda hekimler tarafından aydınlatılmaları, onların tedaviye uyum ve bağlılıklarını artırmaktadır (27, 32). Bu nedenle sağlık personelinin hastaları bilgilendirirken sade, teknik olmayan, anlaşılır ifadeler kullanması gereklidir. Hekimin açıklama yapmaması yada açıklamalarında hastasının anlayamayacağı tıbbi terimler kullanması, hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir (12).

Bilgilendirilme aynı zamanda temel hasta haklarından birisidir. Türkiye’de uygulanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 15-20 maddeleri, hastaların bilgilendirilme haklarıyla ilgili düzenlemeleri içermektedir. Bu yönetmeliğe göre hastalar, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde

ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek haklarına sahiptirler (12).

### **2. 16. 2. Fiziksel ve Çevresel Koşullar**

Sağlık kurumlarının fiziksel ve çevresel özellikleri, hasta tatminini etkileyen önemli bir faktördür. Fiziksel ve çevresel koşullar, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme salonları, dış görünüm ve benzeri özellikleri içermektedir (12).

### **2. 16. 3. Bürokrasi**

Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin (resmi işlemlerin) tamamlanması için geçen süre hasta tatminini etkilemektedir. Doğal olarak tüm hastalar gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça hastaların zaman kaybı da artmaktadır. Örneğin Türkiye’de bir devlet memuru sağlık hizmeti alırken; resmi kurumdan onay (sevk) alma, muayene için sıra ve randevu alma, muayene, işlemlerin kaydedilmesi, laboratuvar tetkiklerinin resmi onayı, sonuçların tekrar hekime sonuçların yeniden gösterilmesi, reçetenin ve varsa raporun onaylatılması gibi aşamalardan geçmektedir. Hastanın yatışına karar verilmişse bu işlemler sayıca daha da artmaktadır (12).

Sağlık kurumlarında etkili bir randevu sisteminin kurulmaması ve hizmet planlamasının doğru yapılamaması sonucunda uzun kuyruklarda hastalar uzun süre sıra beklemektedir. Özellikle hastane polikliniklerinde yapılan hasta tatmini araştırmalarında bekleme süresinin uzamasının hasta tatminini azalttığı bulunmuştur (10, 12, 33, 34).

### **2. 16. 4. Güven**

Hastalar aldıkları hizmetin hem gereksinmeleriyle ilişkili, hem de yeterli miktarda olmasını istemektedirler. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılımlarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır (12).

Hasta mahremiyetine özen gösterilmesi hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet; bir hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunması şeklinde



tanımlanmaktadır (35). Hasta mahremiyetinin korunması, hasta haklarından birisidir. Hasta hakları yönetmeliği'nde; Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

1. Hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
2. Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
3. Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesi,
4. Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin tıbbi müdahale sırasında yanlarında bulunmamasını,
5. Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
6. Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını kapsamaktadır.

## 2. 16. 5. Ücret

Hasta tatminini etkileyen bir diğer önemli faktör, verilen hizmetin ücretidir. Ücret konusu, özellikle bir sosyal güvencesi veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Hastalar kaliteli hizmetleri en düşük ücretle almayı istemektedirler. Yüksek faturalar, hastaların tatminsizliğini artırmaktadır (12).

Sağlık piyasasının atipik bir piyasa olmasının nedeni esas itibarı ile sağlık hizmetlerinin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talebi ortaya çıkaran "ihtiyaç" faktörü olduğu için, talep düzensiz ve seyrek seyretmektedir. Sağlık hizmetleri ihtiyacı çok çeşitli nedenlerle ve farklı şekillerde, farklı semptomlarla ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla piyasadaki herhangi bir ürün gibi standart hale getirilmiş sağlık hizmetlerinden bahsetmek mümkün değildir. Ayrıca aynı hastalığın bile farklı bünyelerde farklı şekilde seyretmesi, doğal olarak hastalığın şartlarının da standardize edilememesi sonucunu vermektedir. Her bireyin sağlık ihtiyacının farklı biçimlerde ortaya çıkmasının yanı sıra, sağlık hizmeti arz eden hekimlerin bilgi, beceri, tecrübe ve uygulama farklılıkları da vardır (3).

En önemli tartışma alanlarından birisi de, dışsal faktörlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada mevcut eşitsizliklere nasıl etki ettiği. Sağlık piyasasında rekabet şartlarının hakim olması fikrine yönelik en önemli eleştirilerden birisi, eşit ve adil olmayan gelir dağılımının fertler açısından sağlık hizmetlerine

erişimde büyük adaletsizlikler meydana getireceği, zaten düşük gelir gruplarının hayatın sağlıklı devamı açısından önemli olan tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanmada da bir adaletsizlikle karşılaşacağıdır. Bu alandaki tartışmaların diğer bir yönü, fakirler için sunulacak sağlık hizmetlerinin maliyetinin nasıl ve kimler tarafından karşılanacağıdır. Sağlık hizmetlerinde adaletsizliği ortadan kaldırmaya yönelik politikalarda, fakirlerin tıbbi bakım açısından tüketiminin mutlak manada artırılmasını değil, tıbbi hizmetlere erişimde eşitsizlikleri azaltmayı esas alan bakış açısı benimsenmelidir. “Adalet” sağlık sistemlerinin tümünde en önemli hedeflerden birisi olarak kabul edilir. Ancak sağlık hizmetlerinde adalet kavramının nasıl tanımlanacağı net değildir. Sağlık hizmetlerinde “eşitlik” prensibi açısından da aynı problem söz konusudur (3).

## **2. 16. 6. Hasta-Tedavi Ekibi İlişkisi**

Tıptaki teknolojik gelişmeler ve bilimsel atılımlar, hekimlere hem tanı koymada hem de tedavi olanakları açısından büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Ancak tıp biliminde gerçekleştirilen büyük çaptaki bu buluşlar, tedavi sürecinin teknik yanını içermekle birlikte kişiler arası yönünü dikkate almamaktadır (36).

Hasta olmak sadece tıbbi bir olguyu değil aynı zamanda sosyal bir rolü içerir. Dolayısıyla tedavi sürecinde, hastanın kendi hastalığına, tedavi ortamına ve tedavi ekibine yönelik algı ve tepkilerinin yanı sıra, tedavi ekibinin hastaya yaklaşımının ve davranış biçiminin de büyük etkisi vardır. Hasta-tedavi ekibi ilişkisinde önemli iki boyutundan biri, bireyin işlevselliğinde temel olan kontrol algısıdır. Tedavi ekibinin tedavi ortamının koşulları bağlamında hastaya yönelik ilişki biçimi, hastalık ile zaten zedelenmiş olan kontrol algısının yitirilmesine yol açabilir (12, 36).

Hasta- tedavi ekibi ilişkisinin hasta açısından önemli bir diğer boyutu ise hasta doyumudur ve bu doyum, tedavi sürecinin toplumsal-duygusal yönünü oluşturur. Hastanın iyileşmesinde kişiler arası ilişkinin önemi Antik Çağda bile dile getirilmiştir. Tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat, hasta-hekim ilişkisinde insan ögesinin tedavideki önemine işaret ederek, doktorunun iyiliğinden hoşnut olan hastanın sağlığına kavuşabileceğini öne sürmüştür (36). Günümüzde ise hastalar, ileri düzeyde uzmanlaşmış hekimler tarafından son teknolojik gelişmelere dayanarak tanı konulup tedavi edilmektedir. Bunun sonucunda tıbbi bakımın teknik niteliği ilerlemiş olmakla birlikte, hastalar genellikle doktorlarla ilişkilerinde bir şeylerin eksik olduğunu ifade etmektedirler. Bu eksiklik de en belirgin olarak hasta ile hekim arasındaki iletişimde kendini göstermekte ve hastaların hekime duyduğu güven ve

tedavinin gereklerini yerine getirme açısından büyük sorunlar doğurmaktadır (12, 36).

## 2. 16. 7. Hekim- Hasta İlişkileri

Hekimler ve hastaları aynı kültürel yapıdan gelseler bile, hastalık/ sağlık olaylarını çok farklı algırlar. Her birinin yaklaşımı farklı birikimlere dayalıdır, farklı kanıtlama sistemleri vardır ve tedavi yolları için düşünceleri birbirinden farklıdır. Belki de bu durumu daha iyi anlamak üzere “hastalık” ve “rahatsızlık” sözcükleri ile konuya yaklaşmak daha açıklayıcı olabilmektedir. Genellikle “hastalık” belirti ile gelen objektif patoloji ve “rahatsızlık” ise, semptomla gelen subjektif patoloji ile ifade edilir (14).

Cassell “rahatsızlık” sözcüğünü “doktora gittiğinde hastanın ne hissettiği” ve “hastalık” sözcüğünü ise “doktordan dönerken neyi olduğu” şeklinde kullanmaktadır. Dolayısıyla hastalık bir organda, rahatsızlık ise bir insanda olan bir şeydir (14).

Aynı hastalığa yakalanan, aynı kültürlerden iki kişinin hastalıkla ilgili yorumları birbirinden tamamen farklı olabilir. Kuşkusuz bu da, bu kişilerin hastalıkla ilgili davranışlarını ve tedavi olanaklarını arama biçimlerini etkiler (14).

“Rahatsızlık”, “hastalık”a göre daha dağılmış ve çok daha geniş bir kavramdır. İyi bir sağlık hizmeti sunmak için insanların kendi hastalık- sağlıklarını nasıl yorumladıkları ve buna nasıl tepki verdiklerini anlamak gerekmektedir (14).

Toplumun sağlıkla ilgili davranışlarını geliştirebilmek için hekimlerin ve diğer sağlık personelinin, bu tür davranışların arkasındaki faktörleri anlamaları, en azından anlamaya çalışmaları şarttır. Örneğin insanlara uygun şekilde el yıkamasını öğretebilmek için yalnızca el yıkamanın onlara ne ifade ettiğini anlamak değil, bununla birlikte temizliğin ne anlama geldiğini, mikrobun ne olduğunu, bulaşıcı hastalıklar hakkında neler düşündüklerini de anlamak gerekmektedir (14, 36, 37, 38).

İnsanlar, hekimin teknik bilgisini nesnel olarak değerlendirecek donanımları olmadığı için onu hastaya nasıl davrandığına göre değerlendirirler (39). Örneğin; eğer her hangi bir hekim hastalığın niteliği hakkında kesin bir karara varamadığını, tanıdan emin olamadığını bir biçimde belli ederse hastanın hoşnutluğu azalır (40). Güler yüzlü, kendinden emin, dostça davranan bir hekim, hem hoş hem de işini çok iyi bilen biri olarak algılanır; öte yandan soğuk, mesafeli davranan bir hekim ise daha olumsuz olarak yargılanır, bir başka deyişle hem dostça davranmayan ve hem de yetersiz biri olarak değerlendirilir (41, 42). Aslında bakımın teknik niteliği ile davranış biçimi arasında hiçbir ilişki yoktur (43). Ayrıca hastanın hoşnutluk duygusu



ile hekimin, hastanın ne denli hoşnut olduğuna ilişkin algısı arasında da bir ilişki yoktur (36, 42).

Hastanın hekimin bakım ve tedavisinden hoşnut kalmasında, özellikle tedavi gereklerini yerine getirmesi açısından, hekim ile arasındaki ilişkinin niteliği oldukça kritik bir rol oynamaktadır (44). Hasta-hekim ilişkisinin iki farklı yönü vardır. Bunlardan biri hasta ile hekim arasındaki iletişimin niteliğidir; aralarında açık bir iletişim olmalı, her iki taraf da birbirini dinlemeli ve ne dediklerini anlamalıdır. Bu ilişkinin diğer yönünü oluşturan toplumsal-duygusal boyut ise hekimin, hastanın bedeni ve yaşamı hakkında özel bilgilere erişebilmesinden ve hastanın da, hastalığının yol açtığı incinebilirlik nedeniyle hekime duygusal bağımlılık geliştirmesinden kaynaklanır. Hekimin hastasına zaman ayırması, anlayış ve saygıyla, nezaket kurallarına uyarak davranması ve sıcak bir ilgi göstermesi, kendisine duyulan güveni ve hoşnutluğu artırmakta ve ikisi arasında olumlu duygularla yüklü bir bağın kurulması sağlanmaktadır (36, 43, 45).

#### **2. 16. 8. Hekime Başvuruyu Etkileyen Nedenler (14):**

Hekime başvuruyu etkileyen nedenler şu şekilde özetlenebilir:

1. Sağlık hizmetinin var olması.
2. Sağlık hizmetinin ulaşılabilir olması.
  - a. Fiziksel olarak
  - b. Sosyokültürel ve psikolojik olarak.
3. Hastanın bu hizmeti parasal açıdan karşılayıp karşılayamayacağı.
4. Halk arasında bu sağlık hizmeti kapsamında verilen tedavilerin başarıları veya başarısızlıkları.
5. Hastanın problemi nasıl algıladığı.
6. Hastanın etrafındaki kişilerin bu problemi nasıl algıladığı.

#### **2. 16. 9. Hasta-Hekim İlişkisinde İletişim Boyutu**

Hasta ile hekim arasındaki iletişim, her iki taraftan da kaynaklanan nedenlerle çoğu zaman düzgün gitmemektedir. Hasta ile hekim arasındaki iletişimin aksamasına yol açan nedenlerden biri, hekimin hastanın dediklerini yeterince dinlememesi ve sözünü hemen kesmesidir (36).

İletişimi güçleştiren bir diğer etken de hekimlerin teknik dil kullanmalarındır. Araştırmalar, hastaların hekimlerin kullandığı karmaşık terimlerin ancak çok azını anlayabildiklerini ortaya koymuştur (43). Nitekim hastalar, doktorların, hastalıkları

hakkında anlayabilecekleri şekilde, basit bir dille açıklama yapmalarını istemektedirler (36, 46).

Gözlenen başlıca sorunlardan biri de doktora geri bildirim verilmemesidir. Doktorlar hasta ile iletişimin sonuçları hakkında pek bilgi edinemedikleri için hastalık ve tedaviye ilişkin açıklamaların etkili bir biçimde aktarılıp aktarılmadığını bilemezler. Bu nedenle, hekim ile hasta arasında sürekli bilgi alışverişi olmalıdır. Hekim hastanın neyi anladığı ve nelerin daha net açıklanması gerektiği konusunda geri-bildirim alabildiği sürece iletişim daha sağlıklı ve yararlı olabilir (47). Dolayısıyla hekim ile hasta arasındaki bu geri bildirim temel bir sorundur. İletişimin düzelebilmesi için mutlaka işlemesi gerekir. O halde hasta ile hekim arasında sağlıklı bir iletişimin gerçekleştirilmesi için hekimin teknik dilden arındırılmış, basite indirgenmiş, daha anlaşılabilir açıklamalar yapma, hastayı sonuna dek dinleme, sorulara açık olma ve hastanın da anlamadığı noktalara ilişkin soru sormaktan ve geri bildirim verme konusunda çekinmeme konusunda eğitilmeleri gerekmektedir (36).

Günümüzde tıbbın modern yapısı ve uygulaması içinde hasta-hekim ilişkisinin toplumsal-duygusal boyutu pek dikkate alınmamaktadır. Tersine doktor hastaya karşı duyarsız davranmakta, dolayısıyla hasta-hekim ilişkisi zedelenmektedir (48).

Özetlenirse hekimin hastayla olan ilişkisinde, teknik beceri ve bilgisi kadar, açıklayıcı, gözetici, sevecen, dostça davranışlar göstermesi ve hastasını, tedavi sürecine katılma sorumluluğunu yüklenmesi açısından destekleyici ve güç verici olması hastanın hoşnutluğunu artırmakta ve tedavi gereklerini yerine getirmesini sağlamaktadır. O halde hasta-hekim ilişkisine ve tedavi sürecine, sadece teknik bilgi ve donanımların uygulanması açısından bakılmamalı, aynı zamanda bir kişiler arası ilişkiler sanatı olduğu bilinciyle de yaklaşılmalı ve tıp eğitiminde bu sanatın kazandırılmasına da yer verilmelidir (14, 36).

## **2. 17. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde toplumun antropolojik özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, hizmetlerin kullanımını ve verimini artırır (49).

Hizmeti alanlar gibi hizmeti sunanların da, o hizmetten sorumlu olan yöneticilerden bazı beklentileri vardır. Çalışma koşullarının yeterliliği, özlük haklarının kollanması, sosyal ihtiyaçlarının karşılanması gibi taleplerde bulunurlar.

Bunlar sağlanmadığı takdirde verimli çalışamazlar. Dolayısıyla hizmetten beklenen sonuçlar elde edilemez (49).

Sağlık hizmetlerini kullananların en önemli özelliklerinden birisi, hizmet alacakları kuruluşları (hekim, hastane vb) seçmekte özgür olmalarıdır. Bu durum çağdaş sağlık yönetimi ilkelerine de uymaktadır. Burada dikkate alınması gereken husus, kişilerin bu seçimi yaparken hangi kriterleri göz önünde tuttukları ve bu tutumlarının nasıl öğrenilip hizmetin planlanmasına yansıtılabileceğidir (49).

Toplumun sağlık hizmetleri ilgili tutumunu, planlama döneminde, yani hizmetlere karar verme aşamasında belirlemek esastır. Söz konusu tutumu gösteren bir kriter de, hizmeti kullananların o hizmetlerden ne kadar memnun olduklarının saptanmasıdır. Kişilerin tatmin olması veya olmaması hizmetlerin gözden geçirilip geliştirilmesi açısından çok önemli bir göstergedir. Hizmeti kullananları memnun eden yada etmeyen hususları tahmin etmek çoğu zaman kolaydır. Sözgelimi muayene için uzun süre beklemek, gücünün üzerinde ücret ödemek, personelin ilgisizliği, kötü muamele, sağlık kuruluşunun temiz olmayışı, ulaşım güçlükleri, hastalıkla ilgili açıklamada bulunulmaması, tedaviden yarar görmeme, araç gereç yetersizliği gibi etmenlerin, hizmeti kullananların memnuniyetsizliklerine neden olabileceği kolaylıkla öne sürülebilir (49).

Toplumun hizmetlerden memnun olması, hizmetlerin kaliteli olarak sunulduğunun başlıca göstergesidir. Ancak hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde bir çok başka göstergeden de söz edilebilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde verilen koruyucu, evde ve ayaktan tedavi hizmetleri göz önüne alınarak bu hizmetlerin her biri için çok sayıda kalite göstergesi sayılabilir (49).

Çağdaş sağlık hizmetlerinin ilkelerini tanımlayan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisine (Alma-Ata Bildirisi) ve Dünya Sağlık Örgütünce yürütülen “2000 Yılında Herkese Sağlık” programına göre, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğudur. Bütün hükümetlerin, sağlık hizmetleri sistemleri içinde, hizmetlerde belirli bir düzeyi sağlayacak etkili mekanizmaları kurmaları gerekir. O halde, sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ve korunması aslında bir yönetim konusudur. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, sağlık hizmeti sunan bütün kurumların kaliteli sağlık hizmetlerinin nasıl olması gerektiğine karar vermeleri ve bunun nasıl sağlanacağı konularında sistemler kurmaları gerekir (16, 49).

Hizmette kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel elementlerinden birisi de müşterinin (hastanın) tam memnuniyetidir. Ancak gerek sağlığın gerekse temel

sağlık hizmetlerinin yapısından dolayı bazen memnuniyetsizlik kaçınılmaz olmaktadır (50).

## 2. 18. HASTANE HİZMETLERİNDE KALİTE

Hastane hizmetleri, sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir. Toplumda sağlık hizmetleri denilince daha çok akla hastane hizmetleri gelmektedir. Günümüz ekonomik koşulları ve toplumun beklentilerinin artması, hastane yöneticilerini daha kaliteli hizmet vermeye zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite; konulan teşhisin doğruluğu, uygulanan tedavinin yeterliliği ve hasta memnuniyetini içermektedir. Günümüzde hastane yönetimlerinde toplam kalite yönetimi ilkeleri uygulanmaya başlanmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda da hasta memnuniyetinin öneminin gittikçe artması buradan kaynaklanmaktadır. Hastanede bekleme süresi, işlemlerin uzun ve karmaşık olması, hizmetlerin maliyetinin yüksek olması, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişim kusurları, hizmetin kullanılmasını etkileyen bazı faktörlerdir (51).

