

T.C.  
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
İşletme Anabilim Dalı

146153

Yüksek Lisans Tezi

TOPLAM KALİTE ÇERÇEVESİNDE  
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE  
HASTA MEMNUNİYETİNE İLİŞKİN  
BİR UYGULAMA

Danışman

Doç. Dr. Mehmet YİĞİT

146153

Hazırlayan

Birol GÜRGEN

0191014188

Kütahya – 2004

Birol GÜRGEN'in hazırladığı "Toplam Kalite Çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetine İlişkin Bir Uygulama" başlıklı Yüksek Lisans Tez Çalışması, jüri tarafından lisansüstü yönetmeliğinin ilgili maddelerine göre değerlendirilip oybirliği ile kabul edilmiştir.

01 / 06 /2004

Tez Jürisi :

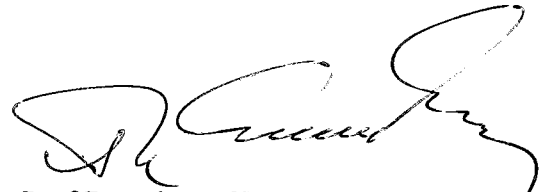
Doç.Dr. Mehmet Yiğit (Danışman)



Yard.Doç.Dr. Kazım DEVELİOĞLU



Yard.Doç.Dr. M. Kemal DEMİRCİ



Prof.Dr. Ahmet KARAASLAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Toplam Kalite Çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetine İlişkin Bir Uygulama” adlı çalışmamın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

21 / 05 / 2004

BİRİ GÜRGEN

## ÖZGEÇMİŞ

28 EKİM 1964 tarihinde İskenderun'da doğdu. İlk öğrenimini İzmir'de, orta ve lise öğrenimini İstanbul ilinde tamamladı. 1981 yılında İstanbul-Hava Harp Okulu'nu kazandı ve 30 Ağustos 1985 yılında Uçak Ana bilim dalını bitirerek Teğmen olarak mezun oldu. 1985-1986 yılları arasında sınıf okulunu tamamladıktan sonra sırasıyla 1986-1994 yıllarında İzmir-Hava Sınıf Okulları ve Teknik Eğitim Merkezi Komutanlığı'nda Takım ve Bölük Komutanlığı'na, 1994-1996 yıllarında Kütahya-Hv. Er Eğt. Tug. K.lığı'nda Bölük Komutanlığına, 1996-2000 yıllarında İstanbul-Hava Harp Okulu'nda Kol Komutanlığına, 2000 yılında Kütahya Hv. Er Eğt. Tug. K.lığı'nda Harekat Subaylığı'na ve 2001 yılında Erbaş Eğitim Tabur Komutanlığı'na atandı. 2001-2002 döneminde Dumlupınar Üniversitesi İşletme Bölümü Yönetim Organizasyon bilim dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Hv. Er Eğt. Tug. K.lığı Erbaş Eğitim Tabur Komutanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için hasta memnuniyetine etki eden unsurları belirleyerek, sağlık yöneticilerine bu konuda yardımcı olacak öneriler sunmaktır.

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı'nda askerlik hizmetini yerine getiren ve rahatsızlıkları ile ilgili en az iki veya daha fazla, Sağlık Amirliği'nde muayene olmuş 414 erbaş ve er üzerinde yapılmıştır.

Çalışmada erbaş ve erlere kişisel bilgilerini, bekleme ve muayene sürelerini ve aldıkları hizmete yönelik memnuniyetlerini belirlemeye yönelik sorular içeren bir anket formu uygulanmıştır. Elde edilen verilerin istatistikî değerlendirmesinde SPSS for windows paket bilgisayar programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda puan ortalamalarını esas alarak, sağlık hizmetleri ile ilgili, eğitim, fiziki şartlar, insan kaynaklarında memnuniyetin olduğu, hasta, doktor, personel ilişkilerinde, bekleme sürelerinde kararsızlığın bulunduğu, teşhis ve tedavi hizmetlerinde bilgilendirmede ise memnuniyetin arzu edilen seviyede olmadığı, tüm hizmetleri kapsayan genel memnuniyetin değerlendirilmesinde ise memnuniyetin olduğu saptanmıştır. Teşhis ve tedavi hizmetleri, hasta, doktor-personel ilişkisinden memnuniyet ile genel memnuniyet arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişkinin bulunduğu, yine muayeneye ayrılan süreden memnuniyet, teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirmeden memnuniyet, muayene sırasında gösterilen ilgiden memnuniyet ile önerilen ve uygulanan tedavinin yeterliliği arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to offer suggestions that will help health managers by determining the factors which affect the patient satisfaction, in order to offer a qualified health service.

This descriptive type of research is made on 414 sergeants, corporals and privates who do their military service in Kütahya Air Brigade of Private Training Command and who were treated at least two times or more in Health Service, related to their diseases.

In this study, a survey was applied on sergeants, corporals and privates, which included questions in order to determine their personal information, waiting and treatment periods and satisfaction about the service. "SPSS for Windows" software programme was used for the evaluation of the collected statistical data.

As a result of this study, based on the average score, it was determined that satisfaction exists in education, physical conditions and human resources related to the health services; indecision exists in patient-doctor-personal relations, waiting periods; satisfaction is not on desired level in information about diagnosis and treatment services; satisfaction exists in general evaluation of satisfaction that includes all of the services. It was determined that there is a positive and meaningful relation between diagnosis and treatment services, patient-doctor-personel relationships and general satisfaction. And also there is a positive and meaningful relation between satisfaction for the time spent on examination, satisfaction for information about diagnosis and treatment, satisfaction for the patient-care during examination and sufficiency of recommended and applied treatment.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar .....	xii
ŞEKİLLER.....	xvii
KISALTMALAR.....	xviii
TEZ HAKKINDA.....	xx

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ**

1.1 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE KAPSAMI	2
1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	2
1.1.2. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	3
1.1.3. Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı ile Temel Sağlık Hizmeti Anlayışının Karşılaştırılması.....	5
1.1.4. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun....	6
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRMASI.....	8
1.2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
1.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	10
1.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ.....	10

1.4 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIK OCAKLARI...	13
1.4.1. Sağlık Ocaklarının Tanımı ve Örgütlenmesi.....	13
1.4.2. Sağlık Ocaklarının Görevleri.....	14

## İKİNCİ BÖLÜM

### KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1. KALİTE KAVRAMI.....	17
2.1.1. Kalite Tanımları.....	17
2.1.2. Kalite Evrimi.....	23
2.1.3 Kalite Tipleri.....	35
2.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAVRAMI.....	36
2.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımları.....	36
2.2.2. Toplam Kalite Yöntemi İle Klasik Yöntemin Farkı.....	38
2.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Boyutları.....	42
2.2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Unsurları.....	44
2.2.5. Toplam Kalite Yönetimi Engelleri.....	45
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	46
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	46
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi.....	52
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında Yaşanan Güçlükler.....	58
2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimini Etkileyen Faktörler.....	60
2.3.5. Sağlıkta Kalite İyileştirme Çalışmalarında Japonya'da Yaşanan Başarısızlar ve Nedenleri.....	61



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMININ ÖNEMİ.....	63
3.2. SAĞLIK HİZMETLERİ SÜRECİNİN GELİŞTİRİLMESİ İLE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ GENEL BAĞLANTI.....	67
3.3. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	69
3.4. HASTALARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	72
3.5. HASTA HAKLARI.....	75
3.6. HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜMÜ.....	77

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### KÜTAHYA HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI

4.1. KÜTAHYA HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI SAĞLIK AMİRLİĞİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	81
4.1.1. Sağlık Amirliğinin Organizasyonu ve Fiziki Yapılanması.....	81
4.1.2. Sağlık Amirliğinin Sunduğu Hizmetler.....	82
4.2. KÜTAHYA HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI VE SAĞLIK AMİRLİĞİNCE YÜRÜTÜLEN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI.....	88
4.2.1 Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı'nda Toplam Kalite Yönetimi.....	88
4.2.2. Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı Sağlık Amirliğince Yürütülen Toplam Kalite Yönetimi Çalışmaları.....	90

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### METODOLOJİ VE BULGULAR

5.1. ANKET SORULARININ NİTELİĞİ VE VERİLERİN ANALİZİ.....	95
5.2. GENEL BULGULAR.....	96
5.2.1. Kişisel Özelliklere ve Muayene Öncesi Bekleme Süresi ile Muayene Süresine İlişkin Bulgular.....	96
5.2.1.1 Yaş.....	96
5.2.1.2. Öğrenim Düzeyi.....	97
5.2.1.3. Aylık Gelir Düzeyi.....	98
5.2.1.4. İkamet Edilen Yerleşim Merkezi.....	99
5.2.1.5. Muayene Öncesi Tahmini Bekleme Süresi.....	100
5.2.1.6. Muayene Süresi.....	102
5.2.2. Kişisel Özellikler, Muayene Öncesi Bekleme Süresi ve Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki.....	103
5.2.2.1. Hastaların Yaşı ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki.....	103
5.2.2.2. Hastaların Eğitim Düzeyi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki.....	105
5.2.2.3 Aylık Gelir Seviyesi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	108
5.2.2.4 Hastaların İkamet Ettiği Yerleşim Merkezi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	109
5.2.2.5. Muayene Öncesi Bekleme Süreleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	111
5.2.2.6. Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	113
5.2.3. Hastaların Sağlık Hizmeti Boyutlarına İlişkin Memnuniyetleri.....	116
5.2.4. Sağlık Hizmetleri Boyutlarının Genel Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular; Regresyon Analizleri.....	117
5.2.4.1. Hasta, Doktor-Personel İlişkisinden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	117
5.2.4.2. Bekleme Süresinden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	119

5.2.4.3	Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	121
5.2.4.4.	Bilgilendirmeden Duyulan Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	123
5.2.4.5.	Eğitimden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	124
5.2.4.6.	Fiziki Şartlardan Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	126
5.2.4.7.	İnsan Kaynaklarından Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	128
5.3.	HİPOTEZE DAYALI BULGULAR.....	130
5.3.1.	Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	130
5.3.2.	Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	132
5.3.3.	Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	134
5.3.4	Fiziki Şartlardan Memnuniyet ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	136
	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	140
	EKLER.....	145
	KAYNAKÇA.....	150
	DİZİN.....	159

## TABLOLAR

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1. : Geleneksel Anlayış İle Çağdaş Sağlık Anlayışının Karşılaştırılması.....	6
Tablo 2.1. : Kalite Kontrol İle Kalite Güvencenin Farkı.....	26
Tablo 2.2. : Klasik Yönetim Anlayışı İle Toplam Kalite Anlayışının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.1. : 1 Ocak-30 Haziran 2002 Dönemi Muayene ve Sevk Sayıları.....	85
Tablo 4.2. : 1 Temmuz-31 Aralık 2002 Dönemi Muayene ve Sevk Sayıları.....	85
Tablo 4.3. : 1 Ocak-30 Haziran Dönemi Muayene ve Sevk Sayıları.....	86
Tablo 5.1. : Yaş Gruplarına Göre Dağılım Tablosu.....	96
Tablo 5.2. : Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılım Tablosu.....	97
Tablo 5.3. : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Dağılım Tablosu.....	98
Tablo 5.4. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezlerine Göre Dağılım Tablosu.....	99
Tablo 5.5. : Muayene Olan Hastaların Muayene Öncesi Tahmini Bekleme Süresi Dağılım Tablosu.....	100
Tablo 5.6. : Muayene Öncesi Bekleme Süresinden Memnun Olanların, Kararsızların ve Memnun Olmayanların Muayene Öncesi Bekleme Süreleri Ortalamaları.....	101
Tablo 5.7. : Muayene Olan Hastaların Tahmini Muayene Süresi Dağılım Tablosu.....	102
Tablo 5.8. : Muayene Süresinden Memnun Olanların, Kararsızların Ve Muayene Olanların Ortalama Muayene Süreleri.....	103
Tablo 5.9. : Hastaların Yaşı İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	104
Tablo 5.10. : Yaş Grupları ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu.....	104

Tablo 5.11. : Yaş Grupları İle Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu.....	105
Tablo 5.12. : Eğitim Düzeyi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	106
Tablo 5.13. : Eğitim Düzeyi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu.....	106
Tablo 5.14. : Eğitim Düzeyi İle Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu.....	107
Tablo 5.15. : Aylık Gelir Düzeyi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	108
Tablo 5.16. : Aylık Gelir Düzeyi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu.....	108
Tablo 5.17. : Aylık Gelir Düzeyi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu.....	109
Tablo 5.18. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu.....	110
Tablo 5.19. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu.....	111
Tablo 5.20. : Muayene Öncesi Bekleme Süresi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	112
Tablo 5.21. : Muayene Öncesine Bekleme Süreleri ile Göre Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu.....	112
Tablo 5.22. : Muayene Öncesi Bekleme Süreleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu.....	113
Tablo 5.23. : Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	114
Tablo 5.24. : Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu.....	114
Tablo 5.25. : Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu.....	115
Tablo 5.26. : Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmet Boyutlarına İlişkin Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	116

Tablo 5.27. : Hasta, Doktor Personel İlişkisi Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	118
Tablo 5.28. : Hasta, Doktor Personel İlişkisi Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Model özeti .....	118
Tablo 5.29. : Hasta, Doktor Personel İlişkisi Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	118
Tablo 5.30. : Hasta, Doktor Personel İlişkisi Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	119
Tablo 5.31. : Bekleme Süresi Boyutu ile Genel Memnuniyet Boyutu Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	119
Tablo 5.32. : Bekleme Süresi Boyutu ile Genel Memnuniyet Boyutu Arasındaki Model özeti .....	120
Tablo 5.33. : Bekleme Süresi Boyutu ile Genel Memnuniyet Boyutu Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	120
Tablo 5.34. : Bekleme Süresi Boyutu ile Genel Memnuniyet Boyutu Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	121
Tablo 5.35. : Teşhis Tedavi Hizmetleri Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	121
Tablo 5.36. : Teşhis Tedavi Hizmetleri Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	121
Tablo 5.37. : Teşhis Tedavi Hizmetleri Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	122
Tablo 5.38. : Teşhis Tedavi Hizmetleri Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	122
Tablo 5.39. : Bilgilendirme Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	123
Tablo 5.40. : Bilgilendirme Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	123
Tablo 5.41. : Bilgilendirme Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	124
Tablo 5.42. : Bilgilendirme Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	124

Tablo 5.43. : Eğitim Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	125
Tablo 5.44. : Eğitim Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	125
Tablo 5.45. : Eğitim Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	125
Tablo 5.46. : Eğitim Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	126
Tablo 5.47. : Fiziki Şartlar Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	126
Tablo 5.48. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	127
Tablo 5.49. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	127
Tablo 5.50. : Fiziki Şartlar Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	128
Tablo 5.51. : İnsan Kaynakları Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	128
Tablo 5.52. : İnsan Kaynakları Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	129
Tablo 5.53. : İnsan Kaynakları Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	129
Tablo 5.54. : İnsan Kaynakları Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	130
Tablo 5.55. : Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	130
Tablo 5.56. : Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	131
Tablo 5.57. : Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	131

Tablo 5.58. : Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	132
Tablo 5.59. : Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet ile Uygulana ve Önerilen Tedaviden Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	132
Tablo 5.60. : Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet ile Uygulana ve Önerilen Tedaviden Memnuniyet Model özeti.....	133
Tablo 5.61. : Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet ile Uygulana ve Önerilen Tedaviden Memnuniyet Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	133
Tablo 5.62. : Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet ile Uygulana ve Önerilen Tedaviden Memnuniyet Katsayılar <sup>a</sup> .....	134
Tablo 5.63. : Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile, Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	134
Tablo 5.64. : Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile, Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki Model Özeti.....	135
Tablo 5.65. : Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile, Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	135
Tablo 5.66. : Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile, Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	136
Tablo 5.67. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutu Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi.....	136
Tablo 5.68. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutu Arasındaki Model özeti.....	137
Tablo 5.69. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutu Arasındaki Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup> .....	137
Tablo 5.70. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutu Arasındaki Katsayılar <sup>a</sup> .....	138



## ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1. : Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
Şekil 2.1. : Çalışanların ve Müşterilerin Tatmin Sonuçları.....	22
Şekil 2.2. : Kalite Evrimi.....	24
Şekil 2.3. : Proses.....	30
Şekil 2.4. : Deming Döngüsü.....	31
Şekil 2.5. : Juran Sipirali.....	33
Şekil 2.6. : Kalite Kavramlarının Birbirleri İle Olan İlişkileri.....	34
Şekil 2.7. : Kalite Boyutları.....	36
Şekil 2.8. : Olgunluk Seviyeleri.....	43
Şekil 2.9.: Hastanın Teşhis ve Tedavisiyle İlgili Sistem.....	55
Şekil 2.10.: Poliklinik Projesi.....	56
Şekil 2.11.: Sağlık Hizmetlerinde TKY Mantığı.....	57
Şekil 3.1.: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....	73
Şekil 5.1. : Yaş Gruplarına Göre Dağılım Grafiği.....	96
Şekil 5.2. : Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılım Grafiği.....	97
Şekil 5.3. : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Dağılım Grafiği.....	98
Şekil 5.4. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezlerine Göre Dağılım Grafiği.....	99
Şekil 5.5. : Hastaların Muayene Öncesi Tahmini Bekleme Süresi Dağılım Grafiği.....	100
Şekil 5.6. : Hastaların Tahmini Muayene Süresi Dağılım Grafiği.....	102

**KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>a.g.e.</b>	: Adı geçen eser
<b>Çev.</b>	: Çeviren
<b>Hv. Er Eğt. Tug. K.lığı</b>	: Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı
<b>TSK</b>	: Türk Silahlı Kuvvetleri
<b>TKY</b>	: Toplam Kalite Yönetimi
<b>K.lığı</b>	: Komutanlığı
<b>KYK</b>	: Kalite Yürütme Kurulu
<b>p.</b>	: Page
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>vb.</b>	: Ve benzeri



**TEZ HAKKINDA**

İnsanların en doğal hakkı olan fiziksel ve ruhsal yönden en iyi sağlık seviyesinde yaşamlarını sürdürmeleri, sağlıklarını korumaları ve koruma yöntemlerini öğrenmeleri amacıyla ilk müracaat ettikleri yada müracaat etmeleri gereken sağlık kuruluşları olarak ifade edilen birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların önemi bilinen bir gerçektir.

Bütün sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de en iyi koşullarda ve en üst seviyede kaliteli sağlık hizmeti sunmak zorunluluğu vardır. Çünkü sunulan hizmet insan sağlığını ilgilendirmekte ve yapılabilecek hatalar insan yaşamıyla ilgili geriye dönülemeyecek sonuçlara neden olabilmektedir.

Ayrıca konu sağlık olduğunda, sunulan hizmetlerin maliyet değerlendirmesinde sınırlılıklar söz konusu olmakla beraber bu sınırlılıkları en aza indirecek çabaların hasta açısından en düşük risk esas alınarak doğru ve kaliteli hizmet sunumu ile giderilebilme yollarını ortaya çıkaracak yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır.

Tüm sunulan hizmetlerde önemli olmakla beraber önce insanı ilgilendiren ve esas alan sağlık hizmetlerinde ihtiyaçların sürekli, hatasız, zamanında ve yeteri kadar karşılanabilmesi ve sorunların ivedilikle tespiti, önlenmesi ve giderilmesi gerektiğinden, etkili yönetim tekniklerini uygulamak kaçınılmaz olmuş ve bu istikamette, belirtilen hususlara ek olarak kaliteli hizmet sunumuna olanak verecek, mevcut sistemi geliştirecek, hizmet sunumlarında katılımı, uygun maliyeti de dikkate alacak olan Toplam Kalite Yönetimi uygulamasına geçilmiştir.

Toplam Kalite Yönetimi, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetim, çalışanlar, etkinlik ve verimlilik, hataların önlenmesi, şikayetlerin azaltılması ve aşılmasında zorluk görülen sorunlara çözüm oluşturulması açısından önemli ve gereklidir.

Sağlık hizmetlerinde değişen hasta beklentilerinin zamanında tespit edilmesini ve bu doğrultuda hizmet kalitesinin devamlı olarak artırılmasını ve sağlık hizmetlerinden faydalananların ihtiyaç ve beklentilerini dikkate alarak geliştirmeyi ve iyileştirmeyi hedefleyen Toplam Kalite Yönetimi, her şeyden önce mecburiyet gerekçesiyle hastaların mevcut hizmeti kabul edeceği düşüncesini ve yaklaşımını engellemektedir. Bu noktadan hareketle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edebilmek için en önemli faktörlerden biri olan hasta memnuniyetinin tüm süreçleri kapsayacak şekilde dikkate alınması gerekmektedir.

Türk Silahlı Kuvvetleri de zaten her faaliyetinde esas aldığı, insan ve kalite yaklaşımı ile bazı uygulamalarını gerçekleştirdiği Toplam Kalite Yönetimini, daha bilimsel bir şekilde, ortaya koyduğu tüm gayretlerde etkinliği ve verimliliği arttırmak, tasarruf sağlamak, uygulama alanında emniyeti arttırmak ve geliştirmek, eğitim kalitesini yükseltmek, emrinde olduğu Türk Milletine görevi doğrultusunda en üst seviyede hizmet edebilmek için, kısaca Toplam Kalite Yönetimini, tüm gerçekleştirdiği faaliyetleri bireye ve topluma faydalı hale getirme çabasında bir araç olarak değerlendirmektedir.

1997 yılında yayınlanan Genelkurmay Bakanlığı direktifi ile TKY uygulaması TSK'nın tüm birliklerinde uygulanmaya başlamıştır. Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığında birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten Sağlık Amirliği de bu kapsamda sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, hastalıklardan korunma, teşhis ve tedavi, ilk ve acil yardım, hijyen, beslenme, sağlıklı yaşam vb. konularda TKY uygulamaları ile her aşamada gereksinimlerini tespit ederek gelişimini sağlamayı sürdürmektedir.

Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığında görevde bulunan subay, astsubay ve aileleri ile sivil memur, uzman erbaş, erbaş ve erlere birinci basamak sağlık hizmeti sunan Sağlık Amirliğinin, özellikle ailelerinden yeni ayrılan, değişik bir ortama alışmaya ve eğitim ile spora fikren ve fiziki olarak adapte olmaya çalışan vatan evlatlarının sağlık sorunlarını giderme, sağlıklarını koruma ve geliştirme görevini, kaliteli bir hizmet kapsamında, tüm personel ve mehmetçiklerin memnuniyetini sağlayacak şekilde, en üst seviyede yerine getirmek zorunluluğu vardır.

Çünkü yurdun dört bir yanından askerlik görevini yerine getirmek için Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı'na katılan vatan evlatlarının, sağlıklı yaşam şartlarının oluşturulması ve sağlıklarının korunması için gerekli tedbirlerin alınması, uygulamalarda memnuniyetlerinin sağlanması ve bu yönlü çabaların ortaya konması, her şeyden önce ailelerine, askere gelmeden önceki yaşamlarından daha iyi sevide, onları teslim edebilmek için gereklidir. Ayrıca ortaya çıkarılacak başarılı faaliyetler sonucu oluşacak memnuniyet, mehmetçiklerin, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da TKY faaliyetlerini fark etmelerine ve kalite ile ilgili yargılarının gelişmesine katkı sağlayacağından, askerlik sonrası da tekrar yaşamlarını sürdürecekleri çevrelerinde bu kazanımlarını yaygınlaştırmaya çalışmaları yönü ile fayda sağlayacaktır.

Bu bağlamda, elde edilecek kazanımlar ile oluşacak yeni beklenti, ihtiyaç ve sistemli çözüm arama çabaları, daha kaliteli bir yaşam ve sağlık anlayışının oluşturulması ve geliştirilmesi için diğer birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlara da hasta memnuniyetini esas alan çalışmaların başlatılmasında, sürekliliğinin sağlanmasında ve geliştirilmesinde katkı oluşturacaktır.

## **ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ**

Hasta memnuniyetinin sağlanması, birinci basamak sağlık hizmeti sunan personel ile yöneticilerin vermiş oldukları hizmetin amacına ulaşması ve sorumluluklarının eksiksiz olarak yerine getirilmesi için gerekli unsurların en önemlilerinden biridir.

Zira sağlık hizmetlerinden faydalananlar açısından sağlık hizmetlerinde memnuniyetin oluşmaması, dđnüşü olmayan sağlık sorunlarının meydana gelmesine, moral ve motivasyonlarının azalmasına, görev etkinliğinin ve verimlerinin düşmesine, kısaca içinde buldukları hizmet sürecinin aksayışına neden olabilmektedir.

Bu bağlamda etkin sağlık hizmeti sunumu için, sağlık hizmeti sunan yöneticilerin sağlık hizmetlerinden faydalananlara sunulan hizmeti kendi açılarından değerlendirerek geliştirici önlemleri almaları, hizmetten faydalananlar açısından aynı etkiyi yaratmamaktadır. Yani sağlık hizmeti sunanların sağlık hizmetinden faydalananların memnuniyet ve beklentilerini dikkate almadan değer yargıları ile oluşturdukları çözümler, gelişim ve değişim, sağlık hizmeti sunanların görüşü ile sınırlı kalmaktadır.

Bu nedenle her ne kadar sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan yönetici, personel ve diğer çalışanların kaliteli sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmek amacıyla büyük bir gayreti söz konusu ise de hasta memnuniyetini etkileyen değişkenlerin tespiti ile gayretlerin ortaya konması sonucunda, sunulan hizmetten genel memnuniyetin arzu edilen şekilde artması söz konusu olacaktır.

Yine, sadece hastaların sağlık hizmetlerinden faydalandıkları tesislerin ve fiziki şartların iyileştirilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması için yeterli olmamaktadır.

Birliklerinden vizite için Sağlık Amirliği'ne gönderilen hastaların da Sağlık Amirliği'nde bekleme sürelerinin fazla olması ve muayene sırasında yeterli sürenin kendilerine ayrılmadığı kanaatine sahip olmaları durumunda, sağlık sorunları da dikkate alındığında memnuniyetleri azalmaktadır.

Gösterilen ilgi, güler yüz, sıcak yaklaşım tüm insan ilişkilerinde önemli olduğu gibi özellikle sağlık sorunlarının giderilmesi için ayrı bir önem oluşturmaktadır. Belirtilen ilginin sıcak yaklaşımın gösterilmemesi, muayene sırasında hastalıkları hakkında yeterli bilgi verilmemesi şikayetlerin artmasına yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden faydalananların eğitim seviyeleri geçmiş yaşantılarındaki maddi imkanları, daha önceki yaşadıkları çevre dikkate alınmadan, zaman zaman bir kısım mehmetçiğe sözlü olarak faydalandıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri hakkında görüşlerinin sorulması ile, verilen hizmetin kalitesi hakkında, yönetenlerin karar vermesi yanıltıcı olabilmekte ve bu yaklaşım hasta memnuniyetlerinde artışı ve sorunların tespitini engellemektedir.

### **ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma ile, birinci basamak sağlık hizmetlerinden belirli bir dönem içerisinde yararlanmış hastaların, faydalandıkları hizmetlerle ilgili memnuniyetlerini ölçmek, memnuniyeti etkileyen değişkenleri belirlemek, hasta memnuniyetinin kaliteli hizmet sunumunda taşıdığı önemi ortaya koymak, verilen hizmetten faydalananların hizmeti algılayışlarını saptamak ve bu bağlamda, Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı'nda ve benzer birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten sağlık yöneticilerine, TKY çerçevesinde hizmet kalitesini artırma çalışmalarına yönelik önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

### **ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

TSK'deki tüm komutan ve yöneticiler tarafından, barış ve savaş şartlarında, personel, erbaş/erlerin sağlıklarını korumaları, sağlıklı olmaları ve sağlıklı yaşam şartlarının sağlanması ve devam ettirilmesi, askerlik hizmetinin görev alanına giren hizmet sürecinin muhafazasında önemli bir yer teşkil ettiği bilindiğinden, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gayretler üst seviyede ortaya konulmaktadır.

Yine TSK bünyesinde yürütülen tüm faaliyetlerde kalite esas olduğundan bu gayretleri TKY ile geliştirme çabaları da kabul görmektedir.

Sağlıkta genel olarak hasta memnuniyetini, sıfır hatalı hizmeti ve sürekli gelişmeyi hedefleyen TKY uygulamaları ile, sağlıkta kalite anlayışının oluşturulması öncelikle hasta memnuniyetinin sağlanması ile mümkün olmaktadır.



Hv.Er Eğt.Tug.K.lığında da sağlık hizmetlerinde insan ve kalite öncelikli hizmet için hasta memnuniyetini oluşturan unsurların belirlenmesi, özellikle vatani görevini yapmak için gelen mehmeciklere daha etkin sağlık hizmetlerinin sunulması gayretlerine ve bu anlamda, sağlık hizmetlerinin hem Hv.Er.Tug.K.lığında geliştirilmesine hem de TSK'nin diğer birinci basamak sağlık hizmeti sunan teşkillerinde geliştirilmesine katkı sağlayacak ve belirtilen çabaların amaca ulaştırılmasına yön verecektir.