Hasta tatmin araştırmaları, etkin sağlık hizmetleri üretim sürecinin hem uyarıcısı hem de sonucudur. Hasta tatmini, iş gören tatminine yönelik geri bildirim hem bir fonksiyonu hem de en önemli ölçütüdür. İş gören tatmini yüksek işletmelerde hasta tatmininin de yüksek olması beklenir. Tersine durum yani hasta tatmini yüksek, iş gören tatmini düşük bir işletmenin başarısı kısa vadeli olarak yorumlanmalıdır (7) .

Hizmet sunumunda; fizik yapı, araç gereç, insan gücü ve para gibi kaynak özellikleri yanı sıra, hizmetin sunulduğu şekli ve hizmet alanlarının memnuniyeti kuruluşlar arası rekabette en belirleyici özellik olarak ortaya çıkmaktadır (9). Sağlık personeli, yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli araçtır. Hastanenin etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir (7) .

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma; 1 Nisan – 30 Haziran 2004 tarihleri arasında, Kayseri ili merkez Kocasinan ve Melikgazi ilçeleri sınırları dahilindeki devlet ve özel eğitim kurumlarında çalışan öğretmenlere anket uygulanarak yapılmıştır.

#### **Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri**

Kayseri, İç Anadolu Bölgesi'nin Orta Kızılırmak bölümünde yer almaktadır. Kayseri ilini kuzeyde Yozgat, kuzey doğu ve doğuda Sivas, güneyde Adana, güney doğuda Kahramanmaraş, batıda Niğde ve Nevşehir illeri çevirir. İl merkezi iç Anadolu bölgesinin ve ilin en yüksek dağı olan Erciyes Dağı'nın kuzey eteklerine kurulmuştur. İlin yüz ölçümü 16917 kilometrekaredir. Kayseri ilinde son nüfus sayımı olan 2000 yılı genel nüfus sayımı sonuçlarına göre; il merkezinde 524818, ilçe ve köylerde 524881 olmak üzere toplam 1049699 kişi yaşamakta olup, bu nüfusun % 50.5'i erkek, % 49.5'i kadındır (52).

#### **Araştırma evreni**

Çalışmanın amacını oluşturan sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyebilecek diğer faktörleri (eğitim durumu farklılığı, sosyal güvenceye sahip olma, mesafe faktörü gibi) en aza indirebilmek için benzer özelliklere sahip öğretmenler araştırma evreni olarak seçilmiştir.

Kayseri İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan 2003 yılı kayıtlarına göre; kamu (ilköğretim ve lise) ve özel eğitim (ilköğretim, lise ve dersaneler) kurumlarında görev yapan toplam 6100 öğretmen bulunmaktadır ve bu kişiler araştırma evreni olarak kabul edilmiştir.

### **Örnek seçimi ve uygulama**

Bu çalışmada, 2003 yılı Kayseri Milli Eğitim Müdürlüğü kayıtları esas alınmıştır. Kamu ve özel ilköğretim okulları, liseler, meslek liseleri, dersaneler çalışmaya alınmıştır. Mevcut devlet ve özel eğitim kurumlarında çalıştığı tespit edilen 6100 öğretmen için % 50 örnekleme ile örnek büyüklüğü 3050 olarak belirlenmiştir.

Anket formunun ön uygulaması il merkezine yakın Talas ilçesinde bir ilköğretim okulu ve lisede çalışan 40 öğretmen üzerinde uygulanmış ve gerekli düzeltmelerle ankete son şekli verilmiştir.

Anket formunda, öğretmenlerin sosyo demografik özelliklerine yönelik 11 soru, sağlıkla ilgili özgeçmişlerine yönelik 4 soru, son bir yıl içinde başvurdukları sağlık kuruluşu ve buradaki memnuniyetine yönelik olarak 26 soru, genel sağlık sistemi ve tercihlerine yönelik 6 soru olmak üzere toplam 47 soru bulunmaktadır.

1 Nisan – 30 Haziran 2004 tarihleri arasında veri toplama işlemi tamamlanmıştır. Öğretmenlere anket verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. 3050 anket dağıtılmış, 594 (%19.4) öğretmen anket doldurmaya kabul etmemiş, 2456 (%81) anket doldurulduktan sonra toplanmıştır. Tamamı doldurulmamış 211 (%6.9) anket çalışma dışında bırakılmıştır. Toplam 2245 kişi (%73,6) ile ilgili veriler değerlendirmeye alınmıştır.

### **Verilerin değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Tablolarda sayılar yüzdelerle birlikte, ortalamalar standart sapmalarla birlikte verilmiştir. Ortalamaların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, öğretmenlerin, sağlık kuruluşları hakkındaki değerlendirme ortancalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, çapraz tablolarda ki-kare testi uygulanmıştır.  $p < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir. Memnuniyeti etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.



## 4. BULGULAR

Araştırma grubuna alınanların %56.7'si kamu ilköğretim okullarında görev yapmakta olup bunu sırasıyla, %30 kamu liselerinde, %7.3 özel dersanelerde, %4.3 özel ilköğretim okullarında, %1.6 özel liselerde çalışan öğretmenler izlemektedir. Araştırma grubunun bazı demografik özellikleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Araştırma Grubunun Bazı Sosyo Demografik Özellikleri

Demografik özellikler	Sayı	%
<b>YAŞ</b>		
35 yaşın altında	867	38,6
35-49 yaş	1122	50,0
50 yaş ve üzerinde	256	11,4
<b>CİNSİYET</b>		
Erkek	1424	63,4
Kadın	821	36,6
<b>MEDENİ DURUM</b>		
Evli	1927	85,8
Bekar	282	12,6
Dul veya boşanmış	36	1,6
<b>EŞİNİN ÇALIŞMA DURUMU</b>		
Eşi çalışmıyor	756	33,7
Emekli	163	7,3
Öğretmen	542	24,1
Sağlık personeli	97	4,3
Diğer memur	142	6,3
Özel sektörde çalışıyor	227	10,1
Bekar, dul veya boşanmış	318	14,2

Araştırma grubunun % 1.8'i lise ve dengi okul mezunu, % 90'ı üniversite mezunu, % 8.2'si ise yüksek lisans ve üzeri eğitime sahiptir. Öğretmenlerin % 32,8'si sınıf öğretmeni, % 58,7'si branş öğretmeni, % 6,3'ü yönetici (müdür, müdür yardımcısı gibi) ve % 2,2'si ise bunların dışındaki görevlerde (rehberlik ve danışmanlık hizmetleri vb) çalışmaktadırlar. Araştırma grubunun % 88,3'ü emekli sandığı, % 10,8'i SSK, % 0,6'sı Bağ-Kur mensubudur. % 0,3 kişinin ise herhangi bir sosyal güvencesi yoktur .

Öğretmenlerin yaş ortalaması  $38,4 \pm 9,0$ , yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $1,9 \pm 1,0$  ve ailedeki kişi sayısı ortalaması  $3,9 \pm 1,3$  olarak saptanmıştır.

Öğretmenlerin yaş gruplarına göre çalıştıkları okul türlerine dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4: Yaş Gruplarına Göre Çalışılmakta Olan Okulların Dağılımı

Yaş grubu	Okul türü				Toplam	
	Kamu Okulu Sayı	%	Özel Okul ve Dersane Sayı	%	Sayı	%
34 ve altı	667	34,3	200	66,9	867	38,6
35-49	1061	54,5	61	20,4	1122	50,0
50 ve üzeri	218	11,2	38	12,7	256	11,4
Toplam	1946	100,0	299	100,0	2245	100,0

$X^2=132,276$   $p < 0,01$

Kamu okullarında çalışan öğretmenlerin çoğunluğu 35 yaşın üzerinde iken, özel okul ve dersanelerdeki öğretmenlerin % 67'sini 34 yaş ve altındaki öğretmenler oluşturmaktadır ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemlidir.

Öğretmenlerin % 12,4'ü kendilerini ekonomik yönden kötü veya çok kötü olarak tanımlarken, % 63,3'ü orta, % 24,2'si ise iyi veya çok iyi olarak tanımlamıştır.

Öğretmenlerin % 27,7'sinin herhangi bir kronik hastalığı mevcuttur. En sık ifade edilen kronik hastalık % 7,8 ile kulak burun boğaz ve solunum sistemi hastalıklarıdır. Bunu, % 6,2 ile kalp ve damar hastalıkları, % 3,3 ile sindirim sistemi hastalıkları, % 2,8 ile kas ve iskelet sistemi hastalıkları, % 2,0 ile santral sinir sistemi hastalıkları ve ruhsal sorunlar izlemektedir. Araştırma grubunun % 5,5'inde ise birden fazla hastalık veya bu belirtilenlerin dışında hastalıklar bulunmaktadır.

Öğretmenlerin % 17,5'i düzenli olarak bir ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlar ise kalp ve damar hastalıkları tedavisinde kullanılan ilaçlar (% 6,5), Kas ve iskelet sistemi hastalıkları tedavisinde kullanılan ilaçlar (%1,9), sindirim sistemi hastalıkları tedavisinde kullanılan ilaçlar (%1,8), santral sinir sistemi hastalıkları ve ruhsal sorunların tedavisinde kullanılan ilaçlar (%1,0), kulak burun boğaz ve solunum sistemi hastalıkları tedavisinde kullanılan ilaçlar (%0,9) ve bunların dışında kalan ilaçlardır.

Öğretmenlerin % 0,7'si (15 kişi) kendilerinde herhangi bir bulaşıcı hastalık bulunduğunu bildirmiştir. Bulaşıcı hastalıklar, hepatit türleri (A, B ve C), brusella ve tüberkülozdur.

Öğretmenlerin sağlık kuruluşuna başvurmasını gerektiren neden ve sorunların cinsiyete göre dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Cinsiyete Göre Öğretmenleri En Sık Doktora Başvurma Nedenleri

Neden ve sorun	Erkek (n=1424)		Kadın (n=821)		TOPLAM		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Baş ağrısı	282	19,8	210	25,6	492	21,9	10,150	< 0,05
Bel ağrısı	228	16,0	140	17,1	368	16,4	0,412	> 0,05
Varis	36	2,5	48	5,8	84	3,7	15,922	< 0,01
Diabet	52	3,7	10	1,2	62	2,8	11,485	< 0,01
Hipertansiyon	127	8,9	65	7,9	192	8,6	0,668	> 0,05
Hipotansiyon	35	2,5	59	7,2	94	4,2	29,023	< 0,01
Farenjit	535	37,6	446	54,3	981	43,7	59,413	< 0,01
İşitme sorunları	65	4,6	17	2,1	82	3,7	9,204	< 0,01
Görme sorunları	224	15,7	95	11,6	319	14,2	7,390	< 0,01
İdrar yolları hastalıkları	131	9,2	85	10,4	216	9,6	0,797	> 0,05
Mide-barsak hastalıkları	262	18,4	150	18,3	412	18,4	0,006	> 0,05
Uykusuzluk	57	4,0	34	4,1	91	4,1	0,026	> 0,05
İştahsızlık	35	2,5	18	2,2	53	2,4	0,159	> 0,05
Şişmanlık	27	1,9	26	3,2	53	2,4	3,648	> 0,05
Ağız ve diş problemleri	389	27,3	212	25,8	601	26,8	0,594	> 0,05
Çocuklarının hastalıkları	351	24,6	246	30,0	597	26,6	7,535	< 0,01
Yakınlarının hastalıkları	293	20,6	67	8,2	360	15,9	59,615	< 0,01
Ruhsal sorunlar	35	2,5	25	3,0	60	2,7	0,690	> 0,05

Baş ağrısı, varis, hipotansiyon, farenjit gibi sağlık sorunları istatistiksel olarak önemli biçimde kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Ayrıca çocuklarının hastalıkları ile kadınlar daha yüksek oranda ilgilenmektedir. Buna karşılık diyabet, işitme sorunları ve görme sorunları erkeklerde daha yüksek oranda görülmekte ve yakınlarının hastalıkları ile erkekler daha fazla ilgilenmektedir.

Bu sağlık sorunlarından başka, kadınların % 15,2'sinde (125 kişi) kadın hastalıkları, %1 kişide (23 kişi) kas iskelet sistemi hastalıkları, % 0,7 (15 kişi) cilt hastalıkları, % 0,5 (10 kişi) kalp hastalıkları ve % 1,3 (29 kişi) oranında bunların dışında kalan hastalıkların bulunduğu ifade edilmiştir.

Öğretmenlerin; % 20,6'sı son bir hafta içinde, % 33,6'sı 8-29 gün önce ve %45,7'si bir ay ve daha önceki bir zamanda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. En son sağlık kuruluşuna başvuru zamanından sonra geçen süre ortalaması  $55,2 \pm 83,2$  gün olarak hesaplanmıştır. En son başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: En Son Başvuru Yapılan Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılım

En son başvuru yapılan sağlık kuruluşu	Sayı	%
Özel poliklinik ve hastane	637	28,4
Sağlık eğitim merkezi ve kurum tabipliği	506	22,5
Devlet hastanesi ve semt polikliniği	354	15,8
Tıp fakültesi	288	12,8
Sağlık ocağı	230	10,2
Özel muayenehane	148	6,6
SSK hastanesi	67	3,0
Diğer kamu hastaneleri*	15	0,7
<b>Toplam</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

\* Doğumevi hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, askeri hastane

En son başvuru yerlerinde ilk sırada özel poliklinik ve hastaneler gelmektedir. Bunu da sağlık eğitim merkezi ve devlet hastanesi izlemektedir.

Yaş gruplarına göre başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Yaş Gruplarına Göre En Son Başvurulan Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı

Yaş grubu	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
34 ve altı	534	61,6	333	38,4	867	100,0
35-49	754	67,2	368	32,8	1122	100,0
50 ve üzeri	172	67,2	84	32,8	256	100,0
Toplam	1460	65,0	785	35,0	2245	100,0

$\chi^2=7,358$   $p < 0,05$

Genç yaş gruplarında özel sağlık kuruluşlarına başvuru daha yüksek orandadır. 35 yaşın üzerindekielerde ise kamu sağlık kuruluşlarına başvurular daha yüksek orandadır ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir.

En son başvuruda muayene olana kadar bekleme süresi  $27,6 \pm 33,1$  dakika, muayene süresi  $11,7 \pm 9,7$  dakika olarak gerçekleşmiştir. Görüş belirten 1951 kişiye göre ideal muayene süresi ortalaması  $21,9 \pm 10,0$  dakikadır. Herhangi bir müdahale gereken durumlarda müdahale yapılana kadar bekleme süresi ortalaması  $10,7 \pm 10,0$  dakika ve müdahale süresi ortalaması  $21,8 \pm 31,4$  dakikadır. Laboratuvar işlemi gereken durumlarda laboratuvar işlemlerinin süresi  $62,1 \pm 57,1$  dakikadır. Sağlık kuruluşuna en son başvuruda işlemlerin toplam süresi  $49,4 \pm 46,6$  dakika olarak saptanmıştır. Size göre muayene süresi ne kadar olmalıdır sorusuna; kamu sağlık kuruluşlarına başvuranlar  $20,4 \pm 9,1$ ; özel sağlık kuruluşuna başvuranlar  $24,6 \pm 11,0$  dakika yanıtını vermiştir ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $t=-8,629$ ,  $p < 0,01$ ).

En son başvurudaki çeşitli işlemlerin sürelerine göre kamu ve özel sağlık kuruluşlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Çeşitli İşlem Sürelerine Göre Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştırılması

İşlem süreleri (dakika)	n	Kamu	Özel	t	p
		Ortalama $\pm$ St. sapma	Ortalama $\pm$ St. sapma		
Muayene olana kadar bekleme süresi	2245	$32,6 \pm 36,6$	$18,2 \pm 22,7$	11,519	$< 0,01$
Muayene süresi	2245	$8,3 \pm 7,1$	$18,0 \pm 10,7$	-23,07	$< 0,01$
Müdahale yapılana kadar bekleme süresi	83	$10,3 \pm 9,7$	$10,8 \pm 10,2$	-0,201	$> 0,05$
Müdahale süresi	118	$19,3 \pm 13,9$	$22,6 \pm 35,2$	-0,49	$> 0,05$
Laboratuvar işlemlerinin süresi	232	$110,4 \pm 64,1$	$36,7 \pm 30,9$	9,699	$< 0,01$
İşlemlerin toplam süresi	2245	$49,4 \pm 50,3$	$49,3 \pm 38,7$	0,041	$> 0,05$

Sağlık kuruluşunda toplam harcanan sürede bir fark bulunmamasına rağmen, bu sürenin kullanım şekli farklılık göstermektedir. Kamu sağlık kuruluşlarında muayene olabilmek için beklemekle önemli bir zaman geçirilmekte iken, özel sağlık kuruluşlarında muayene için daha fazla zaman geçirilmektedir. Tıbbi müdahaleler bakımından kamu ve özel sağlık kuruluşları arasında farklılık bulunmamış iken, laboratuvar işlemleri kamu kurumlarında daha uzun zaman almaktadır.

Sağlık kuruluşlarına en son başvuru sırasındaki sebebe göre başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: En Son Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebebine Göre Dağılım

En son başvuru sebebi	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KBB ve akciğer sorunları	549	37,6	121	15,5	670	29,8
Sindirim sistemi yakınmaları	116	7,9	78	9,9	194	8,6
Yakın veya çocuklarının hastalıkları	87	6,0	103	13,2	190	8,5
Kontrol veya ileri tetkik için başvuru	87	6,0	92	11,7	179	8,0
Ağız ve diş sorunları	64	4,4	93	11,8	157	7,0
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	95	6,5	52	6,6	147	6,5
SSS ve ruhsal sorunlar	86	5,9	31	3,9	117	5,2
Müphem şikayetler	71	4,9	36	4,6	107	4,8
Sevk, reçete yazdırmak, rapor almak	98	6,7	6	0,8	104	4,6
Kalp ve damar hastalıkları	68	4,7	21	2,7	89	4,0
Acil durum ve müdahaleler	10	0,6	8	1,0	18	0,8
Diğer sistem hastalıkları	129	8,8	144	18,3	273	12,2
<b>Toplam</b>	<b>1460</b>	<b>100,0</b>	<b>785</b>	<b>100,0</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

$X^2=265,917$   $p < 0,01$

Özel sağlık kuruluşlarının kullanımı; yakın veya çocukların hastalıkları, kontrol ve ileri tetkik için başvurular ile ağız ve diş sorunlarında daha yüksektir. Diğer sorunlarda çoğunlukla kamu sağlık kuruluşları kullanılmaktadır.

Sağlık kuruluşu türüne göre sağlık kuruluşlarını tercih nedenlerinin dağılımı Tablo 10’da verilmiştir.



Tablo 10: Sağlık Kuruluşu Türüne Göre Tercih Nedenlerinin Dağılımı

Bu sağlık kuruluşunu tercih sebebi	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zorunluluk	682	46,7	65	8,3	747	33,3
Bu sağlık kuruluşuna güvenme	280	19,2	332	42,3	612	27,3
Bu kurumun tavsiye edilmesi	77	5,3	250	31,8	327	14,6
Ulaşımında kolaylık	241	16,5	71	9,0	312	13,9
Alışkanlık	125	8,6	23	2,9	148	6,6
İlgi görme ve işlemlerin hızlı yapılması	2	0,1	42	5,4	44	2,0
Reçete yazdırmak veya hastalığın basit olarak algılanması	40	2,7	0	0,0	40	1,8
Diğer nedenler	13	0,9	2	0,3	15	0,7
<b>Toplam</b>	<b>1460</b>	<b>100,0</b>	<b>785</b>	<b>35,0</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

$$X^2=714,571 \quad p < 0,01$$

Özel sağlık kuruluşlarına başvurudaki en önemli nedenler, bu sağlık kuruluşunda ilgi görme ve işlemlerin daha hızlı yürütülmesi, kurumun tavsiye edilmiş olması ve sağlık kuruluşuna güvenme olarak saptanmıştır. Diğer faktörler ise kamu sağlık kuruluşları için daha yüksek orandadır.

Sağlık kuruluşlarında, muayene odasına % 84,7 oranında düzenli bir sırayla alındığı saptanmıştır. Bu oran özel sağlık kuruluşlarında % 90,2 iken kamu sağlık kuruluşlarında % 81,8'dir. Acil hastalara öncelik tanındığını ifade edenlerin oranı % 7,4 (kamu % 8,8, özel % 4,8), karışık ve herhangi bir kural olmaksızın hastaların alınması ise % 5,8 (kamu % 7,7, özel % 2,4) olarak saptanmıştır. Randevulu olarak hasta kabul edilme oranı % 1,6 olup kamu sağlık kuruluşlarında % 1,1, özel sağlık kuruluşlarında ise % 2,2 oranındadır.

Araştırma grubunun %36.8'i muayene olana kadarki bekleme sürecinde kendileriyle bir görevlinin ilgilendiğini belirtmişlerdir. Bu oran kamu sağlık kuruluşlarında % 19,7; özel sağlık kuruluşlarında ise % 68,8'dir. Aradaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=529,652$ ,  $p < 0,01$ ).

Muayene olana kadar nerede beklendiğinin değerlendirilmesinde; kamu sağlık kuruluşlarında % 58,6 oranında poliklinik kapısında, % 17,8 bekleme salonunda ve % 23,6 diğer yerlerde beklenmiş iken; özel sağlık kuruluşlarında poliklinik kapısında bekleme oranı % 30,8, bekleme odasında % 51,1 ve diğer yerlerde bekleme oranı % 18,1 olarak saptanmıştır. Kamu ve özel sağlık

kuruluşlarında bekleme yerleri arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $X^2=279,559$ ,  $p < 0,01$ ).

Son başvuru sırasında doktorun şikayetleri yeterince dinleme durumunun sağlık kuruluşlarına göre dağılımı Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Sağlık Kuruluşuna Göre Doktorların Şikayetleri Dinleme Durumu

Doktor şikayetlerinizi yeterince dinledi mi?	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet, dinledi	762	52,2	659	83,9	1421	63,3
Dinledi ancak yetersizdi	564	38,6	91	11,6	655	29,2
Dinlemedi	134	9,2	35	4,5	169	7,5
Toplam	1460	100,0	785	100,0	2245	100,0

$X^2=224,363$   $p < 0,01$

Araştırma grubuna, muayene için ayrılan süreyi yeterli bulup bulmadıkları sorulmuştur. Sağlık kuruluşu türüne göre muayene süresini yeterli bulma durumu dağılımı Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Sağlık Kuruluşuna Göre Muayene Süresini Yeterli Bulma Durumu

Sizce muayene süresi yeterlimiydi?	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	478	32,7	579	73,8	1057	47,0
Hayır	757	51,8	120	15,2	877	39,1
Fikrim yok	225	15,5	86	11,0	311	13,9
Toplam	1460	100,0	785	100,0	2245	100,0

$X^2=364,451$   $p < 0,01$

Araştırma grubuna, muayeneden sonra doktorun hastalığı ile ilgili bilgi verip vermediği sorulmuştur. Sağlık kuruluşlarına göre doktorun hastalığı anlatma durumu dağılımı Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Sağlık Kuruluşuna Göre Doktorun Hastalığı Anlatma Durumu

Doktor size hastalığınızı anlattı mı?	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet, ayrıntılı anlattı, anladım	418	28,6	555	70,7	973	43,3
Anlattı ama yeterli değildi	498	34,1	174	22,2	672	29,9
Anlattı ama ben anlayamadım	19	1,3	3	0,4	22	1,0
Hayır, anlatmadı	525	36,0	53	6,8	578	25,7
<b>Toplam</b>	<b>1460</b>	<b>100,0</b>	<b>785</b>	<b>100,0</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

$X^2=406,365$   $p < 0,01$

Araştırma grubuna, doktorun hastalığın tedavisi ile ilgili bilgi verip vermediği sorulmuştur. Sağlık kuruluşlarına göre doktorun tedaviyi anlatma durumu dağılımı Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14: Sağlık Kuruluşuna Göre Doktorun Tedaviyi Anlatma Durumu

Doktor size tedavinizi anlattı mı?	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet, ayrıntılı anlattı, anladım	447	30,6	576	73,4	1023	45,6
Anlattı ama yeterli değildi	465	31,8	164	20,9	629	28,0
Anlattı ama ben anlayamadım	12	0,8	3	0,4	15	0,7
Hayır, anlatmadı	536	36,7	42	5,4	578	25,7
<b>Toplam</b>	<b>1460</b>	<b>100,0</b>	<b>785</b>	<b>100,0</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

$X^2=423,223$   $p < 0,01$

Hastaları kontrole çağırma oranı % 42’dir. Bu oran, kamu sağlık kuruluşlarında % 27,5 iken özel sağlık kuruluşlarında % 68,9’dur. Kontrole çağırma oranı bakımından kamu ve özel sağlık kuruluşları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=358,888$ ,  $p < 0,01$ ). Hastaları kontrole çağırma durumuna göre sağlık kuruluşlarının karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15: Sağlık Kuruluşlarına Göre Hastaları Kontrole Çağırma Durumu

Sağlık kuruluşları	Kontrole çağırma durumu					
	Çağırıldı		Çağırılmadı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tıp fakültesi	197	68,4	91	31,6	288	100,0
Devlet hastanesi ve semt polikliniği	98	27,7	256	72,3	354	100,0
SSK hastanesi	15	22,4	52	77,6	67	100,0
Diğer kamu hastaneleri	3	20,0	12	80,0	15	100,0
Sağlık ocağı	28	12,2	202	87,8	230	100,0
Sem ve kurum tabipliği	61	12,1	445	87,9	506	100,0
Özel doktor	92	62,2	56	37,8	148	100,0
Özel poliklinik ve hastane	449	70,5	188	29,5	637	100,0
<b>Toplam</b>	<b>943</b>	<b>42,0</b>	<b>1302</b>	<b>58,0</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

$X^2= 632,889$   $p < 0,01$

Hastaları kontrole çağırma, tıp fakültesi ve özel sağlık kuruluşlarında, diğer sağlık kuruluşlarına göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir.

Hastaların, % 5,1'inin müdahale gerektiren bir sorunu vardır. Son başvuru sağlık kuruluşunda hizmetin daha iyi olabilmesi için önerileriniz nelerdir sorusuna alınan yanıtların sağlık kuruluşlarına göre dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: Son Başvurulan Sağlık Kuruluşunda Daha İyi Hizmet İçin Öneriler

Bu sağlık biriminde hizmetin daha iyi olması için öneriler	Kamu (n=1460)		Özel (n=785)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık personeli hastaya daha iyi davranmalı	904	61,9	331	42,2	80,48	< 0,01
Hastalar bekletilmemeli ve kesintisiz hizmet verilmeli	764	52,3	212	27,0	133,21	< 0,01
Sağlık personeli daha eğitilmiş/uzman olmalı	266	18,2	102	13,0	10,17	< 0,01
Teknik donanımlar daha iyi hale getirilmeli, laboratuvar artırılmalı	252	17,3	86	11,0	15,87	< 0,01
Sağlık kuruluşunun temiz olması	182	12,5	113	14,4	1,66	> 0,05
Bürokratik işlemler azaltılmalı	103	7,1	32	4,1	8,01	< 0,01
Hastalar bilgilendirilmeli	240	16,4	80	10,2	16,30	< 0,01
Ucuz/ücretsiz olmalı, sosyal güvenlik kurumu ödemeli	20	1,4	17	2,2	1,99	> 0,05
Sağlık kuruluşu özelleştirilmeli	17	1,2	1	0,1		< 0,05*
Diğer**	132	9,0	19	2,4	43,01	< 0,01
Önerim yok diyenler veya görüş belirtmeyenler	411	28,1	408	51,9	125,04	< 0,01

\* Fischer kesin ki kare testi uygulanmıştır.

\*\* Sağlık personeli ve kuruluş sayısının artırılması, sağlığa ayrılan bütçenin artırılması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi, hasta haklarına saygılı davranılması v.b.

Sağlık personelinin hastaya daha iyi davranması, hastaların bekletilmemesi ve kesintisiz hizmet verilmesi, sağlık personelinin daha eğitilmiş ve uzman olması, teknik donanımların daha iyi hale getirilmesi, bürokratik işlemlerin azaltılması, hastaların yeterince bilgilendirilmesi önerileri, kamu sağlık kuruluşları için daha yüksek oranda dile getirilmiştir ve aradaki fark da istatistik olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya katılanlardan, en son başvurularında aldıkları hizmetin bazı yönlerini 5 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir (1=Çok kötü, 2=Kötü, 3=Orta, 4=İyi, 5=Çok iyi). Bu değerlendirme sonucuna göre kamu sektörü ve özel sektörün karşılaştırması Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Kamu ve Özel Sektörde Hizmetin Bazı Yönlerinin Karşılaştırılması

Hizmet türleri	Kamu (n=1460)		Özel (n=785)		Z	p
	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max		
Hasta karşılama	2	1-5	3	1-5	21,245	< 0.01
Hasta muayenesi	2	1-5	3	1-5	21,722	< 0.01
Hastayı bilgilendirme	2	1-5	3	1-5	21,358	< 0.01
Laboratuvar	2	1-5	3	1-5	20,878	< 0.01
Cerrahi müdahale	2	1-5	3	1-5	23.031	< 0.01

Değerlendirilen bütün faktörler bakımından özel sağlık kuruluşları daha yüksek puan almışlardır ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Çeşitli işlemler için para ödeme durumu Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Sağlık Kuruluşlarında Çeşitli İşlemler İçin Para Ödeme Durumu

İşlemin türü	Kamu (n=1460)		Özel (n=785)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Muayene	189	23,7	608	76,3	927,739	< 0.01
Laboratuvar	22	21,6	80	78,4	88,773	< 0.01
Cerrahi müdahale	25	38,5	40	61,5	20,784	< 0.01
Diğer işlemler	15	16,0	79	84,0	103,909	< 0.01

Özel sağlık kuruluşlarında para ödeme oranları kamu kuruluşlarına oranla tüm işlemlerde daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Kamu kuruluşlarında ücret ödeyen 187 kişiden % 38’i fiyatları uygun

bulmuş iken, özel sağlık kuruluşlarında ücret ödeyen 624 kişiden % 59,5'i fiyatları uygun bulmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $X^2= 26,789$ ,  $p < 0,01$ )

En son başvuru alan sağlık kuruluşlarından alınan bazı hizmetlerin dağılımı Tablo 19'de verilmiştir.

Tablo 19: En Son Başvurulan Sağlık Kuruluşundan Bazı Hizmetlerin Alınma Durumu

Hizmetler	Kamu (n=1460)		Özel (n=785)		$X^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sevk	974	66,7	130	16,6	513,76	< 0,01
Muayene	1427	97,7	710	90,5	59,3	< 0,01
Tedavi	1297	88,8	691	88,0	0,33	> 0,05
Sağlık eğitimi	225	15,4	80	10,2	11,85	< 0,01
Aşılama	228	15,6	85	10,8	9,76	< 0,01
Aile planlaması	113	7,7	43	5,5	4,04	< 0,05

Hizmetlerden, sadece tedavi edici hekimlik hizmetleri bakımından kamu sağlık kuruluşları ve özel sağlık kuruluşları arasında fark bulunmamış iken, diğer hizmetler daha çok kamu sağlık kuruluşlarından alınmaktadır ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemlidir.

Bazı sağlık hizmetlerinin alınmasında hangi sağlık kuruluşlarının tercih edildiğinin dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: Bazı sağlık hizmetleri için tercih edilen sağlık kuruluşları

Sağlık kuruluşları	n	Kullanma amacı					
		Sevk %	Muayene %	Tedavi %	S. Eğitimi %	Aşılama %	Aile pl. %
Tıp fakültesi	288	13,2	98,3	98,6	35,4	10,4	4,2
Devlet hastanesi ve semt polikliniği	354	63,3	96,3	88,7	9,9	16,7	5,6
SSK hastanesi	67	61,2	100	79,1	7,5	14,9	6,0
Diğer kamu hastaneleri	15	60,0	93,3	100	6,7	6,7	
Sağlık ocağı	230	79,1	98,3	88,3	16,5	47,4	28,7
SEM ve kurum tabipliği	506	94,9	98,0	84,6	8,7	3,8	2,2
Özel doktor	148	26,4	88,5	85,8	13,5	12,8	14,9
Özel poliklinik ve hastane	637	14,3	90,9	88,5	9,4	10,4	3,3
Toplam		49,2	95,2	88,6	13,6	13,9	6,9
$X^2$		1028,2	64,1	45,6	145,2	271,1	219,1
p		< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01



Sağlık eğitim merkezi ve kurum tabipliklerinin sevk birimi gibi işlev gördükleri, yine sağlık ocaklarının da önemli oranda sevk işlemleri için kullanıldıkları anlaşılmaktadır. Sağlık eğitimi hizmetlerinde en önemli kaynağın üniversite hastanesi olduğu ve bunu sağlık ocağının izlediği; aşılama ve aile planlaması hizmetlerini elde etmenin en önemli yollarının sağlık ocakları olduğu saptanmıştır.

Tekrar sağlık hizmeti alması gerektiğinde seçilecek sağlık kurumuna göre en son sağlık hizmeti aldığı kurum türü dağılımı Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Tekrar Sağlık Hizmeti Alma Durumunda Sağlık Kuruluşu Tercih

Tekrar sağlık hizmeti için hangi kurumu tercih edeceği	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bu sağlık birimini	471	32,3	532	67,8	1003	44,7
Başka sağlık kuruluşunu	989	67,7	253	32,2	1242	55,3
Toplam	1460	100,0	785	100,0	2245	100,0

$X^2= 260,452, p < 0,01$

Tekrar sağlık hizmeti alma durumunda, aynı kuruluşu tercih etme oranı özel sağlık kuruluşlarında kamu sağlık kuruluşlarına göre iki kata varan oranda yüksektir ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemlidir.

Her türlü sağlık kuruluşuna başvuru şansınız olsa hangi sağlık kuruluşunu tercih ederiniz sorusuna, % 44,4 oranında özel hastane yanıtı verilmiştir. Bunu, % 20,9 oranı ile üniversite hastanesi ve % 15,3 oranı ile özel doktor muayenehanesi, % 6,8 ile özel poliklinik izlemektedir. Kamu sağlık kuruluşlarının bu tercihte oranı % 3,8’dir. Öğretmenlerin % 8,9’u ise tedavi için yurt dışına gitmeyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi kavramına nasıl baktıklarına göre en son başvuru yerlerinin değerlendirilmesi Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Öğretmenlerin, Son Başvuru Yerine Göre Özelleştirmeye Bakışı

Özelleştirmeyi nasıl değerlendirdiği	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olumlu	926	63,4	581	74,0	1507	67,1
Kısmen olumlu	388	26,6	175	22,3	563	25,1
Olumsuz veya çok olumsuz	146	10,0	29	3,7	175	7,8
Toplam	1460	100,0	785	100,0	2245	100,0

$X^2= 38,3, p < 0,01$

Araştırma grubunun büyük çoğunluğu, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yönünde görüş belirtmiştir. Son başvurusu sırasında özel sağlık kuruluşuna başvurmuş olanlarda özelleştirmeye olumlu bakanların oranı daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Sağlık hizmeti sunumunun nasıl olması gerektiği konusunda görüşlerin, en son başvuru yere göre dağılımı Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23: Öğretmenlerin, Son Başvuru Yerine Göre Sağlık Hizmeti Sunumu Şekline İlişkin Düşünceleri

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin düşünceleri	Kamu		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu hizmeti olmalıdır	169	11,6	83	10,6	252	11,2
Özel sektörde yürütülmelidir	301	20,6	241	30,7	542	24,1
Hem kamu hem de özel olmalı	974	66,7	452	57,6	1426	63,5
Fikrim yok	16	1,1	9	1,1	25	1,1
<b>Toplam</b>	<b>1460</b>	<b>100,0</b>	<b>785</b>	<b>100,0</b>	<b>2245</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 28,675$ ,  $p < 0,01$

Her iki grupta da sağlık hizmetlerinin hem kamu hem de özel kuruluşlar tarafından verilmesi gerektiği düşüncesi çoğunluğu oluşturmakla birlikte, son başvurusunu özel sağlık kuruluşuna yapan kişilerde sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi gerektiğini söyleyenlerin oranı daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Öğretmenlere, sağlıkla ilgili çeşitli durumlarda ilk aklınıza gelen sağlık kuruluşu hangisidir diye sorulmuş ve ilk akla gelen sağlık kuruluşları Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24: Sağlıkla ilgili çeşitli durumlarda ilk akla gelen sağlık kuruluşları

Sağlıkla ilgili durum (n: 2245)	1. sıra		2. sıra		3. sıra	
	Sağlık kuruluşu	%	Sağlık kuruluşu	%	Sağlık kuruluşu	%
Muayene olmak	Özel hastane	23,4	Özel poliklinik	16,7	Sağlık ocağı	15,0
Reçete, ilaç yazdırmak	Sağlık ocağı	57,3	Semt polikliniği	9,0	Özel hastane	6,9
Sevk almak	Sağlık ocağı	56,7	SEM	14,6	Semt polikliniği	7,6
Çocuk aşıları	Sağlık ocağı	58,9	Özel hastane	10,2	Semt polikliniği	9,5
Diğer aşılar	Sağlık ocağı	65,0	Özel hastane	9,2	Semt polikliniği	8,9
AP hizmetleri	Sağlık ocağı	47,3	Özel hastane	11,6	Üniversite hastanesi	9,9
Gebe takibi	Sağlık ocağı	31,1	Özel hekim muayenehanesi	17,6	Özel hastane	16,3
Lohusa-emziren anne takibi	Sağlık ocağı	39,4	Özel hastane	16,7	Özel hekim muayenehanesi	13,4
Çocuk gelişimi takibi	Sağlık ocağı	30,5	Özel hekim muayenehanesi	18,4	Özel hastane	16,1
Ameliyat olmak	Üniversite hastanesi	55,3	Özel hastane	30,2	Devlet hastanesi	5,5
Tansiyon ölçtürmek	Sağlık ocağı	64,5	Semt polikliniği	16,0	Özel plk ve hastane	12,6
Enjeksiyon yaptırmak	Sağlık ocağı	62,4	Semt polikliniği	11,4	Özel hastane	9,8
Pansuman yaptırmak	Sağlık ocağı	55,5	Semt polikliniği	13,6	Özel hastane	10,6
Normal doğum	Özel hastane	42,0	Üniversite hastanesi	33,7	Özel plk	7,9
Sezeryanla doğum	Özel hastane	43,2	Üniversite hastanesi	38,0	Özel plk	6,0
Sağlık eğitimi	Üniversite hastanesi	45,9	Özel hastane	13,8	Sağlık ocağı	8,5
İstirahat raporu almak	Sağlık ocağı	48,9	Devlet hst	16,9	Özel hastane	8,5
Sağlıklı iken kontrol	Özel hastane	44,0	Üniversite hastanesi	31,8	Özel plk	12,3
Acil durumlar	Üniversite hastanesi	40,7	112 Acil servis	26,8	Özel hastane	14,8

Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri konularında ilk akla gelen sağlık kuruluşu sağlık ocağı iken, daha karmaşık ve müdahale gereken durumlarda özel hastane ve üniversite hastanesi gibi diğer sağlık kuruluşlarının ön plana çıktığı görülmektedir.

Öğretmenlere, sizce sağlık hizmetlerinde memnuniyeti artıracak kalite kriterleri nedir diye sorulmuştur. Alınan yanıtların dağılımı, Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25: Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Artıracak Kriter Önerileri

Kriterler (n: 2245)	Sayı	%
Personelin güler yüzlü ve insancıl davranışı	1444	64,3
Sosyal güvenlik kurumlarının yapısı düzeltilmeli	988	44,0
Uzman personelin çalıştırılması	922	41,1
Hastaların bekletilmemesi	583	26,0
Sağlık kuruluşları arasında serbest rekabet sağlanmalı, kuruluş özelleştirilmeli	456	20,3
Sağlık kuruluşlarının temizliği ve iyi işlemesi	365	16,3
Sağlık kuruluşunun teknik donanımının iyi olması	336	15,0
Bürokrasinin azaltılması, denetim, sağlık politikasının iyileştirilmesi	312	13,9
Hastalara yeterli bilgilendirme yapılması	300	13,4
Sağlık personelinin motivasyonu sağlanmalı	124	5,5
Toplumun genel eğitim düzeyinin yükseltilmesi	72	3,2
Diğer öneriler*	60	2,7
Görüş belirtmeyenler	140	6,2

\* Sağlığa ayrılan bütçenin artırılması, sağlık kuruluşları sayısı, hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısının artırılması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi.