### **ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

Belirtildiği üzere bu araştırma ile, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütölen faaliyetlerde hedef olarak belirlenen, kaliteli hizmet sunumunun sağlanabilmesi için, hasta memnuniyetine etki eden unsurların ortaya çikarılması amaçlanmaktadır.

Hasta memnuniyetine etki eden unsurlar arasında hastaların kişisel özelliklerinin dikkate alınması gerektiği gibi, şüphesiz ki hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için hasta, doktor-personel ilişkisi, bekleme süresi, bilgilendirme, sağlığın korunması amaçlı eğitim, fiziki şartlar, insan kaynakları ile önerilen ve uygulanan tedavinin yeterliliği ve buna etki eden değişkenlerin de dikkate alınmasında fayda vardır.

Bu bağlamda;

- Muayene sırasında gösterilen ilginin yeterliliğinden memnuniyet düzeyi yükseldikçe, uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artmaktadır. Hastalar kendilerine gösterilen yoğun ilgiden etkilenmekte ve uygulanan ve önerilen tedavinin en uygun olduğunu düşünmektedirler.

- Muayeneye ayrılan süreden memnuniyet düzeyi yükseldikçe, uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artmaktadır. Hastalar muayene süresinin

artması ile rahatsızlıklarının incelendiğini ve bu anlamda uygulanan önerilen tedavinin en iyisi olduğunu düşünmektedir.

- Muayene sırasında, teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirmeden memnuniyet düzeyi yükseldikçe, uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artmaktadır. Rahatsızlıkların neden ileri geldiği, nasıl bir tedavi yöntemi ile rahatsızlığın önüne geçileceğinin açıklanması, hastalarda uygulanan ve önerilen tedavinin kendileri için en uygun olduğunu değerlendirmelerine neden olmaktadır.

- Fiziki şartlardan duyulan memnuniyet düzeyi yükseldikçe, teşhis ve tedavi hizmetlerinden duyulan memnuniyet artmaktadır.

Hasta memnuniyetine ilişkin yukarıda ifade edilen hipotezlerin yanı sıra aşağıda belirtilen tali hipotezler de sınanacaktır.

- Hastaların yaşı ile sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Eğitim düzeyi ile hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Gelir düzeyi ile hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Hastaların daha önce yaşadıkları çevre ile sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Muayene öncesi bekleme süresi ile hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Muayene süresi ile hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

## ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Bu çalışmanın varsayımları şunlardır:

- Araştırmada veri toplama için kullanılan anket yönteminin araştırma için uygun bir yöntem olduğu varsayılmıştır.
- Anketi cevaplayan erbaş ve erlerin verdiği bilgilerin gerçekleri yansıttığı varsayılmıştır.
- Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığında, değişik görev yapan birliklerden araştırmaya katılan erbaş ve erlerin, bağlı oldukları birliklerin Hv.Er Eğt.Tug.K.lığını temsil ettiği varsayılmıştır.

## ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sonucu elde edilen bulguların genellenebilmesi bazı faktörlerden dolayı sınırlıdır.

Bunlardan ilk sınırlılığı, bu araştırmanın ana kütlesini Kütahya-Hv.Er Eğt. Tug. K.lığındaki erbaş ve erlerin oluşturmasıdır. Diğerleri ise Sağlık Amirliği'nden faydalananların demografik özelliklerinin homojen olmasıdır. Ayrıca, bu araştırma kar amaçlı olmayan bir örgüt için geçerli olup sadece sağlık alanını yansıtmaktadır.

Unutulmaması gereken bir husus da araştırmanın sonucunda çıkacak değerler anketin yapıldığı dönemi kapsamaktadır. Hasta memnuniyeti dinamik bir yapıya sahip olduğu için sonuçları değişim gösterebilmektedir. Bu nedenle sık sık hasta memnuniyetinin ölçülmesi gerekliliği vardır.

## ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmamızın birinci bölümünde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı ve önemi, hizmet alanları araştırılmıştır.

Çalışmamızın ikinci bölümünde Toplam Kalite Yönetiminin değişik boyutları ele alınmış, kalite ve toplam kalite kavramları, sağlık hizmetlerinde kalite ve toplam kalite anlayışı incelenmiştir.

Araştırmamızın üçüncü bölümünde de hasta memnuniyetine etki eden değişkenlerin ortaya konması hedeflenmiştir.

Çalışmamızın dördüncü bölümünde Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı Sağlık Amirliği'nde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin daha etkin hale getirilmesi için araç olarak kullanılan TKY çalışmalarına yer verilmiştir.

Çalışmamızın beşinci bölümünde ise Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı Sağlık Amirliği sorumluluğu kapsamında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla aynı konuyla ilgili Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı Sağlık Amirliğinde yürütülen çalışmalar ile yine aynı konuyla ilgili literatürler incelenerek yapılan araştırmalar\* incelenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan anket erbaş ve erlere uygulanmıştır.

---

\*Afsun Ezen Esatoğlu, Korkut Ersoy, "Hasta Tatmini Ölçülmesi" , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.64,65.; Dilaver Tengilimoğlu, "Ankara' da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.105.; Oğuz Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.423,430,431.; Nilgün Sarp - Burhan Tükel, " İ-bni Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.36,37.;P. Erkal ve diğerleri, "Başkent üniversitesi polikliniklerine başvuran hastaların sunulan hizmetlerden memnuniyet durumlarının değerlendirmesi üzerine bir araştırma", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.72.; Fatoş Yüksek Çınar, "Hasta Eğitimlerinin Hasta Memnuniyetine Etkileri", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.157.; Sinan Özalp - Mürüvvet Meriç - T.Ömer Yalçın, "Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalında Tedavileri Biterek Taburcu Olan Hastaların Servis Hizmetlerine Yönelik Görüşleri ve Daha Kaliteli Hizmet İçin Yapılması Gerekenler. Ön Değerlendirme", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.6.

Bu çalışmanın evreni, Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığında görevli veya kurs gören 1982-3, 1982-4, 1983-1, 1983-2, 1983-3, erbaş/erler ile 293 nc kısa dönem yükümlülerden 01 Eylül 2002-01 Ekim 2003 tarihleri arasında Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığında bulunan ve 01 Eylül 2002, 01 Ekim 2003 tarihleri arasında Kütahya-Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı Sağlık Amirliğinde en az iki ve daha fazla muayene olmuş hastalardan oluşmaktadır.

Veriler hazırlanan anket formu ile belirtilen şartlara haiz 499 hastadan çalışmaya iştirak eden 433 hastaya uygulanarak elde edilmiştir. 433 erbaş/erden ankete cevap olacak verileri uygun olmayan şekilde işaretleyen 19 erbaş/erin cevapları değerlendirmeye alınmamış, 414 erbaş/ere uygulanan anket değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (7.5) istatistik programı kullanılarak ve Sıklık, Korelasyon, Anova ve Basit Regresyon, analizleri yapılarak bulgulara ulaşılmıştır.



## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ**

## 1.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE KAPSAMI

### 1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nce (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION) sağlık; “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup>

Kişilerin ve toplumların öncelikle sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve kişiler ile toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için gerçekleştirilen çalışmalar ise sağlık hizmetini oluşturmaktadır.<sup>2</sup> Diğer bir ifade ile sağlık hizmeti, hastalığın oluşmasının engellenmesinde ve hastanın iyileştirilmesinde etkili ve faydalı olan tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

İnsan sağlığında esas olan kişilerin hasta olmalarını önlemek olmakla beraber hastalıklardan korunma gayretleri hastalıkların önlenmesi için yeterli olmadığında, oluşan hastalıkların tedavisi gereklidir. Ayrıca herhangi bir kaza veya hastalık sonucu sakat kalanlarında başkalarına, sınırlı olarak veya ihtiyaç duymadan yaşabilmeleri sağlanmalıdır.

Kişileri sağlık yönüyle korumak için öncelikle sağlık hizmetlerini toplumdaki herkese ulaştırabilmek gerekmektedir.

İhtiyacın fazla olduğu sağlık hizmetlerinde artan maliyetlerin ekonomik yönü de dikkate alınıp hem sağlıklı hem de hasta iken hizmet götürmek sağlık hizmetlerinde de artan maliyetleri beraberinde getirmekle beraber, toplumda en çok görülen hastalıkları

---

<sup>1</sup> Ümit Şahin, **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**, (Edit: Nurullah UÇKUN), Kişisel Yayın, Eskişehir 1999, s.126.

<sup>2</sup> Zafer Öztekin-Nevzat Eren, “Sağlık Yönetimi”, **Halk Sağlığı**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara 1995, s.374.

dikkate alarak kişi ve toplum sağlığına yaklaşmak, sağlık hizmetlerinin hedef noktalarından biri olmalıdır.

### 1.1.2. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı

Türkiye'nin de imzaladığı Dünya Sağlık Örgütü Anayasası ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde sağlıklı doğup, sağlıklı yaşamın bir insan hakkı olduğu ve bu hakkı bireylere sağlanmanın da kamu görevi olduğu ortaya konmaktadır.

Sağlık hizmetleri kapsamında ülkeler arasında hatta bir ülkenin kendi içindeki bölgeleri arasında sağlık düzeyinin büyük farklılık gösterdiğini tespit eden DSÖ'nce, herkese sağlık hedefi doğrultusunda neler yapılması gerektiği konularının konuşulduğu 1978 Alma Ata Konferansı'nda "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramının tanımlanması sağlanmıştır.

Temel Sağlık Hizmetleri anlayışının başlıca önemli noktaları şunlardır,<sup>3</sup>

- Sağlık hizmetleri herkese sosyal adalet anlayışı içinde eşit olarak götürülmelidir,
- Bireyin sağlığı ile ilgili her önlemede sağlığı etkileyen çevre etkenleri de göz önünde bulundurulmalıdır,
- Yalnız hasta olduğunda değil, sağlıklı dönemlerinde de bireyler sağlık hizmeti alabilmelidir,
- Kişilerin inançları, yaşam koşulları, ekonomik güçleri sağlıkları ile doğrudan ilgilidir ve bu etkenler dikkate alınarak sağlık sorunları tam olarak çözümlenmelidir,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliği söz konusu olmalıdır,
- Koruyucu, iyileştirici ve sağlığı geliştirici hizmetler birbiri ile koordineli yürütülmelidir,

<sup>3</sup>Nevzat Eren - Zafer Öztekin, "Halk Sağlığının Gelişmesi", **Halk Sağlığı**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara 1995, s.9,10.



- Sağlık hizmetleri değişik alanlarda eğitim gören, değişik bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan ekip anlayışı içinde verilmelidir,
- Bireyler sağlığını koruma konusunda eğitilmelidir,
- Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından daha verimli kullanılması için, hizmeti planlama ve uygulama sırasında toplumdaki kişilerin düşüncelerine başvurulmalı ve onları hizmetin oluşmasına dahil etmelidir,
- Sağlık hizmeti, hastalıklara yakalanma olasılıkları daha fazla olan gruplara öncelikle götürülmelidir.

Sağlık hizmetleri çok geniş ve çok yönlüdür. Ancak temel sağlık hizmetleri anlayışı, sağlık eğitimi, beslenme, yeterli ve temiz su, çevre sağlığı, bağışıklama, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, bir bölge veya yerde en çok görülen hastalıkların kontrolü, sık görülen hastalıkların uygun tedavisi ve temel ilaçlar sağlanmadan, toplumun çok az bir kısmının faydalanacağı yatırımların yapılmamasını öngörmektedir.<sup>4</sup>

Temel sağlık hizmetlerinin esasını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ile bireyin ilk başvurduğu sağlık hizmeti basamağında sunulan evde ve ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmetleri kapsamaktadır.<sup>5</sup>

Temel sağlık hizmetlerini, kişilerin kendi normal sağlık ihtiyaçlarına özen göstermeleri sorumluluğunu direkt veya gönüllüler aracılığıyla, gerekli teknolojiyle ve düşük maliyetle teşvik eden bir doktrin olarak görmek gerekmektedir.<sup>6</sup>

Alma-Ata'da 1978 yılında belirlenen ilkelerin genel değerlendirilmesi yapıldığında, Türkiye'de 1961 yılında çıkarılmış olan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasının, dünya ülkelerinin kabullenerek uyguladığı ve çağdaş olarak

<sup>4</sup> Ferit Koçoğlu, **Dünyada ve Türkiye'de Sağlık**, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, No:72, Sivas 1998, s.28.

<sup>5</sup> Nesrin Çilingiroğlu, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanmasında Maliyet, Sağlık Maliyeti Analizi", **I. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1995, s.168.

<sup>6</sup> Claudio Sepulveda, "Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı-Esaslar", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1994, s.56.

kabul ettiği sağlık hizmeti sunum ve düşüncesinin pek çok bölümünü kapsadığı da anlaşılmaktadır.

DSÖ'nün, herkese sağlığın ulaştırılmasını hedefleyen yaklaşımına rağmen ve yine Türkiye'de çağdaş sağlık anlayışının bu çalışmalardan çok önce ihtiyaç olarak belirlenip kanun maddesi haline dönüştürülmesine rağmen, Türkiye'de herkese sağlık hizmetinin ulaştırılmasında ve faydalandırılmasında arzu edilen seviyeye varılmamıştır.

Sağlık düzeyi göstergeleri ülkeden ülkeye, ülkelerin içinde bölgeden bölgeye, hatta şehirler içinde semtten semte büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına 587 dolar sağlık harcaması yapılırken geri kalmış ülkelerde 3 dolar, gelişmekte olan ülkelerde 6 dolar harcanmaktadır. Örneğin Gana'da sağlığa ayrılan kaynakların %85'i nüfusun yalnızca %10'unun yararlandığı hastane hizmetlerine, %15'i de nüfusun %90'ının yararlandığı birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 76 dolar iken bu miktar İsveç'te 2343 dolar, ABD'de 2763 dolar, Almanya'da 1511 dolar, Yunanistan'da ise 358 dolar'dır.<sup>7</sup>

Temel sağlık hizmetleri ile toplum sağlığını geliştirmek için bir yandan gayret sarf edilirken, diğer yandan da sağlık için en temel ihtiyaçlara dahi ulaşamayan insanlar ve ayrılan kaynakların da bilinçsiz olarak harcanıp israf edilmesi, temel sağlık hizmetlerinin hedefi olan toplumda sağlığı geliştirme ve sağlığı herkese ulaştırma amacıyla, hedef kitlenin, TSH'den en az yararlanma durumunda olmasına neden olmaktadır.

### **1.1.3. Geleneksel Sağlık Anlayışı ile Çağdaş Sağlık Hizmetlerinin Farkı**

Temel sağlık hizmetleri kavramı, gelişme düzeyi hangi seviyede olursa olsun bütün ülkeler için geçerli çağdaş sağlık anlayışı olduğu görülmekle beraber, birçok ülkede ve özellikle gelişmemiş ülkelerde sağlık hizmetinin örgütlenmesinde ve halka sunulmasında geleneksel tıbbi bakım anlayışı hakim olmaya devam etmektedir.

<sup>7</sup> Koçoğlu, A.g.e., s.13,18.

Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı İle Çağdaş Sağlık Hizmetleri anlayışı arasında derin farklar vardır<sup>8</sup> ve bunlar aşağıda karşılaştırmalı olarak Tablo 1.1’de belirtilmiştir.

**Tablo 1.1. : Geleneksel Anlayış İle Çağdaş Sağlık Anlayışının Karşılaştırılması**

Geleneksel Anlayış	Çağdaş Sağlık Anlayışı
Hastaların tedavisi önceliklidir.	Sağlığın korunması ve geliştirilmesi esastır.
İnsana hastalanınca hizmet sunma asıldır.	Herkes sürekli hizmet öngörülür.
Belirli sorunlara öncelik verme ağırlıklıdır.	Geniş boyutlu sağlık anlayışı egemendir.
Hekim ağırlıklı hizmet sunumu belirgindir.	Ekip anlayışı vardır.
Uzman kullanımına ağırlık verme gözlenir.	Genel pratisyenlere ağırlık verilir.
Toplum pasif konumdadır.	Toplum katılımı vazgeçilmezdir.
Sağlıktan yalnız sağlık sektörü sorumludur.	Sektörler arası işbirliği kaçınılmazdır.

**Kaynak : SALTİK Ahmet, “Çağdaş Sağlık anlayışı”, İş Yeri Hekimliği Ders Notları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 6. Baskı, Ankara 2001, s.26**

Geleneksel yaklaşımda kişiye hasta iken hizmet verilmekte, hastalıklardan korunma özel durumlarda uygulanmaktadır. Oysa, insanlara rahatsızlığından yakınmaları olmadığı zamanlarda götürülecek sağlık hizmetleri ile erken teşhis sağlanacak ve hastalıkların önüne geçme imkanı doğacaktır. Bu amaca ulaşmak için kişisel ve toplumsal düzeyde sağlık eğitiminin yürütülmesi gerekmektedir.

#### **1.1.4. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**

Türkiye’de herkese eşit etkin sağlık hizmeti vermek amacı ile 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında kanun çıkarılmıştır. Bu yasa ile yurttaşlara ülke gerçekleri dikkate alınarak çağdaş bir sağlık hizmeti sunulması planlanmıştır.

<sup>8</sup> Ahmet Saltık, “Çağdaş Sağlık anlayışı”, İş Yeri Hekimliği Ders Notları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 6. Baskı, Ankara 2001, s.26.

İlkeler yasası olarak da adlandırılan bu yasa aşağıda özetlenmiştir.<sup>9</sup>

- Sağlık hizmeti herkese eşit olarak sunulmalıdır,
- Herkes belli kurallara uyarak sağlık hizmetlerinden ücret ödmeden yararlanmalıdır,
- Muayene ve tedavi ücretini ödemek koşulu ile bireyler istediği hekimi seçmekte özgür olmalıdır,
- Herkese eşit olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur,
- Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesi sağlanacaktır,
- Hasta tedavi hizmetlerinde sağlık ocakları ile hastaneler işbirliği yapmalıdır,
- Sağlık hizmeti küçük ekiplerden oluşan bir hizmet olarak ele alınmalıdır,
- Hekim de dahil olmak koşulu ile tüm personelin hizmet içinde sürekli eğitimi planlanmalıdır,
- Herkesin sağlık durumunu sürekli izlenmelidir,
- Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınmalıdır,
- Halkın hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirmesinde katılımı sağlanmalıdır,
- Bir bölgede hizmetin iyi yürütülebilmesi için gerekli kuruluşlar kurulmadan, malzeme ve personel sağlanmadan o bölgede yasa uygulanmasına başlanmayacağı öngörülmüştür.

224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütlenme modeli, dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesine dayanmakta ve kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa, kentsel alanda 50.000 nüfusa bir sağlık ocağı, bu sağlık ocaklarına bağlı olarak kırsal alanda 2.000, kentsel alanda 2.500 nüfus için sağlık evleri kurulması esasa bağlanmıştır.

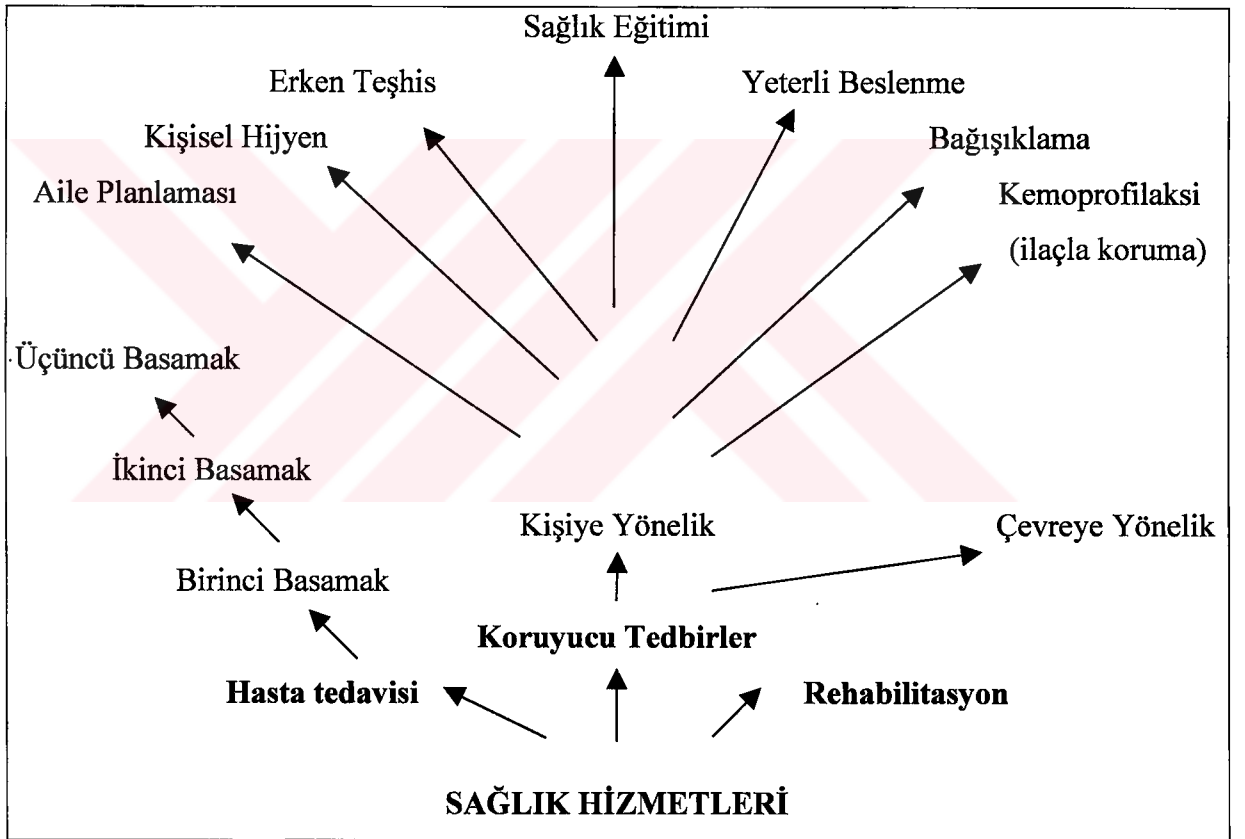
<sup>9</sup>Nevzat Eren-Zafer Öztekin, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayınları, No:22, Ankara 1982, s.16-18.

Çağdaş hekimlik anlayışına göre sağlık ocakları birinci basamak, diğer bir deyişle temel sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevlendirilmişlerdir.

## 1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç boyutu vardır.

Şekil 1.1. : Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak : ÖZTEK Zafer-EREN Nevzat, "Sağlık Yönetimi", Halk Sağlığı, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara 1995, s.375.

### 1.2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta uygulanmaktadır. Bu basamaklar arasında hasta sevk sistemi gerekliliği vardır. Birinci basamak tedavi kuruluşları hastaların ilk başvurdukları kuruluşlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri hasta tedavilerinin evde ve ayakta yapıldığı sağlık kuruluşları olup genellikle yataksız hizmet vermektedir. Ayrıca korunma hizmetlerinin de organize edildiği ve sağlığı optimum düzeyde geliştiren bir basamak olarak değerlendirilmektedir.<sup>10</sup>

İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastaneleri ifade etmektedir. 50-100 yataklı ve bir kaç hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastanelerde bu basamak içinde bulunmaktadır. Bu yönü ile ikinci basamak sağlık hizmetinde sağlık bakım hizmetine ilave olarak otelcilik hizmetleri de söz konusudur.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri çocuk hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi gibi hastaneleri kapsayan, en yüksek teknolojilerin uygulandığı gelişmiş özel dal hastaneleridir.

### 1.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların oluşmasını veya ilerlemesini önlemeyi, bireylerin sağlığını kendi gayretleri ve yetenekleri ile ileriye götürmeyi hedefleyen koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olarak yürütülmektedir.

Ayaktan tedavi hizmetleriyle bireyin sağlığına kavuşturulması ona bireysel fayda sağlarken, bulaşıcı bir hastalığın toplumun bireyelerine bulaşmasının önlenmesi de

---

<sup>10</sup>Zuhal Baltaş, **Sağlık Psikolojisi**, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000, s.36.

dışsal faydayı sağlamaktadır.<sup>11</sup>

Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi, kişisel hijyen faaliyetlerini kapsamaktadır.

Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerde kişilerin eğitimleri ve sağlık personelinin erken teşhis için gayretli olması ve önem vermesi ile pek çok hastalık başlangıç döneminde tespit edilebilmekte ve hastalıkların etkili biçimde iyileştirilebilmesi sağlanabilmektedir.

Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetler yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması, insan dışkı ve idrarının sağlık koşullarına uygun olarak yok edilmesi, besin hijyeni, çevredeki istenmeyen atıkların yok edilmesi, barınma koşullarının oluşturulması ve çevre kirlenmesinin önüne geçmek gibi faaliyetleri hedef almakta, ancak koruyucu hizmetler doğrudan sağlık ekibinin görevi olmakla beraber, bu konularda sağlık ekibi yol gösterme ve denetleme görevlerini icra etmek durumundadırlar.

### 1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bedence veya ruhça sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri için bedensel sakatlıkların düzeltildiği tıbbi rehabilitasyon hizmetini ve sakatlıkları nedeniyle belirli bir işte çalışamayanlara, uyum sağlamalarına yönelik hizmeti kapsayan sosyal rehabilitasyonu içeren hizmetlerdir.

## 1.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ

Geniş bir kitleye hitap etmesi, hastalara koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetini bir arada sunması, hasta ve hastane işletmeleri ile karşılaştırıldığında maliyetinin düşük

<sup>11</sup>Kudret Şevket Sayın, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Fayda Analizi ve Toplam Kalite İlişkisi", 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996, s.162.



olması birinci basamak sağlık hizmetlerine, genel sağlık hizmetleri içerisinde önem kazandırmaktadır.<sup>12</sup>

Bu öneme rağmen Türkiye’de poliklinik, dispanser, sağlık evi, sağlık ocakları gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara bireyler yeterli ilgiyi göstermemekte ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri için öncelikle hastaneleri tercih etmektedirler.<sup>13</sup>

Sağlık ocakları, çoğunlukla poliklinik hizmetlerin verildiği, reçete yenilemelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayene edilmeden ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelere istek üzerine sevklerin yapıldığı kurumlar haline gelmişlerdir.<sup>14</sup>

Oysa birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların sağlık hizmetleri içindeki yeri, halka en yakın noktalara koruyucu ve iyileştirici hizmetleri sunmanın yanı sıra, hastaneye ve uzman ekibe gerçekten gitmesi gereken hastaları tespit ederek hastanelerin ve uzman doktorların daha verimli çalışmalarını sağlamaktır.

Sevk sistemine uyulmaması hastane koridorlarında yığılmalara, muayene sürelerinin uzamasına, gerekli ilginin gösterilmemesine, sonuçta arzu edilen sağlık hizmetinin beklentileri karşılamamasına sebep olurken, yoğun olarak hasta bakmak durumunda olan doktorları da verecekleri sağlık hizmetinde olumsuz etkilemektedir.

Sağlık bakım hizmeti sisteminde, birinci basamak sağlık hizmetlerini üreten sağlık evi, sağlık ocakları, poliklinik, dispanserler ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler arasında olması gereken koordinasyonla ilgili olarak pek çok ülkede yapılan çalışmalar, hastaların %90-95’inin sorunlarının, koruyucu hizmetlerle, evde ve ayakta tedavi hizmetlerini içeren birinci basamak sağlık hizmetleri ile

<sup>12</sup>Gülner İyiarı-Mehtap Erdoğan ve Diğerleri, “Poliklinik Hizmetlerinde Hasta İhtiyaç ve Beklentileri”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Habarel Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1995, s.69.

<sup>13</sup>Mithat Çoruh, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Habarel Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1996, s.24.

<sup>14</sup>Ümit Şahin, **Hastane İşletmeciliği 1**, Sarar Giyim Tekstil Sanayi Ticaret A.Ş. Kültür Yayınları, No:1 Eskişehir 2000, s.88.



çözömlenebileceğini göstermesine rağmen günümüzde hastaların %90'ının sorunlarının gereğince ele alınmadığı ya da çok masraflı bir biçimde ele alındığı görölmektedir ve hastaların çoğunluğunun sağlık probleminin sağlık ocaklarında kolaylıkla teşhis ve tedavi edilebilecek olan basit vakalardan oluştuğı dikkate alındığında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki izdihamı azaltabilmek ancak birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların etkin çalışması ile mümkündür.<sup>15</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin çalışmaması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastanelerdeki personelin uzmanlığa sahip olması, kullanılan tıbbi cihazların pahalı olması gibi nedenlerden dolayı verilen sağlık hizmetlerinde önemli maliyet artışlarını da gündeme getirmektedir.

Diğer bir değışle birinci basamakta tedavisi mümkün olan hastaların diğer kademelerde tedavi edilmesi kaynak israfına neden olmaktadır.

Konuyla ilgili olarak, 1996 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim hastanesinde, gereksiz eğitim hastanesi kullanım durumunun belirlenmesi için yapılan araştırma kapsamında gereksiz eğitim hastanesi kullanım oranının %83,3 olduğu saptanmıştır.<sup>16</sup>

Bu paralelde etkin işleyen birinci basamak sağlık hizmetleri ile bir taraftan hastanelere gereksiz başvurular azaltılıp, yığılmalar önlenirken diğer taraftan maliyet açısından da önemli avantajlar sağlanmaktadır.