En son sağlık hizmeti alınan kurumdan memnuniyet durumunun sağlık kuruluşu türüne göre dağılımı Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26: Sağlık Kuruluşlarına Göre Memnuniyet Durumu

Sağlık kuruluşları	Memnuniyet durumu				Toplam	
	Memnun Sayı	Memnun %	Memnun değil Sayı	Memnun değil %	Sayı	%
Özel poliklinik ve hastane	618	97,0	19	3,0	637	100,0
Özel doktor	138	93,2	10	6,8	148	100,0
Tıp fakültesi	242	84,0	46	16,0	288	100,0
Sağlık ocağı	185	80,4	45	19,6	230	100,0
Diğer kamu hastaneleri	12	80,0	3	20,0	15	100,0
SEM ve kurum tabipliği	365	72,1	141	27,9	506	100,0
Devlet hastanesi ve semt polikliniği	232	65,5	122	34,5	354	100,0
SSK hastanesi	15	22,4	52	77,6	67	100,0
Toplam	1807	80,5	438	19,5	2245	100,0

$X^2=345,36$   $p < 0,01$

Memnuniyet oranları özel poliklinik ve hastanede en yüksektir. Bunları tıp fakültesi hastanesi ve sağlık ocağı gibi kurumlar izlemektedir. SSK hastanesindeki % 22,4’lük memnuniyet oranı çok dikkat çekicidir. Memnuniyet oranları bakımından sağlık kuruluşları arasındaki fark istatistiksel olarak da önemlidir. Sağlık

hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen çeşitli faktörlere göre dağılım Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27: Memnuniyeti Etkileyen Çeşitli Faktörlerin Değerlendirilmesi

Memnuniyeti Etkileyen Çeşitli Faktörler		n	Memnun olan		OR	% 95 güven aralığı
			Sayı	%		
Evdeki kişi sayısı	1-4	1430	1334	80,4	1,0	
	5 ve fazla	521	473	80,7	0,9	0,660-1,204
Cinsiyet	Erkek	1424	1141	80,1	1,0	
	Kadın	821	666	81,1	1,2	0,877-1,537
Beklenen muayene süresi	20 dak.dan az	1202	939	78,1	1,0	
	20 dak. ve üstü	749	606	80,9	0,8	0,767-1,384
Eğitim durumu	Lise ve dengi	40	29	72,5	1,0	
	Üniversite	2020	1626	80,5	0,6	0,291-1,792
	Yüksek lisans	185	152	82,2	0,6	0,217-1,615
Yaş	35 yaşın altında	867	698	80,5	1,0	
	35-49 yaş	1122	890	79,3	1,1	0,694-1,230
	50 yaş ve üzerinde	256	219	85,5	0,7	0,362-1,005
Ekonomik durum	İyi	545	454	83,3	1,0	
	Orta	1422	1157	81,4	1,6	0,423-1,431
	Kötü	278	196	70,5	1,5	0,87-1,007
En son başvuru sağlık kuruluşunda bekleme süresi	Kamu	1460	1051	72,0	1,0	
	Özel	785	756	96,3	2,9*	1,827-4,572
Sağlık kuruluşunda bekleme süresi	30 dak. ve üstü	1791	1511	65,2	1,0	
	30 dak.dan az	454	296	84,4	1,9*	1,435-2,632
Muayene öncesi ilgilenen olma durumu	Olmadı	1418	1016	71,7	1,0	
	Oldu	827	791	95,6	2,8*	1,832-4,196
Doktorun yeterince dinleme durumu	Dinlemedi	824	491	59,6	1,0	
	Dinledi	1421	1316	92,6	2,9*	2,314-3,503
Muayene süresi	10 dakika ve altı	1463	1062	72,6	1,0	
	10 dak.dan fazla	782	745	95,3	3,4*	2,172-5,256

\* p< 0.05

Evde yaşayan toplam kişi sayısı, cinsiyet, beklenen muayene süresi, eğitim durumu, yaş ve ekonomik durumun memnuniyete etkisi saptanmamıştır. En son kamu sağlık kuruluşuna başvuranlara göre özel sağlık kuruluşlarına başvuranların memnuniyet oranı 2,9 kat daha yüksektir. Sağlık kuruluşunda muayene öncesi bekleme süresi 30 dakikadan fazla olanlara göre 30 dakikadan az beklemiş olanların memnuniyetleri 1,9 kat daha yüksektir. Sağlık kuruluşunda doktor yeterince dinlemiş ise memnuniyetleri 2,9 kat daha yüksektir. Muayene süresi 10 dakikadan kısa sürmüş olan kişilere oranla 10 dakikadan uzun süre muayene edilmiş olan kişilerde memnuniyet oranı 3,4 kat daha yüksektir. Muayene öncesinde hasta ile birileri ilgilenmiş ise memnuniyet oranı 2,8 kat, eğer doktor hastayı yeterince dinlemiş ise memnuniyet oranı 2,8 kat artmaktadır.

Yapılan işlemler sırasında ücret ödeme durumu ve fiyatı uygun bulma durumunun hasta memnuniyetine etkileri Tablo 28’da verilmiştir.

Tablo 28: Cepten Ücret Ödeme Durumuna Göre Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

	Memnuniyet durumu				X <sup>2</sup>	P
	Memnun		Memnun değil			
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Muayene için ücret ödeme</b>						
Evet	710	89,1	87	10,9	58,117	< 0,01
Hayır	1097	75,8	351	24,2		
<b>Laboratuvar için ücret ödeme</b>						
Evet	85	83,3	17	16,7	0,55	> 0,05
Hayır	1722	80,4	421	19,6		
<b>Cerrahi müdahale için ücret ödeme</b>						
Evet	40	61,5	25	38,5	15,31	< 0,01
Hayır	1767	81,1	413	18,9		
<b>Diğer işlemler için ücret ödeme</b>						
Evet	80	85,1	14	14,9	1,331	> 0,05
Hayır	1727	80,3	424	19,7		
<b>Ödenen ücreti uygun bulma</b>						
Uygun	417	94,3	25	5,7	35,56	< 0,01
Pahalı	298	80,6	71	19,4		



## 5. TARTIŞMA

Araştırma grubuna alınan öğretmenlerden, devlete ait okullarda çalışanların çoğunluğunun 35 yaşın üzerinde, özel eğitim kurumlarında çalışanların ise çoğunluğunun 35 yaşın altında olduğu saptanmış ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 3). Bu durum, kamuya göre özel sektörün değişimlere daha kolay uyum sağlayabileceğinin bir göstergesi olarak algılanabilir.

Öğretmen ailelerindeki toplam kişi sayısı ortalaması, Türkiye ortalamasının altında bulunmuştur (53). Benzer şekilde yaşayan çocuk sayısı ortalaması da ülke ortalamasından daha düşüktür. Bu durum, muhtemelen öğretmen ailelerinin çoğunluğunun çekirdek aile olması yanı sıra eğitim düzeyleri itibariyle aile planlamasını daha kolay uygulayabilmelerinin bir sonucudur.

Daha önce yapılmış bir öğretmen profili çalışmasına göre araştırmaya katılan öğretmenlerin %59'u ekonomik olarak kendilerini "orta düzeyde" gördüklerini ifade etmişlerdir (54). Bu çalışmada, kendilerini ekonomik yönden orta düzeyde görenlerin oranı % 63,3'dür ve bu çalışmaya yakın bir oran söz konusudur.

Öğretmenler arasında en sık görülen kronik hastalıklar, kulak burun boğaz ve solunum sistemi hastalıklarıdır. Toplumun tümünü kapsayan araştırmalarda da benzer şekilde solunum sistemi hastalıkları en sık görülen hastalık olarak bulunmuştur (55). Öğretmenlerin, özellikle çalışmaları sırasında seslerini kullanıyor

olmaları nedeniyle kulak burun boğaz ve solunum sistemi hastalıklarının daha sık görülmesi zaten beklenen bir bulgudur. Nitekim, en son sağlık kuruluşuna başvuru nedenlerinde de, KBB ve solunum sistemi hastalıkları ilk sırada gelmektedir.

Koçoğlu ve ark. tarafından öğretmenler üzerinde yapılan çalışmada, kan basıncı yüksekliği oranı % 10'dan fazla bulunmuştur (11). Bu çalışmada ise, kan basıncı yüksekliğini de kapsayan kalp damar sistemi hastalıklarının görülme oranı % 6.2'dir. Aradaki bu farkın olası nedeni, Koçoğlu ve ark. çalışmasında ölçüm yapılarak kan basıncı yüksekliğine karar verilmiş iken, bu çalışmada sadece kişilerin kendi ifadelerinin kullanılması olabilir.

Toplumda herhangi bir kronik hastalık görülme oranını %24.3 ve %25.7 olarak gösteren çalışmalar vardır (56, 57) . Bu çalışmada saptanan % 27.7'lik kronik hastalık görülme oranı literatür bilgileri ile yakındır. Ancak bu çalışmadaki öğretmen popülasyonu içerisinde toplumdakine benzer bir yaş yapısı olamamasına, örneğin belli bir yaş altında ve belli bir yaşın üstünde kimse olmamasına rağmen saptanan kronik hastalık oranı diğer çalışmalardan daha yüksektir. Bunun olası nedeni de, öğretmenlerin mesleklerinden dolayı bazı kronik hastalıklara maruz kalmaları olabilir.

Cinsiyete göre en sık doktora başvuru nedeninin değerlendirilmesinde; kadınlarda farenjit, başağrısı, varis, hipotansiyon ve çocuklarının hastalıkları; erkeklerde ise görme sorunları, işitme sorunları, diabet ve yakınlarının hastalıkları istatistiksel olarak önemli biçimde daha yüksek oranda görülmüştür.

Yaş gruplarına göre başvuru yapılan sağlık kuruluşunun değerlendirilmesinde; 35 yaşından gençlerin daha çok özel sağlık kuruluşlarını, 35 yaşın üzerindeki ise kamu sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmüştür. Aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu farklılığın olası nedenleri, genç yaşta olanların çoğunluğunun özel eğitim kurumlarında görev yapıyor olmaları ve özel eğitim kurumları ile özel sağlık kurumları arasında yapılan anlaşmaların bir sonucu olarak bu kurumları tercih ettikleri düşünülebilir.

Kaliteli bir sağlık hizmeti için, hizmet alanların beklentilerinin karşılanması yada tatmini, temel öğelerden birisidir. Hizmetin kalite göstergelerinin son derece teknik ve dar sınırlı alanlara ve çoğunlukla yapıldığı gibi üçüncü basamak tedavi hizmetlerine yoğunlaştırılması, bu konudaki önemli tehlikelerden birisidir. Kalite sağlık hizmeti sunumunun tüm basamaklarında bulunması gereken bir niteliktir (4). Bir çok çalışmada, sağlık kuruluşunu tercihte en önemli neden, ulaşım

kolaylığı/yakınlık olarak bulunmuştur (58, 59, 60, 61). Bunu hizmetlerin kaliteli olması ve ucuz olması izlemektedir (62). Bir başka çalışmada, sağlık kuruluşlarını seçmede en önemli etmenler yakınlık ve ucuzluk; özel sektöre olan başvurularda ise ilk sırada hekimi tanıyarak gelmektedir (55, 63). İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının tercih edilmesinin nedenleri ise genellikle sevk ve zorunluluk olup, memnuniyet ve tavsiye edilmesi gibi seçenekler geri planda kalmaktadır (51).

Özel hastane ile Üniversite Hastanesinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, özel hastaneyi tercih etme nedenleri doktorunun bu kurumda olması, hastanenin yakın olması ve tavsiye edilmesi; Üniversite hastanesini tercih nedenleri ise hastanenin tavsiye edilmesi, doktorunun bu kurumda olması ve sevk edilmedi (64).

Bu çalışmada ise, en son başvuru alan sağlık kuruluşunu tercih nedeninde ilk sırada zorunluluk gelmekte, bunu sağlık kuruluşuna güvenme ve sağlık kuruluşunun başkalarınca tavsiye edilmesi izlemektedir. Daha önce yapılan çalışmalara göre sağlık kuruluşunun yakınlığının ön plana çıkmamasının en önemli nedeni, bu çalışmanın il merkezinde yapılmış olması nedeniyle uzaklık sorunu yaşanmaması olabilir.

Temel sağlık bakımı sisteminin iyi kurulamamasının ülkenin sağlık bakım sistemini altüst edeceğini ve üst basamak sağlık kuruluşlarında yığılmalara yol açacağını gösteren ülke deneyimleri vardır (65). Bazı yakınmalara rağmen, birincil sağlık bakımına önem ve öncelik veren ülkelerde hastaların daha fazla memnun oldukları saptanmıştır ve DSÖ kırsal ve kentsel alanlarda birincil sağlık hizmeti sunan sağlık ocaklarının gelişimini önermektedir (66).

Birinci basamak kamu sağlık kuruluşlarının yetersizliği, sonuçta aslında yataklı tedavi kuruluşu olan kamu hastanelerinin yoğun poliklinik hizmeti içinde boğulmalarına ve üstlerine düşen ikinci basamak hizmetini yeterince yerine getirememelerine yol açmaktadır. Yatak doluluk oranlarının düşüklüğü bunun en güçlü kanıtıdır (67) .

Kentsel alan sağlık hizmetlerinin yapılanmasındaki sorunların temelinde üç olgu yatmaktadır. En başta gelen olgu ülkemizin son 40 yılına damgasını vuran ve bir bütün olarak değerlendirilmesi gereken, hızlı nüfus artışı, kırdan kente göç ve çarpık kentleşmedir. İkinci olgu 1978 Alma Ata Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı sonuç bildirgesindeki sağlık sistemlerinin oluşturulmasındaki ilkeleri, ondan 17 yıl önce ülkemize kazandıran 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasanın gereği gibi yaşama geçirilemeyişi ve kentsel

alana uygulanamayışdır. Üçüncü olgu ise son 15 yılın gündemi olan, kamu yatırımlarının azaltılması ile özel sektöre teşvik kredisi ve vergi muafiyeti yoluyla kaynak aktarımına dayalı piyasa ekonomisine geçişi amaçlayan ekonomik politikalarıdır. Bu üç olgunun kentsel alan sağlık hizmetlerine etkisi; kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğe düşmesi ve kamunun boşalttığı alanın şu yada bu şekilde özel sektör tarafından doldurulmasıdır. Bunların sonucunda da sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikte fiziksel ulaşılabilirliğin yanı sıra, ekonomik ulaşılabilirlikte de eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır (67).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması (1992) sonuçlarına göre; sağlık kuruluşuna başvururken ilk tercih hastanelerdir. Kırsal kesimde yaşayanların %41.5’i kentsel kesimde yaşayanların %14.1’i ilk olarak sağlık ocağını tercih etmektedir. Türkiye genelinde en çok başvuru alan beş sağlık kuruluşu içinde, kırsal bölgede, sağlık ocakları birinci sırada gelirken (%32.1), kentsel bölgelerde %10.2 ile dördüncü sırada gelmektedir (8).

Bir araştırmada hastaların birinci basamak sağlık kuruluşu olan sağlık ocakları ve ikinci basamaktaki devlet hastanelerini kullanmadan doğrudan üniversite hastanelerini ilk başvuru adresi olarak bildikleri (%78.6) saptanmıştır (68).

Bazı çalışmalarda ise, sağlık hizmetine başvuruda ilk sırayı sağlık ocakları almaktadır. Sağlık ocaklarını seçenler en çok evlerine yakın olmasını, ikinci sırada ise ucuzluğunu gerekçe göstermişlerdir. Özel sektöre gidenler ise o kurumu seçme nedeni olarak en çok gittikleri hekimi tanıyıp tanımadığını, ikinci sırada ise evine yakın olmasını göstermişlerdir. Görüldüğü üzere eve yakınlık, özel sektörde dahi önemli bir etmen olmaktadır (55, 69). Sağlık ocağına uzaklık, başvuru öncesi ilaç kullanımını etkilemektedir. Bu sonuç hizmete ulaşabilme durumunun hizmetin kullanımını etkilemesine iyi bir örnektir (70).

Sağlık ocakları genellikle en rahat ulaşılabilen sağlık birimleri olarak değerlendirilmektedir (11). Hastaneye götürülmesi yerine birinci basamakta tedavisi yapılan hastalarda memnuniyet oranının daha yüksek tespit edildiği çalışmalar da vardır (71).

Isparta’da yapılan çalışmada, eğitim durumu ile ilk başvuruda sağlık ocağını tercih etme arasındaki ilişki negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Okur yazar olmayanların %87.6’sı ilk başvuruda sağlık ocağını tercih ederken, eğitim düzeyi

yükseldikçe bu oranın azaldığı, ortaokul ve üzeri eğitim alanlarda bu oranın %75.2'ye düştüğü görülmüştür. Yine il merkezinde periferik oranla daha düşüktür. Bir başka deyişle imkanların artmasıyla sağlık ocağını seçimi arasındaki ilişki negatif yönde görünmektedir. Oysa basamaklandırılmış sağlık hizmeti sadece tedavi edici hizmetler açısından bile her şeyden önce hastanın yararınadır (72) .

Bu çalışmada; en sık başvuru yeri olarak % 28,2 oranı ile özel poliklinik ve hastane bulunmuştur. Diğer çalışmalara oranla özel sağlık kuruluşlarının en fazla başvuru yeri olmasının nedeni, çalışmanın yapıldığı dönemde, özel sağlık kuruluşlarına yapılacak olan başvuruların da sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ödenebilmesini sağlayacak düzenlemenin yapılmış olmasıdır. Ayrıca bu çalışmada, ilk başvuru yeri olarak sağlık ocaklarını kullananların, devlet hastanesi ve tıp fakültesi hastanesinden de sonra gelmesi; öğretmenlerin, muhtemelen buldukları konumun olanaklarından da yararlanarak, sevk sistemi dışında ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurduklarının bir göstergesi olabilir.

Bu çalışmada sağlık ocaklarının başvuru yeri olarak ön sıralarda gelmemesinin bir diğer nedeni de, il merkezinde çalışmanın yapıldığı dönemde bulunan ve öğretmenlerin başvurmak zorunda buldukları sağlık eğitim merkezinin varlığıdır. Sağlık eğitim merkezleri, öğretmenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri amacıyla kurulmuş birimlerdir (22). Ancak, başka çalışmalarda da gösterildiği gibi bu birimler kuruluş amaçları doğrultusunda yeterli hizmet vermemektedir (73). Nitekim bu çalışmada da sağlık eğitim merkezlerinin başlıca kullanım amacının sevk almak olduğu saptanmıştır.

Görüşmeye dayalı yapılan bir araştırmada; “sağlık hizmetinde kalite deyince ne anlıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtların hemen hepsi, bir sağlık kuruluşuna başvurulduğunda karşılaşılan olumsuzlukların tanımlanması biçiminde olmuştur. Dile getirilen ortak yakınmalar şunlardır: hizmeti sunanların ilgisizlik ve bilgisizliği, sağlık personeli tarafından azarlanma, sıra bekleme, tedaviden yarar görmeme, bir başka sağlık kuruluşuna gönderilme (4).

Hekimin klinik bilgi ve becerisi, kişiler arası iletişim becerisi, poliklinikte çalışan personel, polikliniğin fizik şartları, sağlık konusunda bilgilendirme, hastaların bakıma katılımı, bakıma ulaşılabilirlik ve bakımın koordinasyonu konuları, hasta memnuniyeti araştırmalarında bakımın kalitesinin önemli göstergeleri olarak belirlenmiştir(74). Çalışmalarda hekimlerin, hastaların beklentilerini anlayabilme konusunda eğitilmelerinin, bakım kalitesini artıracığı iddia edilmiştir (75).



Hastaların doktorlardan aldıkları hizmetlerden memnuniyetlerinin değerlendirilmesi için çeşitli skalalar geliştirilmiştir (71, 76, 77, 78, 79, 80). Hasta anketleri kullanılarak hasta memnuniyet ölçümü pek çok ülkede giderek yaygınlaşmaktadır. Hasta memnuniyeti, bakımın kalitesinin ölçüsü olarak da yararlıdır (81).

Sağlık çalışanlarının; çabalarının, hasta bakımını olumlu yönde etkilediğini gördükçe daha iyi motive oldukları tespit edilmiştir. Motivasyonu arttırılan personelin sunduğu hizmet, hizmeti alan hastaların memnuniyetini etkilemektedir. Çalışanların memnun-mutlu olduğu bir iş çevresi oluşturarak hizmet kalitesi artırılabilir ve bunu doğal olarak hasta memnuniyeti takip edecektir (82).

Bürokratik, işlemlerin azaltılması, hastaların memnuniyetini artıracak, hizmetin daha iyi olmasını sağlayacak öneriler arasında sayılmıştır (Tablo 16). Hastalar, hekimlerle çoğu zaman bir hastane ortamında yüz yüze gelmektedir. Hekimler tedavi sürecinin akademik ve ya bilimsel/tıbbi yanıyla ilgilenirken, bürokratik yanıyla hiç ilgilenmiyorlarmış gibi görünmeyi tercih etmektedirler. Oysa hastanın hekimle kuracağı ilişki aslında hastaneye gelişi ile başlamaktadır. Hastanın hastanede ilk karşılaşacağı muamelenin, daha sonra hekime yönelik tavırlarını da etkileyeceğinden şüphe duyulmamalıdır. Hasta hekimle yüz yüze gelene kadar bir çok bürokratik işlemleri yerine getirmek durumundadır ve bu işlemler çoğu kez can sıkıcı bir hal alabilmektedir. Bu hastanelerde görevli olanların görev alanlarının ne olduğu net bir şekilde bellidir. Hasta ile hizmet veren kurum arasında çıkabilecek sorunların bir kısmının kaynağı ise, hastanın beraberinde getirdiği veya hastane ortamından dolayı ortaya çıkabilecek strestir. Ne yazık ki bu durum hastanın hizmet veren kişiler ve kurumla iletişimini bozucu nitelikte olabilmektedir (83).

Sağlık kuruluşunda hizmetin daha iyi olabilmesi için önerilerin başında sağlık personelinin hastaya davranışı gelmektedir. Sağlık personelinin iletişim becerileri ve hastalara davranışının, kişilerin aldığı hizmetten memnuniyetini etkilediği bilinmektedir (8, 10, 26, 74, 84, 85, 86). İletişim ortamının fizik yapısı ve hizmet sunan başına düşen başvuran sayısı, ilişkilerin kalitesini etkileyen diğer faktörlerdir (10). Sağlık personelinin kaba ve sinirli davranışları, memnuniyetin azalmasına neden olmaktadır (71, 87). Hastayla temas eden tüm personelin tutumlarının nazik, arkadaşça ve yardımsever olmasının, hastaların memnuniyet düzeyini arttırdığı görülmüştür (78, 88, 89, 90, 91).



Bir çalışmada, sağlık personelinin davranış biçimini yakın ve oldukça yakın olarak değerlendirenlerin %97.3'ü alınan hizmetten memnun iken, davranışı yakın bulmayanlarda memnun olma oranı %57.1'e düşmektedir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (92). Sağlık hizmeti kullanımı konusunda yapılan bir başka araştırmada, sağlık kuruluşlarından olan beklentilerin ilk sırasında ilgi, güler yüz ve hoşgörü ifade edilmiştir (92). Böyle bir beklentinin ilk sırada yer alması, genel olarak sağlık kuruluşlarında bu konuda bir eksikliğin olduğunu, diğer bir bakış açısı ile bu konuda bir memnuniyetsizliği göstermektedir (92).

Sağlık personelinin hastaya iyi davranması isteği, kamu sağlık kuruluşlarında %61,9 oranında dile getirilmiş iken, özel sağlık kuruluşunda bu oran % 42,2'dir ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemlidir (Tablo 16). Gerek kamu olsun, gerekse özel sağlık kuruluşlarında en fazla dile getirilen özellik olması nedeniyle hastaya iyi davranış, literatür bilgilerini de destekler biçimde, önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır.

Yapılan bir araştırmada, hastalığı konusunda tatmin edici bilgilendirmenin uzman doktorlar ve üniversite hastanelerindeki doktorlar tarafından yapıldığı görülmektedir (88). Bu çalışmada ise yeterli bilgilendirme gereksinimi yine kamu sağlık kuruluşları için daha yüksek oranda dile getirilmiştir (Tablo 16)..

Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, "bir sağlık kuruluşunu tercih etmede sizce en önemli faktör nedir?" sorusu yöneltildiğinde; ilgi, tam teşekküllü olması, temizlik, güven duymak, yakın olması ve ucuz yanıtları alınmıştır (68).

Kayseri'de 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerinden yararlananların aldıkları hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesine yönelik bir çalışmada, hastaların %63.0'ü sunulan hizmetlerden memnun iken, %47.0'ı yeterli ilgi görmeme, personelin sinirliliği, malzeme yetersizliği, çağrıya cevap alışı süresinin uzun olması, tedavi edilmeden sevk edilme gibi nedenlerle hizmetten memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (87).

Araştırmalar göstermiştir ki, hasta memnuniyetinin sağlanmasında hizmet veren ile hasta arasındaki iletişimin kalitesi çok önemli rol oynamaktadır (10, 93, 94). Gülümsemek, göz teması kurmak, kişinin ismini kullanmak, tüm dikkatini işine vermek, beden dilini iyi yorumlamak, konuşmayı kişinin kültür düzeyine göre ayarlamak, ırk cins kültür vb. farkı gözetmeksizin kişiye, saygı duyulduğunu hiçbir

şüpheye yer bırakmayacak şekilde göstermek gibi çeşitli faktörler bu iletişimde büyük rol oynamaktadır (10).

Müşterice algılanan kalite ile kuramsal kalitenin bir kıyaslaması olarak hasta tatminini etkileyen en önemli faktör, sağlık müşterilerinin kendilerine sunulan hizmetin teknik yeterliliğini değerlendirebilecek bilgi düzeyine sahip olamamalarıdır. Sözelimi Vuori ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada: “Hastaların doktorun teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak teknik yeterliliğin hastaların doktoru tercih etme eğilimlerini etkilemediği, tekrar doktor seçiminde ise doktorun ilgi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu sonucuna varılmıştır (7).

Hizmetin iyileştirilmesi için araştırma grubu tarafından ikinci sıklıkla dile getirilen öneri; hastaların bekletilmemesi ve kesintisiz hizmet sunulmasıdır. Yapılan diğer çalışmalarda da aynı beklenti değişen sıklıklarda dile getirilmiştir (4, 86). Ayrıca, hastalar tarafından algılanan bekleme zamanının, gerçek bekleme süresinden daha fazla memnuniyeti etkilediği bildirilmektedir (26). Bir araştırmada, ortalama bekleme süresi 70 dakika olarak bulunmuş ve bekleme süresinin kırsal kesimdeki sağlık kuruluşlarında kentsel bölgeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı araştırmada, ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarında bekleme süresinin daha da arttığı iddia edilmektedir (8). Bekleme süresinin artması, hastaların memnuniyetini azaltan bir faktördür (10, 57, 92). Sadece tahmini bekleme süresi konusunda hastanın bilgilendirilmesinin bile memnuniyetsizliği azalttığı gösterilmiştir (71).

Hastanelerde doktor başına düşen poliklinik hastası sayısal olarak arttıkça, hastaların muayene öncesindeki bekleme süreleri de artmaktadır. Ankara’da üç çocuk hastanesinde polikliniklere başvuran hasta yakınlarının memnuniyetlerinin değerlendirilmesine ilişkin yapılan bir çalışmada muayene olabilmek için hastaların bekledikleri süreler hastanelere göre; SSK hastanesinde 58.3 dakika, Sağlık bakanlığı hastanesinde 38.9 dakika, Tıp fakültesi hastanesinde 25.7 dakika olarak bulunmuştur. Doktor bekleme süre ortalamaları artan hastaların memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Çok memnun / memnun olanların, memnun olmayanlara oranla daha az beklediği görülmektedir (10, 95).

Hastaların ortalama bekleme ve muayene sürelerinin bilinmesi, sağlık ocağında sağlık personeli tarafından zamanın daha verimli kullanılmasına, hizmet planlamasına yardımcı olacaktır (8). Bu çalışmada, muayene olana kadar bekleme süresi kamu sağlık kuruluşlarında, özel sağlık kuruluşlarının yaklaşık iki katına yakın

bulunmuştur (Tablo 17). Aradaki istatistiksel olarak önemli de bulunan bu farklılığın, diğer faktörler bir yana bırakılsa bile, özel sağlık kuruluşlarından memnuniyetin daha yüksek çıkmasına yol açacağı beklenmelidir. Ortalama muayene süresi de tüm sağlık birimlerinde  $16.6 \pm 1.4$  dakika olarak bulunmuştur. Gülveren Sağlık Ocağı Hizmet Verimliliği Araştırması sonuçlarına göre hastalar, muayene olmak için ortalama 4.8 dakika beklemektedir. Altındağ Sağlık Ocağı'nda hasta bekleme, muayene süreleri ve hasta memnuniyeti konulu araştırmada muayene olmak üzere başvuran hastaların ortalama bekleme süresi yaklaşık 24 dakika bulunmuştur. Sağlık ocağında geçirdikleri toplam süre ortalama 73 dakika bulunmuştur. Polikliniğe başvuran hastaların %90.4'ü hizmetlerden memnun iken, %8.9'u memnun kalmamış, %0.7'si ise fikir belirtmemiştir (8).

Hemen her ülkede hekimlerin hasta-merkezcil bir yaklaşım sergileyebilmelerinin önündeki en önemli engel "zaman" faktörüdür. Kliniklerde görevli hekimler hastalarına gerektiği kadar zaman ayırıp onları dinleyememektedirler (75, 96). Çabuk teşhis koyabilmek ve sırada bekleyenlere de hizmet sunabilmek için hekimler, hastaları mümkün olduğunca az dinlemekte ve üstünkörü tahminlere dayanarak reçeteler yazarak hastaları baştan savmaktadırlar. İngiltere'de yapılan bir araştırmada, kliniklerde çalışan hekimlerin dörtte üçünün hastalara, kendi gözlemlerini dile getirmesine ya da düşüncelerini ifade etme hakkını hiç tanımadıkları bulunmuştur (96). İngiltere'de hekimin bir hastaya ayırdığı zaman ortalama olarak 6 dakika olarak hesaplanmaktadır. Ancak asıl rakamın 2-20 dakika arasında değiştiği de bilinmektedir (97).

Genel olarak ülkemizde de, İngiltere gibi hastane kliniklerine gelen hastalara hekimlerin çok fazla zaman ayıramadıkları söylenebilir (57, 83). Bir çalışmada, doktor tarafından muayene için ayrılan süreyi yeterli bulanlara göre bu süreyi yeterli bulmayanlarda memnuniyet oranının düştüğü ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kişiler tarafından muayene süresinin yeterli bulunmaması, doktor tarafından kendilerine yeterince ilgi gösterilmediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebildiğinden, hizmet memnuniyetini etkilediği düşünülmektedir (92).

Türkiye ile diğer Avrupa ülkeleri arasında hasta memnuniyeti bakımından bazı farklılıklar vardır. Hastaların sağlık durumundan kaynaklanan emosyonel problemlerle başa çıkmaya yardımcı olma konusunda iyi veya mükemmel

değerlendirmesi yapanların oranı Almanya'da %85, Slovenya'da %87, Hollanda'da %76 ve Türkiye'de %60.2 olarak tespit edilmiştir (95).

Sağlık ocağında yapılan bir hasta memnuniyeti araştırmasına göre, memnuniyet nedenleri arasında ilk sırada ilgi (%43.6) gelmektedir. Hastaların %26.1'ini hizmetin iyi olmasını, %18.5'ini bekleme sürelerinin kısa olmasını memnuniyet nedeni olarak belirtmiştir. Memnuniyetsizlik nedenleri arasında sağlık ocağında geçirilen sürenin uzunluğu gelmektedir (%10.3). Hastaların %10.3'ü bekleme sürelerinin uzun olmasını, %7.2'si hizmetin kötü olmasını memnuniyetsizlik nedeni olarak belirtmiştir (8). Benzer memnuniyetsizlik nedenleri, başka çalışmalarda da gösterilmiştir (98, 99, 100).

Uyanış sağlık ocağına başvuran hastaların hekim görmek için bekledikleri süre ortalama 12 dakika bulunmuştur. Sağlık ocağına başvuran hastaların %73.1'ini için bu süre makuldür. Ancak Uyanış sağlık ocağında geçirilen toplam süre ortalamasının 15.9 dakika olduğu düşünülür ise, bu sürenin büyük bir kısmının (%75.4) doktorla görüşmeyi beklerken geçtiği, muayene için ise çok fazla zaman (toplam sürenin %20.7'si) harcanmadığı görülmüştür. Hastaların %61.9'una fizik muayene yapılmamıştır. Bu da poliklinik odasında geçirilen sürenin kısa olmasının önemli bir nedenidir (8). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması'na göre muayene süresi ortalama 16.6±1.4 dakikadır. Bu sürenin bu kadar kısa olmasının en büyük nedeni sağlık ocağına başvuran hastaların çoğunun sevk almak, reçete yazdırmak amacı ile hekimlerin zamanının önemli bir kısmın alması, hekimlerin motivasyonunu düşürmesi ve diğer hastaların muayenesi için ayrılan sürenin azalması olabilir (8).

Bu çalışmada, sağlık kuruluşlarında geçirilen toplam süre bakımından sağlık kuruluşlarının kamu ya da özel sağlık kuruluşu olması bakımından fark bulunmamıştır. Ancak kamu sağlık kuruluşlarında harcanan toplam sürenin çoğunluğu muayene olabilmek için beklemekle geçirilmiş iken, özel sağlık kuruluşlarında bekleme süresi daha kısa ve muayene süresi daha uzun olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir (Tablo 17). Bu durumun kamu sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranını olumsuz yönde etkilemesi beklenmelidir. Örneğin bir başka araştırma sonuçları göstermiştir ki; bekleme süresini uygun bulanlarda memnun olma oranı %97.7 iken, uygun bulmayanlarda

%87.5'e düşmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bekleme süresinin kısaltılması bekleme süresinden kaynaklanan memnuniyeti artıran bir faktördür (92).

Bu çalışmada, hekimlerin muayene süresi ortalaması 11,7 dakikadır. Ancak burada çok önemli bir özellik, bu süre kamu sağlık kuruluşlarında 8,3 dakika iken özel sağlık kuruluşlarında 18 dakikaya çıkmaktadır. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda, genellikle kamu sağlık kuruluşlarının ortalamalarına yakın muayene süreleri elde edilmiştir. Bir araştırmada bu süre ortalama 7,8 dakikadır (57).

Sağlık hizmetinin kalitesi, beklentilerin karşılanabilme durumunun da bir göstergesidir (4, 75). Bu çalışmada, gerçekleşmesi beklenen muayene süresi; kamu sağlık kuruluşları için 20,4 dakika, özel sağlık kuruluşları için ise 24,6 dakikadır. Gerçekleşen muayene süresine bakıldığında ise özel sağlık kuruluşlarında muayene süresi ortalamasının beklentilere daha yakın olduğu görülmektedir. Bunun da etkisiyle satın özel sağlık kuruluşlarından memnuniyet daha yüksek oranda hesaplanmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında harcanan zamanın dağılımı incelendiğinde, laboratuvar işlemleri için kamu sağlık kuruluşlarında, özel sağlık kuruluşlarına göre yaklaşık 4 kat daha fazla zaman ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 17). Bu çalışmada, laboratuvar işlemlerinin ayrıntısı sorgulanmamıştır. Bu nedenle, laboratuvar işlemlerinin daha uzun sürmesinin nedeninin daha kaliteli laboratuvar hizmeti mi yoksa laboratuvar için gereksiz zaman kaybı mı olduğu konusunda fikir yürütmek mümkün değildir.

Hasta memnuniyeti ülkeden ülkeye değişir ve onların memnuniyeti yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik seviye ve sosyoekonomik statü gibi bir çok hasta karakteristiğine bağlıdır (95, 101, 102). Ankara'nın bir gecekondu bölgesinde "Sağlık Hizmetlerinde Kalite" konusunda yapılan odak grup görüşmelerinde, "sizce kalite nedir?" sorusuna verilen yanıtlar; kalite kavramının kişiler arasında farklı anlamlar taşıdığını göstermiş ancak genel olarak kalite; "parasal değer" ve "pahalı olma" ile özdeşleştirilmiştir (4).

Hastaların en önemli beklentileri doktorların kendisini dinlemesi, iyi bir fizik muayene ile doğru teşhisin konması, danışmanlık ve bilgilendirilme arzusudur (75).

Erzurum'da yapılan bir araştırmada öğrencilerin kalite algıları ile cinsiyetleri arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre erkek öğrenciler sağlık hizmetlerini bayan öğrencilere göre daha kaliteli, bayan öğrenciler ise daha kalitesiz algılamaktadır (103).



GATA Eğitim Hastanesinde, poliklinik hastaları ve yatan hastalar üzerinde puanlama kullanılarak yapılan tatmin araştırmasında; erkekler kadınlardan daha yüksek tatmin düzeyine sahip oldukları saptanmış; yatan hastalarda aralarındaki fark anlamlı bulunmamış iken poliklinik hastalarında kadınlarla erkekler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (104). Benzer sonuç, diğer ülkelerde yapılmış çalışmalarda da görülmüştür (105). Hasta memnuniyeti ve cinsiyet arasında ilişki gösteremeyen çalışmalar olduğu gibi (77, 106), böyle bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (107, 108). Bu çalışmada ise, cinsiyete göre memnuniyet durumu bakımından bir farklılık bulunamamıştır.

Alınan muayene hizmeti ile ilgili doktor açıklamasını yeterli bulanların memnun olma oranı açıklamayı yeterli bulmayanlarda düşmekte olup aradaki fark anlamlıdır (86, 92, 109). Özel hastanede tedavi alanların, Üniversite Hastanesi'nde tedavi görenlere göre, doktorları tarafından hastalıkları, tedavileri ve kullanacağı ilaçlar hakkında yeterli bilgi alma konusunda daha fazla tatmin oldukları saptanmıştır (92). Hastalarda stres yaratan en önemli etken, hekimlerin hastaları hastalıkları hakkında bilgilendirmemeleri olmaktadır (110).

Bekleme yerinin rahatlığı, hizmet sunulan yerin rahatlığı ve temizliğinden memnun olma durumuna göre alınan hizmetten memnun olma oranını etkilediği çalışmalarla gösterilmiştir (92). Nitekim bu çalışmada özel sağlık kuruluşlarında bekleme odasında bekleme oranı %51,1, kamu sağlık kuruluşlarında % 17,8 olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu da memnuniyet sonucuna yansımaktadır.

Hasta karşılama, hasta muayenesi, hastayı bilgilendirme, laboratuvar işlemleri ve cerrahi müdahale işlemlerinin değerlendirilmesinde; bu işlemlerin hepsinde de özel sağlık kuruluşlarında daha yüksek bir puan ortalaması saptanmıştır (Tablo 17). Bu durum, özel sağlık kuruluşlarında yüksek olan memnuniyeti desteklemektedir.

İbni-Sina Hastanesi'nde, genel hastane hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından yapılan hasta tatmini araştırmasında, cinsiyet gruplarına göre hasta tatmin düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (104). Bir başka çalışmada da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir memnuniyet farkı olmadığı bulunmuştur (92, 111).

Bu çalışmada, son başvuru olan sağlık kuruluşuna göre tespit edilen memnuniyet oranı % 80,5 bulunmuştur (Tablo 26). Ankara'da bir üniversitenin iki sağlık merkezine bir hafta boyunca başvuranların sağlık merkezlerinden memnuniyet



düzeyini belirlemek üzere Vaizoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada; Birinci Kampüs Sağlık Merkezi'ne başvuranların %69.3'ü, İkinci Kampüs Sağlık Merkezi'ne başvuranların %80.6'sı sağlık merkezlerinden aldığı hizmetlerden memnun olduklarını belirtmişlerdir (112).