Örneğin Norveç ve İşveç'te, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasıyla hastane kullanımının azaldığı ve buna bağılı olarak sağlık harcamalarında azalmaya neden olduğu görölmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini kavrayan ölkelerde sağlık bakım hizmetlerinin etkin yürütölmesi, bu alanda görev alan doktorların gösterdiği performansın yüksekliğine ve birinci

<sup>15</sup> Şahin Ü., 1999, A.g.e., s.126.

<sup>16</sup>A. Ruhi Toraman-Cesim DEMİR-Abdülkadir Güçlü, " Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Kullanımın Belirlenmesi", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1998, s.271.

basamak sağlık hizmetlerindeki örgütlenme şekline bağlı olmaktadır. İngiltere, ABD, Hollanda, Danimarka, İsveç ve Küba gibi ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri aile esasına göre örgütlenmiş ve ABD’de hekimlerin %70’inin birinci, %20’sinin ikinci, ve %10’unun üçüncü basamak sağlık hekimleri olarak yetiştirilmesi istenmektedir.<sup>17</sup>

Bu bağlamda önem kazanan, birinci basamakta görev alacak doktorların istenen performansta hizmet sunabilmeleri için hastaların ayaktan tedavisi ve korunma hizmetlerinde uzmanlaşmaları sağlanmalı, muayene için başvuran hastanın hastane tedavisine ihtiyaç duyup duymadığını tespit edecek düzeye ulaşmaları için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde, sağlık ocaklarında istihdam edilen tıp fakültesi mezunu ve bu alanda uzmanlaşmamış pratisyen hekimler yoluyla hizmet verilmekte iken birçok ülkenin ulusal sağlık sisteminde bu hizmeti sunacak doktorlar tıp fakültesi sonrası eğitime tabi tutulmakta ve hatta İsveç gibi kimi ülkelerde bu statü klinik uzmanlık dalları ile eşdeğer kabul edilmektedir.<sup>18</sup>

#### **1.4. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIK OCAKLARI**

##### **1.4.1. Sağlık Ocaklarının Tanımı ve Örgütlenmesi**

Sosyalleşmiş sağlık hizmetleri sisteminde temel birim olarak ifade edilen sağlık ocaklarında, koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilmektedir.

Belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurum olarak sağlık ocaklarının örgütlenmesinde ideal olarak 5-10 bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulması gerekirken köy, ilçe, il ve büyük şehirlerde hizmet götürmekle yükümlü oldukları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da

<sup>17</sup>Şahin Ü., 1999, A.g.e., s.127.

<sup>18</sup>Şahin Ü., 2000, A.g.e., s.17,18.

kolaylığı dikkate alınarak farklılık göstermekte ve bunlarda çok yönlü sağlık hizmetinin ekip çalışması halinde götürülmesi zorunluluk göstermektedir.<sup>19</sup>

Üç tip sağlık ocağı vardır.<sup>20</sup>

- Köy tipi: 5.000-10.000 nüfusa hizmet eder.
- D-1 tipi: 10.000-30.000 nüfusu kapsar, ilçe merkezlerinde bulunur.
- A-1 tipi: 30.000-50.000 nüfusa hizmet eder, kent tipi sağlık ocağıdır.

Kent tipi sağlık ocağında baştabip, tabip, diş tabibi, eczacı, psikolog, diş ve protez teknisyeni, sağlık memuru (röntgen, toplum sağlığı, çevre sağlığı, laboratuvar) hemşire, ebe diğer hizmetliler görev alırken, ilçe tipi sağlık ocaklarında doktorların ve diğer görevlilerin sayısı azalmakta, eczacı bulunmamaktadır.

Köy tipi sağlık ocağında ise yine doktor ve diğer görevlilerin sayısı azalırken tabip, sağlık memuru, hemşire, ebe, laboratuvar görevlisi ile diğer hizmetliler görev yapmaktadır.

Ayrıca yönetsel olarak sağlık ocaklarına bağlı her 2.000-2.500 nüfusa hizmet götürmek için kurulmuş, en küçük hizmet birimi olan sağlık evlerinde, sadece ebelerin görev yaptığı, ana-çocuk sağlığı ve kişiye yönelik koruyucu hizmetleri de kapsayan çok yönlü hizmet verilmektedir.

#### 1.4.2. Sağlık Ocaklarının Görevleri

Genel anlamda birinci basamak sağlık hizmeti ve bu hizmeti destekleyen diğer işlerin yapıldığı sağlık ocaklarında ana başlıkları ile verilen hizmetler; sağlık hizmetleri, adli hekimlik hizmetleri, yönetim işleri ve diğer hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık ocaklarında entegre olarak ve takım anlayışı ile verilmesi arzu edilen koruyucu ve

<sup>19</sup>....., Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara 2001, s.30.

<sup>20</sup>Öztek-Eren, 1995, A.g.e., s.387.

birinci basamak iyileştirici sağlık hizmetleri birbirinden kesin sınırlarla ayıramamakta ve bu nedenle bir arada yürütülmektedir.

Bu hizmetler;

- Ana sağlığı hizmetleri,
- Çocuk sağlığı hizmetleri,
- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele,
- Kronik hastalıklarla mücadele,
- Bağışıklama hizmetleri,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Yaşlı sağlığı hizmetleri,
- Toplum beslenmesi hizmetleri,
- Ruh sağlığı hizmetleri,
- Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele,
- İçme ve kullanma sularının denetimi,
- Gıda maddelerinin denetimi,
- Gayri sıhhi müesseselerin denetimi,
- Çalışanların(esnaf) denetimi,
- Atıkların denetimi,
- Poliklinik hizmetleri,
- Erken tanı ve tedavi hizmetleri (hastalık taramaları),
- Laboratuvar işleri,
- İlk yardım ve acil bakım hizmetleri,
- Hasta sevkı,
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Halkın sağlık eğitimidir.



## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ**

## 2.1. KALİTE KAVRAMI

### 2.1.1. Kalite Tanımları

Yükselen sosyal düzey, hızla gelişen teknoloji ve globalleşen ekonomik düzen müşterilere sunulan mal ve hizmetleri çeşitlendirmekte ve rekabet olgusunu ön plana çıkarmakta olduğundan, bu paralelde bireylerin değer yargıları, tüketim alışkanlıkları ve hizmet beklentileri de sürekli değiştiğinden, belirli koşullarda oluşan ortamlarda müşterilerin tercihinde öncelikli kriter, kalite olarak ifade edilmektedir.<sup>21</sup>

Ancak kalite sözcüğü kullanım amacına göre farklı anlamlarla ifade edildiğinden kalitenin ne olduğu ya da ne olması konusunda tam bir mutabakata varılamamıştır.

Birbirinden ayrılması zor sınırları olan bu kavramların müşteriler tarafından da ifade edilmesinde zorlanılmakta ve genellikle kalite sorunları şikayetlerle dile getirilmektedir.<sup>22</sup>

Kalite anlayışı bireylerin ve toplumların gelenek ve kültürel yapısına, eğitim ve yaşam düzeylerine, alışkanlıklarına ve beklentilerine göre değişim gösterdiğinden doğal olarak kalite kavramının algılanışı da birey ve toplum tarafından farklı olmaktadır.

Farklılık gösteren kalite anlayışı ve algılanışı söz konusu olmasına rağmen, bireylerin özellikle ekonomik koşulları da iyileştikçe kalite konusunda bilinçlendikleri görüldüğünden, işletmeciler kaliteyi ekonomik bir kavram olarak değerlendirmişler, kalite kavramının ve yaratacağı başarıların amaçlarına ulaşmak için gerekli olan en önemli stratejik araçlardan biri olduğuna karar vermişlerdir.<sup>23</sup>

Günümüzde kalitede ısınma döneminin bittiğini ve ana faaliyetlerin kalite olması gerektiğini kabul eden şirketler, geleceğe dönük olarak yerleşmiş bir kalite anlayışı ile

<sup>21</sup>Akın Aydınçeren, "Toplam Kalite Yönetimi", **Önce Kalite Dergisi**, Kalder Yayınları, İstanbul 1993 Sayı: 2, s.33.

<sup>22</sup>Hirotake Takeuchi-J.A. Quelch,"Quality Is More Than A Good Product" **Harvard Bussiness Review**, July-Agust 1983, s.141.

<sup>23</sup>Necati Arıkan , "Toplam Kalite Yönetimi" **Önce Kalite Dergisi**, İstanbul 1983, Sayı: 2, s.17.

odak noktası kalite olmayan kişilerin şirketlerde yer almaması gerektiğini, zira iyi kaliteyi başarmanın kötü kaliteye sahip olmaktan daha ucuz olduğunun anlaşıldığını, bu yüzden kalitenin çalışanların ana faaliyeti ve düşüncesi olmasının zorunluluk halini aldığını ifade etmektedirler.<sup>24</sup>

Yine kaliteyi esas alan düşünce yaklaşımlarında kalite, müşteri tatmini ve beraberinde başarı ve moral yarattığı için hiyerarşinin katılığında kurtulmak, herkesi katılımcı yapmak ve daha çok bilgi paylaşımını sağlamak yönüyle fırsat imkanı oluşturduğu görülmektedir.

Her hizmetin, sürecin, teknolojinin bir şekilde değişim gösterdiği kabul gören bir gerçek olduğundan kaliteyi başarmak için izlenecek ölçen, analiz eden, geliştiren süreçler, kurum ve kuruluşların devamlılığının sağlanmasında, gelişiminde, verimliliğin artırılmasında önemli bir yaklaşım olarak da imkan sunmaktadır.

Toplumların gelişmişliğinde “ mal ve hizmetlerin kaliteli, yeterli sayıda ve zamanında sunulması” yönüyle ölçüt olarak ele alınan kaliteye<sup>25</sup> hiçbir zaman tesadüfi uygulama ve yaklaşımlarla ulaşılması mümkün olmamakta, ona ancak bilinçli gayretlerin sonucunda ulaşılmaktadır.

Müşteri isteklerinin karşılanabilmesi ve sürekli olarak geliştirilmesi için gerekli hizmet ve yönetim kalitesini kapsayan ve sadece pahalı, lüks, az bulunur ve bunlara benzer kavramlarla ifade edilemeyecek mevcut ve çok boyutlu bir olgu olduğu görülen kalitenin<sup>26</sup> literatürde değişik tanımları vardır. Bu tanımlardan bazıları aşağıdaki gibi verilebilir.

<sup>24</sup>Robert Slater, **Jack Welch ve General Electric'in Yolu**, (Çev.Türkan Arıkan- Saadet Özkal), Literatür Yayınları, 4 ncü Basım, İstanbul 2000, s.210-212.

<sup>25</sup>Nurettin Peşkircioğlu, “Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ve ISO 9000 Standartları”, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayınları, Ankara 1994, Sayı:1, s.96.

<sup>26</sup>Halil Kantarcı, “Toplam Kalite Kontrol ve Endüstri İlişkileri İle Etkileşimi”, **Önce Kalite Dergisi**, İstanbul 1989, Sayı: 2, s.12.

Kalite topyekün ve tam olarak işletme çapında ve tedarikçilerle bağlantılı şekilde uygulanacak, hareket noktası müşteri olan süreçtir.<sup>27</sup>

Kalite kullanımda olan ürün ve hizmetin müşterinin beklentilerini karşılama amacını içeren pazarlama, mühendislik, üretim ve bakım aşamalarındaki ürün ve hizmet özelliklerinin toplam bileşkesidir.<sup>28</sup>

Kalite, bir mal veya hizmetin ifade edilen ve beklenen ihtiyaçları karşılama yeteneğini oluşturan özelliklerin toplamıdır.<sup>29</sup>

Kalite kullanıma (amaca) uygunluktur(J.Juran).<sup>30</sup>

Avrupa Kalite Kontrol Birliğine (OEQC) göre kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir ihtiyacı karşılayabilme yeterliliğini ortaya koyan özelliklerin tamamıdır.

Amerikan Kalite Kontrol Derneğine (ASQC) göre kalite, bir mal yada hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerin tamamıdır.

Kalite bir ürün veya hizmet özelliklerinin, mevcut veya ileride gerek duyabilecek alıcı (müşteri) ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğidir.<sup>31</sup>

Kaizen kavramını ortaya koyan Masaaki IMAI'nin yaklaşımına göre en genel anlamda kalite ise, geliştirilebilecek her şey demektir ve ürün veya hizmetin tasarımını yapan insanın kalitesi ile de ilgilenilmelidir.<sup>32</sup> İnsan unsurunun önem arz ettiği gerek savunma gerekse sağlık gibi alanlarda çoğunlukla ikinci bir hata yapma şansı olmadığı

<sup>27</sup>Arnold V.Feigenbaum, Toplam Kalite Kontrolünün Püf Noktaları, (Çev. Serdar Özer), **Kalite Dergisi**, İstanbul 1991, Sayı: 12, s.8

<sup>28</sup>Helio Gomes, **Kaliteli Sözler**, (Çev. Nurdoğan Arkış), Sistem Yayıncılık, İkinci Basım, İstanbul 1999, s.29.

<sup>29</sup>Donald A. Sanders -Judith A.J. Sanders-Richard H. Johnson, **ISO 9000 Nedir Niçin? Nasıl?**, (Çev Gönül Yenersoy), Rota Yayınları, İstanbul 1998, s.39,40.

<sup>30</sup>M.J.Juran-Frank M. Gryna M, Jr., **Quality Planning And Anelysis: Product Development Through Use**, İkinci Basım, McGraw-Hill Inc, New York 1980, s.1.

<sup>31</sup>Aziz Akgül, "Toplam Kalite Yönetim Sistemi", **Yeni Türkiye Dergisi**, Ankara 1999, Sayı: 26, s.37

<sup>32</sup>Orhan Elmacı, **Toplam Kalite Yönetimi**, Kütahya 2001, s.5,6.



değerlendirildiğinde oluşabilecek kalitesizlik insan hayatıyla eş değer görülmelidir. Bu noktada hem hizmeti alanlar, hem de sunanlar için beklentileri karşılayabilme becerisinin sıfır hatalı hizmet şeklinde olması beklenmektedir.

Garvin'e göre ise kalite müşterileri sıkıntıdan koruma değil memnun etme aracıdır ve Garvin'e göre işletmeler ürettiği ürünlerin kalitesini tanımlarken aşağıda belirtilen boyutlara dikkat etmelidirler.<sup>33</sup>

- Müşterinin algıladığı kalite: Bir ürünün imajı yada saygınlığı,
- Temel özellikler: İlk kullanımı destekleyen temel özelliklerin belirlenmesi,
- İşe Yararlılık: Bir ürünün kullanımının ve onarımının kolaylığı,
- Dayanıklılık: Ekonomik bir birim olan ürünün işe yarar bir şekilde kullanılma süresinin bir ölçüsü,
- Güvenilirlik: Belirli bir dönemde ürünün yanlış işlev görme ihtimalinin ortadan kaldırılması,
- Uygunluk: Bir ürünün dizaynı ve özelliklerinin belirlenmiş standartlara uygun olma derecesi,
- Estetik: Bir ürünün görünüşünün uyandırdığı duygular,
- Başarı: Ürünün ilk kullanımında başarı sağlama.

Hizmet üreten işletmeler boyutunda kaliteyi incelediğimizde ise teknik kalite, fonksiyonel kalite ve işletme imajı boyutları söz konusu olmaktadır.<sup>34</sup>

Hizmetin üretiminde kullanılan makine, teçhizat, dekor ve diğer girdilerin kalite boyutu teknik kaliteyi, hizmet işletmeleri tarafından üretilen hizmetlerin tüketicilere ulaştırılma şekli fonksiyonel kaliteyi, işletmelerin teknik ve fonksiyonel kaliteyi uygulamaları sonucu da işletme imajını meydana getirmektedir.<sup>35</sup>

<sup>33</sup>Erhan Eroğlu, "Toplam Kalite Yönetimi ve Eğitim Alanında Uygulanabilirliği", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 1996, s.16,17.

<sup>34</sup>Christian Grönroos , "A Service Quality Model and Its Marketing", **European Journal of Marketing**,1984, Cilt 18, Sayı: 4, s.38,39.

<sup>35</sup>Osman M. Karatepe, "Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimine Uygulanabilirliğine Yönelik Kurumsal Bir İnceleme", **Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi Bildirileri 1**, TODAİE Yayınları, Birinci Baskı, Ankara 1999, s.113.

David HOYLE' ye göre ise, ürün kalitesi boyutları, ulaşılabilirlik, görüntü, temizlik, dayanıklılık, fonksiyonellik, değiştirilebilirlik, güvenilirlik, tamir edilebilirlik, saklanabilirlik, test edilebilirlik, ve taşınabilirlik, hizmet kalitesinin boyutları ise rahatlık, nezaket ve saygı, kredibilite, etkinlik, dürüstlük, cevap verilebilirlik, güvenilirlik ve emniyet olarak ele alınmaktadır.<sup>36</sup>

Kalite ile ilgili bütün bu tanımlamalardan anlaşılacağı üzere kalite kavramının temel özelliği, uygunluk, fiyat gibi kalitenin sadece müşteri tarafından değerlendirilen bir sonucu olmayıp o sonuca ulaştırılan bir yol olmaktadır.

Bu doğrultuda kalite müşteri memnuniyeti sağlama, mal ve hizmetleri en ekonomik şekilde üretme üretim veya hizmetin sürecini iyileştirme ve benzeri gayretler için ihtiyaç haline gelen stratejik bir yönetim aracıdır.

Stratejik yaklaşıma göre, hem çalışanlar hem de mal veya hizmeti satın alan yada yararlananlar, işletmelerin stratejik öneme haiz unsurları durumundadırlar. Buna göre bir işletmenin ürettiği mal yada hizmet ancak, müşterilerin beklentilerine hitap ettiğinde kaliteli olmaktadır.

Mal veya hizmetten yararlanan iç ve dış müşteriler tarafından ürün veya hizmetler kaliteli veya kalitesiz olarak değerlendirilmekte olduğundan iç ve dış müşterilerin memnuniyeti dikkate alınmadan ve onların ihtiyaçlarını karşılayarak uygulamaya geçilmediğinde her türlü kalite kavramı, müşterilere değer verilmesi göz ardı edildiği için kabul görmeyecek bu yüzden bir yana bırakılacak veya başarısızlıkla noktalanacaktır.<sup>37</sup>

Belirtilen nedenle, bir işletmenin kaliteli mal veya kaliteli hizmet sunmasında arzu edilen düzeye ulaşabilmesi için dış müşterinin yanı sıra iç müşteri konumundaki çalışanlarına verdiği hizmet de yüksek kalitede olmalıdır. Hizmet veren kurumda

<sup>36</sup>Fatih Çelebioğlu, “**Hizmet Sektöründe Müşteri Hizmetleri Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2001, s.44.

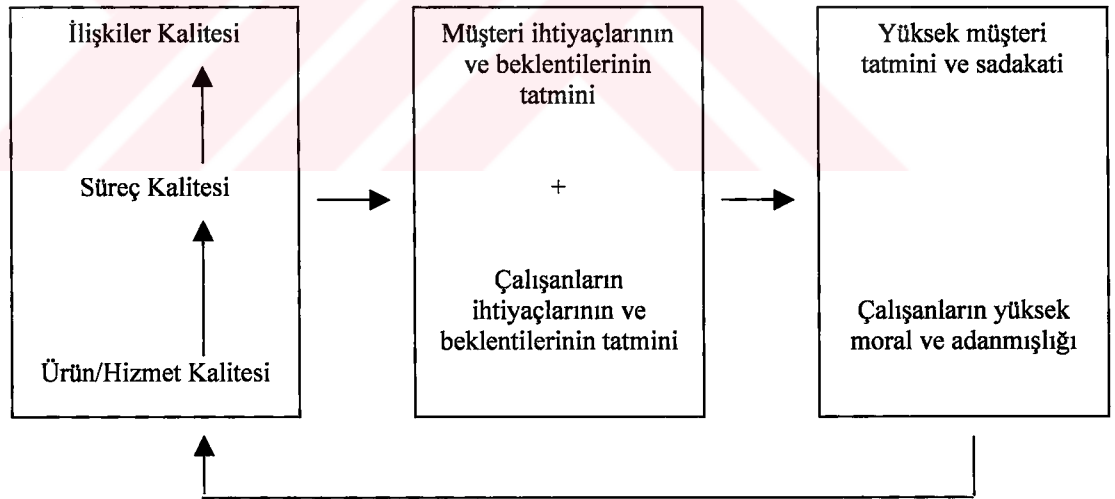
<sup>37</sup>Ichiro Miyauchi, **Japonya’da Kalite Yönetimi**, (Çev. Salim Atay), MESS Yayınları, İstanbul 1999, s.9.

müşteri tarafından faaliyet gösterilen alanda kalitenin ifade edilebilmesi için çalışanların ve hizmeti yada ürünü alanların beklentilerine yönelik, güvenilir bir hizmet sunma gayreti ortaya konmalıdır.

Bu açıdan bakıldığında hizmet kalitesi, yönetim kalitesi ve örgüt kalitesini içeren bir kalite hiyerarşisi oluşmakta, diğer bir deyişle hangi sektörde faaliyet gösterilirse gösterilsin, kalite, ürün veya hizmet kalitesinden, süreç kalitesine ve oradan da ilişki kalitesine doğru ilerlemektedir. Bu ilerleme ve değişimin sonucunda çalışanların ve müşterilerin ihtiyaçlarını, beklentilerini tatmin edebilmek ve sonrasında en yüksek potansiyele ulaşmak mümkün olabilmektedir.<sup>38</sup>

Bu bağlamda, çalışanların ve müşterilerin tatmin sonuçları aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

**Şekil 2.1. : Çalışanların ve Müşterilerin Tatmin Sonuçları**



**Kaynak : EROĞLU Erhan, "Öğretim Elemanlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesi Düzeyinin Belirlenmesi ve Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesinde Bir Uygulama Örneği", Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 2001, s.32**

<sup>38</sup>Erhan Eroğlu, Öğretim Elemanlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesi Düzeyinin Belirlenmesi ve Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesinde Bir Uygulama Örneği, Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 2001, s.30-32.

Teknik bir kavram olmaktan çıkıp, stratejik bir kavram haline de gelen kalite bu yönüyle sadece ürün veya hizmetin kalitesi olmaktan çıkmış, yönetim kalitesi anlamında daha geniş olarak kullanılmaya başlanmış<sup>39</sup> ve rekabetin en önemli silahı olan kalitenin kendiliğinden oluşmayacağı ve mutlaka yönetilmesi gerektiği görülmüştür.<sup>40</sup>

Tabii kalite ona yönelik bakış açısıyla anlam kazanmaktadır. Kaliteyi felsefe olarak şirketlerinde yerleştirme girişiminde öncelik yapanlar ile moda diye kalite peşinden koşan ve mevcut durumu korumaya çalışan şirketler arasında değişimi yakalama, iş mükemmelliğine ulaşma açısından farklılık oluşmakta ve yine kalite felsefesinden uzak şirketlerde kaliteli bir kaliteye sahip olup olmadıkları konusunda ciddi endişeler meydana gelmektedir.<sup>41</sup>

### 2.1.2. Kalite Evrimi

Sanayi devrimi ile başlayan 2 nci Dünya Savaşından sonra hız kazanan ve 1980'li yıllardan sonra dünya çapında yayılım gösteren ve Japonya'da endüstri alanında başlayıp, günümüzde sağlık, eğitim ve diğer hizmet sektörlerinde de yaygınlaşarak uygulama alanına giren kalite, kalite kontrol, istatistiki kalite kontrol, kalite güvencesi ve toplam kalite yönetimi aşamaları ile birbirini tamamlayan bir gelişim göstermiştir.<sup>42</sup>

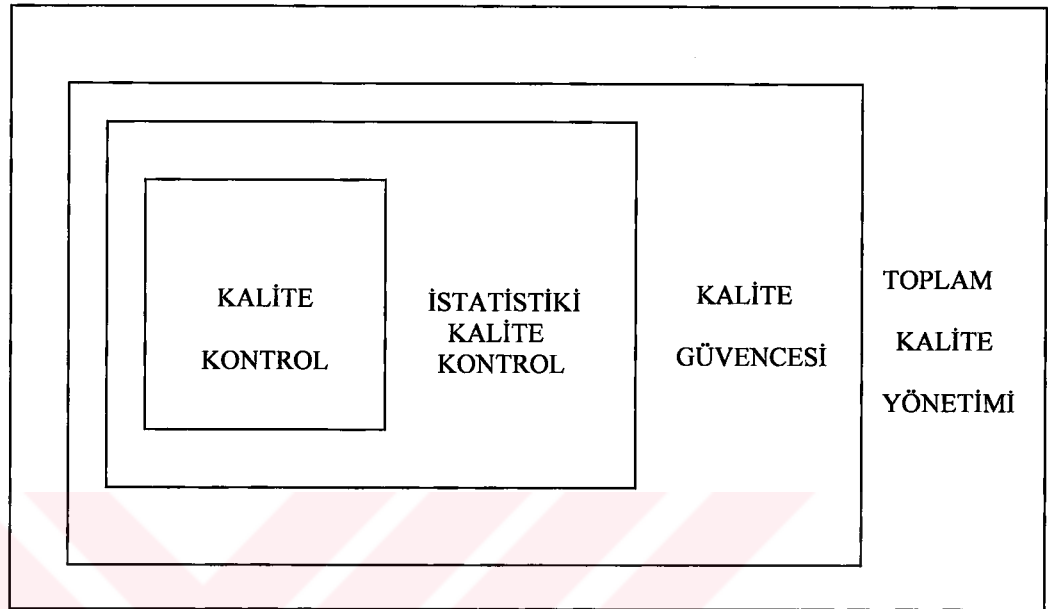
<sup>39</sup>Mina Özevren, **Toplam Kalite Yönetimi**, Alfa Yayıncılık, 1.Basım, İstanbul 1997, s.40.

<sup>40</sup> Besim Akın-Canan Çetin-Vedat Erol, **Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi**, Beta Yayıncılık, İstanbul 1998, s.4.

<sup>41</sup>Yaprak Özer, **Liderlik Yönetim Türkiye**, Hayat Yayıncılık, İstanbul 2001, s.130,132.

<sup>42</sup>Mithat Çoruh, "Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, İstanbul 1997, Sayı: 3, s.4,5.

**Şekil 2.2. : Kalite Evrimi**



**Kaynak : ÇORUH Mithat, “Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, İstanbul 1997, Sayı: 3, s.5.**

Endüstri devriminden önce üretimi gerçekleştiren ustalar üretim aşamalarında ve mallarını satmadan önce kontrollerini yapar ve amaca uygunluğunu sağlamak için gerekli düzenlemeleri gerçekleştirme durumunda oldukları halde endüstri devrimi ve seri üretim yöntemlerinin yaygınlaşmaya başlamasından sonra üretim ve kalite kontrol birbirinden ayrılarak muayeneciler diğer işçilerin ürettiği ürünleri kontrol etmeye başlamışlardır.<sup>43</sup>

Endüstriyel üretimin artmasına paralel olarak 1910’ lu yıllarda ürün kalitesinin devamını sağlamak amacıyla kalite kontrol işlemini başlamıştır.

Oysa kalite kontrol faaliyeti, sadece üretim sonrası kusurlu işi ortaya çıkaran kontrolü kapsamamalı, daha geniş olarak işletme bütününde ele alınmalı ve kalite

<sup>43</sup>Selçuk Aytimur, “Toplam Kalite Kontrol ve Yöntemler Üzerine”, **Önce Kalite Dergisi**, Kalder Yayınları, Ocak 1993, Sayı: 2, s.36,37.

özelliklerinin hedeflenen şekilde başarılmasına yani kalite güvenliğine yönelik olmalıdır.

Diğer bir deyişle kalite kontrol, üretim kriterleri belirlenen ürünün üretilmesindeki her faaliyetin tasarlandığı gibi olup olmadığının gözden geçirilmesi ile sağlanmalıdır.<sup>44</sup>

1910' larda üretimin sonunda hatalı ürünleri ayıklama şeklindeki kalite kontrol işlemi 1930' lu yıllarda ürün maliyetlerini artırdığından üretim sırasında alınan örneklerle hataların ürün çıkışından önce önlenmesini sağlamak amacıyla istatistiksel kalite kontrol yöntemleri yaygınlaşmaya başlamıştır.<sup>45</sup>

Artık kalite kontrolün tek işlevi ayıklamak değil, sapmaları gözlemlemek ve düzeltmeleri sağlamak, girdi ve üretim aşamalarında gerekli değişikliklerin yapılmasını sağlayarak, prosesin ve çıktının beklenen niteliklerini kontrol altında tutma çabalarını gerçekleştirmek oldu.<sup>46</sup>

İstatistiksel kalite kontrolü sürecinde üretimin veya hizmetin önceden belirlenmiş kalite kriterlerine uygunluğunu sağlayan, standartlara bağlılığı ve kusurlu ürün üretimini en aza indirilmesini hedefleyen bir araç olarak değerlendirilmesine rağmen İkinci Dünya Savaşı sonrasında yönetim hatalarını daha da azaltmak ve müşterinin güvenini kazanmak amacıyla üretim birimlerinin koordineli çalışmaları, bir dış kuruluşun onaylayarak belgelemesi uygulamaları, yani kalite güvencesi yaygınlaşmıştır.