Gazi Üniversitesi Araştırma Hastanesinde hastaların %88'i memnun yada çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir (51). Sağlık ocaklarına başvuranların %89.4'ü yapılan tedaviden memnun olduklarını söylemişlerdir (69). Yapılan bir çalışmada araştırma grubundaki hastaların toplam memnuniyet oranı %57,2 olarak belirlenmiştir (57). Sağlık ocaklarında tıbbi bakım alan poliklinik hastalarının memnuniyet oranı %70,0 bulunmuştur (85).

Eğitim düzeyinin yükselmesi ile insanların alternatifler hakkında daha fazla bilgileneceği, daha eleştirel değerlendirecekleri belirtilmektedir. Bu nedenlerle öğrenim düzeyi yükseldikçe tatminin azaldığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte (77, 85, 108 113, 114), öğrenim düzeyi ile tatmin arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (64, 115). GATA Eğitim Hastanesi'nde poliklinik hizmetlerinden ve yatan hastalarda yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe hasta tatmin düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuç İbn-i Sina Hastanesi'nde yapılan çalışmanın sonuçlarıyla çelişmektedir (104). Ancak, bu çalışmada eğitim durumuna göre memnuniyet derecesi arasında bir ilişki gösterilememiştir. Bunun olası nedeni, bütün öğretmenlerin birbirine yakın eğitim düzeyine sahip olmaları olabilir.

Hastaların yaş gruplarına göre poliklinik hizmetlerinden tatmin düzeyleri incelendiğinde, 25-33 yaş grubunun diğer yaş gruplarından farklı olduğu saptanmıştır. 50 yaş üzeri grubunun en yüksek tatmin düzeyine sahip olduğu görülmektedir (104). Genç hastaların yaşlı hastalara göre daha az memnun olduğunu gösteren başka çalışmalar da vardır (71, 77, 108, 111, 116). Bu sonuç, GATA Eğitim Hastanesi'nde yatan hastalar üzerinde yapılan araştırma ile benzerlik gösterirken, yaş yükseldikçe tatmin düzeyinin düştüğü saptanan İbn-i Sina Hastanesi'nde yapılan araştırma sonuçlarıyla çelişmektedir (104). Bu çalışmada ise yaş gruplarına göre memnuniyet bakımından bir farklılık tespit edilmemiştir.

Ekonomik durumu iyi olan hastalarda memnuniyet oranının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (117). Bu çalışmada ekonomik durumun memnuniyete etkisi gösterilememiştir. Bunun olası nedeni de, bütün öğretmenlerin birbirine yakın ekonomik düzeye sahip olmaları olabilir.

Sağlık ocağına başvuran hastaların geliş nedenleri arasında muayene ilk sırada gelmekteyse de, reçete yazdırmak ve sevk almak için gelen hastaların toplam sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrole gelen hastaların sayısının az olması, sağlık ocağında hasta takibinin yeterli seviyede olmadığını düşündürmektedir (8).

Bu çalışmada, daha çok koruyucu sağlık hizmeti alınması gereken durumlarda, sağlık ocakları öncelikli olarak akla gelmektedir. Nitekim, aşı, aile planlaması, lohusa takibi, gebe takibi, emziren anne takibi, çocuk aşıları, çocuk gelişimi takibi işlemlerinde ilk akla gelen sağlık kuruluşu sağlık ocaklarıdır. Bunun yanı sıra tansiyon ölçtürmek, enjeksiyon yaptırmak, pansuman yaptırmak gibi küçük müdahaleler de öncelikli olarak sağlık ocaklarından talep edilmektedir. Aşılama ve aile planlaması hizmetlerinin en sık edinildikleri yer de sağlık ocaklarıdır (Tablo 20). Ayrıca sağlık eğitimi konusunda da sağlık ocakları üniversite hastanesinde sonra ikinci sırada gelen bilgi kaynağı konumundadır.

Sosyal güvence varlığının gerekliliği, öğretmenlerce dile getirilmiştir (Tablo 16). Sosyal güvence durumuna göre hastalık anında ilk başvuru yeri değerlendirildiğinde, Isparta'da yapılan çalışmada sosyal güvencesi olmayanların diğerlerine oranla daha fazla sağlık ocağına başvurduğu tespit edilmiştir. (69).

Günümüzde hastaneler hastalıklara çare bulunan yerler olmaktan gittikçe uzaklaşarak, basit poliklinik hizmetleri dahi, vatandaşların uzun kuyruklarda, uzun zaman sıra bekleyerek sonrasında; sadece birkaç dakika içinde hekimi görmek, derdini anlatmak ve çaresini beklemek durumundadır. Hekimin de hastasını bu az sürede dinleyerek, muayene ederek hastalığına teşhis koyması, tedavi yollarını düşünmesi ve ilaçlarını tavsiye etmesi gerekmektedir. Bunun her ikisi de olması gerektiği şekilde olmamaktadır. Hastanın hastalığına çare bulmaktan çok zaten içerisinde barındırdığı çaresizlik duygusunu artırmakta, hekim ise mesleğini en asgari düzeyde icra edememenin sıkıntısı içerisinde kalmakta, mesleğini adeta bir yasağı savma durumunda olan birisi gibi icra etmekte, maaşının karşılığı olarak ve zorunlu olarak hastalarına bakmak durumunda kalmaktadır. Oysa genelde bir kamu görevlisi olan hekim, anayasal hakkını kullanmak isteyen vatandaşa bu hakkını en ileri düzeyde kullanmasına olanak sağlamak için devlet tarafından görevlendirilmiş bulunmaktadır (83).

Sağlık hizmetlerinden memnuniyette, ön sıralarda gelmese de, alınan hizmete ücret ödenmemesi veya hizmetin ucuz olması da etkilidir (68). “Hizmet ucuz hatta ücretsiz olmalı”, “sosyal güvenlik kurumlarının yapısı ve işlevi düzenli olmalı” önerileri, hem son başvurulacak sağlık kuruluşu için (Tablo 16) ve hem de genel sağlık hizmetleri için (Tablo 25) ifade edilmiştir. Bu konu, altı çizilerek incelenmesi gereken temel konulardandır.

Sıradan halkın gidebileceği hastanelerde bekledikleri ya da ihtiyaç duydukları bakımı ve ilgiyi göremeyen, hastalıklarına uygun açıklamaları alamayan kimselerin genelde yaptığı iki tür davranış vardır. Birinci olarak hastanelerden umutlarını kesebilirler. Bu durumda kaderlerine razı olacaklar ancak bu tercihin riskine katlanmak zorunda kalacaklardır. Çünkü yakalandıkları basit hastalıklar sonuçta daha ciddi hastalıklara dönüşebilmektedir (83).

İkinci yol ise, hastane ortamında tedavi almada hastanın ısrarcı olmasını gerekli kılmaktadır. Ancak bu tür hastaların tercihlerinin maliyetini karşılayabilecekleri maddi güçleri olmalıdır. Bu hastalar için yapılabilecek ilk eylem, eğer bir uygulama / eğitim hastanesinde iseler özel muayene diye tabir edilen, belli bir miktar ücret ödenmesini gerektiren bir muayene talep etmektir. Bu muayenede, hasta istediği hekimi seçmekte ve eğer hekim bu muayeneyi yapabilecek durumda ise –ki genelde hekimler para söz konusu olduğundan zamanlarını bu muayeneye gelebilecek hastaları da göz önünde bulundurarak ayarlamaktadırlar- hastayı görmektedir. Oysa anayasa hastanın herhangi bir ücret ödemediği sağlığına kavuşturulmasını toplumsal bir zorunluluk haline getirmiştir. Tedavi amaçlı çalışan hastanelerde ise bu süreç çok daha normal dışı yaşanmaktadır (83).

Bu düzen içinde çalışma sonuçları da göstermektedir ki; cepten ayrıca ücret ödemek hizmetten duyulan memnuniyeti artırmaktadır (Tablo28). Yani dayatılan sistem içinde, hastalar ayrıca ücret ödedikleri takdirde, zaten olması gereken iyi hizmet unsurlarını (ilgi, güler yüz, özen vb.) satın aldıklarına inanmakta ve daha memnun hissetmektedirler. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanunda “sağlık personeli görevini hastaya karşı yakın ilgi ve güler yüzle yapmalıdır” der (72).

Unutulması gereken bir nokta vardır ki; kişilerin “tatmini”nin, hizmetin yalnızca bir göstergesi olduğu ve hizmeti alanların tatmin olmasının, her zaman olumlu sağlık sonuçlarına ulaştırmayabileceğidir. En temel sağlık gereksinimlerinin karşılanmadığı, hasta haklarının ihlal edildiği, kişilerin sağlık hizmeti konusundaki

görüşlerini yanlış yönlendirmeler ve olumsuz deneyimlerin belirlediği bir sistem içinde; hizmeti alanların beklentilerinin neler olabileceği düşünülmeli ve bu beklentilerin yerine getirilmiş olmasının, sonuçta sağlık etkisine katkıları tartışılmalıdır (4).

Türkiye’de bugün birçok hekim hastanelerde part-time (yarı zamanlı) olarak çalışmaktadır. Dolayısıyla günün belli bir saatini kendisine ayırmaktadır. Bu saatlerde ise hekimlerin çoğu kendi muayenehanesinde, bir kısmı özel hastanelerde bir kısmı ise hem kendi muayenehanelerinde hem de özel hastanelerde çalışmalarını sürdürmektedirler. Yani hastanelerde hastalıklarına çare bulamayan hastaların ikinci yol olarak hekimlerin muayenehanelerine gitme olanakları vardır. Ancak bu muayeneler tabii ki belli ücrete, zaman zaman da oldukça yüksek miktarlara ulaşan ücretlere tabidirler (83).

Hekimler kendi muayenehanesinde hastalarına daha iyi davranmakta ve daha fazla zaman ayırarak, hastalarının isteklerine ilgiyle cevap vermektedirler. Hastalarda yaygın olan kanı odur ki tedavi amaçlı hastanelerde hekimleri muayenehanelerinde ziyaret etmeden boş yatak bulmak mümkün değildir. Hekimler hastaların hastanelerde düşmüş oldukları zor durumu kendi muayenehanelerinde çözmektedirler. Kısacası genel hastanelere gelen ancak belli bir miktarda ödeme gücü olan hastalar şu veya bu şekilde hekimlere maaşlarının dışında ücret ödeyerek sorunlarını çözmeye eğilimine girmektedirler. Ödeme gücü olmayan kimseler ise hastane polikliniklerinde verilmekte olan düzeyi düşük hizmetler ile yetinmek durumunda kalmaktadırlar (83).

Birinci basamak özel sağlık kuruluşları neredeyse nüfusla eş orantılı olarak dağılım göstermektedir. Bu durum özel sağlık kuruluşlarının yalnız kamu sağlık kuruluşlarının yetersiz kaldığı yerlerde yoğunlaşmakla kalmayıp, tüm İstanbul geneline nüfusla orantılı bir şekilde dağıldığını göstermektedir. Açıkça söylenmesi gereken şey, özel sektörün her yerde kendine yönelik bir talep bulduğu ve arz yarattığıdır. Bu da, kamu kuruluşlarının dengeli dağılmamasından öte genel bir yetersizlik içine düştüklerini ve tercih edilmediklerini düşündürmektedir. Kamu sağlık kuruluşlarındaki yetersizlik ve dengesiz dağılım, İstanbul gibi illerdeki fiziksel ulaşım engelleriyle bir araya geldiğinde günümüzde “kamu sektörünün sağlık hizmetlerindeki payının giderek düştüğü ve kamu hizmeti olması gereken sağlık hizmetlerinin hızla piyasa ekonomisi şartlarına teslim edildiği” söylenebilir (118).

Kaliteli hasta-hekim ilişkisinin hastanın yeniden başvurusunda en önemli faktör olduğu tespit edilmiştir (119). Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, kadınlara bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiğinde ilk olarak nereyi tercih edecekleri sorulduğu zaman, %78.4'ü üniversite hastanesini, %8.2'si özel doktor ve kurum doktorunu, %7.4'ü devlet hastanesini, %6.0'sı sağlık ocağını tercih edeceklerini ifade etmişlerdir (68).

Isparta'da yapılan çalışmada, her türlü olanağın sağlandığı ortamda üst düzey akademisyene veya yurtdışına değil, genellikle bir sağlık ocağı veya fakülte hastanesinin laboratuvar imkanlarına sahip olmamasına rağmen, özel doktora gitme isteği; halkın üst düzey bilgi ve teknoloji aramadığı, ana beklentisinin ilgi ve güler yüz olduğudur (69). Sağlık personeli hizmet içinde ve dışında halka güler yüzle, sevecenlikle davranmalı ve hizmet etmelidir (72).

Her türlü olanak sağlandığı durumda gidileceği belirtilen sağlık kuruluşları arasında özel sağlık kuruluşları ilk sırada gelmektedir. Bu konuda tercih edilen kamu sağlık kuruluşları arasında üniversite hastanesi ilk sırada gelmektedir. Sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi gerektiği fikri, hizmet kalitesi ve memnuniyeti artıracak öneriler arasında önemli bir orana sahip gözükmektedir (Tablo 25). Ayrıca sağlık hizmeti kamu eliyle yürütülmelidir diyenlerin oranı %11.2 gibi gözükmektedir. Bunun değerlendirilmesi gerekir.

Hastaların bekletilmemesine ve sürekli hizmet sunulmasına dair; sağlık kurumlarının, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin sayısı artırılmalıdır önerisi, diğer öneriler başlığı altında ifade edilmiştir (Tablo 25). Bir ülkenin refahının bir göstergesi de hastanelerinin kalitesi ve sayısı ile ilgilidir. Büyük şehirlerde hastanelerin acil servisleri dahi gelen hastaları karşılayabilecek kapasitenin altında kalmaktadır. Hastalar ameliyat olabilmek için ayarca sürebilecek kuyruklara girmek zorunda kalmaktadırlar. Bunun en önemli nedenleri arasında teçhizat, personel ve yatak yetersizlikleri sayılabilir. 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı Türkiye'de 25.7 iken, ABD'de 53, Almanya'da 87, Arjantin'de 48, Avusturya'da 208, Belçika'da 53, Yunanistan'da 51, Özbekistan'da 124, Fransa'da 93 olarak belirtilmektedir. Türkiye standartları genel olarak dünya standartlarının altında bulunmasına paralel olarak ülke içerisinde de ciddi dengesizlikler göze çarpmaktadır. Örneğin 10 bin kişiye düşen hasta yatağı Ankara'da 22.9, Antalya'da 39.9 iken



Siirt'te 9.6, Şırnak'ta 6.9, Mardin'de 7.3'tür. ülkenin gelişmemiş bölgelerine götürülebilen sağlık hizmeti, dünya ortalamasının çok altında bulunmaktadır (120).

Bir araştırmada, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde memnuniyet oranı %85 civarına yükselmekte iken SSK hastanesinde %60'lara düşmektedir (88). Başka bir çalışmada, araştırılan tüm memnuniyet göstergeleri irdelendiğinde en düşük memnuniyet oranları SSK hastanesinde, en yüksek memnuniyet oranları ise tıp fakültesi hastanesinde tespit edilmiştir (10). Bu çalışmada SSK hastanesinde saptanmış olan % 22,4 ile en düşük memnuniyet oranı, SSK hastanelerinden memnuniyetsizliğin sadece Kayseri SSK hastanesine has bir özellik olmadığını göstermektedir.

Öğretmenler, sağlık hizmeti sunan hekim ve personelin, işinde uzman, eğitilmiş olması gerektiğini önermişlerdir (Tablo 25). Kurumlarda çalışan sağlık personelinin, özellikle doktorların kendilerini mesleki bilgi ve yeterlilik açısından geliştirmeleri, hastalarına olabildiğince fazla zaman ayırmaya çalışmaları, tıp dünyasında meydana gelen teorik ve teknik yenilikleri takip ederek, kendi hastaları üzerinde yenilikleri uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kalite düzeyinin yükseltilmesi açısından son derece önem taşımaktadır (103). 224 sayılı kanunda bu eksikliğin ancak mezuniyet sonrası sürekli ve hizmet içi eğitimlerle kapatılacağı öngörülmüştür ve önerilmiştir (72).

Bilindiği gibi Türkiye'de son yıllarda özel hastanelerin sayıları hızla artmaktadır. Bu hastaneler gelir düzeyi yüksek bireylere sağlık hizmetleri üretmeyi hedeflemektedirler. Özel hastaneler özellikle 1983 yılından sonra uygulama alanına aktarılan liberal politikaların tipik birer ürünü gibi karşımızda durmaktadırlar. Bu hastaneler ilk kuruluş yıllarında devletin özel ilgi ve desteğine sahip olmuşlar, çeşitli teşvikler almışlardır. Bugünkü geldiğimiz noktada özel hastaneler devlet hastanelerinden memnun olmayan, fakat bir miktar parası olan sıradan halk ile gelir düzeyi yüksek olan kimselerin başvurdukları kurumlar olmaktadır. Temel olarak özel hastanelerin iki işlevi üstlenmiş oldukları öne sürülebilir. Birinci olarak, özel hastaneler geliştirilerek bir önceki dönemde çok bozuk sağlık sistemine zorunlu olarak mahkum olan, toplumun zengin kesimlerinin sisteme olan tepkileri azaltılmış olmaktadır. Bu kesimler bilindiği gibi ülkenin siyaseti üzerine de önemli bir etkiye sahiptirler. Hükümetler etkili ve nüfuz sahibi olan bu kimselerin kendileri üzerindeki baskılarını bu yolla bertaraf etmiş gibi görünmektedirler. İkinci olarak, hiç değilse



toplumun bir kesimi (zengin kesimi) devletin temelini oluşturduğu sağlık sisteminin dışına itilerek, genel bütçe üzerindeki sağlık harcamalarının baskısı azaltılmak istenmiştir. Böylece özel hastaneler, sanki sağlık sektörünün bir ölçüde özelleştirilmiş hali gibi de görülebilir (83).

Öğretmenlerin özelleştirmeye bakışının değerlendirilmesinde; kamu sağlık kuruluşlarına başvuranların % 63,4'ü, özel sağlık kuruluşlarına başvuranların ise %74,0'ü sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesine olumlu bakmaktadır (Tablo 22). Bunda, özel sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin hasta memnuniyeti ilkelerine daha uygun koşullarda veriliyor olması etkili olabilir. Bunun sonucu da zaten memnuniyet oranları olarak yansımaktadır (Tablo 26).

Devlet altından kalkmakta zorluk çektiği pek çok sorunu piyasa koşulları altında çözme fırsatını özel sektöre vermiş gibi davranmaktadır. Bir başka anlatımla devlet, yeni ortaya çıkan ekonomik koşullara bağlı olarak, kendisinin anayasal sorumluluklarını artık farklı şekilde yorumlama eğilimine girmiş bulunmaktadır. Halbuki özel sektörde çözümlenmesi düşünülen sorunların asıl çözüm yeri, anayasaya göre devletin kendisi olma durumundadır. Türkiye Anayasa'sı bireylerin sağlığını koruma ödevini devlete vermiş bulunmaktadır. Devlet ise özel hastanelerin bir çığ gibi büyümesine göz yummakla kalmayıp üstelik teşvik de ederek kendi sorumluluğundan kaçmış ve kendisini meydana getiren bireylerin sağlıklarını, tam anlamıyla bütün kural ve ilkeleri ile işleyemeyen kapitalizmin acımasız ortamına terk etmiş bulunmaktadır. Hemen belirtmek gerekir ki bu terk ediş, sadece Türk devletinin özgün bir buluşu da değildir. Dünya devletleri arasında nerede liberal ekonominin ilkeleri uygulanmaya başlanmışsa benzer bir sistem her zaman söz konusu olmuştur (120).

Hastaların %49.7'si hizmet almak amacı ile tekrar başvurmak istediklerini, %46.1'ı ise mecbur oldukları için tekrar başvuracaklarını belirtmişken, %2.1'ı asla gelmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Sağlık ocağı hizmetlerinden memnun kalanların %98.7'si tekrar sağlık ocağına geleceklerini belirtmişken bu oran memnun kalmayanlarda %94.1 düzeyindedir (8). Başka bir araştırmada; hastaların ileride tekrar hastaneye yatmaları gerekirse yine bu hastaneyi tercih edip etmeyeceklerine ilişkin değerlendirmelerinde hastaların %7.8'i tekrar istemeyeceğini belirtirken, daha büyük bir oranı (%28.5) başka seçenek olmadığında tercih edeceğini belirtmişlerdir (88).