Kalite kontrolün esası niteliğinde olan kalite güvencesinde bir ürün ve hizmette kaliteden, müşteri tarafından kuşkulardan uzak güvenle satın alabileceği ve memnuniyetle faydalanabileceği anlaşılmaktadır.

<sup>44</sup>Ahmet Kovancı, **Toplam Kalite Yönetimi**, Sistem Yayıncılık, İkinci Basım, İstanbul 2003, s.4,5.

<sup>45</sup>Mithat Çoruh, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, **Medikal Trend Dergisi**, Aralık 1999, s.44.

<sup>46</sup>Aytimur, **a.g.e.**, s.37.

Bir başka deyişle, kalite güvence ürünün veya hizmetin kalite için belirlenen beklentileri karşılması ve arzu edilen güveni sağlaması amacıyla gerçekleştirilen belirlenmiş çalışmalarını kapsamaktadır.

Kalite kontrol sistemini içine almasına rağmen kalite güvence, kalite kontrolünün sakıncalarını giderme gereksiniminden doğmuş olması ve kalite kontrol sistemini de içine alan daha geniş kalite sağlama yöntemi olması nedeniyle kalite kontrolden farklılıkları vardır.<sup>47</sup>

Bu farklarda aşağıda verilen tablodaki gibi özetlenebilir.

**Tablo 2.1. : Kalite Kontrol ile Kalite Güvencenin Farkı**

<b>KALİTE KONTROL</b>	<b>KALİTE GÜVENCE</b>
1.Kalite kontrol pahalıdır. Muayene etmek ve analizler yapmak emek para ve zaman gerektirir.	Kalitesizlik pahalıdır. Hata hurda ve yeniden işlemler emek para ve zaman kaybına neden olur. Buna ilave olarak stoklarda artar. Bu sorunlar oluşmadan önlenmelidir.
2.Son kontrolde bulunan hataların telafisi güçtür ve yoktur.	Mamül değil sistem kontrol edilerek hatasız mamül üretmek amaçlanır.
3.Bazı ürünleri tahrip etmeden muayene etmek imkansızdır. O zaman muayene edilen ürün sevk edilemez hale gelir.	Tahrip edilmeden muayene edilmeyen ürünlerde sistemi yani proses'i kontrol etmek gerekir.
4.Bazen kalite kontrol çok uzun süreleri gerektirir, bu nedenle ürün veya girdi istekleri yüksek seviyeye çıkabilir.	Hem tedarikçi hemde müşteri firmalarda sistem kontrolü gereklidir.
5. Bazı ürün veya hizmette hata yüzdeleri kabul edilemez.	Amaç sıfır hataya ulaşmaktır. Bu yüzden ölçümler milyondalara düştükçe muayene yapılamaz. Bu yüzden sistem kontrol altına alınmalıdır.
6. Muayeneye dayalı kalite kontrol.	Önemeye dayalı kalite güvence sistemi.
7.Kabul edilebilir hata düzeyini hedefleyen üretim.	Sıfır hatayı hedefleyen yönetim.

**Kaynak : ÖZEVREN Mina, Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayıncılık, 1.Basım, İstanbul 1997, s.80.**

<sup>47</sup>Özveren, a.g.e., s.80,81

Toplam kalite yönetimine geçişin başlangıcı olarak kabul edilen ve ürün ve hizmetin istenilen şartlara uygunluğunu gösterebilmek ve bunun kanıtlayıcı delillerini oluşturmak amacıyla kurulacak, idame ettirilecek kalite güvence sistemlerinin herkesin tanıyacağı kurallarla belirlenmesi ihtiyacı ise sistem standartlarını ortaya çıkarmıştır.

Belirtilen nedenle temel kalite kavramları arasındaki farklılık ve ilişkilere açıklık kazandırmak, kuruluş içi kalite yönetimi ve kuruluş dışı kalite güvencesi sağlamak amacıyla oluşturulacak kalite sistemi ile ilgili olarak, ISO ve NATO tarafından bazı standartlar tespit edilmiştir.

Uluslar Arası Standartlar Örgütünü (ISO) yayınlamış olduğu kalite güvencesi sistem standardı olan ISO-9000 ürünlerin sağlaması gereken özelliklerini değil, ürünlerin üretildiği sistemin sağlaması gereken şartları tanımlamakta<sup>48</sup> ve kalite yönetim sistemine ulaşmada minimum yeterlilikleri belirlemekte, sistem modelini ifade etmektedir.

ISO 9000:94 serisi uygulama yönüyle bazı şartları tam karşılayamadığından ve oluşan yorum ile uygulama farklılıklarını gidermek için revize edilme gereği duyulmuş ve ISO 9000:94 serisi, bir kuruluşu kalite bakımından idare ve kontrol için gerekli yönetim sistemi olarak yeniden tanımlanıp<sup>49</sup> yeni standarda entegre edilerek ISO 9000:2000 standartlarına dönüştürülmüştür. ISO 9000:2000 serisi standartlar aşağıdaki gibi belirlenmiştir.<sup>50</sup>

- ISO 9000:2000 : Kalite Yönetim Sistemleri-Temel Terimler ve sözlük.
- ISO 9001:2000 : Kalite Yönetim sistemleri-Şartlar.
- ISO 9004:2000 : Kalite Yönetim Sistemleri-Performansın İyileştirmesi

İçin Kılavuz

- ISO 19011:2000 :Çevre ve Kalite Yönetim Sistemleri Tetkik Kılavuzu-

CD3

<sup>48</sup> Akın, a.g.e., s.242

<sup>49</sup> .....Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu, TSE Yayınları, KYTE 02, s.4.

<sup>50</sup> .....ISO 9000: 2000 Kuruluş İçi Kalite Tetkiki, TSE Yayınları, (Eğitmen: Abdulkadir Öncel), Aralık 2001, s.4.



ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi, sistemin gereklerini, yönetime ait sorumlulukları, kaynak yönetimini, ürün/hizmetin gerçekleştirilmesini, ölçüm, analiz, iyileştirme, kalite şartlarını kapsamakta, kısaca müşteriye ve çalışanlara odaklanma, liderlik, kanıta dayalı karar alma, müşteri ve tedarikçi ilişkilerinde karşılıklı yararı içermektedir.<sup>51</sup>

Kalite yönetim sisteminde, kalite yönetiminin aşağıda belirtilen kalite yönetim sistem prensiplerinin yeni standartlarla bütünleştirilmesi ile sağlanması planlanmıştır.<sup>52</sup>

- Müşteri odaklılık,
- Liderlik,
- Çalışanların katılımı,
- Proses yaklaşımı,
- Yönetimde sistem yaklaşımı,
- Sürekli iyileştirme,
- Verilere dayalı karar verme yaklaşımı,
- Tedarikçilerle karşılıklı faydaya dayanan ilişkiler.

ISO 9000:2000' de temel düşünce, organizasyonun verimliliği için sürekli gelişme kavramını ön plana çıkararak müşteri ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilmeyi ve kuruluşa rekabet avantajı sağlamayı hedeflemektir.

ISO standartlarının yanında (NATO) Kuzey Atlantik Anlaşması Teşkilatında kullanılmak üzere oluşturulan Müttefik Kalite Güvence Yayınları (AQAP) standartları bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe kalite güvencesi gelişimi ise Amerika'da Akreditasyon belgelendirmeleri yapan ve tanımlanması, resmi bir gözden geçirme komisyonu tarafından verilen (JCAHO Joint Commission on Accreditation of Health Care

<sup>51</sup>Mithat Çoruh, "Hastane Kalite Yönetim Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı", V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir 2002, Osmangazi Üniversitesi, s.38.

<sup>52</sup> TSE, KYTE 02, a.g.e., s.40.

Organizations ) ve organizasyonların yazılı standartlara uyup uymadığını belgeleyen sertifika olan belge ile sağlık kuruluşlarının kalite standartlarının belirlenmesi şeklinde gelişme göstermiştir.

Kalite kontrol, istatistiki kalite kontrol, kalite güvencesi basamaklarının günümüzdeki son halkası olan Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımı, kalite yönetim evriminin tüm basamaklarını içermekte, bireysel amaçlar yerine organizasyonun amaçları ile bütünleşen bir çalışma kültürünün felsefesi olmaktadır.<sup>53</sup>

Birçok kademedeki yer alan üretim (hizmet) kontrollerinin minimum düzeye indirilerek bireylere oto kontrol ve karar alma becerilerini kazandırmayı hedef alan Toplam Kalite Yönetimi felsefesine katkı sağlayan yönetim yazarlarının da görüşlerinin bilinmesi, kalite evrimine ışık tutacaktır.

Toplam kalite yönetimine katkısı olan bazı düşünürlerin yaklaşımları aşağıda özetlendiği şekilde ifade edilebilir.

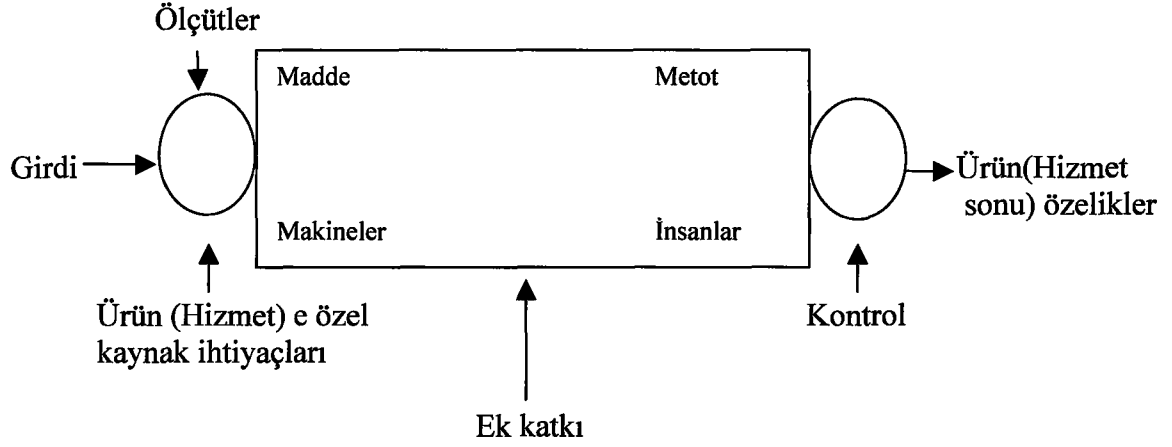
Kalite yönetim sisteminin gelişmesine önemli katkılarda bulunan Walter A. Shewart 1930'lu yıllarda istatistiksel kalite kontrol alanında önemli çalışmalar yapmıştır.

İnsan yapısı bir üretim prosesinin madde, metot, makineler ve insanlardan oluştuğunu, bir sürecin ne kalitede çıktı ürettiğini, ne denli güvenilir olduğunu ve kontrol altında olup olmadığının anlaşılır hale getirilmesine yardımcı olmuştur.

---

<sup>53</sup>Çoruh,Eskişehir 2002, a.g.e., s.37

Şekil 2.3. : Proses



**Kaynak : ÇORUH Mithat, “Hastane Kalite Yönetim Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı”, V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir 2002, s.40.**

Hizmet üretiminde ise madde yerini enformasyon, metot olarak prosedürler, makinelerin yerini enformasyon teknolojisi almaktadır.

Süreç (proses) ise kalite yönetim sisteminde ek katkı içeren bir faaliyeti tanımlı içine almaktadır.

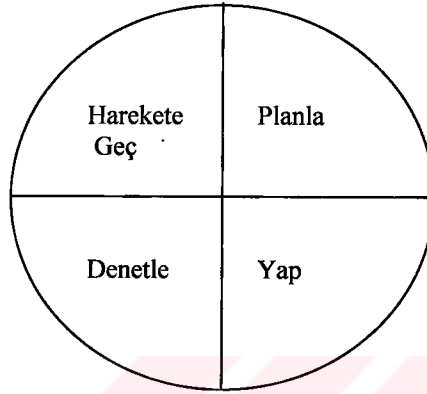
1930-1950 yılları arasında istatistiksel proses kontrol kavramını kalite ve verimliliğin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması için gerçekleştirip geliştiren bir istatistikçi olan Edwards Deming ise sorunların belirlenmesinde, etkin ve denetleyici önlemlerin alınmasında kalitenin iyileştirmesine en önemli katkıyı yönetimin sağlayabileceğini ifade etmiştir.<sup>54</sup>

Deming istatistiksel kalite kontrol kontrolüne kontrol işlevinin uygulanmasını sağlayarak Deming Döngüsü adını alan, kalitede süreklilik prensibini ortaya koymuştur.

<sup>54</sup>Akın, a.g.e., s.98.

Bu süreçte kalite kontrol faaliyetleri önce planlanacak, sonra uygulanacak ve denetlenecek, sonra sapmalar düzeltilecek ve en son harekete geçilecek şekilde bir döngü devam edecektir.<sup>55</sup>

**Şekil 2.4. : Deming Döngüsü**



**Kaynak :ÜNAL M. Bülent, Kütahya Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Odaklı Sistem Tasarımı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 1999 ,s.15**

Deming ayrıca bir şirketin yaşayabilmesi için hedeflerin devamlılığının şart olduğunu ve yönetim kademelerinde dikkatle incelenmesi gereken aşağıda belirtilen 14 hedef olduğunu ileri sunmuştur.<sup>56</sup>

- Hedeflere bağlılık fikrini yerleştirin.
- Yeni bir felsefe öğrenin.
- Kontrol şemalarını öğrenmelerini sağlayın ve uygulama hususunda yan sanayinizi ikaz edin.

<sup>55</sup>M.Bülent.Ünal, “Kütahya Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Odaklı Sistem Tasarımı”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 1999, s.14.

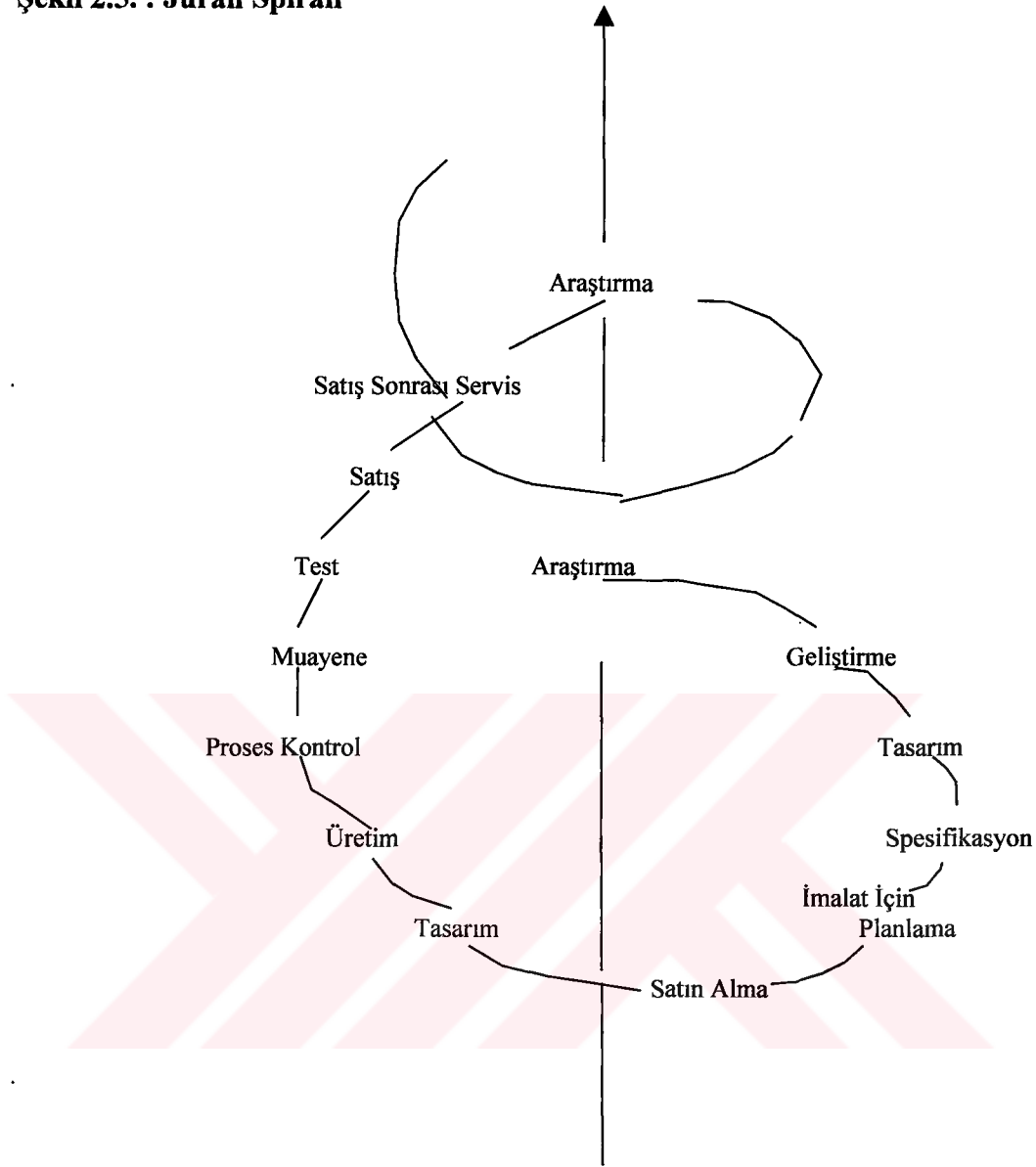
<sup>56</sup>Elmacı, a.g.e., s.52.

- Gerekirse az sayıda yan sanayi işletme ile çalışın.
- Sorunlu alanları bulmak için istatistiki metotlar uygulayın.
- İşbaşı istatistiki metotlar uygulayın.
- Denetim metotları geliştirin.
- Korkuyu silip atın.
- İşletmeler, bölümler ve tüketiciler arasındaki duvarları kaldırın.
- Poster ve sloganları kaldırın.
- İş standartları yüksek maliyetler getirmektedir.
- Etkili bir eğitim programı için eğitimcileri bulmak ve uygulamaya geçirmek sorun olabilir.
- Yoğun bir eğitim programı uygulayın.
- Uzman istatistikçilerden yararlanın.

Deming kadar kalite konusuna katkısı olan kişilerden biri olan Joseph M.Juran kalitenin önemini kaçınılabilen ve kaçınılmayan maliyetler yönüyle ifade etmiş, hata maliyetlerinin önemini işaret ederek oradaki potansiyele dikkat çekmiştir.

Ayrıca Juran kalite kontrolün tüm yönetimi ilgilendiren bir kavram olduğunu belirterek ve firma bölümlerinin kullanıma uygunluğunu sağlamak amacı ile zaman içinde ve birbirini izleyerek gerçekleştirdikleri fonksiyonları kalite spirali şeklinde aşağıdaki gibi göstermiştir.

Şekil 2.5. : Juran Spirali

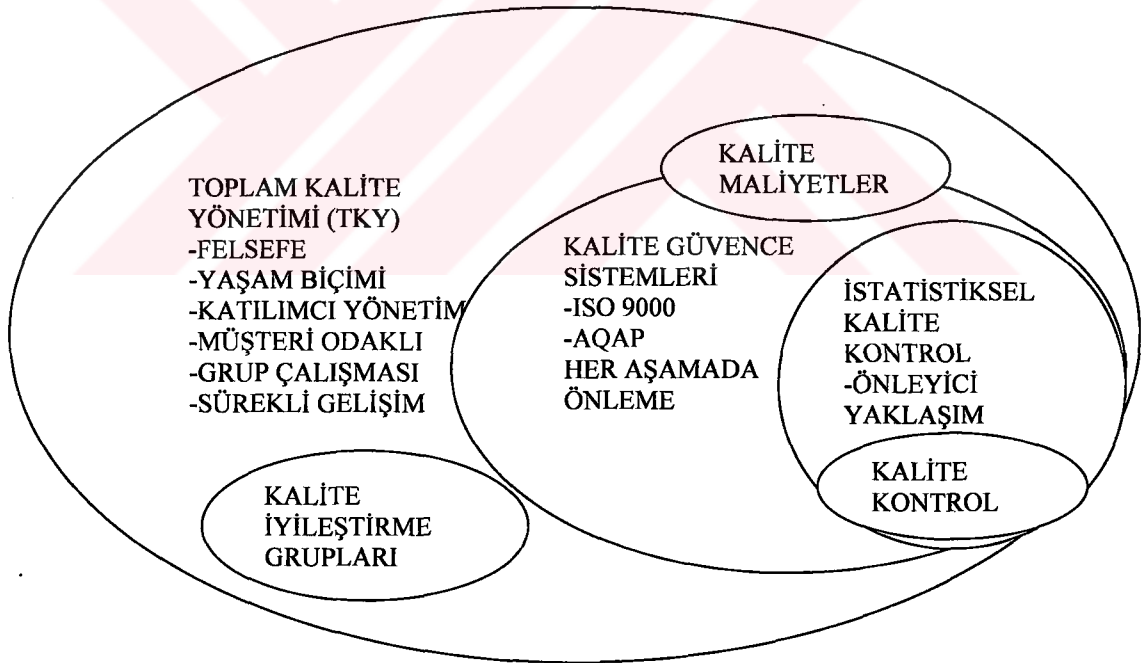


**Kaynak : AYTİMUR Selçuk, “Toplam Kalite Kontrol ve Yöntemler Üzerine”,  
Önce Kalite Dergisi, Ocak 1993, Sayı:2,S.40.**

1950’li yılların sonlarına doğru Toplam Kalite Kontrol alanında çalışmaları ile gündeme gelen diğer bir kişi de Amerikalı uzman Arnold V.Feigenbaum olmuş ve Feigenbaum toplam kalite kavramını ifade ederek, yalnız imalat bölümünün kalite ile ilgilenmesi halinde, şirketlerin yüksek kalitede ürün gerçekleştirmelerinin hayal olacağını, bunun yerine pazarlama, mühendislik, satın alma ve üretim bölümlerinin bir araya getirilerek kurulacak disiplinler arası ekiplerce başarı sağlanacağını ileri

sürmüştür.<sup>57</sup> Amerikalı Philip B.Crosby’de Toplam Kalite Yönetiminde önemli bir kavram olan sıfır hata kavramının öncülerinden kabul edilmiş, 1960’lı yılların başında Japon bilim adamlarından Kaoru Ishikawa kalite çemberleri ve Neden-Etki Analizleri tekniklerini geliştirmiş, kalite mühendisliğine önemli katkısı olan Ganichi Taguchi’nin istatistiksel deney tasarımı ve kalite kayıp fonksiyonu, kalite çalışmalarını daha da hızlandırmış, bu arada Japon Taaichi Ohna’nın Tam Zamanında Üretim Modeli de kitle üretimi anlayışının yıkılmasına neden olmuş, Japon Masaaki Imai Kaizen (sürekli gelişme) felsefesi ise Toplam Kalite Yönetimine katkı sağlamıştır.<sup>58</sup> Kalite kavramına katkısı olan yazarların yaklaşımları ve kalite evrimi dikkate alındığında kalite kavramlarının birbirleri ile olan ilişkileri aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi özetlenebilir.

**Şekil 2.6. : Kalite Kavramlarının Birbirleri İle Olan İlişkileri**



**Kaynak :KOVANCI Ahmet, Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl, Sistem Yayıncılık,İkinci Basım, İstanbul 2003, s.16**

<sup>57</sup>Yasemin Alçıkaya, “Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hemşirelerde İş Tatmin Düzeyinin Ölçülmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999, s.6.

<sup>58</sup>Coşkun Can Aktan, “Çağdaş Yönetim Anlayışı: Toplam Kalite”, Yeni Türkiye Dergisi, Ankara 1999, Sayı 26, s.69,70.

### 2.1.3. Kalite Tipleri

Bir mal veya hizmet kalitesinden söz ederken, ürün veya hizmet kalitesinin çeşitli unsurların bileşiminden kaynaklandığı göz ardı edilmemelidir. Genişletilmiş süreçte kaliteyi iyileştirmeyi ve müşteri tatminini düşünen yöneticilerin dikkate almak durumunda olduğu üç tip kalite vardır; tasarım kalitesi, uygunluk kalitesi ve kullanım kalitesidir.<sup>59</sup>

Bir ürün ya da hizmetin istenen özelliklere sahip olması tasarım kalitesi ile ilgilidir.<sup>60</sup>

Üretilen ürün veya hizmet, müşteri tarafından talep edilen nitelikleri içermelidir. Bu bağlamda tasarım kalitesi iç ve dış müşterileri tatmin edecek ürün veya hizmet kavramının belirlenmesi ile başlamaktadır.

Nihai ürün veya hizmetin içindeki değeri arttırabilmenin ilk yolu tasarım kalitesini iyileştirmekten geçmektedir. Bu da tasarım konusunda bir temel yetenek zincirinin oluşturulması gerekliliğine işaret etmektedir.<sup>61</sup>

Uygunluk kalitesi ise tasarım kalitesinde belirlenen spesifikasyonları karşılayabilme ölçüsüdür. Yani uygunluk kalitesi, üretilecek, müşteriye sunulacak ürün veya hizmetin belirlenen tasarıma hangi seviyede uyum sağladığı ile ölçülür.

Bu durumda hem tasarım müşterinin ihtiyacını karşılayacak özellikte olmalı, hem de ürün veya hizmet tasarıma uygun şekilde üretilip müşteriye ulaştırılmalıdır.<sup>62</sup>

<sup>59</sup>Şimşek, a.g.e., s.28

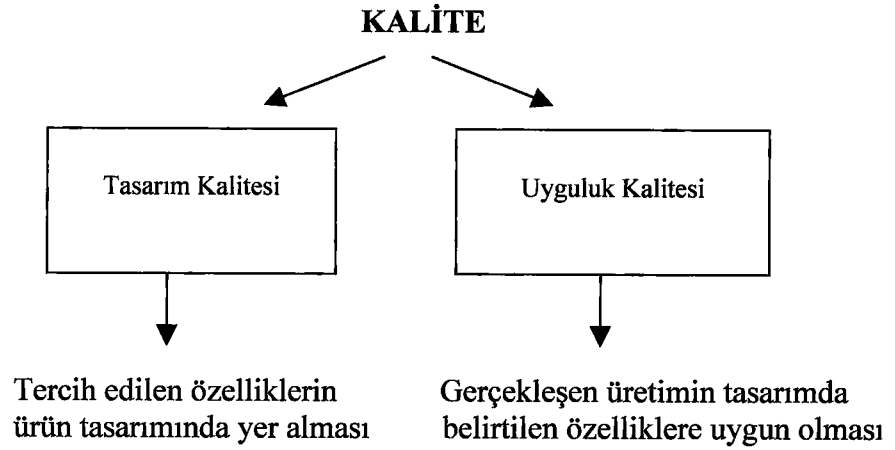
<sup>60</sup>İbrahim Kavrakoğlu, *Kalite*, Kalder Yayınları, Rekabetçi Yönetim Dizisi No:1, İstanbul 1993, s.13.

<sup>61</sup>Arman Kırım, *Yeni Dünyada Strateji ve Yönetim*, Sistem Yayıncılık, Üçüncü Basım, İstanbul 2001, s.144.

<sup>62</sup>Aykut Bedük, "Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi", *Standart Dergisi*, TSE Yayınları, Ankara 2002, Sayı: 481, s.27.



**Şekil 2.7. : Kalite Boyutları**



**Kaynak :KOVANCI Ahmet, Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl, Sistem Yayıncılık, İkinci Basım, İstanbul 2003, s.4**

Tasarım kalitesinin yükselmesi, uygunluk kalitesi ile tasarım kalitesi arasındaki farkın tespit edilmesiyle hatalarda görülecek azalma ile maliyetler de düşecektir.<sup>63</sup> Performans kalitesi ise üretilen hizmet veya ürünlerin sunulmuş olduğu pazardaki performans düzeylerinin, gerçekleştirilen müşteri araştırmaları ve satış analizleri ile incelenerek belirlenmesidir. Performans kalitesinin belirlenmesindeki amaç, satış sonrası hizmet, bakım, güvenilirlik ve lojistik destek analizi ile müşterilerin üretilen ürün yada hizmeti tercih etmeme nedenlerinin tespit edilerek gerekli düzeltici yaklaşımların uygulanmasının sağlanmasıdır.<sup>64</sup>

## 2.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAVRAMI

### 2.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımları

1970’li yıllardan itibaren işletmelerin stratejik araçları içerisinde yer almaya başlayan kalite kavramı 1980’li yıllardan itibaren Toplam Kalite Yönetimi’nin tüm dünyaya yaygınlaşmasıyla birlikte işletmelerin öncelikli gündeminde yer almış ve bu

<sup>63</sup>Ünal, a.g.e., s.8.