Baykan ve arkadaşlarının çalışmasında; incelenen kadınların %74.7'si tekrar bir sağlık hizmetine gerek duyduklarında buraya gelebileceklerini, %23.2'si kesinlikle buraya geleceklerini, %2.1'i ise kesinlikle gelmeyeceklerini ifade etmişlerdir (62). Bir araştırmada, hastalara seçme imkanları olduğu takdirde benzer bir sağlık sorununda tercih edecekleri hastane sorulduğunda %26.2'sinin yine aynı hastaneyi tercih edeceği, %22.7'sinin özel bir hastaneyi tercih edeceği ifade edilmiştir (57). Bu çalışmada, tekrar sağlık hizmeti alması gerektiğinde aynı sağlık kuruluşunu tercih edeceklerini belirtenlerin oranı, kamu sağlık kuruluşlarında % 32,3 iken özel sağlık kuruluşlarına başvuranlarda % 67,8'dir. İstatistiksel olarak da anlamlı bulunan bu sonuç, özel sağlık kuruluşlarında yüksek olan memnuniyetin bir sonucudur.

Sağlık sorunlarına çözüm olarak gündeme getirilen ve son yıllardaki sağlık politikalarının genel söylemi haline gelen "aile hekimliği" sistemi; bu araştırmada da öğretmenler tarafından öneri olarak dile getirilmiştir (Tablo 25). Batı ülkelerinde ideal yöntem olarak düşünülen aile hekimliği / genel pratisyenlik uzun yıllar Türkiye'de uygulanmış olsa bile işlevlerine ilişkin tartışmalar hala bitmiş değildir. TTB'de oluşan genel yargıya göre, aile hekimliği yada genel pratisyenlik çoğu kez birbirinin yerine ve eş anlamlı olarak kullanılabilir. Her iki uygulama biçimi de birinci basamak sağlık hizmetlerini içermektedir. Ancak Avrupa'dan alınan bu kavramlara ülkemizde farklı anlamlar yüklenmiştir. Aile hekimliğinde hekim bir ailenin üyelerinin sağlığından birinci derece sorumlu olan ve onları gerekirse de hastanede dahi takip eden bir konumdadır. Bu sistem Türkiye'de sağlık ocaklarında uygulanan sisteme hiç benzememektedir. Benzerlikler sadece bölgesel düzeyde faaliyet göstermelerindedir (120).

Birinci basamak hizmet olarak İskandinav ülkelerinde yaygın olan ekip hizmeti, sektörler arası iş birliği ve sevk zinciri temelinde hizmet veren bölgesel sağlık üniteleridir. TTB'ye göre bu birlikler çok daha modern ve yönetimi daha kolaydır. Ülkemizde belki de kendine özgü ve tarihsel gelişmelerin sonucunda ortaya çıkan Sağlık Ocakları örgütlenmesi de, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kuramsal olarak vazgeçilmez bir yere sahip olsa bile, genel kanı odur ki; bugün ülkemizde sağlık ocaklarını kırsal kesimde verdikleri hizmet oldukça sınırlı kalmakta, kentsel kesimlerde ise, hastanelere gelişi önleyebilmekten çok uzak bir durumdadırlar (120).

Sağlık ocağı hekimleri tedavi işlevlerini hastanelere ve bir anlamda uzman hekimlere terk etmiş gibidirler. Bunun bir çok nedeni olmaklar birlikte belki de en önemli nedeni, halkın tercihi ve sağlık ocaklarının işlevlerinin sistem içinde yeteri kadar açık bir şekilde tanımlanmamış olmasındandır. Oysa açıktır ki, günümüz koşullarında kendisinde en ufak bir rahatsızlık hissedenden birisi hiç tereddüt etmeden hastaneye gitmesi gerektiğini düşünmekte, sağlık ocakları çocuklarına aşı yaptırmak isteyen anne-babaların, pansuman ve enjeksiyon yaptırmak zorunda kalanların ve sevk yaptırmanın zorunlu olduğu kurum çalışanlarının dışında kimsenin aklına gelmemektedir (120).

TTB'ne göre bunda en büyük sorumluluk açık mevcut yasaları uygulamayan hükümetlere aittir. Çünkü ilgili yasaya göre, sağlık ocaklarına başvurmadan hiçbir hastanın hiçbir hastaneye gidememesi ve gitse dahi o hastane tarafından kabul edilmemesi gereklidir. Oysa günümüzde hastalar direkt olarak hastanelere ve hatta araştırma üniversite hastanelerine başvurumaktadırlar ve bu sistem de benimsenmiş görünmektedir. Her 10 hastadan 9'unun sağlık ocaklarında, yalnızca birinin hastanelerde muayene edilmiş olması gerekirken; sağlık ocaklarında muayene edilenlerin sayısı dörde düşmüş, hastanede muayene edilenlerin sayısı 6'ya çıkmıştır. Bunun anlamı hastanelerin iş yükü 6 kat artmış olmasıdır (120).

Toplumun genel eğitim seviyesinin yükseltilmesi gereği, öğretmenler tarafından da dile getirilmiştir (Tablo 25). Bununla beraber, hekimler de hastalarından daha bilgili olmalarını beklemekte ve istemektedirler (83).

Memnuniyeti artıracak kriterler (Tablo 25), TTB'nin; sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve kalitesinin artırılması için yapılması gereken önerileri de dikkate alınarak değerlendirilirse; gerçekleştirilmesi olanaksız görünmemektedir. TTB'nin sistemin iyileştirilmesine ilişkin önerileri şunlardır:

1. Özel sektöre verilen devlet desteği durdurulmalıdır.
2. Özelleştirme son bulmalıdır.
3. Bütçe içinde Sağlık Bakanlığı payı en az %10'a çıkarılmalıdır.
4. Gelir dağılımını eşitleyecek ekonomik politikalar izlensin, halka daha çok vergi yükü bindirilmemelidir.
5. Tam gün yasası uygulanmalı, yarı zamanlı çalışma özendirilmemelidir.
6. Eskiden var olan "eğitim-araştırma bölgeleri" yeniden kurulmalıdır.
7. İyi yöneticiler istihdam edilmelidir.

Bu öneriler sağlık ocağı ve birinci basamak bazında ekip çalışmasını ve sevk zincirinin kurulmasını gerekli kılmaktadır. Aile hekimliği fikrini yaygınlaştırarak Sağlık Ocaklarının ikinci plana itilmesine de TTB karşı çıkmaktadır (121).



## 6. SONUÇLAR

Bu çalışma sonucunda;

- Öğretmenlerin % 86,7'si kamu eğitim kurumlarında, % 13,3'ü özel eğitim kurumlarında görev yapmaktadır.
- Öğretmenlerin % 54,2'si son bir ay içerisinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur.
- En son başvuru yapılan sağlık kuruluşları arasında özel poliklinik ve hastaneler ilk sırada gelmektedir.
- Kamu sağlık kuruluşlarında bekleme süresi, özel sağlık kuruluşlarında ise muayene süresi daha uzundur.
- Son başvurudaki en önemli sebep kulak burun boğaz ve akciğer sorunlarıdır.
- Son başvuru yapılan sağlık kuruluşunu seçme nedenleri zorunluluk ve sağlık kuruluşuna güvenmedir.
- Özel sağlık kuruluşlarında muayene öncesi bekleme koşulları, muayene sırasında doktorun dinlemesi, muayene süresi yeterliliği, doktorun hastalık ve tedaviyi anlatma ve kontrole çağırma oranları daha yüksek bulunmuştur.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin alınması bakımından ilk sırada kamu sağlık kuruluşları ve bunların içinde de sağlık ocakları gelmektedir.

- Tekrar sağlık hizmeti alma gerekliliğinde özel sağlık kuruluğu tercihi daha yu'ksek orandadır.
- Oğretmenlerin, sağlık kuruluğularından en önemli beklentileri sağlık personelinden daha iyi davranış, hastaların bekletilmemesi ve sağlık kuruluğuunun temizliğidir.
- Oğretmenlerin % 80,5'i aldıkları sağlık hizmetinden memnundur. Memnuniyet oranı özel poliklinik ve özel hastanelerde % 97, SSK hastanesinde% 22,4'dur.
- Özel sağlık kuruluğuuna başvuru, sağlık kuruluğuunda bekleme s'uresi, muayene öncesi ilgilenen olma durumu, doktorun yeterince dinleme durumu ve muayene s'uresinin memnuniyet üzerine etkisi olduğu g'osterilmiştir.

Bu sonu'çlara g'ore şu önerilerde bulunulabilir;

- Hastalarla ilgilenilmesi, vakit ayrılması, g'uler y'uzl'u ve insanca davranılması, bekletilmemeleri gibi fakt'orler hasta memnuniyetini artıran ana unsurlar olarak g'ozu'kmektedir. Hasta memnuniyetinin, hastanın tedaviye uyumunu ve tedavi başarisını ve dolayısıyla sağlık d'uzeyinin y'ukseltilmesine katkısı olacağı d'uşun'ulmeli; memnuniyeti artıran kriterler, hizmet planlaması ve denetimi yapılırken g'oz 'on'unde bulundurulmalıdır.
- G'or'u'lmektedir ki, özel sekt'orde hizmet verenler memnuniyeti arttıran unsurları kamuda g'orev yapan sağlık personeline g'ore daha iyi kullanmakta ve serbest piyasa ekonomisinin gereği olarak rekabet ederken bu kriterlerden maksimum şekilde yararlanmaya 'aba g'ostermektedir. Kamu sağlık hizmeti sunan kurumların ve personelinin bu y'onde eğitimi ve a'çıklarının kapatılması ile, kamuya olan g'uven, bağlılık ve hizmetlerinden memnuniyet artacaktır.
- Kişiler arası iletişim, etkileşim vb konularında kamu personelinin eğitim ve uygulama a'çığının kapatılmasına y'onelik 'alışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık kuruluğularında, memnuniyetin denetimler ve geri bildirimlerle tespiti ve sorunların 'oz'u'm'u i'cin planlamalar yapılmalıdır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Fişek NH. Halk Sağlığı'na Giriş. Çağ matbaası, Ankara, 1985, ss:1-32
2. Fişek NH. Nusret Fişek ve Hekimlik. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 1991,ss: 11-15.
3. Kurtulmuş S. Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi. Değişim dinamikleri yayınları, İstanbul, 1988.
4. Kalaça S. Sağlık hizmetlerinde kalitenin yeniden keşfi. 4.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Didim, 1994; 279-81.
5. Özgen H. Sağlık bakım hizmetlerinde kalite nedir? Hasta tatmini boyutuyla ilgili bir değerlendirme. Toplum ve Hekim, 1995. 10(69-70):47-53.
6. Tarım M, C.Lonial S, Zaim S. Sağlık sektöründe müşteri tatmininin sağlanmasında kullanılan niteliklerin simetrik ve asimetrik etkisinin incelenmesi. 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 269-78.
7. Şahin Ü, Bekem S. Hastane işletmeciliğinde kalite: Hasta tatmini ve işgören tatmini paradigması. 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 293-99.
8. Akhüseyinoğlu M, Ayhan S, Kızıлтаş S ve ark. Uyanış sağlık ocağına 3-6 haziran 2002 tarihleri arasında başvuran hastaların bekleme süreleri ve memnuniyet düzeyleri. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Diyarbakır; 2002: 514-17.
9. Tokuçoğlu H. Hastane hizmetleri ve müşteri memnuniyeti.  
[http://www.gazi.edu.tr/duyuru/hastane\\_hizmetleri.htm](http://www.gazi.edu.tr/duyuru/hastane_hizmetleri.htm)
10. Öztaş D. Ankara'da üç çocuk hastanesinde polikliniklere başvuran hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul; 1996: 187-94.
11. Koçoğlu GO, Atilla S, Pancar E ve ark. Or-An 75. yıl sağlık ocağı bölgesi'ndeki 3 ilköğretim okulunda çalışan öğretmenlerde bazı kronik hastalıklar ve risk faktörleri. Hacettepe Toplum hekimliği bülteni, 2001; 22(3-4): 3-8.
12. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000. ss: 17-70.
13. İdil A. Türkiye'de sağlık örgütlenmesi. İçinde Akdur R, Çöl M, Işık A ve ark. Halk Sağlığı, Antıp yayınevi, Ankara, 1998.
14. Akşit B. Toplum kültür ve sağlık. İçinde: Bertan M, Güler Ç. Halk sağlığı temel bilgiler. Güneş kitabevi, Ankara, 1997.

15. Karabulut K. Türkiye’de sağlık sekt6r6-Sağlık harcamaları 6zerine bir uygulama (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Atat6rk 6niversitesi Sosyal Bilimler Enstit6s6, Erzurum, 1998.
16. 6zt6rk Y, G6nay O. (6ev. Ed.) Sağlık 21. 21. Y6zyılda Herkese Sağlık. Erciyes 6niversitesi Yayınları, No: 126. Kayseri 2000.
17. Hayran O, Sur H. Sağlık hizmetleri el kitabı: 6rg6tlenme, Finansman, Y6netim, Mevzuat. Y6ce yayınları, İstanbul, 1998. ss:15-32.
18. Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005, Devlet Planlama teşkilatı yayınları, Ankara, 2000, ss:87-90.
19. Eren N, Tanrıtanır N. Cumhuriyet ve Sağlık, T6rk Tabipler Birliği Yayını, 1998.
20. 6zt6rk A, G6n İ, Mazıcıoğlu M. Kayseri’de Halkın Sağlık Ocaklarından Yararlanımı ve Memnuniyet Durumu. Aile Hekimliği Dergisi, 2002. 6(3): 114-120.
21. 6zt6rk Y, 6zt6rk A. Temel Sağlık Bakımı Reformları. Erciyes 6niversitesi Matbaası, Kayseri, 1999.
22. Bilak ř. Sağlık Eğitimi ve Y6netimi. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı yayınları, Ankara, 2001.
23. 6ztek Z, Eren N. Sağlık Ocağı Y6netimi. Palme Yayınları, Ankara, 1996.
24. Soyer A. T6rkiye’de sağlık hizmetleri, sağlık, hekimler ve eşitsizlikler; bug6nden yarına (i6inde 2000-2020 s6recinde nasıl bir d6nya, T6rkiye, sağlık, tıp ortamı 6ng6r6lebilir, oluşturulabilir? T6rk Tabipleri Birliği Yayınları Ankara, 2002).
25. şahin 6. Hastane İşletmeciliğinde Kalite. Eskişehir, 1999.
26. Boudreaux E.D, O’hea E.L. Patient satisfaction in the emergency department : a review of the literatur and implications for practice. The Journal of emergency medicine, 2004, 26 (1), 13-26.
27. İsnas C. Doktor-Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi kliniklerinde yatan hastaların değerlendirmeleri. (yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı tezi). Hacettepe 6niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit6s6, Ankara, 1998. ss: 5-6.
28. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review, Social Science and Medicine, 1994. 39(5):655-70.
29. Steiber SR, Krowinski WJ. Measuring and managing patient satisfaction. American Publishing Company, Chicago, 1990. p:15
30. Esatoğlu AE. Hastanelerde hasta tatmininin hastane y6netimi a6ısından değerlendirilmesi ve kullanıma y6nelik model 6nerisi. (yayınlanmamış Bilim

- Uzmanlığı tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1997.
31. Bertakis DK, Roter D, Putnam SM. the relations of physician medical interview style to patient satisfaction, *The Journal of Family Practice*, 1991. 32(2):175-181.
  32. Becker MH. Patient adherence to prescribed therapies, *Medical Care*, 1985. 23(5):539-41.
  33. Dur Y, Türksoy Ü. Bilkent Üniversitesi sağlık merkezine başvuran hasta öğrencilerin bekleme sürelerinin kısaltılması. İçinde: Çoruh M (Ed). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, 11-12 Kasım 1994, Ankara. ss:159-64.
  34. İriyarı G, Erdoğan M, Gürbüz M, Akpınar H, Bulut T. Poliklinik hizmetlerinde hasta ihtiyaç ve beklentileri. İçinde: Çoruh M (Ed). I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, 24-25 Kasım 1995, Ankara. ss:20-21.
  35. Abbasoğlu A. Mahremiyet ve gizlilik. Hemşirelikte Etik Sempozyumu, A.Ü. Dikimevi Sağlık HMYO 10-11 Haziran 1995. ss:69-76.
  36. Okyayuz Ü.H. Sağlık Psikolojisi Giriş. Türk psikologlar derneği yayınları, Ankara, 1999.
  37. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *Journal of Behavioral Medicine*, 1986. 9:359-65.
  38. Scarpacci JL. Help-seeking behavior, use and satisfaction among frequent primary care users in San Diego de Chile. *Journal of Health and Social Behavior*, 1988. 29:199-213.
  39. Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980. 21:178-180.
  40. Johnson CG, Levenkron JS, Suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affect patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 1988. 3:144-49.
  41. Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 1987. 28:375-88.

42. DiMatteo MR, Linn LS, Chang BL, Cope DW. Affect and neutrality in physician behavior: A study of patients' values and satisfaction. *Journal of Behavioral Medicine*, 1985. 8:397-410.
43. Friedman HS, DiMatteo MR. *Health Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1989.
44. Stone GC. Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 1979. 35:34-59.
45. DiMatteo MR. A social psychosocial analysis of the physician-patient rapport. Toward a science of the art of Medicine. *Journal of Social Issues*, 1979. 35(1): 12-35
46. Becker MH, Maiman LA. Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 1980. 6: 113-135.
47. Stiles WB, Putnam SM, Wolf MH, James SA. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Medical Care*, 1979. 17:667-669.
48. Taylor SE. *Health psychology* (3rd ed.). New York, McGraw-Hill Inc. 1995.
49. Öztekin Z. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite kavramı. İçinde: Çoruh M (Ed). I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, 24-25 Kasım 1995, Ankara. ss:37-40.
50. Uz H. Temel sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesi için gereken ön koşullar ve bu konudaki Danimarka tecrübeleri (içinde Çoruh M. I. Basamak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi sempozyumu kitabı. Haberal eğitim vakfı yayınları, Ankara, 1995).
51. Ertem M, Oto R, Karayel P. Dicle Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalarda hasta memnuniyeti araştırması. 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 325-31.
52. Kayseri. Kayseri ili çevre koruma vakfı yayınları No: 4, 2003
53. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.
54. Kaya C. Öğretmenlere Öneriler. Zambak yayınları, İstanbul, 2003.ss:
55. Kılıç B. Gölbaşı bölgesinde yaşayan bireylerin sağlık hizmeti başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul; 1996: 228-31.

56. Usta İ. Erbaa ilçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımı etkileyen faktörler, Erciyes Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Halk Sağlığı bilim uzmanlığı tezi, Kayseri , 1999.
57. Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik. T.C.Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2005.
58. Pala T, Ergin S. İnönü sağlık ocağı bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri. Sağlık ve Toplum, 1999; 9:3-8.
59. Baykan Z, Özkan S, Aksakal N, Aycan S. Ankara ili Gölbaşı ilçesine bağlı üç merkez köyde 15 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmetlerinde tercih ettikleri sağlık kurumları ve bu tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum, 2001; 11:27-33.
60. Özkan S, Aksakal N, Baykan Z, Aycan S. Gölbaşı ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık kurumlarından hizmet almak için başvuranların aldıkları hizmetlerle ilgili memnuniyet durumları. Gazi Kalite Günleri II, Ankara, 1999.
61. Özmen D, Aksakoğlu G. Birinci basamak tedavi hizmetlerinden yararlanma. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı, İstanbul, 1990. s:21
62. Baykan Z, Özkan S, Maral I. Ana-çocuk sağlığı aile planlaması merkezine başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. Erciyes Tıp Dergisi, 2004; 26(3): 98-104.
63. Öztürk S. Kayseri devlet hastanesi dahiliye polikliniğine başvuran 45 yaş ve üzeri hastaların ikinci basamak tedavi hizmetlerinden yararlanma durumlarının değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Halk Sağlığı bilim uzmanlığı tezi, Kayseri, 1992.
64. Yalçın A, Özveri H, Gürbüz Y, Akdaş A. Özel bir hastane ile üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin düzeyleri. 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 301-11.
65. Vladescu C, Radulescu S. Improving Primary Health Care. World Bank Group Note Number 239; pp: 73-79
66. Starfield B. Is primary care essential? Lancet, 1994; 344:1129-33.
67. Dadan K, Yapıcı G, Demircan Ç ve ark. İstanbul ilinde kamuya ve özel sektöre ait sağlık kuruluşlarının ilçelere göre dağılımı. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul; 1996: 331-34.
68. Şahin C. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı polikliniğine başvuran 15-49 yaş

- grubu evli kadınların 3. basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Halk Sağlığı bilim uzmanlığı tezi, Kayseri, 1992.
69. Kişioğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta'da halkın sağlık ocaklarından yararlanma ve memnuniyet durumu. Tıp Etiği-Hukuku Tarihi, 2003; 11(3): 184-88.
  70. Önder E, Koçia O, Öztürk S ve ark. Yunus Emre sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin ağrı kesici kullanımı ve bu konudaki bazı bilgilerinin saptanması. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 2002; 23 (1):
  71. Kuisma M, Mättä T, Taisto H et al. Customer satisfaction measurement in emergency medical services. Customer Satisfaction in EMS, 2003; 10 (7): 812-15
  72. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge., Ankara, 2001.
  73. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. 8. Halk Sağlığı günleri bildiri özetleri, 2003. s: 136.
  74. Kaya S, Cankul HI, Yiğit C, Peker S. Comparing patients and physicians opinions on quality outpatient care. Mil Med, 2003; 168 (12): 1029-33.
  75. Peron N.J, Secretan F, Vanotti M and et al. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. Family Practice, 2003; 20 (4): 428-33.
  76. Meakin R, Weinman J. The medical interview satisfaction scale (MISS-21) adapted for British general practice. Fam Pract, 2002; 19 (3): 257-63.
  77. Jones R.B, Carnon A.G, Wylie H, Hedley A.J. How do we measure consumer opinions of outpatient clinics? Public Health, 1993; 107: 235-41.
  78. Bernhart M.H, Wiandyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. Social Science Med. 1999; 48: 989-96.
  79. Ford R.C, Bach S.A, Fottler M. D. Methods of measuring patient satisfaction in health care organisations. Health Care Manage Rev, 1997; 22: 74-89.
  80. Kinnersly P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. Family Pract, 1996; 13: 41-51.
  81. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Social Science Med, 1997; 45: 1829-43.



82. Gross J.W. Happy employees, happier patient. *Healthcare Executive*, 2003; sept / oct: 68-9
83. Cirhinlioğlu Z. Sağlık sosyolojisi. Nobel yayın dağıtım, Ankara, 2001.
84. Benli D, Özalp H. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Somgür yayıncılık, Ankara, 1998.
85. Bodur S, Özdemir Y.E, Kara F. Outpatient satisfaction with health centers in urban areas. *Turk J Med Science*, 2002; 32: 409-14.
86. Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 1999; 28: 88-92.
87. Şenol V, Ünalın D, Çetinkaya F. Kayseri'de 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerinden yararlananların aldıkları hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı, Sivas; 2003: 155.
88. Kardeş S. Sağlık hizmetleri pazarlamasında hasta tatmini (içinde 1. Ulusal sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Aydın, 1994).
89. Andrzejewski N, Laguna Rt. Use of customer satisfaction survey by health care regulators: A tool for total quality management. *Public Health Report*, 1997; 112: 206-10.
90. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in Morogoro region of Tanzania. *Society Science Med*, 1994; 39: 767-80.
91. Proctor E, Morrow Hovel N, Albaz R, et al. Patient and family satisfaction with discharge plans. *Medical Care*, 1992; 30: 262-75.
92. Eker H.H, Usta İ, Şen S. Sağlık ocaklarında hizmet memnuniyeti ve buna etki eden faktörler. 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 313-23.
93. Leiter MP, Harvie PL, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science Med*, 1998; 47: 1611-17.
94. Davis B.A, Bush H.A. Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia And Australia. *Journal of Nursing Care Quality*, 2003; oct / dec: 267-74.
95. Dağdeviren N, Aktürk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. *Yonsei Medical Journal*, 2004; 45(1):23-28.
96. Parsons T. The social system. Tree pres, Glencoe, 1951.

97. Morgan M. The doctor-patient relationship (in Scambler G, Graham G. *Sociology as Applied to Sociology*, Bailliere Tindall, 1991.
98. Kojo-Austin H, Malin M, Hemminki E. Women's satisfaciton with maternity health care services in Finland. *Social Science Med*, 1993; 37: 633-8.
99. Dufrene R. An evaluation of a patient satisfaction survey: Validity and reliability. *Eval Prog Plan*, 2000; 23: 293-300.
100. Kurata J.H, Nogawa A.N, Philips D.M, Hoffman S, Werblun M.N. Patient and provider satisfaction with medical care. *Journal Family Pract*, 1992; 35: 176-79.
101. Vuori H. Patient satisfaction: an attribute or indicator of quality care? *Quality Review Bull*, 1987; 13: 106-8.
102. Aharony L, Strasser D. Patient satisfaction: what we know about and what is stil unexplored. Ohio State University at Columbus [unpublished manuscript], 1992.
103. Karabulut K, Yaprak Ş. Sağlık hizmetlerinde algılanan kalite düzeyinin belirlenmesi: Erzurum'da bir uygulama. 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 279-91.
104. Demir C, Güçlü A, Teke A ve ark. GATA Eğitim Hastanesi polikliniklerinde hasta tatmin düzeyinin saptanması.1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, Ankara; 2000: 3-12.
105. Woods S.E, Heidari Z. The influence of gender onpatient satisfaction. *J Gend Specif Med* , 2003; 6(4): 30-5.
106. Delgado A, Lopez Fernandez L.A, Luna J.D. influence of the doctor gender in the patient satisfaction of the users. *Medical Care*, 1993; 31: 795-800.
107. Biderman A, Carmel S, Yeheksel A. Measuring patient satisfaciton in primary care: a joint project of community representatives clinic staff members and a social scientist. *Family Pract*, 1994; 11: 287-91.
108. Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med*, 1996; 42: 1085-93.
109. Raper JL. A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*. 1996; 10 (4): 48-58.
110. Davies A.D, Peters M. Stres of hospitalisation in the elderly : nurses and patient perception. *Journal of Nurses*,1983, 8: 99-105
111. Monnin D, Perneger T.V. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*, 2002; 82:682-91.

112. Vaizoğlu SA, Beyhun NE, akmak F ve ark. Bir üniversitenin iki sağlık merkezine başvuranların memnuniyet durumlarının belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4(1): 25-36.
113. Esatoğlu AE, Ersoy K. Hasta tatmininin ölçülmesi. Çoruh M (ed.) Sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirme. Haberal eğitim vakfı, Ankara, 1998; ss: 61-62
114. Tengilimoğlu D. Ankara'da bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi. Çoruh M (ed.) Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal eğitim vakfı, Ankara, 1997; ss: 103-11
115. Uz MH, Özbakır İD, Engin C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. Çoruh M (ed Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal eğitim vakfı, Ankara, 1997; ss: 113-118.
116. Jackson J.L, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med, 2001; 52: 609-20.
117. Rudzik A. Examining health equity through satisfaction and confidence of patient in primary healthcare in the Republic of Trinidad and Tobago, J Health Popul Nutr, 2003; 21(3): 243-50.
118. Saatli G, Eser E, Pala T, Güngör N. Hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı, Sivas; 2003: 235.
119. Garman A.N, Garcia J, Hargreaves M. Patient satisfaction as a predictor of return to provider Behavior: Analysis and assessment of financial implications. Q manage Health Care, 2004; 13 (1): 75-80.
120. Türkiye'de sağlık sektörünün durumu. TTB Yayınları. Ankara, 1999.
121. Sağlıkta özelleştirme ve aile hekimliği. TTB Yayınları. Ankara, 1995.

## KAYSERİ İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN ÖĞRETMENLERİN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Açıklama:** Cevaplayacağınız bu anket, 4 sayfa ve 47 adet sorudan oluşmaktadır ve bir uzmanlık tez çalışmasının soruları olup, ayırt edici kimlik bilgisi soruları sorulmamıştır. Vereceğiniz cevaplar herhangi bir şekilde kişisel bilgilerinizi açığa çıkaracak biçimde kullanılmayacaktır. Soruların **tamamına** ve en doğru cevapları vermeniz çalışmanın başarısını artıracaktır. **Lütfen cevapsız soru bırakmayınız.**

1. Çalıştığınız okul: .....
2. Yaşınız:.....
3. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
4. Medeni durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Eşi vefat etmiş
5. (Evli iseniz) Eşiniz çalışıyor mu? 1.Evet (iş.....) 2. Hayır 3. Emekli
6. Var ise çocuklarınızın sayısı: .....
7. Ailenizdeki (siz dahil) toplam kişi sayısı? .....
8. Eğitim durumunuz: 1. Lise ve dengi 2. Üniversite 3. Yüksek lisans 4. Doktora ve üstü
9. Göreviniz: 1.Sınıf öğretmeni 2.Branş öğretmeni 3.Yönetici (Müdür,yardımcı vs..) 4.Diğer.....
10. Sosyal güvence durumunuz: 1 E.Sandığı 2. SSK 3. Bağ-kur 4. Özel sigorta 5. Diğer.....
11. Kendinizi ekonomik yönden **siz** nasıl **tanımlarsınız**?
  1. Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi
12. Bildiğiniz (hekim tarafından tanısı konulmuş) **kronik** bir hastalığınız var mı?
  - 1.Yok 2.Var (hastalığın adı.....)
13. **Sürekli kullandığınız** bir ilaç var mı?
  - 1.Yok 2.Var (ilacın adı.....)
14. Bildiğiniz (hekim tarafından tanısı konulmuş) **bulaşıcı** bir hastalığınız var mı?
  - 1.Yok 2.Var (hastalığın adı.....) 3. ....hastalığı vardı, tedavi oldum
15. Sizi **en sık** doktora götüren şikayetleriniz / sebepleriniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  1. Baş ağrısı
  2. Bel ağrısı
  3. Varis
  4. Şeker (Diyabet)
  5. Tansiyon yüksekliği
  6. Tansiyon düşüklüğü
  7. Farenjit-diğer solunum yolu hastalıkları
  8. İşitme sorunları
  9. Görme sorunları
  10. İdrar yolları hastalıkları
  11. Mide-barsak rahatsızlıkları
  12. Uykusuzluk
  13. İştahsızlık
  14. Şişmanlık
  15. Ağız ve diş problemleri
  16. Çocuklarımların hastalıkları
  17. Yakınlarımların hastalıkları
  18. Ruhsal sorunlar
  19. Kadın hastalıkları
  20. Diğer.....

16. **En son ne zaman bir hekime ya da sağlık kuruluşuna gittiniz?** .....hafta önce.
17. Bu kuruluşun adı yada hekimin branşı :.....
18. **En son başvuru** sebebiniz neydi?.....
19. Bu sağlık kuruluşunu ya da hekimi tercih etme nedeniniz? (Lütfen **tek** seçenek işaretleyiniz)
- 1.Mecburiyet      2.Ulaşımında kolaylık      3.Güvenmek      4. Alışkanlık  
5.Tavsiye edilmesi      6.Diğer.....
20. Son başvurunuzda muayene olana kadar yaklaşık **kaç dakika** bekletildiniz?:..... dakika
21. Muayene odasına alınma kuralı nasıldı?
- 1.Düzenli bir sırayla muayene odasına alınıyordu      2. Ağır / acil hastaların muayenesi öncelikliydi  
3.Kadınlar ve çocuklar öncelikliydi      4. Karışık ve kurlsızdı      5.Diğer.....
22. Muayene olana kadar sizinle biri ilgilendi mi?
- 1.Evet bir görevli ilgilendi      2.Hayır kimse ilgilenmedi
23. Muayene olana kadar nerede beklediniz?
- 1.Özel bekleme salonunda      2.Poliklinik (muayene odası) kapısında      3.Bina dışında  
4. Doktor odasının kapısında      5.Diğer.....
24. **Sizce** muayeneyi yapan doktor şikayetlerinizi **yeterince** dinledi mi?
1. Evet      2. Dinledi ancak yetersizdi      3.Dinlemedi
25. Muayene işlemleri yaklaşık kaç dakika sürdü?.....dakika.
26. **Sizce** bu süre muayene için yeterli miydi? 1. Evet yeterli      2.Hayır yetersiz      3.Bilmiyorum
27. **Sizce** bir doktorun hasta muayenesi için ayırması gereken süre en az kaç dakika olmalıdır?.....dakika.
28. Muayeneyi yapan doktor size **hastalığınızı** anlattı mı?
- 1.Evet, ayrıntılı anlattı, anladım      2.Anlattı, ama yeterli değildi  
3. Anlattı, ama ben anlayamadım      4.Hayır, anlatmadı
29. Muayeneyi yapan doktor size **tedavi ve ilaçlarınızı** anlattı mı?
- 1.Evet, ayrıntılı anlattı, anladım      2.Anlattı, ama yeterli değildi  
3. Anlattı, ama ben anlayamadım      4.Hayır, anlatmadı
30. Muayeneyi yapan doktor sizi kontrole çağırdı mı?
- 1.Evet çağırdı      2.Hayır çağırmadı

**ACIKLAMA :** 31, 32, 33 sorularda geçen **müdahale** işleminden kasıt; pansuman, yara bakımı, enjeksiyon, aşı, alçı ve atel yaptırma ya da çıkarttırma, tırnak batması, burundan yabancı cisim çıkartma, kulak temizlenmesi, apse açma ve pansumanı vb. işlemlerdir.

**31. Müdahale gerektiren bir sorunuz var mıydı?**

1.Evet vardı (.....) 2.Hayır, sadece muayene/reçete 3.Sadece sevk istemek için gittim

**32. (Yapıldıysa) Müdahale işlemleri yaklaşık ne kadar sürdü?..... dakika.**

**33. (Yapıldıysa) Müdahale olana kadar ne kadar beklediniz?..... dakika.**

**34. (Yapıldıysa) Laboratuvar işlemleri yaklaşık ne kadar sürdü? ..... dakika.**

**35. Bu başvurunuzda işiniz ne kadar sürede bitti?..... dakika.**

**36. Bu sağlık biriminde hizmetin daha iyi olması için ilk 3 önerinizi yazınız?**

1.....

2.....

3.....

4. Hiçbir önerim yok, her şey çok iyi

**37. Bu sağlık biriminde verilen hizmetleri değerlendirir misiniz?:**

Hasta karşılama: 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

Hasta muayenesi: 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

Hastayı bilgilendirme: 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

Laboratuvar işlemleri: 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

Cerrahi müdahale işlemleri: 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

**38. Muayene ve ya müdahale işlemleri için bu birime ayrıca cebinizden ücret ödediniz mi?**

Muayene 1.Evet ödedim 2.Hayır ödemedim

Laboratuvar 1.Evet ödedim 2.Hayır ödemedim

Cerrahi müdahale 1.Evet ödedim 2.Hayır ödemedim

Diğer (.....) 1.Evet ödedim 2.Hayır ödemedim

**39. (Ödediyseniz) Sizce fiyatlar uygun muydu? (ödediyseniz boş bırakınız)**

1.Evet gayet uygun 2.Pahalı geldi 3.Ucuz bile sayılır

**40. Bu sağlık biriminde aldığınız hizmetten dolayı şu andaki memnuniyet durumunuzu tanımlayınız?**

1.Çok memnunum 2.Memnunum 3.Kısmen memnunum 4.Memnun değilim 5.Hiç memnun değilim

**41. Genelde bu sağlık biriminden aşağıdaki hizmetlerden hangilerini alırsınız?**

Sadece sevk almak işlemi için 1. Hiç almadım 2. Zaman zaman 3. Sürekli

Muayene hizmeti 1. Hiç almadım 2. Zaman zaman 3. Sürekli

Tedavi edici hekimlik hizmetleri 1. Hiç almadım 2. Zaman zaman 3. Sürekli

Sağlık eğitimi 1. Hiç almadım 2. Zaman zaman 3. Sürekli

Aşılama hizmetleri 1. Hiç almadım 2. Zaman zaman 3. Sürekli

Aile planlaması hizmetleri 1. Hiç almadım 2. Zaman zaman 3. Sürekli

Diğer (.....)

**42. Tekrar sağlık hizmetinden yararlanmanız gerekse hangi kurumu tercih edersiniz?**

1.Bu sağlık birimini 2.Başka kuruluşu ya da kişiyi (.....)



43. **Her türlü sağlık kuruluşuna gitme imkanınız olsa hangi sağlık kuruluşunu tercih edersiniz?**

- |                                    |                                |                        |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| 1. Devlet hastanesini              | 2. SSK hastanesini             | 3. Özel hastaneyi      |
| 4. Üniversite hastanesini          | 5. Özel doktor muayenehanesini | 6. Özel poliklinikleri |
| 7. Devlete ait semt poliklinikleri | 8. Sağlık ocaklarını           | 9. Yurt dışına giderim |
| 10. Diğer.....                     |                                |                        |

44. **Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

1. Çok olumlu 2. Olumlu 3. Kısmen olumlu 4. Olumsuz 5. Çok olumsuz

45. **Sizce sağlık hizmetleri sunumu hangi elden yürütülmelidir?**

1. Kamu (devlet) hizmeti olmalıdır 2. Özel sektörce yürütülmelidir  
3. Kamu + Özel olmalı 4. Fikrim yok. 5. Diğer .....

46. **Aşağıdaki ifadeleri duyduğunuz anda aklınıza ilk gelen sağlık kuruluşu kutu içindeki seçeneklerden hangisi oluyor? (Sağlık Kuruluşunun başındaki rakamı ifadelerin yanına yazınız)**

- Muayene olmak.....  
Reçete, ilaç yazdırmak.....  
Sevk almak.....  
Aşı yaptırmak .....  
Aile planlaması hizmetleri.....  
Gebe takibi.....  
Lohusa-emziren anne takibi.....  
Çocuk aşıları.....  
Çocuk gelişiminin takibi.....  
Ameliyat olmak.....  
Tansiyon ölçtürmek.....  
İğne/enjeksiyon yaptırmak.....  
Pansuman yaptırmak.....  
(Sizin veya eşinizin) Normal doğum yapması.....  
(Sizin veya eşinizin) Sezaryen ile doğum yapması.....  
Sağlıkla ilgili konularda eğitim almak.....  
İstirahat raporu yazdırmak.....  
Sağlıklı iken kontrol- check up.....  
Acil durumlarda (kalp krizi, trafik kazası, ev kazaları gibi...).....

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. Sağlık Ocağı             |
| 2. Semt Polikliniği         |
| 3. Devlet Hastanesi         |
| 4. SSK Hastanesi            |
| 5. Üniversite Hastanesi     |
| 6. Özel Poliklinik          |
| 7. Özel Hekim Muayenehanesi |
| 8. Özel Hastane             |
| 9. 112 Acil Yardım          |
| 10. Diğer.....              |

47. **Sizce “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Artıracak Kalite Kriterleri” neler olmalıdır? (Önem ve öncelik sıranızı dikkate alarak yanıtlayınız)**

- 1.....  
2.....  
3.....

**ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!!**

TEZ ONAY SAYFASI

TC.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Elçin BALCI'ya ait "Kayseri il merkezinde görev yapan öğretmenlerin aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin değerlendirilmesi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih : 22.06.2005

İmza :

Başkan: Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK .....İmza



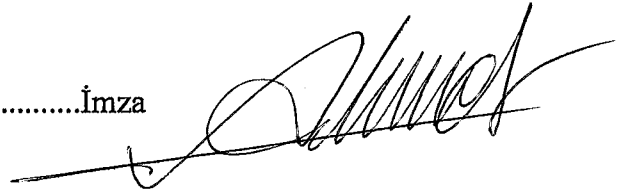
Üye: Prof. Dr. Osman GÜNAY .....İmza



Üye: Doç. Dr. Hakan POYRAZOĞLU .....İmza



Üye: Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK .....İmza



Üye: Yard. Doç. Dr. İskender GÜN .....İmza