<sup>64</sup>Şimşek, a.g.e., s.29,30.

paralelde Toplam Kalite Yönetimi kalite kavramının sistematik bir şekilde incelenmesi yönüyle önem kazanarak sadece endüstriyel mal sisteminde değil, sağlıktan, eğitime, kamu kuruluşlarından sivil toplum kuruluşlarına kadar birçok sektörde kullanılabilecek bir yönetim tekniği olarak başarı ile uygulama alanı bulmuştur.<sup>65</sup> Yine bir yönetim felsefesi olarak, üretim bileşenlerinin ilişkilendirilmesinde bir sistem ve yaklaşım dönüşümü anlamında Toplam Kalite Yönetimi'nin bir yandan kaliteyi yükselten diğer yandan da verimliliği artıran özelliği günümüzde çağdaş bir yaklaşım anlayışı olarak yerini almasını ve popüler olmasını sağlamıştır.<sup>66</sup>

TKY işletme içi ve dışındaki hızlı değişimin oluşturduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan yeni bir yönetim sistemi yada diğer bir deyişle yeni bir yaşam biçimi olarak örgütün kalite çalışmalarının sistematik olarak yerine getirildiği bir süreçtir.<sup>67</sup> Temel amacı, işletmelerde değişimi yönetebilmek ve müşteri istek ve gereksinimlerini etkili şekilde karşılayarak kaliteye ulaşmayı hedef alan TKY' nin yapılan bazı tanımlamaları aşağıda olduğu gibi ifade edilebilir.

Toplam Kalite Yönetimi uzun vadeyi esas alarak, müşterinin tatmin olmasını, başarmayı, kendi çalışanı ve toplum için avantajlar elde etmeyi amaçlayan, kalite üzerinde yoğunlaşmış ve tüm çalışanların katılımına dayanan bir işletme yönetim modelidir.<sup>68</sup>

TKY yetki verilmiş çalışanlar aracılığıyla memnun edilmiş müşteriler yaratan, yüksek gelir ve düşük maliyete yol açan bir grup yönetim işlem ve sistemidir.<sup>69</sup>

TKY tüketici tatmini ve iş gören mutluluğunu ön plana çıkaran ve işletmenin sürekli bir değişim, gelişim çizgisinde, iyileştirilmesine olanak sağlayan bir felsefedir.<sup>70</sup>

<sup>65</sup>Çelebioğlu, a.g.e., s.113,114.

<sup>66</sup>Özcan Ş. Baripoğlu, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Toplam Kalite Yönetimi", Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2000, s.20.

<sup>67</sup>İnan Özalp, *İşletme Yönetimi*, Eskişehir 2001, s.480.

<sup>68</sup>İsmail Efil, *Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*, İkinci Basım, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa 1996, s.29.

<sup>69</sup>Gomes, a.g.e., s.39.

<sup>70</sup>Karatepe, a.g.e., s.115.

TKY bir kuruluş içinde kaliteyi odak alarak, bütün üyelerinin katılımına dayanan, müşteri memnuniyeti yoluyla uzun vadeli başarıyı amaçlayan ve kuruluşun bütün üyelerine ve topluma fayda sağlayan yönetim yaklaşımıdır.<sup>71</sup>

TKY ürün ve hizmetlerin sistematik gelişimi için metot, sürekli gelişmeyi ve rekabet avantajını sağlamak için bütünleşik bir yaklaşımı kullanan, bir kültürün içine yayılan bir felsefedir.<sup>72</sup>

TKY genel olarak tüm işletme süreçlerinin sürekli iyileştirilmesi, müşteri istek ve ihtiyaçlarını yerinde tespit ederek, işletme çalışanlarının ve müşterilerinin memnuniyetini sağlayan katılımcı bir yönetim stratejisi olarak görülmektedir.<sup>73</sup>

Tanımların anlaşılır ve basit olmasına rağmen, Toplam Kalite Yönetimi oluşturulması ve uygulanması uzun süre alan, uzun dönemli bir yaklaşım olduğundan organizasyona benimsettirilmesi kısa süreli bir süreç içinde zor olmakta, tam aksine organizasyonun devamlılığı boyunca uygulanmasını gerekli kılmaktadır.<sup>74</sup>

Ayrıca Toplam Kalite Yönetiminin organizasyonlarca benimsenmesi, klasik yönetim anlayışındaki, belirli bir standardı oluşturmak, belirlenen standarda göre üretimi gerçekleştirmek ve tüm işlemleri denetim altında yapmak anlayışından farklı olarak hiçbir standardı kabul etmeyen sürekli gelişimi esas alan yaklaşımı da beraberinde getirmektedir.

### 2.2.2. Toplam Kalite Yönetimi İle Klasik Yönetim Farkı

Toplam Kalite Yönetiminde klasik yönetim anlayışının neredeyse tam olarak tersine çevrilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Klasik yönetim anlayışı ile toplam kalite yönetimi anlayışı bu bağlamda şu şekilde karşılaştırılabilir.

<sup>71</sup>Mıyauchi, a.g.e., s.12.

<sup>72</sup>Kovancı, a.g.e., s.14.

<sup>73</sup>Ferhat H. Ecer-Yavuz Demirel-Sevilay Uslu, "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma", *Standart Dergisi*, TSE Yayınları, Ankara 2002, Sayı 490, s.67.

<sup>74</sup>Taner Acuner-Çiğdem Şahin, "Toplam Kalite Yönetiminde Başarı: Önce Kurum Kültürü", *Standart Dergisi*, TSE Yayınları, Ankara 2002, Sayı 491, s.71.

**Tablo 2.2. : Klasik Yönetim Anlayışı ile Toplam Kalite Anlayışının Karşılaştırılması**

<b>Klasik Yönetim Anlayışı</b>	<b>Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı</b>
Muayeneye dayalı kalite	Önemeye dayalı kalite
Yüksek kalite ile artan maliyet	Yüksek kalite ile düşen maliyet
Optimum stok	Sıfır stok
Spesifikasyon limitleri arası üretim	Hedefe uygun üretim
Problemler çıktıkça çözüm geliştiren yönetim	Muhtemel problemleri düşünüp bunları önleyen yönetim
Azami ihtisaslaşma ile sistem geliştirme yaklaşımı	İşbirliği ile sistem geliştirme yaklaşımı
Fonksiyonların kesin ayırımına dayalı organizasyon	İşin ideal biçimde yürütülmesine dayalı esnek kalıplı organizasyon
Kabul edilebilir hata düzeyini hedefleyen üretim	Sıfır hatayı hedefleyen üretim
Ödül ve cezaya dayalı motivasyon	Olumlu çalışmanın takdir edilmesine dayalı motivasyon
Hiyerarşiye dayalı öncelikler	Müşteri tatminine dayalı öncelikler.
Rekabete dayalı tedarik sistemi	Karşılıklı anlayış ve güvene dayalı tedarik sistemi
Kâr maksimizasyonunu hedefleyen güdüleme	Yüksek kaliteyi sağlayan güdüleme
Ulusal/Uluslararası standartlara göre ürün kalitesi	Müşteri beklentilerine cevap veren ürün kalitesi
Kalite kontrol fonksiyonunun sorumluluğunda ürün tasarımı	Tüm çalışanların ve yönetimin sorumluluğunda kalite güvencesi
Ar-ge ve Pazarlamanın sorumluluğunda ürün tasarımı	Tüm üretim ve satış fonksiyonunda katkısı olan ürün geliştirme.
Optimum 1.kalite/2. Kalite oranı	Sadece 1.kalite ürün üretimi
İşbaşı eğitimi ile sağlanan bilgi ve beceri	İşbaşı olduğu kadar temel eğitimlerle geliştirilen bilgi ve beceri
İşi en iyi bilen o işi yöneten olduğuna inanan yaklaşım	İşe en yakın olanın o işi en iyi bilen olduğuna inanan yaklaşım
Hatalı uygulamaları önlemek için prosedürler geliştiren yaklaşım	Çalışanların fikirlerinden yararlanarak hataları önleyen yaklaşım
Tecrübe ve inisiyatif dayalı yönetim kararları	İstatistik ve kantitatif analizlere dayalı yönetim kararları

**Kaynak : ŞİMŞEK Muhittin, Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü, Babıali Kültür Yayıncılığı, Birinci Basım, İstanbul 2002, s.48,49.**

Yönetici açısından TKY kavramı ile oluşan anlayış değişikliğini ise şöyle özetleyebiliriz.<sup>75</sup>

Eski yönetin anlayışında;

- Emir ver kontrol et şeklindeki yönetim stiline sahip yöneticiler, sistemi kendi yargılarına göre kurmuş ve astları sayesinde yönetmişlerdir.
- Hiyerarşi çalışanlar ile belirli bir mesafe tutularak sağlanmaya çalışılmış, böylece çalışanların yöneticilerine saygılı olacağı ve yönetici içinde performansı değerlendirmede daha objektif davranabileceği fikri esas olmuştur.
- Hiçbir üst seviye yöneticisi eleştirilmemelidir.
- Bütün işler talimatlara uygun olmalıdır.
- Her zaman emir komuta zinciri izlenmelidir.
- Rütbe ve statü hiçbir zaman unutulmamalıdır.
- Hiyerarşinin alt kademelerinde bulunanlara katılma fırsatı verilmemelidir.
- Standartlar hiçbir zaman değiştirilmemelidir.
- Eleştirici tepki, ayıplayıcı, suçlayıcı ikaz şekli, işlerin düzeltilmesini sağlamaktadır.
- Kusurların gizlenmesi söz konusudur.
- Kalite problemlerinin kalite bölümünün işi olduğu düşünülmektedir.
- Sadece spesifikasyonları karşılamamanın yeterli olduğu değerlendirilmektedir.
- Kalite teknik bir konudur.
- Üretim miktarı kurum tarafından belirlenmelidir.
- Finansal öncelikler esas alınmalıdır.
- İşe bakış açısı kısa dönemli olmalıdır.
- Problemlerin sebepleri çalışanların hatası olarak görülmektedir.
- Korku ve suçlamaya yönelik bir kurum iklimi/kültürü mevcuttur.
- Problemlerin çözümü üst kademe yöneticiler tarafından yapılmalıdır.
- Sonuçlara dayalı ödüllendirme tercih edilmelidir.

<sup>75</sup> Akgül, a.g.e., s.38,39.

- Eğitim ve yetiştirme düşük seviyede ve az sıklıkta uygulanmaktadır.
- İletişim yukardan aşağıya ve az sıklıkta gerçekleşmektedir.

Yeni yönetim anlayışında TKY ile oluşan yönetici yaklaşımı ise,

- Yönetimin benimsediği, geleneksel otoriter tarz terk edilmelidir.
- Amaçlar yeniden tanımlanmalı ve temel amaçlarda birlik sağlanmalıdır.
- Karar almaya alt kademeler katılmalıdır.
- Takım çalışması esasına dayanan bir yapı benimsenmelidir ve problem çözümleri yetkilendirilmiş takımlar tarafından yapılmalıdır.
- Yapıcı tepki tercih edilmeli ve problem çözücü olunmalıdır.
- Kusurlar açığa çıkarılmalıdır.
- Yönetici kalitenin bir parçasıdır.
- Sürekli iyileştirme yöntem ve gayretleri ortaya konmalıdır.
- Kaliteye yönetsel bir konu olarak bakılmalıdır.
- Vatandaşın toplam tatmini önemlidir.
- Üretim miktarı vatandaş tarafından belirlenmelidir.
- Kalite öncelikli olarak ele alınmalıdır.
- Problemlerin sebeplerinin yönetim uygulamaları ve sistemden kaynaklandığı düşünülmelidir.
- Kalite sorumluluğu herkese ait olmalıdır.
- Sürekli iyileştirmeye ve yeniliğe dayalı bir kurum iklimi/kültürü oluşturulmalıdır.
- Örgütsel yapısı yatay, dinamik, esnek olmalıdır.
- Süreç ve sonuçlara dayalı ödüllendirme yapılmalıdır.
- İnsanlara karşı davranışta gelişmeye dayalı yönlendirme tercih edilmelidir.
- Eğitim ve yetiştirme sürekli devam etmelidir.
- İletişim çarpaz dahil karşılıklı ve sıkça tekrarlanarak sağlanmalıdır.

### 2.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Boyutları

Yönetim faaliyetlerinde, sistematik bir yaklaşım olarak organizasyonda uygulanabileceği değerlendirilen Toplam Kalite Yönetiminin başarıya ulaşması için, açıklık ve iletişimin, çalışanların politikalar ve ulaşılmak istenen hedefler konusunda bilgilendirilmesinin ve katılımlarının sağlanmasının, çalışmaların ana hedefinin müşteri tatmini olduğunun, hedeflere ne ölçüde ulaşıldığının ve bu noktada ihtiyaçların ve hedeflerin akılcı tespitinin, her kademedeki çalışanların sürekli eğitimden geçirilmesinin ve çalışanların karşılaştıkları sorunları yine kendilerinin çözebileceği çember çalışmalarının oluşturulmasının kalitesizliğin neden olduğu sorunların çalışanlarla birlikte değerlendirmesinin gerektiği dikkate alınmalıdır.

Yönetim yaklaşımlarının neredeyse tümünden yararlanan ve ortaya koyduğu güçlü esnek yapı ve sistem ile özünde insan olan Toplam Kalite Yönetiminde Juran'a göre başarı için aşağıda belirtilen uygulamaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir.<sup>76</sup>

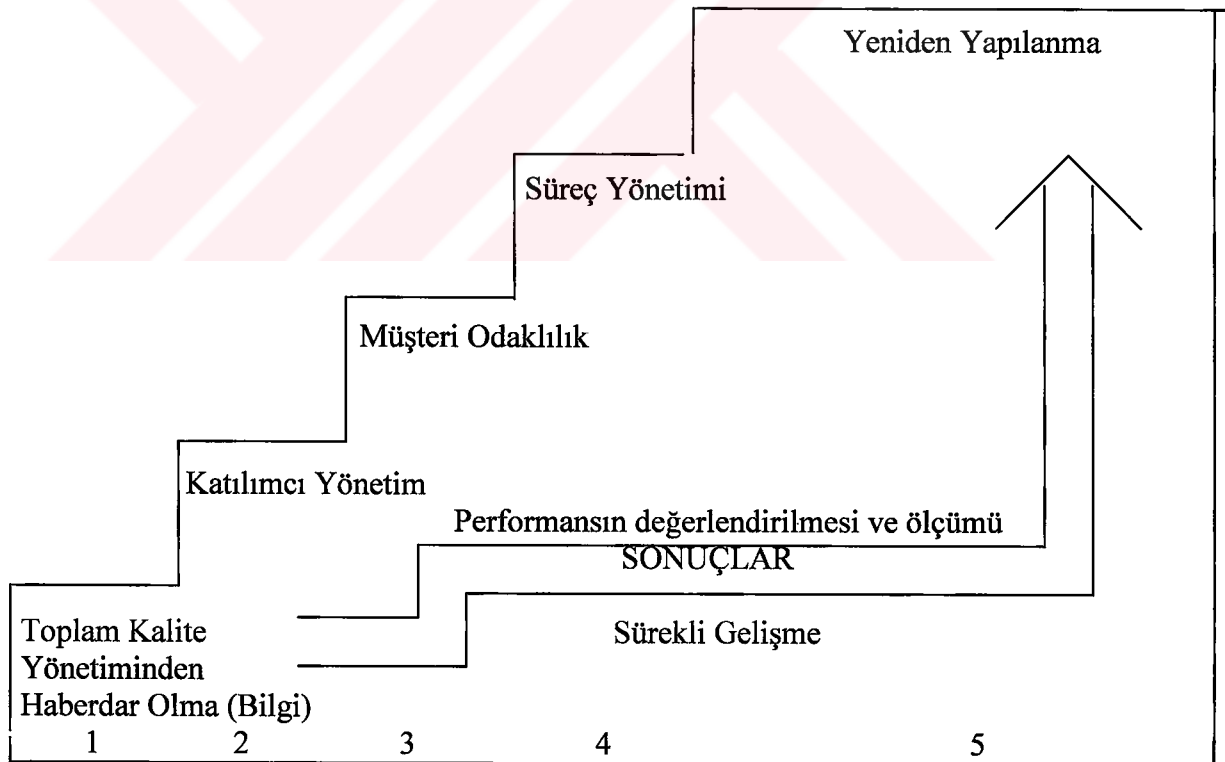
- Kalite Planlaması
  - Müşterilerin kimler olduğunun tespit edilmesi,
  - Müşterilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi,
  - Müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayacak ürün/hizmet geliştirilmesi,
  - Geliştirilen ürün/hizmetin üretimini sağlayacak süreçlerin oluşturulması,
  - Elde edilen sonuçlar doğrultusunda üretim/hizmet faaliyetlerine başlanması.
  
- Kalite Kontroller,
  - Kalite performansının kontrol edilmesi,
  - Kalite amaçları ile gerçek kalite performansının karşılaştırılması,
  - Elde edilen bulgular çerçevesinde kaliteyi geliştirme çalışmalarının sürdürülmesi.

<sup>76</sup>Coşkun C. Aktan, *Değişim ve Yeni Global Yönetim*, MESS Yayınları, No:257, Ekim 1997, s.185

- Kalite Geliştirme,
  - Kalite geliştirmeyi güven altına almak için gerekli alt yapının oluşturulmasını,
  - Kalite geliştirme projelerinin oluşturulmasını, bu anlamda kalite geliştirmek için yapılması gereken işlemlerin belirlenmesini,
  - Her proje için görevleri açık olarak belirlenmiş kalite geliştirme grubunun oluşturulmasını,
  - Proje geliştirme grubunun başarıya ulaşabilmesi için gerekli kaynakların, motivasyonunun ve eēitiminin saēlanmasının gerekliliēi şarttır.

Olgunluk seviyeleri dikkate alınarak toplam kalite yönetiminde başarı yolundaki basamaklar ise şekilde gsterildiēi gibi özetlenebilir.

**şekil 2.8. : Olgunluk Seviyeleri**



**Kaynak : AKTAN C. Coşkun, Deēiřim ve Yeni Global Yönetim, MESS Yayınları, No:257, Ekim 1997, s.200.**



### 2.2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Unsurları

Korkunç bir rekabetin olduğu günümüzde işletmelerin uzun zaman ayakta kalmasını sağlayan bir yaklaşım olarak Toplam Kalite Yönetiminin unsurları aşağıdaki gibi sıralanabilir.<sup>77</sup>

- Üst yönetimin önderliği ve liderlik,
- Vizyon,
- Müşteri odaklılık,
- Çalışanların eğitimi,
- Katılımcı yönetim ve grup çalışması,
- Süreçlerin iyileştirilmesi,
- Verimlilik,
- Sıfır hatayı hedefleyen organizasyon,
- Gerçekler ve istatistikleri kullanarak karar verme, ölçme ve değerlendirme yöntemlerinin uygulanması,
- Hedeflerle yönetim,
- Olası sorunları düşünüp, bunları önleyen yönetim,
- Esnek organizasyon-işbirliği geliştirme,
- Onurlu çalışmaya dayalı motivasyon,
- Performans geliştirmeyi hedefleyen güdüleme,
- Sürekli gelişim,
- Eğitim,
- Stratejik planlama,
- İletişim,
- Tedarikçi ile karşılıklı çıkara dayanan ilişki,
- Güvene dayalı örgüt kültürü.

Toplam kalite yönetiminin temelini oluşturan bu unsurları her kuruluş bulunduğu sektöre, büyüklüğüne, imkanlarına, pazarın büyüklüğüne göre kuruluşlarına

<sup>77</sup>Özevren, a.g.e., s.4,5.; Akgül, a.g.e., s.43.; Acer, a.g.e., s.68,69.; Baripoğlu, a.g.e., s.21.; Hakan C. Kağnıcıoğlu, Kalite Yönetiminin Temel Prensipleri, Standart Dergisi, TSE Yayınları, Ankara 2002, Sayı 482, s.15.

adapte ederek uygulama şeklini kendisi bulmalı ve bunu yönetim stratejisi ile bütünleştirmelidir.

Ancak her şartta bir kuruluşa Toplam Kalite Stratejisinden ve uygulamalarından söz edebilmek için asgari olarak, müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme, toplam katılımcılık ve toplumsal sorumluluk kavram ve uygulamalarının yerleşmiş olması ve süreklilik kazanması gerekmektedir.<sup>78</sup>

### 2.2.5. Toplam Kalite Yönetimi Engelleri

Toplam Kalite Yönetimi felsefesini uygulamaya geçiren pek çok kurum başarı sağlamakla beraber bazı kurumlarda ise bir müddet sonra toplam kalite yönetimi ile yürütülen çalışmalar sadece panolarda görsel olarak izlenebilecek şekilde kalmakta, amaca ulaşmamaktadır.

Toplam kalite yönetiminin başarıya ulaşmasında ortaya çıkan engelleri şu şekilde sıralamak mümkündür.<sup>79</sup>

- Teknik yeterliliği olmayan güçlü yöneticiler,
- Ekip çalışmasına yatkın olmayan işgören karmasının varlığı,
- TKY hakkında bilgi yetersizliği,
- Yıpranmış yönetim kadrosu ve bu kadroya güvensizlik,
- Yöneticilerin kalitenin, kaliteden sorumlu birimlere ait olduğu şeklindeki algılama hatası ve Toplam Kalite Yönetim konusundaki sorumluluğu birim yöneticilerine devretmesi,
- Var olan yönetim anlayışının devam ettirilerek değişimin yönetileceğinde ısrar eden yönetimin kendini değiştirmeye karşı direnci,
- Kaliteye ulaşmak için kullanılan, kalite çemberlerini yada ISO 9000 standardı belgesi almak gibi kalite yönetim araçlarını yeterli görerek amacın yerini aracın almasına müsaade etmek,

<sup>78</sup>Eroğlu, Eskişehir 1996 a.g.e., s.24.

<sup>79</sup>Şahin, Eskişehir 2000, a.g.e., s.69.; Elmacı, a.g.e., s.95,96.

- İşletme kültürü konusunda yeterince duyarlı olmama, insan kaynaklarının önemini kavrayamama,
- Grup dinamiği içinde çalışarak gerçekleştirilmesi beklenen sorun çözme, süreç geliştirme gibi etkinliklerin bütün olarak algılanıp uygulamaya konamaması,
- Yöneticilerin yönetsel sorunlara deneyimle kazanılan bilgilerle yaklaşması, yetki devretme alışkanlığı olmaması ile işletme dışı uzman-danışmanla çalışmamaları,
- Yöneticilerin yönetim alışkanlıklarını değiştirmeleri gerektiğine inanmamaları ya da kriz dönemlerinde kalite yönetimini askıya almaları,
- Sorun çözme (kalite çemberleri) yada süreç geliştirme amaçlı grupların başarılı çalışmalarının kendilerini engellediğini düşünen yöneticilerin yaklaşımları,
- Uzman yada mühendisler olarak çalışanların Toplam Kalite Yönetimine kendi meslekleri açısından yaklaşımları,
- İşgörenlerin, kurum içersinde yaşadığı sorunların yarattığı çözümsüzlüğün etkisi ile katılımlarının sağlanamamasıdır.

### **2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ**

#### **2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite**

Günümüzde artık hizmetleri topluma sunmak yeterli olmayıp önemli olan bu hizmetlerin, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmasının sağlanmasıdır. Bu nedenle kaliteli bir hizmet sunumu gerçekleştirmek için sağlık alanında bazı çabaların gösterilmesi zorunluluk haline gelmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumunda bu çabalar sistematik yaklaşım ile temel ihtiyaçları, öncelikleri tespit ederek ve bu öncelikleri mikro ve makro seviyede planlama, uygulama, izleme, değerlendirme ve standardizasyonu sağlama döngüsü ile

sağlık hizmeti sunum kalite ve performansını sürekli iyileştirecek ve geliştirecek şekilde ortaya koymak gerekmektedir.<sup>80</sup>

Sağlık hizmetleri açısından yaklaşıldığında, sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>81</sup>

Donabedian sağlık hizmet kalitesini, “sağlık hizmeti sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu zarar ve yarar dengelerinin yargısı neticesinde maksimum iyileşme beklentisi” olarak tanımlarken diğer bir tanım da, “hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik ve ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konması”dır.<sup>82</sup>

En basit şekliyle sağlıkta kalite ihtiyaçların önemini kavranarak sürekli ve istikrarlı giderilmesidir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin en iyi ölçütü ise bir tıbbi hizmetin ne kadar iyi ve ne sıklıkla verildiği değil, esas olarak, sonuçların yaşamın uzatılması, rahatsızlığın giderilmesi, fonksiyonların yeniden kazandırılması ve sakatlığın önlenmesi temel hedefine ne ölçüde ulaşıldığı ile ilgilidir.<sup>83</sup>

Donabedian sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir.<sup>84</sup>

<sup>80</sup>Cemalettin Yılmaz , “Sağlık Hizmet yönetiminin etkinleştirilmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.52.

<sup>81</sup>Yaman Zorlutuna , “ TKY ve Ekonomi Yönetiminde Kalite”, **6. Ulusal Kongresi**, Tebliğler ve Özgeçmişler 3, Lebib Yalkın Yayınları, 1997, s.85.

<sup>82</sup>Çoruh, Ankara 1996, a.g.e., s.25.

<sup>83</sup>Bayram Şahin , “Tıbbi Bakımda Sonuçlar Üzerinde Odaklaşma”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.271.

<sup>84</sup>Şahin Kavuncubaşı ,”Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite ve Verimlilik Karşılaştırması”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara 1997, s.81,82.

- Etkenlik: Sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,
- Etkililik: Sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme becerisi,
- Verimlilik: En az giderle en fazla faydayı sağlama,
- Optimallik: Maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,
- Kabul edilebilirlik: Hasta hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,
- Meşruluk: Toplumsal tercihlere uygunluk,
- Eşitlik: Hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanmasıdır.

Donabedian kaliteyi 3 faktörle ifade eden bir sistemi de geliştirmiştir.<sup>85</sup>

Yapı, uygulama(süreç) ve sonuç kalitesini kapsayan bu kalite yaklaşımında yapısal kalite, sağlık hizmeti veren kuruluşun temiz, güvenli olmasını, gerekli cihazların ve hasta muayenesi için gerekli fiziki yerlerin bulunmasını ifade etmektedir.

Uygulama kalitesi, tıbbi personelin tüm tıbbi aletleri ve cihazları doğru kullanmasını, sistem açısından sorunun tanımlanmasını, tanı, tedavi, izleme ve değerlendirmesini ve hasta yönüyle verilen hizmeti anlayıp kabul ederek ve kolaylıkla kullanıp, kullanmadığıdır.

Sonuç kalitesi ise hastanın iyileşmesi ya da en azından tıbbi personelin girişimleri olmaksızın düşebileceği kötü durumlardan daha kötü bir duruma getirilmemesini ifade etmektedir.

Belkide ölçmesi en zor parametre budur. Çünkü bu çıktı sosyal çevre, fiziki koşullar ve kişisel özelliklerden etkilendiğinden sonuçlar sistemi yansıtmayabilmekte ve sonuç kalitesi üzerinde kısa dönemde net şeyler ifade etmekte zorluklar yaşanabilmektedir.<sup>86</sup>

<sup>85</sup>Ayşe Karabulut , “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1995, s.79.

<sup>86</sup>Baripoğlu, a.g.e., s.19.

Hastalara sağlanan hizmetin kalitesinin ölçümü, hizmet sunumundaki sürecin analiz edilmesi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sonuçların incelenmesi ve oluşturulmuş standartlarla karşılaştırılmasıyla mümkün olabilir.

Hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda tıbbi etik ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde en iyi hizmet sunmak olan sağlık amacına dönük olarak sağlık hizmetlerinde kaliteden bahsedebilmek için öncelikle, sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun var olması, işlerin kim, ne zaman, nerede, hangi vasıtalar kullanılarak ne yöntemle yapıldığının bilinmesi, üst yönetimin kaliteye inanmış ve destekleyici olması, personel nitelik ve alt yapısının güçlü olması ve sürekli eğitimle bu gücün devamlılığının sağlanması gerekir.<sup>87</sup>

Sağlıkta hizmet kalitesini olumsuz etkileyen, lavabodan ellerini yıkamadan çıkan ve enfeksiyon riskini arttıran hemşire, hasta-kabul işlemlerini bilmeyen ve hastayı dakikalarca bekleten görevli, hastasını bilgilendirme ve ilgi gösterme ihtiyacı duymayan doktor gibi basit örnekler dahi hasta yönüyle yaratacağı sonuçlar itibari ile önemlidir.<sup>88</sup>

Günümüzde yaşanan hızlı teknolojik değişim ve sağlık sektörünün dinamik bir yapıya sahip olması, kalitenin başarılmasında önemli zorlukları beraberinde getirmektedir. Demografik değişiklikler de sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki dengeyi değiştirmekte ve buna ilaveten hizmeti talep edenlerin beklentisi sürekli artmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunumunda kalite çok boyutlu bir proses olarak görülmeli ve hastaları, hizmeti sağlayanları (destek), hizmet satın alıcıları, profesyonelleri (doktor, hemşire), algılamaları (aynı olayı hasta olsun, hizmeti sunan olsun şartlar arasında farklı algılayabilir) içermelidir.<sup>89</sup>

<sup>87</sup>Kemal Özgirgin-Yeşim Taş,"Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.34.

<sup>88</sup>Özgirgin, a.g.e., s.34,35.

<sup>89</sup> Kürşat Cezmi Özcan "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997,S.58.

Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesinin yükseltilmesi öncelikle insan unsuruna bağımlı olmakta ve nitelikli insan istihdamını gerektirmektedir.

Kaliteli bir sağlık hizmeti gerçekleştirebilmek ve bu düzeyin geliştirilmesi için güvenilirlik, karşılık verme (zamanında hizmetin sunulması), mesleki yeterlilik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim (hastaların anlayacağı şekilde bilgilendirme), itibarlı olma (hastaların, çalışanlara olan güvenirliliklerini, dürüst olduklarına dair inançlarını ifade eder) ihtiyaçları ve beklentileri anlama, fiziksel varlıkları kapsayan unsurlar ele alınmalıdır.<sup>90</sup>

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre de hastaların kalite anlayışı şu altı kategoride toplanmaktadır.<sup>91</sup>

- Ulaşılabilirlik; Doktorlar ve hastane personeli dakik olmalı ve her hastaya gerekli olan zamanı ayırmalıdır,
- Duraksamama; Hızlılığı gerektiren, devamlılığı olan yaklaşımla sağlık hizmeti sunulmalıdır,
- Gerçekçi beklentiler; Hastanın eğitim durumuna bağlı olarak da herkesin sağlık hizmetlerinden beklentisi vardır,
- İletişim; Hastanın kalite anlayışı etkili iletişime bağlıdır,
- Profesyonelleşme; Hastalar, klinikteki profesyonellerin kendilerine bekledikleri şekilde saygıyla ve özelliklerine dikkat ederek yaklaşımlarını beklerler,
- Bakımın Devamı; Hastalar, profesyonel bir bakım tarafından takip edildiklerini ve bu takibin kendi yararlarına en koordineli şekilde yürütülmesini beklerler.

Kaliteli bir sağlık hizmetinden bahsedebilmek için kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen

<sup>90</sup>Çelebioğlu, a.g.e., s.161,162.

<sup>91</sup>Karabulut, a.g.e., s.82,83



gösterilmesi, hizmet sunumu sırasında ve sonrasında verilen hizmeti alanların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir.<sup>92</sup>

Sağlık hizmeti talep edenler için sağlık hizmetlerinin kalitesi doktor ve hemşirelerin çok yetenekli olması ile orantılı olarak değerlendirilmesine rağmen bu durum, hizmet kalitesinin sadece önemli bir unsur olmakta, diğer unsur ise yönetici ve çalışanların kaliteli hizmet sunulması için özverisi ile kaliteli hizmet sunumu düşüncesinin tüm kuruluş içersinde yayılmasının temin edilmesidir.<sup>93</sup>

Ancak sağlık hizmetleri sunumu ve kullanımında, arzının pahalı olması, talebin tüketici tarafından belirlenmemesi, bir kısmının toplumsal olma özelliği, talebin tesadüfiliği ve talep esnekliğinin katı olması gibi özellikler nedeniyle bir takım sınırlılıklar vardır.<sup>94</sup>

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda meydana gelen tartışmaların ortak noktası hizmetin gereğinin yapılması ve hizmeti alanın sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularına odaklanmaktır. Kaliteli sağlık hizmetinde aslında ayrı başlık olarak sınıflanması zor olan yedi önemli kriter bulunmaktadır. Bunlar, ihtiyaç, uzmanlık, yaklaşım, maliyet- etkinlik, zamanlama, en düşük risk, başarılabilceği başarmaktır.<sup>95</sup>

Sağlık hizmetlerinde hizmeti alan, hizmetin etkisi, niteliği, uygulanması ve uygulanmaması halinde doğan sonuçlardan bilgi sahibi değildir, hatta ihtiyacı dahi olduğunu bilmeyebilir. Bulaşıcı hastalık için bağışıklama örnek olabilir.

Uzmanlığın ise sağlık hizmetini basamaklandırılmasını ihmal eden bir uzmanlaşma değil hizmetin uygun basamakta ve ehil kimselerce sunulmasıdır.

<sup>92</sup>M. Ulki Uz, "Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileşmesi İçin Gereken Ön Koşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri", **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996, s.50.

<sup>93</sup>Özcan, a.g.e., s.58,59.

<sup>94</sup>Haluk Özşarı, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkinlik", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1995, s.116.

<sup>95</sup>Özşarı, a.g.e., s.117-119.



Hizmete ihtiyacı olana mesleki ve insani açıdan sevecenlikle tıbbi etik içinde sosyo ekonomik ve sosyo kültürel değerlere gelenek ve göreneklere uygun yaklaşma, hizmetin kalitesinin önemli unsurlarındandır.

Maliyet, etkinlik kriteri farklı yollardan sunulan ancak aynı amaca yönelik sağlık hizmetlerinden, daha az maliyetle çıktıya ulaşan yolun seçilmesidir. Kaliteyi yükseltirken maliyeti azaltma birlikte değerlendirilmelidir. Kaynakların kıt ve maliyetin yüksek olduğu yerlerde özellikle sağlık sektöründe kullanılan kaynakların en etkin ve verimli biçimde değerlendirilerek en yüksek faydanın sağlanması gereklidir ve bunu sağlamak içinde sağlık hizmetlerinin kalite odaklı değerlendirilmesi lazımdır.<sup>96</sup>

Sağlık hizmeti talep edene bu hizmet zamanında verilmesi ise zamanlama faktörüdür. Uygun zamanın yakalanmaması sonuçta hem tıbbi hem ekonomik açıdan maliyeti arttıracaktır.

Sağlık hizmeti arzında, gerek insan gücü gerek tıbbi altyapı ve gerekse yöntem olarak, yapılması gerekenin en uygun olanla gerçekleştirilmesi yani en düşük risk ile çalışılmasıdır. Üçüncü basamakta yapılması gereken tedavinin daha alt basamakta yapılmaması gibi. Bu da birinci basamak sağlık hizmeti verenlerin yeterliliğinin önemini artırmaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tüm kaynaklarını kullanarak yapmaları gerekeni en iyi nitelikte yaparak başarabileceklerinin başarılmasını sağlamaya çalışmalıdırlar.

### **2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**

Birey başına düşen gelirin seviyesi önceki yıllara oranla dikkati çekecek bir düzeye gelmiş olmasına rağmen, ülkemiz insanları daha kaliteli sağlık hizmetlerinden

<sup>96</sup>Gönül Erses, *Hastanelerde Maliyet, Etkinlik, Performans Analizi ve Osman Gazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2000, s.81.

yararlanma eğilimine girdiklerinden, bu da sağlık hizmetlerinde masrafların kontrol altına alınmasını, hasta ihtiyaçlarının karşılanabilmesini, gerekli standartların iyileştirilmesini sağlamak için klasik idari anlayışı değişime zorlamış ve 1980'li yıllarda sağlık hizmeti sunumunda problem çözmeye yönelik bir akım olan kalite güvencesi anlayışı yerini sorunları daha ortaya çıkmadan önlemeyi amaçlayan Toplam Kalite Yönetimine bırakmıştır.<sup>97</sup>

Sağlık sistemimizi düzenleyen kanun ve yönetmelikler günümüz sağlıklı yaşam koşullarını karşılamaktan uzak olduğu gibi merkeziyetçi ve otokratik yönetim tarzı ile de sağlık hizmeti sunanların ve bu hizmetten faydalananların ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermekten uzak kalmaktadır. Sağlık hizmeti sunumundaki yetersizliğin yarattığı açık TKY olarak tanımlanan yeni yaklaşım tarzını, bir bilgi üretimi ve uygulama felsefesini birlikte getirmektedir. Ürün (Hizmet) kalitesini sağlayabilmek için planlamadan hizmetin sunumuna kadar geçen süreç içinde toplanan verilerden elde edilen bilgiler esas alınmakta ve kurum içinde yürütülen fonksiyonların iyileşme ve gelişimi sağlanmaktadır.<sup>98</sup>

Kalitenin artırılması için başka ülkelerce boyutları belirlenmiş standartlara uymak için ek kaynaklar bekleme yerine, sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sektör kuruluşları kendi imkanları dahilinde buldukları standartları saptayarak bunun iyileştirilmesi için harekete geçmeli ve ekip çalışması ile üretilecek ve uygulanacak iyileştirmeler ve gelişmeler için kanun ve yönetmeliklerdeki değişikliklerin yapılmasına kadar, her kurumun kendi çalışanları arasında bu çalışma anlayışının yerleştirilmesine yardımcı olunmalıdır.<sup>99</sup>

Her kurumun kendi insan gücü ve altyapısını dikkate alarak mevcut düzeyden daha iyi bir duruma ulaşmayı planlaması, yürütülen faaliyetlerin iyileşmesinde devamlılığı sağlayacaktır. Sorunların tanımlanmasında ve çözümlenmesinde kurum

<sup>97</sup>Mehmet Haberal," Önsöz", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1995, s. IX.

<sup>98</sup>Çoruh, "Editörün Notu", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1995, s.XI.

<sup>99</sup>a.g.e., s.XII.

çalışanlarının katılım ve katkısı önemlidir ve üst yönetimin de personele model olacak tarzda TKY felsefesine inanması ve desteği vermesi başarıyı arttıracaktır.

Çünkü ödediği bedelin karşılığını bekleyen ve nitelikli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle sorgulayıcı olan, gelişmiş ülke insanının almakta olduğu standartta sağlık hizmeti almaya layık olduğunu düşünen bir tüketici kesimi mevcuttur.<sup>100</sup>

TKY felsefesi, sağlık hizmetleri uygulamalarında her türlü sağlık hizmetinin ilk planlamasından başlayarak hizmetin sunumu ve hasta ile ilişkin kesilmesine kadar geçen süreci kapsayan araştırma sonucu ulaşılan verileri, istatistiki düşünce sistemini esas alan değerlendirme teknikleri ile işleyerek ölçüp, iyileştirme ve geliştirme çabalarına yön vermektir.

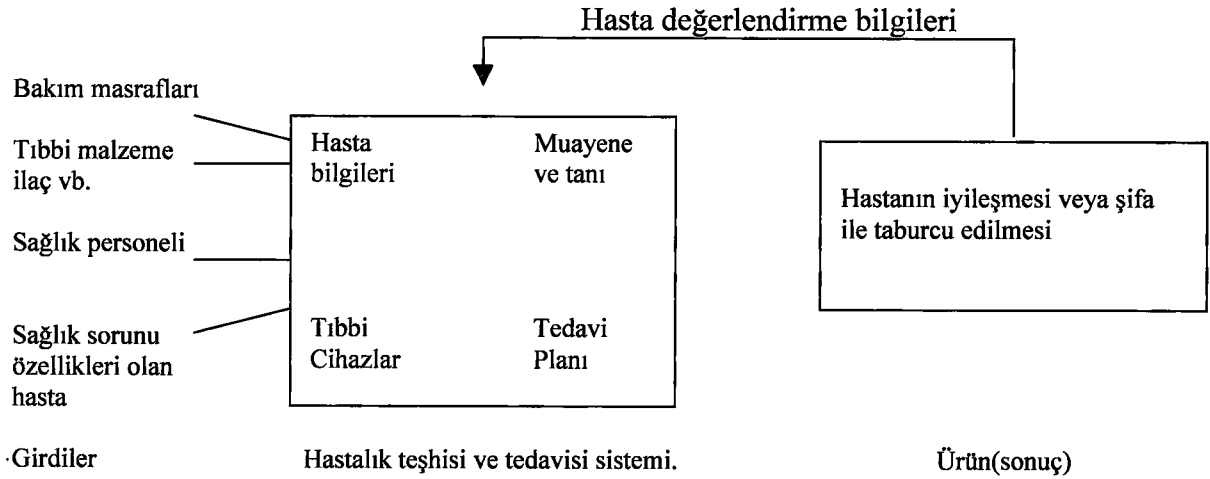
Sistemin bütününe bakma düşüncü getiren TKY sağlık hizmetlerinin sunulmasında yer alan klinik, altyapı ve destek hizmet birimlerinin birbirini destekleyici bir bütün olarak ele alınmasını sağlamaktadır.

Ancak TKY uygulamalarında, kaliteli mal üretiminde hammadde (girdi), proses (süreç), ürün (çıkıtı) tanımları, hizmet ve sağlık sektörüne uyarlanmasında ayrı bir yorumun getirilmesini gerektirmektedir. Örneğin hasta tedavisinde, kalite yönetim sistemine göre ek katkı içeren bir faaliyeti tanımlayan ana proses, doktor randevusundan başlayarak hastanın muayenesi, tedavi planı ve tedavisini kapsamakta ve ana prosese paralel olarak yürütülen destek prosesler (hasta memnuniyeti, performans ölçümleri destek hizmetler v.b.) birbiriyle ilişkili veya bağımlı kompleks bir bütünü (sistem) şekillendirmektedir.<sup>101</sup> Sağlık sorunlarının çözümlenmesine dönük, bir sağlık kurumuna başvuran hastanın teşhis ve tedavisiyle ilgili sistem yapısı şekilde olduğu gibi özetlenmiştir.

<sup>100</sup>Ömer Peker, "TKY Yada Yönetimin Kalitesine Geçiş", *Hv.K.K.lığı 3 ncü Sağlık Seminer Bildirileri*, Mart 1998, s.5.

<sup>101</sup>Mithat Çoruh, "Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmasının İpuçları", *Hastane Hospital News*, Mart-Nisan 2000, Sayı 5, s.30.

**Şekil 2.9. : Hastanın Teşhis ve Tedavisiyle İlgili Sistem**



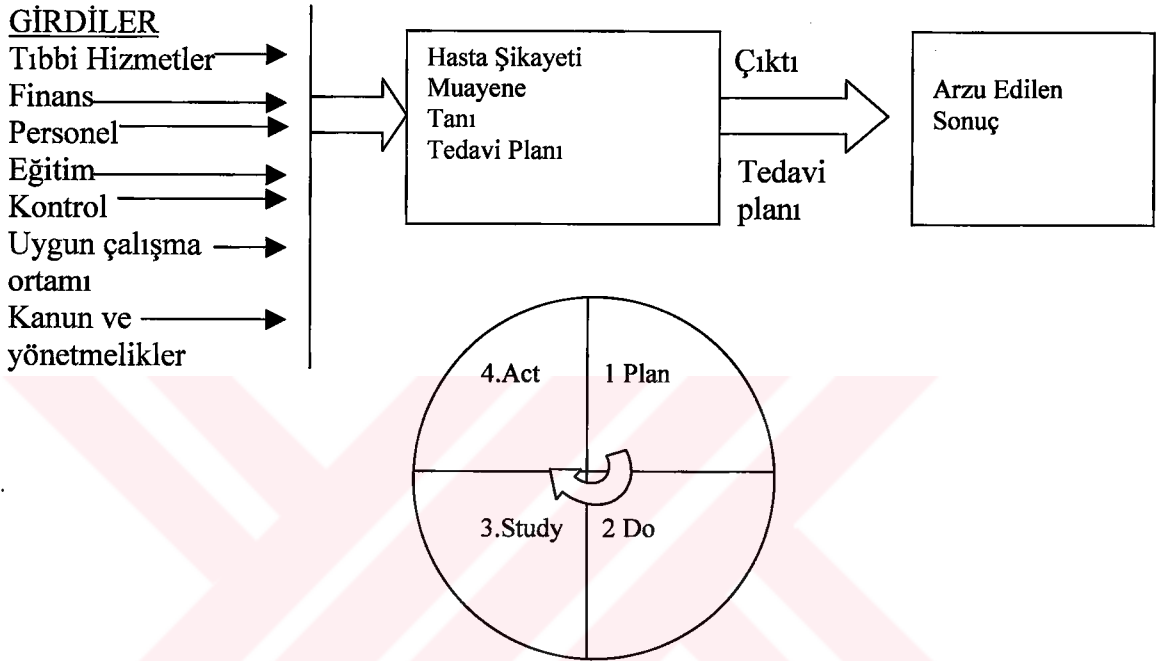
**Kaynak : ÇORUH Mithat, "Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerine Uyarlanması İpuçları", Hastane Hospital News, Mart-Nisan 2000, Sayı 5, s. 31**

Kalite felsefe ve proses süreçlerini iyice kavrayıp, beceri kazanmadan başlanacak bir kalite sistemi uygulamasında fazla bir yol alınacağını düşünmek hatalı olacaktır.

İnsan yapısı bir üretim prosesi madde, metot, makineler ve insanlardan oluşmakta ancak hizmet üretiminde ise madde yerine enformasyon, metot olarak prosedürler, makinelerin yerini de enformasyon teknolojisi almaktadır. Sağlık sorunlarının çözülmesi için örnek olarak alınan bir polikliniğe başvuran bir kimse tanı ve tedavi yöntemlerinin yürütüldüğü bir süreçten geçer. Poliklinik yönetimi görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi kaynaklara (hekim, hemşire, uygun çalışma ortamı, araç gereç, enformasyon, sarf malzemeleri vb.) ihtiyaç duyar. Tanı ve tedavi prosesi sonunda hastanın sorunlarına çözüm yolları bulmayı veya farklı bir prosese gönderilmesi gerekebilir(çıkırlar). Her süreçte sağlık sorunlarının karşılanmasında arzu edilen sonuca ulaşmak için girdi özelliklerinin iyi belirlenmesi ve sürecin kendi hizmet

sunum faaliyetlerini aynı süreç düşünüş çerçevesinde planlamaları, yürütmeleri ve koordineli olarak çalışmalarını gerekmektedir.<sup>102</sup> Örnek bir poliklinik prosesi şekilde gösterilmiştir.

**Şekil 2.10. : Poliklinik Prosesi**



**Kaynak : ÇORUH Mithat, “ Kalite Güvence Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı”, Hastane Hospital News, Mart-Nisan 2002, Sayı 15, s.79**

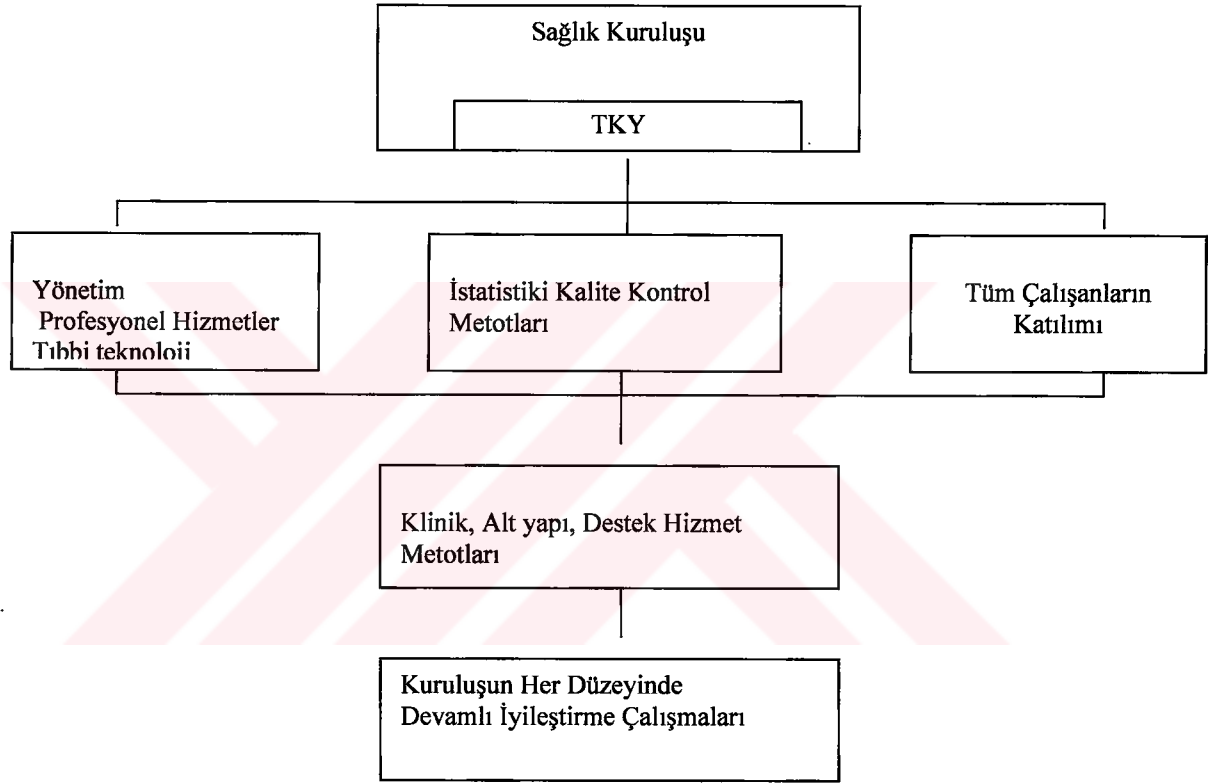
Süreç bağlamında kalite, hizmeti talep edenlerin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması yanında bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içerdiğinden, sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminde hizmet sunumunda amaçlanan neticenin elde edilmesi için klinik (tıbbi teşhis, tedavi ve bakım) altyapı (laboratuvar ve görüntüleme vb, destek hizmetler (güvenlik ulaşım vb. ) gibi tüm hizmet sunan birimlerinde devamlı veri toplama, değerlendirme, iyileştirme ve geliştirmenin bir koordinasyon içinde

<sup>102</sup>Mithat Çoruh, “ Kalite Güvence Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı”, Hastane Hospital News, Mart-Nisan 2002, Sayı 15, s.79.

yürütülmesini gerektirmektedir.<sup>103</sup>

Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde TKY mantığı şekilde görüldüğü gibi özetlenebilir.

**Şekil 2.11. : Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Mantığı**



**Kaynak : ÇORUH Mithat, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.4**

<sup>103</sup>Mithat Çoruh, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.3,4.

### 2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında Yaşanan Güçlükler

TKY çağın zorunlu kıldığı değişime paralel gereksinim ve beklentileri sürekli değişiklik gösteren müşterilerin ihtiyaçlarının tespiti ve beklentilerinin karşılanması gerekliliğini vurgulamakta ve sağlık sektöründeki karşılığı da özet olarak hasta mutluluğu olmaktadır.

Doğru teşhis, tedavi, beklemeksizin, sevecen ve güler yüzlü hizmet, temiz ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü sağlıkta TKY'nin birer unsurları olarak yerini almaktadır.<sup>104</sup>

Ancak TKY'nin sağlık hizmetlerinde klinik uygulamalarında ve genel yaklaşım yönü ile bazı güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bunlardan klinik uygulamalar ile karşılaşılan güçlükler aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Sağlık fonksiyonlarının birincisi, teşhis, tedavi ve bakım ikincisi idari destek hizmetleridir.

Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı doktor ve hemşirelerce yürütülmekte ve bu bağlamda idari ve destek hizmetlerinin yapısı TKY uygulama prensipleri olan planlamada esneklik, ekip yaklaşımı ile sorun çözme ve kalite iyileştirme aktivitelerinde olduğu gibi bir ekip çalışmasını gerektirdiği halde doktorların teşhis ve tedavi fonksiyonlarında bireysel otorite ve sorumluluk, esnek olmayan planlama ve uygulama anlayışı vardır. Amaç hastanın iyileştirilmesidir.<sup>105</sup>

Doktorların TKY' ne olan katılımlarının sağlanabilmesi için, oluşan bu direncin

<sup>104</sup>Orhan Morgil-Mehmet Küçükçirkin, "TOBB'nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı" **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996, s.33.

<sup>105</sup>Çoruh ,Ankara 1996, a.g.e., s.2

nedenlerinin iyi analiz edilmesi ve bu engelleri aşabilmek için TKY felsefesine inanan öncülük yapacak doktorlara gereksinim vardır.

Klinik çalışmalar doktorlara ait bir alan olarak değerlendirildiğinden hastane yöneticileri tarafından kontrol edilmemekte, doktorlar kendi planları doğrultusunda klinikleri yönetmekte ve ancak gerektiği zaman diğer klinik servisleri ile işbirliği yapmaktadırlar.

Yine sağlık hizmetlerinde yöneticilerin, sağlık çalışmalarında sorumluluklarına verilen kaynağı neden etkin kullanıp, kullanmadığını sorma gereği duymadığından, yöneticiler ve diğer çalışanlarda kendilerini sürecin iyileştirilmesi konusunda çaba harcamak zorunda hissetmemektedirler.<sup>106</sup>

Sağlık hizmetleri ülkemizde denetim mekanizmaları değişik kaynaklardan gelen şikayetlerin incelemeye alınması ve denetimlerle yürütülmekte ve istatistiki veriler kurum karar organının talebi doğrultusunda bilgiye dönüştürülmeden üst yönetime sunulmakta, personel yapısı için eğitim programları gelişen ihtiyaçlara yönelik olmaktan daha çok genelde statik yapısını korumakta, sağlık harcamalarında maliyet/etkililik çerçevesi detaylı ele alınmamakta ve çok defa kaliteli sağlık hizmeti sunumu, en son teknolojik teşhis, tetkik, tedavi araçlarına sahip olmakla eşdeğer görülmektedir.<sup>107</sup>

Toplam Kalite Yönetimi'nde genel yaklaşım yönü ile uygulamadaki zorluklar da aşağıda belirtildiği şekilde ifade edilebilir.<sup>108</sup>

<sup>106</sup>Cemalettin Yılmaz, "Sağlık Hizmet Yönetiminin Etkinleştirilmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1997, s.50.

<sup>107</sup>Mithat Çoruh, "Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilir", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, Kasım 1997, Sayı 3, s.4.

<sup>108</sup>Mithat ÇORUH, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, **Hv.K.K.lığı 3 ncü Sağlık Semineri Bildirileri**, Mart 1998, s.2.



- Eğitim sisteminde yeteri kadar yer almadığı için analiz ve sentez yapma becerilerimizin yetersiz kalması,
- Yazma alışkanlığımızın az olması,
- Mevcut bir modeli alıp uygulama kolaylığının aranması,
- Takım çalışması alışkanlığının olmaması,
- Her türlü yapıcılık ve değerlendirmelerin en üst karar organından beklenmesi,
- Sabırsız olup bir an önce netice alma davranışı,
- Bir sistemi kurmak için yabancı bir uzmandan başkasına güven olmamasıdır.

#### **2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimini Etkileyen Faktörler**

Bireylerin katılımının sağlanması, hizmet talep edenlerin ihtiyaç ve beklentilerinin dikkate alınması ve verilerin değerlendirilmesini ve ölçüm çalışmalarını esas alarak elde edilen bilgilere yönelik planlama ve uygulama gerçekleştirilmesi, hizmet sunanların Toplam Kalite Yönetimi felsefesi ve süreci konusunda bilgi ve uygulama alt yapısının oluşturulması ve kurumda bu gayret ve değişim isteklerini kaynakları en uygun şekilde değerlendirme becerisi ile yönlendirecek lider yöneticilere sahip olunması sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarında başarılı olabilmek için asgari faktörler olarak yerini almaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi sadece felsefeye dayanarak uygulanmadığından, gelişen teknoloji ve hizmetler, kalitenin geliştirilmesi için yeterli değildir.

Uygun şekilde motive edilen mesleki ve kalite konusunda eğitilmiş personel olmadan gelişme sağlanması zordur. Sağlık kuruluşları geleceğe hazırlanmada gelişmeyi teşvik etmek için çalışmalarını sürekli eğitime yönlendirmelidir.<sup>109</sup>

<sup>109</sup>Zahide Kocadağ, "Toplam Kalite Yönetimi Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi" 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İzmir 1995,s.331.

### 2.3.5. Sağlıkta Kalite İyileştirme Çalışmalarında Japonya'da Yaşanan Başarısızlıklar Ve Nedenleri

Japonya'da imalat sanayiinde başarı ile uygulanan Toplam Kalite Yönetimini'nin sağlık alanında kalite iyileştirme çalışmalarında başarılı olamamasının beş ana unsuru vardır.<sup>110</sup>

- Geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin tek belirleyicisi olarak kabul edilen doktorların, kalite iyileştirme çalışmalarına katılmamaları nedeniyle, klinik hizmet süreçleri ile ilgili veri toplama ve kalite iyileştirme çalışmalarının yapılmaması,
- Hastaların da kalitenin iyileştirilmesi konusunda bir davranış oluşturmadıkları gibi kendilerine sunulan hizmetin kalitesini de yeterince sorgulamamaları,
- Hastaneler için uluslar arası düzeyde kabul görmüş akreditasyon standartlarının olmaması,
- Sağlık hizmetlerindeki finansman sisteminin iyileştirme çalışmalarının başlatılmasını sağlayacak yönlendirmeler içermemesi. Özellikle kamu hastanelerinde maliyet/etkililik prensiplerinden tamamen uzak çalışmaları,
- Sağlık yönetimi alanında, hiçbir ciddi mezuniyet sonrası eğitim programının bulunmaması.

<sup>110</sup>Serpil Küçükkaya, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2001, s.57,58.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### **HASTA MEMNUNİYETİ**

### 3.1. HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMININ ÖNEMİ

Toplumların sosyo-ekonomik kalkınma düzeyini belirleyen önemli faktörlerden biri de sağlık hizmetlerinin sunulmuş biçimidir.<sup>111</sup>

Toplam kalite yönetiminin de uygulandığı kurumlarda topluma kazandırdığı göz ardı edilemez sonuçları incelendiğinde, müşteri tatmininin dikkate alınması gerektiğinin anlaşılması ve çevresel kalite anlayışının başlaması söz konusu olmaktadır. Yaşam kalitesinin geliştirilmesi isteği, toplumları başta sağlık olmak üzere tüm sistemlerini gözden geçirmeye ve toplam kalite yönetimi uygulamaya zorlarken, kalitenin iyileştirilmesi için müşteri memnuniyetini değerlendirmesini gerekli kılmaktadır.<sup>112</sup>

Sağlık alanında kalitede, yapı(girdi) kalitesi, süreç kalitesi, sonuç(çıkıtı) kalitesi değerlendirildiğinde yapı kalitesi süreç kalitesini, süreç kalitesi de sonuç kalitesini etkilemekte ve sonuç kalitesi de dolaylı olarak tüm aşamaları kapsadığından sağlık bakım hizmetlerinde hastanın sağlık durumundaki değişmeyi ve hasta memnuniyetini ifade etmektedir.<sup>113</sup>

Hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir gösterge görevi yapmakta ve hasta memnuniyeti hakkında elde edilen bilgiler sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde çok önemli kriterlerden birisi durumundadır.

Bu bağlamda sağlık personelinin vereceği kaliteli hizmet ve bu hizmetin devamlılığını sağlamak ve daha iyi düzeye ulaştırmak için hasta memnuniyeti önemli bir belirleyici olmaktadır.

<sup>111</sup>Burcu Sezgin- Gülümser Argon, "Acil Servise Başvuran Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Habarel Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.9.

<sup>112</sup>V. Uçku ve Diğerleri "Başkent Üniversitesi Hastanesinde Sunulan Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Habarel Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.61.

<sup>113</sup>Mustafa Taşdemir-Osman Hayran, "Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesi", **4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul 2001, s.456,457.

Sağlık kurumları genelde teşhis ve tedaviye yönelik hizmetlerin sunulduğu kurumlar olduğundan, bu sistemin en önemli unsuru insanı olmakta ve konu insan sağlığı olduğu için hizmetin kalitesi önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde önem kazanan kalite yaklaşımında hasta memnuniyetinden amaç, tedavi için başvuran hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.<sup>114</sup>

Kurumların kendi yapılarına ilişkin kurumsal değerleri ile örgüte dışarıdan bakanların değerlendirmelerinin çoğu kere farklı olduğu bilinen bir gerçek olduğundan hasta memnuniyeti araştırmaları kurumlara bir ayna görevi yaparak, kendilerini değerlendirme imkanı yaratmaktadır.<sup>115</sup>

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerin ortaya çıkarılması ve kurumların düzeltici önleyici faaliyetleri, hizmet sunumunun yükseltilmesine olanak sağlamaktadır.<sup>116</sup>

Başka bir deyişle hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısı olmakta ve sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında bilgileri ortaya koymaktadır.<sup>117</sup>

Hasta memnuniyet durumu, hastaların sağlık hizmeti veya ürününden beklediği performans ile tüketim tecrübesi sonucunda ulaşılan sağlık hizmetinin gerçek performansı arasında algıladığı farkın değerlendirilmesi olarak açıklandığı gibi<sup>118</sup> hastanın beklentilerine uygun şekilde ve zamanında ulaşması sonucundaki memnuniyet

<sup>114</sup>Nilgün Sarp-Burhan Tükel, “ İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.35.

<sup>115</sup>S. Akgün ve Diğerleri, “ Başkent Üniversitesi Hastanesinde Hasta Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi Çalışmaları”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerini Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.43.

<sup>116</sup>T. Noyan ve Diğerleri, “Başkent Üniversitesi Hastanesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezinde Sunulan Poliklinik ve Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.73.

<sup>117</sup>Afsun Ezen Esatoğlu-Korkut Ersoy, “Hasta Tatmini Ölçülmesi” , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.62.

<sup>118</sup>Bilal Ak, Hasta Deneyiminin Ölçümü, **Standart Dergisi**, Sayı 486, Haziran 2002, s.61.

·yani sağlık hizmetlerinden hastanın duyduğu mutluluk derecesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>119</sup>

Hasta memnuniyetinde hizmet sunuluşunda sosyo-kültürel değerleri de dahil eden diğer bir tanım ise, hastaların sunulan hizmetten bekledikleri yararlarla, katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmet sunumunun sosyo-kültürel değerlerini kapsamasına bağlı olarak gerçeleşen olumluluk halidir.<sup>120</sup>

Hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi için yukarıda verilen tanımlarda belirtilen faktörlere, hastanın hizmetten faydalanmadan önce hizmetten bilgilendirilmesinden başlayarak, sağlık hizmeti veren kurumla irtibatı bitene kadar geçen süreçte beklenen ve algılanan kaliteyi de içeren hizmeti dikkate alarak hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir.

Hasta memnuniyeti kavramı, ilk zamanlar müşteri memnuniyeti tanımının sağlık sektöründeki karşılığı gibi yorumlanmış ancak yapılan araştırmalar, hasta memnuniyetinin tedavinin başarısını etkileyen bir özelliğe sahip olduğunu göstermiştir.

Memnuniyet düzeyi yüksek hastaların, hekimin tavsiyelerine uyma, verilen ilaçları kullanma ve hekim hasta ilişkisini devam ettirme eğilimlerinin tatmin düzeyi düşük hastalara göre daha fazla olduğu yani hastanın sağlık hizmeti ile ilgili memnuniyeti arttırdığı zaman, tedaviye yaklaşımı ve uyumu da artmaktadır.<sup>121</sup>

Bununla beraber hastalar, olumlu görüşlerini de, olumsuz görüşlerini de olması gerekenden fazla büyüterek yansıtmaktadırlar. Belirtilen nedenle hastaların ihtiyaç ve

<sup>119</sup>İlhan Atık, “Tabur Seviyesi Sağlık Hizmetleri Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2003, s.20.

<sup>120</sup>H.Seval Akgün-Rengin Erdal, “Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 1998, s.219.

<sup>121</sup>Yeşim Taş Türköz ve Diğerleri, “Hasta Tatminin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1998, s.33.

beklentileri ile verilen hizmet hakkındaki görüşlerini doğru tespit etmeye çalışmak gerekmektedir.<sup>122</sup>

Araştırmalar memnun olmayan müşterinin %96' sının bir daha aynı yerden hizmet almak istemediklerini ve memnuniyetsizliğini en az 9-10 kişiye bahsettiğini gösterdiğinden müşteri memnuniyetini göz ardı etmek, kurumun gelişmesi ve geleceği açısından risk oluşturmaktadır.<sup>123</sup>

Sağlık bakım hizmetlerinde hasta memnuniyeti belirlenmesi çalışmalarında sektörün bazı özelliklerini dikkate almak gerekmektedir. Zira hastalar hizmetin teknik yeterliliğini değerlendirmede oldukça az temele sahip olduklarından, teknik yeterlilik hakkındaki yargıları çoğunlukla karşılaştıkları doktor dahil diğer çalışanlar ile iletişime paralel oluşmaktadır.<sup>124</sup> Ayrıca hastaların içinde buldukları fiziksel ve duygusal durumları da düşüncelerinde etkili olabilmektedir.

Birçok tıbbi bölüm ve teknik konuların hastalar tarafından değerlendirilmesindeki zorlukla beraber hastaların önceki tecrübelerinden etkilenmeleri sonucu yapılan memnuniyet araştırmalarının bütün toplum için genellemesi uygun olmayabilir.

Hastaların beklenti ve deneyimleri farklı olduğu gibi verilen servisin kalitesi de yere ve uzmanın ehliyetine göre farklılık gösterecektir. Özellikle hasta memnuniyetinin ölçüldüğü yere katkısı büyük olan bu çalışmalardan yine de tüm topluma genellenebilecek hastaların yüksek sesten rahatsız olması gibi bazı sonuçlar çıkartmak mümkündür.<sup>125</sup>

<sup>122</sup>İbrahim Kavrakoğlu, **Kalite, Kalite Güvencesi, ISO 9000 ve Toplam Kalite**, Rekabetçi Yönetim Dizisi, İstanbul 1993, s.43.

<sup>123</sup>Esra Alemdar, "Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti", **Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayın No:289, Ankara 1999, s.179.

<sup>124</sup>Şahin Ümit, Eskişehir 2000, a.g.e., s.146.

<sup>125</sup>Ak, a.g.e., s.64.

Hastalar sağlık hizmeti veren kuruluşlarda hizmet sunumu esnasında tıbbi olmayan diğer hizmet ve yaklaşımlardan etkilenebilmekte ve bu nedenle tıbbi olmayan diğer hizmetler teknik kalitenin başarısını etkileyebilmektedir.

Hasta memnuniyeti çalışmalarından çıkarılacak sonuçların hasta bakım kalitesini arttırmada önemli kriter olduğu gerçeği, söz konusu sağlık bakım hizmetlerinde hastanın ilk başvurduğu, dolayısıyla toplumun büyük bir kısmının temas halinde olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde de, teşhis ve tedaviye yönelik hizmet düzeyinin artırılmasına ve hasta beklentilerinin gerçekleşmesine katkı sağlayacak, sağlık yönü ile toplumun geneline yansıyan memnuniyete ulaşılabilir olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetinde, hasta memnuniyetine yönelik olarak hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden anladıkları, hizmet sunan personelden beklenti ve ihtiyaçlarda önceliklerin belirlenmesi, hizmet sunumuna dair görüş ve geri bildirimleri, kalitenin tesisi ve iyileştirilmesi için son derece önemlidir.<sup>126</sup>

Vatani görevini yapmak için birliklere katılan mehmetçiklerin de birliğe ilk girişlerinden itibaren birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kontrollerinin yapılarak sağlık sorunlarının giderilmesi ve oluşacak sağlık sorunlarının da giderilmesinde kendilerine güven verilmesi daha önceki yaşamlarından ayrı bir yaşam ve disiplin içerisinde bulunacakları birliklerine adapte olmaları için gereklidir. Sağlık konusunda kaliteli hizmetin verilmesi bu adaptasyonu kolaylaştıracak unsurlar içerisinde önemli bir faktör olarak yerini almaktadır.

### **3.2. SAĞLIK HİZMETİ SÜREÇLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ İLE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ GENEL BAĞLANTI**

Sağlık sektörü toplam kalite yönetimi olgusunda mesleki bilgi, beceri, uygun teknoloji kullanımı ve hastanın aldığı hizmetin şekli ve düzeyi hakkındaki kalite algılaması, önemli bir yer teşkil etmektedir.

<sup>126</sup>Füsun Ersoy-Tamer Edirne, "Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti", **4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul 2001, s.366.



Hastanın kalite yargısında hastanın başvurusundan başlayarak teşhis, tedavi, bakım hizmetlerinin sunulması sonuçlarının alınmasına kadar geçen süreç içindeki iletişim, davranış ve bilgilendirmenin rolü vardır.<sup>127</sup>

Kaliteli sağlık hizmeti faaliyetlerinin geliştirilmesinde önemli etkenlerden biri olan çıktıların odak noktası olarak alınması süreçlerin tanımının, tanıtımının ve ölçümünün belirlenmesini gerektirmektedir.<sup>128</sup>

Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde tıbbi süreç hastanın gelişi ile başlamakta ve özellikle rahatsızlığını fazla hisseden bireylerde verilen hizmetin geciktirilmesi hastanın sağlık durumundaki bozulmanın artması ile birlikte daha ilk anda hasta memnuniyetini direkt olarak etkilemektedir.<sup>129</sup>

Toplam kalite yönetiminde çıktının kaliteli olmasını sağlamak için tüm süreçlerin sürekli iyileştirilmesi yaklaşımı, çıktının kalitesine etki eden her türlü unsurun kalite yönetimine katılımını gerektirmektedir.<sup>130</sup>

Süreçlerin iyileştirilmesinde hastaların algıladığı kalite ile karşı karşıya kalınır. Çünkü sağlık hizmeti alan kişi memnuniyetini kendi kalite anlayışına göre belirler. Hasta hizmetin kalitesini değerlendirirken kişilik, algılama, motivasyon, sosyo-kültürel durum gibi pek çok kişisel faktörün etkisinde kaldığından burada önemli olan müşteri beklentilerinin varsayımla değil müşteriye sorularak tespit edilmesi gerekliliğidir.<sup>131</sup>

Algılanan kaliteyi oluşturan kriterlerin tespitinden sonra sağlık hizmetinin sunulduğu kurumda uygulama alanı bulan süreçlerin belirtilen kriterlere uygunluğunun görülmesi, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için ölçüm yapılmalı ve ölçümde kullanılan örneklem öncelikle sağlık hizmetinden faydalananlara yönelik olmalıdır.

<sup>127</sup>oru, Ankara 1996, a.g.e., s.XIII.

<sup>128</sup>Galen Barbour, "Amerikan Sağlık Sisteminde TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler", **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996, s.4.

<sup>129</sup>Sezgin, a.g.e., s.9.

<sup>130</sup>Sayın, a.g.e., s.163.

<sup>131</sup>Alemdar, a.g.e., s.179,180.

### 3.3. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bir sağlık kurumunda sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanma imkanı bulunan veya daha önceden bu hizmetlerden yararlanmış kişiler olarak tanımlanan hastaların memnuniyetini etkileyen birçok kriter vardır. Bu değişkenler farklı kaynaklarda farklı şekillerde sıralanmakta ya da sınıflandırılmaktadır.

Örneğin Hall ve Dornan'ın hasta memnuniyet araştırma sonuçlarını değerlendirmeleri ile yayınladıkları bir araştırmada hasta memnuniyetinin boyutlarını, ulaşım, bürokratik işlemler, hizmetin devamlılığı, maliyet, insancılık, genel memnuniyet, genel kalite, fiziksel şartlar ve hizmetin sonuçları olarak tanımlamışlardır. Fakat memnuniyet çok göreceli kavram olduğundan deneyimlerden, yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerler ve hizmet sunumu ile ilgili beklentilerden etkilenmektedir.<sup>132</sup>

Bu bağlamda klinik tedavide hasta memnuniyeti sadece uygulanan spesifik müdahalelerle değil aynı zamanda tüm süreçlerde kişinin hasta ile ilgilenmesi sırasındaki yaklaşımı, kabiliyeti ve yardımcı proseslerin etkin olmasına bağlı olmaktadır.<sup>133</sup>

Özetle hasta memnuniyetine ilişkin değişkenlerde temel üç ana grubun varlığı söz konusudur ve bunlar hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir.<sup>134</sup>

Diğer bir kaynağa göre hasta memnuniyetini etkileyen temel faktörler ise doktor davranışı, hemşire davranışı, genel konfor, diğer hastane personeli, bilgilendirme,

<sup>132</sup>M.Hulki Uz-İ.Deniz Özbakır-Cemil Ergin, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara 1997,s.113.

<sup>133</sup>M.Ruhi Gökmogol-Vahit Öz -Adnan Kısa, "ISO 9000 Uygulamalarının Sonuçları ile İlgili Bir Askeri Hastane Müşteri Memnuniyeti Çalışması", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.26.

<sup>134</sup>Zehra Alcan, "Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.133.

beslenme, güven, bürokratik işlemler, ücret, hastane çevresi ve benzerlerini esas almaktadır.<sup>135</sup>

Wolley'e göre ise hasta memnuniyeti üzerinde etkili olan temel faktörler, çıktılardan memnuniyet, hizmetlerde devamlılık, hasta beklentileri, doktor, hasta ilişkisi iken Pitzpetrik' in değerlendirmesinde ise sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği, ulaşılabilirliği, hasta doktor ilişkisi, hasta bakım kalitesi, mesleki beceri, bakımın örgütsel yönü dikkate alınmalıdır.<sup>136</sup>

Yukarıda belirtilen faktörlerde, ulaşılabilirlik ve bulunabilirlik, sağlık kurumuna fiziksel uzaklığı ve ulaşım kolaylığını, sevk ve randevu işlemlerini, sürekli hizmet kapsamında istediğinde doktoru ile görüşebilmeyi, muayene öncesi teşhis ve tedavi esnasında bekleme süresini ifade etmektedir. Hasta bakım kalitesi, hekimlerin mesleki becerilerini ve yeterliliğini, tedavi sonucu iyileşme yeterliliğini, zamanında müdahaleyi, teknolojiye dayalı hizmeti ve hizmetin verilmesindeki hızı belirtmekte, hasta-doktor ve personel ilişkisi ise hekime güveni, hastaya yeterince zaman ayırmayı, ilgiyi, güler yüzlülüğü, bilgilendirmeyi, gizliliği içermekte, örgütsel ve fiziksel yapı da örgüt içi ilişkileri, çalışma ortamını, işlemlerde basitliği, akıcılığı, otomasyonu, haberleşme imkanını, hizmetlerin maliyetini, aradığı yeri kolay bulabilmeyi, otoparkı ifade ederken, devamlılık anlayışı içerisinde de aynı yere muayene olmak için tekrar gelme niyeti ve başkalarına tavsiye etmek yaklaşımı bulunmaktadır.<sup>137</sup>

1966-1990 yılları arasında 221 araştırmanın değişik boyutlarda incelenmesi sonucu yayınlanan bir makalede ise genel değerlendirmede hasta tatminini etkileyen en önemli dört faktörün,

- Hizmet sunucuların hastalarına karşı gösterdikleri ilgi,
- Hastaları hastalıkları hakkında bilgilendirme,

<sup>135</sup>Baltaş, a.g.e., s.94.

<sup>136</sup> Dilaver Tengilimoğlu, "Ankara' da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997, s.105.

<sup>137</sup>Tengilimoğlu, a.g.e., s.105

- Yakın ilgi, hizmet sunucu ve sağlık kuruluşlarının güvenilirliği,
- Profosyonel yeterlilik,

olduğu belirlenmiştir.<sup>138</sup>

Diğer bazı faktörlerinde sahip oldukları önem derecesine göre uzun bekleme süreleri gibi bürokratik bir takım işlemlerin varlığı, ulaşılabilirlik, hijyen, teknolojik alt yapı gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin varlığı olarak tespit edilmiştir.

Sosyo-demografik, kültürel ve çevresel değişkenlerinde hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştıran birçok çalışma mevcut olup araştırmalarda cinsiyet, ırk, gelir düzeyi, yaş, eğitim gibi değişkenlerden, hasta tatmini ve yaş faktörü arasında pozitif yönde (Weiss, 1988), eğitim faktörü ile negatif yönde bir ilişki olduğu (Lewis, 1994; Esatoğlu ve Ersoy, 1996), ayrıca kültürel ve çevresel değişkenlere bağlı olarak içerik ve yöntem açısından çeşitlilik gösterdiği,<sup>139</sup> ayrıca refah düzeyi arttıkça sunulan sağlık hizmetinde hastaların beklentilerinin değiştiği<sup>140</sup> araştırmalar tarafından saptanmıştır.

Yardımcı tıbbi hizmetler, destek hizmetler, idari hizmetler gibi birçok süreci ilgilendiren ve bu bağlamda çok boyutlu bir kavram olan hasta memnuniyetinde, tıbbi tedavi hakkında genel olarak hastaların bilgisi yetersiz olduğundan öncelik kuşkusuz doğru tanı ve tedavidir. Doğru tanı ve tedavi söz konusu olmadığında, hastanın sağlığına kavuşması uzak ihtimal olduğundan hasta memnuniyetini koruyamayacaktır.

Hasta mutluluğunu doğru tanı, doğru tedaviyi kapsayan tıbbi sonuçların uygunluğu ile öncelikli olarak diğer hizmet boyutları olan ilgi, bilgilendirme, nezaket, psikososyal destek, bekletilmeden eksiksiz hizmet, yeterli muayene süresi, ulaşılabilirlik, uygun fiyat, hizmetin sürekliliği, hasta takibi, temizlik, konfor ve diğer bazı temel beklentileri sağlamak olarak değerlendirirsek, bu noktalarda tıbbi ve tıbbi olmayan

<sup>138</sup> Akgün H.Seval, Erdal Rengin, **a.g.e.**, s.220.

<sup>139</sup> Türköz Yeşim Taş, Aksoy Ayşen, **a.g.e.**, s.34.

<sup>140</sup> Semra Kardeş, "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini", **1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayını, İzmir 1995, s.234.

süreçlerin gözden geçirilmesi sağlanarak, kaliteyi yönetmek için doğru sistem kurmak mümkün olacaktır.

Bununla birlikte sağlık hizmeti açısından söz konusu faktörler, hastalar tarafından algılandığından farklı değerlendirilmesi mümkün olduğundan hasta memnuniyeti araştırmalarının gerçek kaliteyi göstermeyebileceği dikkatten uzak tutulmamalıdır.

Yine hasta hak ve memnuniyeti dikkate alındığı kadar sağlık kurumunun kuralları ve kurumsal etik kavramı da söz konusu olduğundan burada önemli olan bu kavramların aynı paralelde düşünülmesi, sağlık hizmeti sunanların hastaları sağlık kurumuna girişinden itibaren, sağlık kuruluşu ve işleyiş hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirme anlamında eğitim vermesi gerekmektedir. Sadece hastayı memnun etmeye dönük hizmetlerin her zaman hasta lehinde olmayacağı sarihdir.<sup>141</sup>

Hasta memnuniyet çalışmalarının önemine istinaden son yıllarda Türkiye’de özel sağlık kurumlarında memnuniyet araştırmalarının kullanımında artış gözlenirken, kamu sağlık kurumlarında ise sağlıkla ilgili yapıda çoğunlukla otoritenin gücü yönüyle gelişme çabaları organize edilmeye çalışıldığından, bu araştırmaların yeteri kadar yapılmadığı gözlenmektedir. Hasta memnuniyet araştırmalarının amaçları, yöntemleri ve değerlendirmeleri hem kendi içinde hem de kuruluşlar arasında değişiklik gösterdiğinden farklı yöntemleri kullanarak doğru veri toplamasına çalışmak ve bu doğrultuda saptanan aksaklıkları giderici tedbirleri almak için çalışmaları başlatmak gerekmektedir.

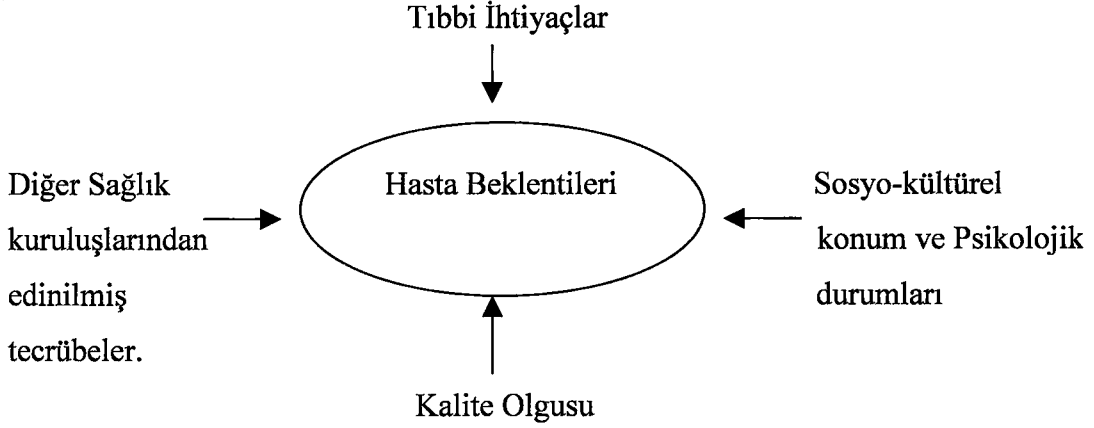
### **3.4. HASTALARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Hastaların verilen hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel faktör, hastanın tıbbi ihtiyaçları, diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler, zihinlerdeki

<sup>141</sup>Akgün H.Seval, Erdal Rengin, a.g.e., s.225.

kalite tanımı ve sosyo-kültürel kavramları ve psikolojik durumlarıdır.<sup>142</sup>

**Şekil 3.1. : Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler**



**Kaynak :AKGÜN H.Seval-ERDAL Rengin, “Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 1998, s.220.**

- Tıbbi İhtiyaçlar açısından hastaların özelliğine göre farklı oluşan beklentiler nedeniyle, hastanın tutumu ve beklentileri hakkında ulaşılan bilgiler, hizmet sunan kurum için ayrı önem oluşturmaktadır.<sup>143</sup>
- Tecrübe Olgusu, hastaların bir sağlık kurumuna gelmeden önce diğer sağlık kurumlarından edindikleri tecrübelerden oluşmaktadır.

Bir hastanın tecrübesi birbiriyle ilgili olan klinik sonuç, tedavinin uygulandığı fiziksel çevre, doktorların hastalara davranış biçimini içeren üç tıbbi parametre ile saptanır. Klinik sonuç, hastanın beklentisi, hastalığın ne olduğuna, arkadaşlarından duyduklarına, en önemlisi beklenebilecek düzelme oranı, gözlenen yan etkiler, görevlilerin klinik çıktılar hakkında söyledikleri faktörlere dayanmaktadır. Fiziksel çevrenin değerlendirilmesinde ise park yeri, temizlik, dış çevrenin görünümü, ulaşım

<sup>142</sup> Akgün H.Seval, Erdal Rengin, a.g.e., s.220.

<sup>143</sup> Matt Elbeck, **Client Satisfaction Measurement**, Aspen Publishers Inc., New York 1987, p.48.

kolaylığı gibi fiziksel ortamları belirleyen değişkenler hasta üzerinde etkiye sahiptir. Ancak klinik sonuçtan ve ilgiden memnun kalan bir hastanın fiziksel çevre yüzünden fikrini değiştirmesi zor olmakla beraber fiziksel çevrenin üstünlüğüne rağmen, klinik sonuç ve ilgiden memnun kalmayan bir hasta ise genelde memnun olmayacaktır. Doktorların hastalara davranış biçimi incelendiğinde, sağlık personelinin nazik olmayan yaklaşımları hastalarda memnuniyetsizlik yaratabilmektedir. Hastanın sağlık personelinin bütün ilgisinin üzerinde olduğunu, önemli bir probleminin olduğunu farkına varıldığını hissetmesi önemlidir.<sup>144</sup>

Pascor hasta-doktor ilişkisinde mesleki becerilerin ve iletişim yeteneklerinin dikkate alınması gerektiğini ifade etmektedir.<sup>145</sup>

- Hasta beklentilerini etkileyen faktörlerden bir diğeri olan kalite olgusunda ise hastaların sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel değer yargılarına göre değerlendirme kriterleri farklılık gösterebilmekte ve bu değerlendirme kriterlerinin sayısı artıp azabilmektedir.

- Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde kişilik, algılama, motivasyon, tutum, yenilikçilik düzeyi psikolojik öğeleri, tanımlanan sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri sosyo-kültürel öğeleri oluşturduğu ve beklentileri etkilediği görülmektedir.<sup>146</sup>

Hastaların sadece fiziksel ve tıbbi ihtiyaçlarını gidermek yeterli olmayacağından, sunulan hizmetin yansıttığı sosyo-kültürel öğeler içindeki kültür ve buna bağlı olarak oluşan değerler özellikle önem oluşturmaktadır. Yani hastaların çalışma alışkanlıkları insanlarla ilişkiler, kendilerine karşı hassasiyetler, iletişim, giyim tarzı ve görünüm, yemek yeme ve beslenme alışkanlıkları, inanç ve değer yargıları hizmet sunulan sağlık kurumundaki ile uyum ve benzerlik taşınmasına dikkat edilmelidir.<sup>147</sup>

<sup>144</sup>Ak, a.g.e., s.63.

<sup>145</sup>Tengilimoğlu, a.g.e., s.109.

<sup>146</sup>Oğuz Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri", **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999, s.412.

<sup>147</sup>Engiz, a.g.e., s.414.



### 3.5. HASTA HAKLARI

1994 Amsterdam Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesinde, hasta haklarının kullanımında herhangi bir ayırım olmadan sağlanmasını ve hastaların haklarına saygı gösterilmediğini hissettiğinde şikayet için başvuru imkanına sahip olması gerektiği belirtilmektedir.<sup>148</sup>

Türkiye’de de hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler için de en önemli olanı 1998 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği sağlık çalışanlarına ve hastalara yol gösterici en temel metindir.<sup>149</sup>

Sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ve kurum yöneticileri tarafından iyi bilinmesi gereken, hasta-sağlık çalışanı ya da hasta-kurum ilişkisinde ortaya çıkan hak unsurları ortaya koyan, hasta hakları kavramını düzenleyen bu yönetmeliğin uygulanışının, hastalar tarafından bilinmesi, hastalarda memnuniyet yönüyle oluşacak beklenti kriterlerine ilgili maddelerin de dahil olmasını mümkün hale getirecektir.

İnsan onuruna yakışır biçimde herkesin hasta haklarından yararlanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine olanak sağlayan Hasta Hakları Yönetmeliği şöyle özetlenebilir;

- Sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak hizmet verme yükümlülükleri dahilinde hastalar, sağlıklı yaşamın teşvik edilmesine yönelik faaliyetlere ve koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsayan sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak yararlanma hakkına sahiptir.

- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanabileceği konusunda bilgi isteme hakkına sahiptir.

<sup>148</sup>Sema Onurlu ve Diğerleri, “Bayındır Hastanesi Ankara’ da Hasta İstek, Şikayet ve Teşekkürlerin Değerlendirilmesi”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999., s.23.

<sup>149</sup>.....Göreve Yeni Başlayan Sağlık Personelinin Asalet Kursu Eğitim Kitapçığı, **Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü**, 2002, s.97.



- Hasta, tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve orada sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir.
- Hastanın hekimini de özgürce seçme hakkına sahiptir. Ancak genel polikliniklerde ve hastanelerde uygulanan yöntemlerle bu hak sınırlanabilir.<sup>150</sup>
- Sağlık kuruluşunun hizmet verme olanaklarının yetersiz ve sınırlı olması durumunda hasta, öncelik haklarının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak tesbit edilmesini isteme hakkında sahiptir.
- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılması ve bakımını talep etme hakkına sahiptir.
- Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle yani muayenenin, teşhisinin, tedavinin, tıbbi değerlendirmelerin, hasta ile doğrudan teması gerektirici diğer işlemlerin makul gizlilik ortamı içerisinde icra edilmesi gerekir.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında herkesin, güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakkı vardır.
- Hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilerine sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel uygun bir tarzda, güler yüzlü, nazik, şefkatli biçimde davranmak zorundadır.
- Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri söz konusu ise bekletilmelerinin nedenleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir.
- Hastalar, tıbbi nedenlerden dolayı sağlık kuruluşlarına bizzat gidilemeyen veya götürülmeyen hallerde ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde sağlık hizmetlerinden buldukları yerde yararlanabilirler.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında insan onuruna yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esas olmalıdır.

<sup>150</sup>Nevzat Eren, Sibel Kalaça, "Tıp Ahlakı", **Halk Sağlığı**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara 1995, s.437.

Belirtilen maddelerdeki uygulamalar, bedensel, ruhsal, ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının en temel hak olduğu hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurularak ve yaşama, maddi, manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkını hiçbir merci veya kimsenin kaldırma yetkisinin olmadığı bilinerek hastaya insanca muamelede bulunarak yerine getirilmelidir.

### 3.6. HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜMÜ

Memnuniyet, hasta uyumunun ön şartı olarak kabul edilmektedir. Kaliteli sağlık hizmetinin sunulması hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi sağlık kuruluşunun önemli hedefleri içinde bulundurulmasını gerektirmektedir.<sup>151</sup>

Hastanın değişen kendine özgü gereksinimi ve beklentilerinin zamanında belirlenmesi ve sistemin bu doğrultuda gelişimini esas alan sürekli iyileştirme süreci, sağlıklı ölçüm ve değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır.<sup>152</sup>

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar tarafından hastaların memnuniyet kriterleri tespit edilerek bu yönde tutum ve inançlarının değerlendirilmesi, hasta tatmininin, ortaya konan hizmetle ilgisini ölçmekte ve hizmet sunanlara hastaların düşüncelerini öğrenme ve mevcut alışkanlıkların veya sorunların giderilmesini olası hale getirmektedir.<sup>153</sup>

Kısaca hasta memnuniyetini sağlamak ve beraberinde sağlık hizmet kalitesini beklenen düzeye çıkarmak ve gelişimini arttırmak için hastaları eğitmek, bilinçlendirmek, tıbbi ihtiyaçları haricindeki durumsal ihtiyaçlarını da dikkate almak ve en önemlisi hizmet kalitesini hastalar yönüyle değerlendirebilecek kriterleri belirlemek, geri bildirimlerini ölçmek ve buna bağlı indikatörleri değerlendirmek gerekli olmakta, hasta memnuniyeti ölçüm ve değerlendirme yöntemleri de kendi başlarına

<sup>151</sup>Taşdemir, a.g.e., s.457.

<sup>152</sup>Nilgün Sarp-Emine Özdoğan, "Özel Bir Hastane İçin Yapılan İmaj Araştırması (Keçiören Hastanesi)", **4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul 2001, s.227.

<sup>153</sup>Aynur Ünlü, "Hastaların Ankara'daki Devlet Hastaneleri İle Üniversite Hastanelerine Seçiş Nedenleri", Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1998, s.57.

değerlendirilmeyip kuruluşun genel performans ve gelişim ölçümlerini paralel hale getirilmelidir.<sup>154</sup>

Kaliteli sağlık hizmeti için hasta memnuniyetinin tespiti ve gelişimini sağlamak maksatlı ölçümde daha çok konuyu içerebilmesinden dolayı en yaygın kullanılan yöntem “anket” olmaktadır.

Anket ile toplanan verilerin değerlendirilmesi ile sağlık kuruluşunun mevcut performansı, gelişim için karşılaşılan fırsatları ve fırsat önceliklerini, ana problemlerini belirlemek mümkündür.

Batıda da hazırlanan ve uygulanan anketler genelde hasta tercihlerine ve değer yargılarına saygı, hasta bakımında koordinasyon, hastaların bilgilendirilmesi, iletişim, eğitim, fiziksel rahatlık, duygusal destek ve yakınlarının tedavi sürecine katılımını içermektedir. Hasta tercihlerine ve değer yargılarına saygı “tedaviniz hakkında yeterince bilgilendirildiniz mi?” ya da “doktorlar ya da hemşireler yanınızda hiç yokmuşçasına konuştular mı?” gibi ya da benzer sorularla, hasta bakımında koordinasyon “tetkikleriniz ve tedaviniz programlandığı gibi zamanında tamamlandı mı?” şeklindeki ya da benzer sorularla, hastaların bilgilendirilmesi, iletişim ve eğitim “doktorunuza ya da hemşirelere önemli olduğunuzu düşündüğünüz sorular sorup, anlayabildiğiniz türden yanıtlar alabildiniz mi?” ya da “doktorunuz ya da hemşireler test sonuçlarınızı anlayabileceğiniz türden açıkladılar mı?” gibi veya benzer sorularla, fiziksel rahatlık ise hastaların ağırlı durumlarının giderilmesi ya da yeterince aydınlatma, havalandırma, yotlendiğine sağlanıyor mekanları, ses, yarınlıncı, taramınayı, ininşileri, çıkışları, alışıını kolaylaştıran ekipman ve donanımları kapsayan sorularla, duygusal destek ve yakınlarının tedavi sürecine katılımı “genelde endişe duyduğunuz konularda konuşabileceğiniz bir hastane çalışanı bulmak kolay oluyor muydu?” ya da “ailenizden biri ya da arkadaşlarınız doktorunuzla görüşme fırsatı bulabildi mi?” ya da “size birileri evinize döndüğünüzde ilaçların yan etkileri ile dikkat etmeniz gereken konularda bilgi verdi mi?” gibi sorularla irdelenmektedir.<sup>155</sup>

<sup>154</sup> Engiz, a.g.e., s.420,429

<sup>155</sup> Engiz, a.g.e., s.429-432.

Hasta memnuniyetini tespit için Amerika’da hastanelere yapılan anketlerde en çok ileri sürülen şikayet, doktorların zaman ayırmama ve zayıf iletişim şeklinde ortaya koydukları yeterli ilgilenmeme davranışı olduğu tespit edilmiş(Kavas ve Güdüm, 1995-227), Williams ve Calnan tarafından 1988 yılında İngiltere’de uygulanan araştırmada ise hastaların %35’i doktorların hastalara yeterli bilgi vermediğini (Williams ve Celnan, 1992:715) ortaya koymuşlardır.<sup>156</sup>

Hastaların değer yargılarındaki, eğitim ve kültürlerindeki değişiklikler de dikkate alınarak dünyanın neresinde olursa olsun duygularıyla, algılama yetenekleriyle ve ihtiyaçlarıyla aynı olan hastalar için temel kriterleri sorgulayan iyi hesaplanmış anketlerle batıda olduğu gibi Türkiye’de özellikle sıkıntıların yaşandığı kamu sağlık kuruluşlarında anket uygulamaları artırılarak etkili sonuçlara ulaşabilmesi mümkündür.

---

<sup>156</sup> Tengilimoğlu , a.g.e., s.109.



## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

**KÜTAHYA HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI BİRİNCİ  
BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE  
YÖNETİMİ UYGULAMALARI**

## 4.1. KÜTAHYA HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI SAĞLIK AMİRLİĞİ'NİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

### 4.1.1. Sağlık Amirliğinin Organizasyonu ve Fiziki Yapılanması

Kütahya Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı'nda birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde bulunan Sağlık Amirliği aracılığı ile yürütülmektedir. Sağlık Amirliği hastalara ilk müdahalenin yapılabileceği asgari malzeme ve ilaç ile donatılmış ve pratisyen doktorların hizmet verdiği tedavi kurumudur.<sup>157</sup>

Burada görev yapan askeri doktorların görevi, koruyucu hekimliğin yanında, tedavisi mümkün olan hastalara gerekli müdahaleyi yapmak, ancak kendi olanaklarını aşan hastaları sevk zinciri kapsamında ikinci basamak sağlık hizmeti veren yine Kütahya Hv.Er Eğt.Tug K.lığı sınırları içerisinde bulunan 100 Yataklı Hava Hastanesine sevk etmektir.

Birlikte görev yapan personel (sivil, asker) erbaş ve erlerin mevcudu, Hv.Er Eğt.Tug.K.lığına temel ve ihtisas askerlik eğitimleri için tertip edilen erlerin katılım miktarına göre ortalama 9000-10000 civarında olmaktadır.

Bu denli büyük bir mevcudu barındıran bir birlikte personel, erbaş ve erlerin öncelikle hastalanmasını önleyici tedbirler alarak, en kısa sürede ve yine en ekonomik tedaviyi sağlamaya çalışan Sağlık Amirliği bu hizmeti, kadrosu bir sağlık amiri, sağlık amirine bağlı pratisyen doktorlar, yardımcı personel ve destek hizmetlerinde görevli erbaş ve erlerden oluşan yapısı ile yerine getirmektedir. Kadrosunda bulunan dış tabibi birlik içinde hastane bulunması nedeniyle ataması yapılmayarak dış sağlığına yönelik hizmet Hava Hastanesi bünyesinde yürütmektedir.

Yine psikolojik sorunların çözümünde yardımcı olunması amacıyla birlik

<sup>157</sup>Metin Hasde, "Halk Sağlığı" Kıt'a Hekimliği, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Yayınları, Ankara 2002, s.5.

içersinde oluşturulmuş olan ve psikologların görev yaptığı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi de Sağlık Amirliğinden ayrı bir birim olarak Kütahya 100 Yataklı Hava Hastanesine bağlı işlevini yerine getirmektedir. Sağlık Amirliğinde kadro yapısı, duyulan gereksinimler dikkate alınarak yapılan düzenlemeler ile son 3 yıl içersinde görev yapan personel sayısı, doktor, yardımcı personel, gıda kontrol subayından oluşan personeli ile ortalama (destek hizmeti veren erbaş ve er hariç) 10 kişi olmuştur.

Sağlık Amirliğinin fiziki yapılanmasında ise çalışma odaları, muayene odaları, bekleme salonu, ilk yardım odası ile yine bina içersinde bulunan tuvaletler ve personele dönük faaliyet gösteren içecek vs. ihtiyaçların karşılanması için oluşturulan bölüm bulunmaktadır.

Sağlık Amirliği tıbbi teçhizat, malzeme yönüyle acil müdahale gerektiren sağlık sorunlarına karşı ihtiyaç gösteren teçhizat ve malzemelerin yanında birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda ihtiyaç duyulan (küçük cerrahi malzeme seti, EKG cihazı, ilkyardım seti, acil oksijen verme seti, pansuman seti ve arabası, aşı tabancası vb. gibi) teçhizat ve malzeme ile donatılmıştır. Ayrıca Sağlık Amirliği'ne tahsisli ambulanslar görev yapmaktadır.

Bununla beraber birlik içinde 2 nci basamak sağlık hizmeti veren bir hastanenin mevcut olması nedeniyle, laboratuvar ve radyoloji ile ilgili gereksinimler ile daha önce belirtilen dış sağlık hizmetlerinin karşılanması için, gerek ihtiyaç duyulan teçhizat ve malzemenin temini ile oluşacak maliyet, gerekse hizmet verecek personelin sayısının artırılması ile oluşacak maliyet artışları da dikkate alınarak ifade edilen hizmetlerin birlik içindeki ikinci basamak sağlık hizmeti veren hastane kapsamında koordineli olarak yürütülmesi sağlanmaktadır.

#### **4.1.2. Sağlık Amirliğinin Sunduğu Hizmetler**

Kütahya Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı Sağlık Amirliği birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, muayene ve tedavi, koruyucu hekimliğe ait görevlerin yerine getirilmesini sağlamaktadır. Bu görevlerin yanında ayrıca diğer karargah görevleri ile gerginlik ve

savaş durumunda her an hazırlıklı olacak şekilde gerekli planlamaları yaparak, tatbikatların icrasını gerçekleştirmektedir.

Personel (Sivil ve asker ve aileleri) ile erbaş ve erlere sunulan koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetlerinin yoğunluğu, birliğe dört periyot halinde katılan ve her katılışlarında ortalama sayıları 6000-6500 olan mehmetçikler ile iyice artmakta olduğundan ve özellikle yeni katılan mehmetçiklerin, mevcut sağlık sorunlarının yanında, ilk aşamada askerlik hayatına uyum sağlayana kadar geçen sürede ve sonrasında, eğitim, iklim vb. gibi şartlara da sağlayacakları adaptasyona kadar oluşan ve oluşabilecek sağlık sorunlarının çözümlenmesi gerekliliği sağlık amirliği personelinin büyük gayret ve dikkatini de ortaya koymasını gerektirmektedir.

Erlerin katılımı kayıt kabul faaliyetleri kapsamında yürütülmektedir. Sağlık Amirliği personeli bu aşamada yeni katılım yapan mehmetciklerin ilk sağlık kontrollerini yaparak, sağlık sorunları olanların tespitini gerçekleştirmekte ve uzman doktorun muayenesine ihtiyaç duyulan erlerin hastaneye sevk edilmesini sağlamaktadır. Yine bu aşamada sağlık amirliği sorumluluğunda koruyucu sağlık kapsamında aşılama yapılıması sağlanmaktadır.

Hiç şüphe yok ki bu evrede özellikle askerlik hizmetinin başlaması ile yeni iklime, yeme ve içmeye, yatıp kalkmaya, nihayet askerlik eğitimine alışmaya kadar erlerin adale ağrıları ve vücut kırıklığı hissi şeklinde geçirdikleri sarsıntıların da eklenmesiyle ilk aylarda hastalık şikayetleriyle viziteye çıkanların sayısı oldukça fazla olacaktır.<sup>158</sup>

Ancak böyle olmakla beraber evvelden geçirilmiş ve gözden kaçmış hastalıkların tekrarlamaması veya evvelki hayatından çok hareketli olan askerlik hayatının şartları içerisinde yeni bir hastalığın başlayabileceği dikkate alındığında tüm yoğunluğa rağmen Sağlık Amirliği'nde görevli personel, hizmet sunumundaki

---

<sup>158</sup>Hasde, a.g.e., s.17



kalitesinden ödün vermeden görevlerini yerine getirmek zorunluluğundadırlar.

Bölüklerine katılan mehmetçiklerin sağlık işlemleri ise kendisini rahatsız hissedenlerin sabah yoklamasında birlik komutanlarına müracaatı ile başlamakta ve sonrasında sevk işlemi yapılarak viziteye çıkışı sağlanmaktadır. Acil vakalarda derhal, diğer hallerde vizite zamanında sağlık amirliğine gelenlere vizite işlemi yapılmaktadır. Mesai sonrasında rahatsızlananlar ise hali hazırda Kütahya 100 Yataklı Hava Hastanesi acil servisinde muayenesi yapılmaktadır.

Sağlık Amirliğine, her birliğin vizite sorumluları tarafından toplu olarak götürülen hastaların vizite işlemleri, öğleye kadar her birliğe tahsis edilen zaman aralığında yapılmakta, ancak bazı birliklerden viziteye çıkanların sayısı arttığı zaman diğer birliklerden gelen hastaların muayene zamanı az da olsa ileri zaman aralığına ertelenmektedir.

Sağlık Amirliği tarafından tanı için ihtiyaç duyulan tahlil, röntgen vb. gereksinimlerin tamamlanması amacıyla hastaneye gönderilen hastaların muayenesi ise öğleden sonra yapılmaktadır.

Yine sağlık amirliğinde sabah ve akşam saatlerinde tedavisi için gerekli olanlara enjeksiyon ve pansuman yapılmaktadır.

Sağlık Amirliğinde viziteye çıkanlar soğuk havalarda çoğunlukla bekleme salonundan istifade etmekte hava sıcaklığının uygun olması durumunda hem bekleme salonlarından hem de Sağlık Amirliği binasının dışındaki banklardan istifade etmektedirler.

Sağlık Amirliğinde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinden istifade edenlerin, 2002 yılı, 6'şar aylık dönemler halinde ve 2003 yılı, ilk 6 aylık muayene ve sevk dağılımları aşağıda belirtilmiştir.

**Tablo 4.1. : 01 OCAK-30 HAZİRAN 2002 Dönemi Muayene ve Sevk Sayıları**

Tedavi Gurubu		Personel/Svl.M.	Er/Erbaş	Toplam
Dahiliye	Muayene	116	4655	4771
	Sevk	18	177	195
Genel Cerrahi	Muayene	6	508	514
	Sevk	9	255	234
Göz Hastalıkları	Muayene	-	712	712
	Sevk	20	311	331
K.B.B. Hastalıkları	Muayene	17	1763	1778
	Sevk	9	230	239
Ortopedi	Muayene	117	2659	2776
	Sevk	17	451	469
Dermatoloji	Muayene	1	84	85
	Sevk	5	841	846
Psikiyatri Nöroloji	Muayene	3	90	93
	Sevk	17	375	393
İntaniye	Muayene	1	115	116
	Sevk	1	56	57
Üroloji	Muayene	3	345	348
	Sevk	9	122	131
Toplam	Muayene	262	10931	11193
	Sevk	106	2788	2894

**Kaynak : Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı Sağlık Amirliği'nin İlgili Yönerge Esaslarına Göre Hazırladığı Periyodik İstatistikler**

**Tablo 4.2. : 01 Temmuz-31 Aralık 2002 Dönemi Muayene ve Sevk Sayıları**

Tedavi Gurubu		Personel/Svl.M.	Er/Erbaş	Toplam
Dahiliye	Muayene	198	5640	5838
	Sevk	40	238	278
Genel Cerrahi	Muayene	9	186	195
	Sevk	23	404	427
Göz Hastalıkları	Muayene	8	240	248
	Sevk	28	691	719
K.B.B. Hastalıkları	Muayene	141	922	1063
	Sevk	19	421	440
Ortopedi	Muayene	50	1863	1913
	Sevk	20	438	458
Dermatoloji	Muayene	46	1729	1775
	Sevk	3	306	309
Psikiyatri Nöroloji	Muayene	38	41	79
	Sevk	29	291	320
İntaniye	Muayene	14	128	142
	Sevk	7	61	68

Üroloji	Muayene	5	230	214
	Sevk	9	22	31
Toplam	Muayene	509	10958	11467
	Sevk	178	2872	3050

**Kaynak : Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı Sağlık Amirliği'nin İlgili Yönerge Esaslarına Göre Hazırladığı Periyodik İstatistikler**

**Tablo 4.3. : 01 OCAK-30 HAZİRAN 2003 Dönemi Muayene ve Sevk Sayıları**

Tedavi Gurubu		Personel/Svl.M.	Er/Erbaş	Toplam
Dahiliye	Muayene	280	3868	4148
	Sevk	52	301	353
Genel Cerrahi	Muayene	26	580	606
	Sevk	28	428	456
Göz Hastalıkları	Muayene	16	466	482
	Sevk	55	530	585
K.B.B. Hastalıkları	Muayene	57	2412	2469
	Sevk	41	430	471
Ortopedi	Muayene	73	2322	2395
	Sevk	43	628	672
Dermatoloji	Muayene	50	2024	2074
	Sevk	6	253	259
Psikiyatri Nöroloji	Muayene	21	249	270
	Sevk	25	246	271
İntaniye	Muayene	13	108	121
	Sevk	6	94	100
Üroloji	Muayene	6	323	329
	Sevk	20	325	245
Toplam	Muayene	542	12352	12894
	Sevk	277	3135	3412

**Kaynak : Kütahya Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı Sağlık Amirliği'nin İlgili Yönerge Esaslarına Göre Hazırladığı Periyodik İstatistikler**

Sağlık Amirliğinde teşhis ve tedavide kullanılan ilaç, teçhizat ve malzemelerin temini de Kütahya 100 Yataklı Hava Hastanesi sıhhi mal saymanlığı kanalı ile üst komutanlıkla koordine edilerek gerçekleştirilmektedir. Belirtilen nedenle tedarikçilerle Sağlık Amirliği personelinin teması söz konusu olmamaktadır.

Sağlık Amirliği'nin tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında temel amaçlarından biride Kütahya Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı'nda görev yapan tüm personel (sivil, asker ve aileleri), erbaş ve erlerin sağlıklı kalmasını sağlamak ve sağlıklarını geliştirmektir. Bu da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yanında özellikle erbaş ve erlerin sağlık konusunda bilinçlendirilmesini ve bazı davranış özelliklerini kazanmalarını sağlamayı gerektirmektedir.

Sağlık Amirliği tarafından sağlıklı kalınması ve sağlığın geliştirilmesi için yürütülen koruyucu hekimlik tedbirleri aşağıda belirtilmiştir.

Mehmetçiklerin birliğe ilk katılışlarında, kayıt kabul safhasında, ilk muayenelerinin yapılmasını sağlayarak, birliğe giriş anından itibaren sağlık taramasını gerçekleştirir. Bu ilk aşamada aynı zamanda muayenenin yanında, özellikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi maksatlı bağışıklama amacıyla aşılamanın yapılmasını sağlar. Verem ve sıtma taramasını ilgili birimlerle koordine ederek yaptırır.

Yine birlikte görev yapan tüm erbaş ve erlerin üç ayda bir periyodik sağlık muayenelerini yaparak hastalıkların tespitini yayılmasını ve gelişmesini önler.

Birlikteki tüm personel erbaş ve erlerin bulaşıcı hastalıklardan korunma, ilk yardım, aile planlaması, bilinçli ilaç tüketimi, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı zararları hakkında bilgilendirilmesini amaçlayan konferanslar planlayarak, verilmesini sağlar.

Gıda maddelerinin kontrollerinin yapılmasını, sağlığa uygunluk derecesini, durumunun ve niteliğinin kontrol edilmesini sağlayarak, sağlıklı beslenme imkanı oluşturulmasını gerçekleştirir.

Gıda ile ilgili tesislerin sıhhi şartlara uygunluğunun kontrol edilmesini ve gıda ile ilgili tesislerde çalışan personelin kontrolünü yaparak hastalıkların oluşmasını ve yayılmasını önler.

Erbaş ve erlerin yatakhanedeki düzeninin hijyen kurallarına uyup uymadığını, personel erbaş ve erlerin kıyafetlerinin mevsime uygunluğunu kontrol eder. Yine Sağlık Amirliği'nce zararlı vektörlerle mücadele için ilaçlamanın gerçekleştirilmesini ve bu bağlamda bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasını önler.

İçme ve kullanma sularının uygun olup olmadığının kontrol edilmesini sağlar.

Tüm bu faaliyetlerin icrası yanında Sağlık Amirliği personeli, günlük vizitelerde sık görülen hastalıkların sebeplerini araştırarak, birlik dahilinde bunların yok edilmesini ve dolayısıyla hastalanma hızını en aza indirmeye çalışmaktadır.

## **4.2. HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI VE SAĞLIK AMİRLİĞİNCE YÜRÜTÜLEN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI**

### **4.2.1. Kütahya Hv.Er Eğt.Tug.K.lığında Toplam Kalite Yönetimi**

Toplam Kalite Yönetimi felsefesi ile Hv.Er Eğt.Tug.K.lığının hedeflerine ulaşılması, Toplam Kalite Yönetimi liderliğinin temsil edilmesi, sorunların tespit edilmesi ve önlenmesi, katılımcılığın tabana yayılması ve TKY faaliyetlerinin yürütülebilmesi amacıyla Tugay TKY Organizasyonu, Kalite Yürütme Kurulu, bu kurula bağlı olarak Süreç İyileştirme Ekipleri, TKY Rehberleri ve Kalite Çemberleri, TKY Koordinatörü ve TKY Ofisinden oluşturulmuştur.

Kalite yürütme kurulunun başkanı Tugay Komutanı'dır ve diğer üyeleri Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı'na bağlı ana birlik komutanları arasından belirlenmiştir. Kalite yürütme kurulunun sorumlulukları aşağıdaki gibi özetlenebilir.

- Hv.Er.Eğt.Tug.K.lığının vizyon, misyon, temel prensip ve ortak değerleri ile politika ve hedeflerinin belirlenmesinin ve gerektiğinde revize edilmesinin, personele duyurulmasının sağlanması ve bu doğrultuda TKY uygulamalarını başlatacak ve kolaylaştıracak ortamın tesis ve idame ettirilmesi,

- TKY uygulamalarının yönlendirilmesinin, değerlendirilmesinin ve uygulamaları aksatabilecek faktörlerin önceden tespit edilmesinin sağlanması,
- Mali, idari ve teknik alanlarda, sürekli gelişme uygulamalarının planlanması, incelenmesi ve yönlendirilmesi ile proje konularını tespit ederek, süreç iyileştirme ekiplerinin oluşturulmasının, bu süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesinin sağlanmasının, aksayan yönlerin tespit edilmesinin, iyileştirici tedbirlerin alınmasının ve ekiplere uygun çalışma ortamının sağlanması,
- Kalite çemberlerinin çalışmalarının desteklenmesinin ve koordine edilmesinin, Tugay'da tüm personele TKY anlayışının benimsettirilmesi için brifing, konferans ve seminerlerin düzenlenmesinin, ihtiyaç duyulan TKY eğitim planının oluşturulmasının ve uygulamasının sağlanması,
- Personelin katılımının, yenilikçi ve yaratıcı girişimleri destekleyecek olanakların sağlanması ile personelin motivasyonunu artırıcı tedbirlerin alınmasını ve memnuniyet düzeyinin saptanmasına yönelik anketlerin yaptırılmasını sağlamak,

Tugay TKY koordinatörü, Kalite Yürütme Kurulunun'nun doğal üyesi olmakla beraber kurulun danışmanlık ve sekretarya görevini yerine getirmektedir.

Süreç iyileştirme ekipleri ise ihtiyaca göre kalite yürütme kurulu tarafından teşkil edilmekte ve yönlendirilmektedir. KYK tarafından atama söz konusudur ve iyileştirme faaliyeti sona erdiğinde grup dağılmaktadır. Ekip üyeleri tercihen tabur ve bölük seviyesi birlik komutanlıklarından seçilmektedir. Çoğunlukla uzmanlık isteyen faaliyet alanlarında sürekli iyileştirme çalışmaları yapan bu ekipler, Kalite Yürütme Kuruluna öneri yapmakta ve kendi süreçlerine ilişkin verileri toplayarak, yetki verildiğinde, süreçte aksayan yönleri tespit ederek problemleri tanımlamakta ve oluşan problemleri ortadan kaldırmak, süreç analizlerini ve faaliyetlerini belgelendirmekle ilgili görevlerine yönelik sorumluluklarını yerine getirmektedirler.

Süreç iyileştirme ekipleri, çalışmalarında, sorunların belirlenmesi, sorunun sebeplerini araştırma ve analiz etme, çözüm arama ve seçme, seçilen çözümün

denenmesi gibi işlem basamaklarını uygulamaktadır. Bu ekipler faaliyet sonuçlarını TKY Ofisine gönderip kayıt altına alınmasını sağlarlar.

Süreç iyileştirme ekiplerinden ayrı olarak Kalite Yürütme Kuruluna bağlı TKY Rehberleri’de, birliklerin TKY rehber ve temsilciliğini yapmak üzere, her ana birlik için KYK ile birlik komutanlıkları arasında yapılan koordine sonucunda belirlenmektedir. Rehberler TKY konusunda yetenekli yada yatkın olan personel arasından seçilmekte, çember liderlerinin eğitimini ve çemberlerin karşılaştığı problemlerin çözümünde yardımcı olmakta ve çember ile organizasyonun diğer birimleri arasındaki bağlantıyı sağlamaktadırlar.

Kurulan kalite çemberleri de karargah müdürlük ve birliklerin içinde, kendi alanlarını ilgilendiren konularda çeşitli sorunlar ile iyileştirmeye açık alanları tespit edip, incelemek ve çözümler önermek için bir lider tarafından yönlendirilen, düzenli ve sürekli ararlıklarla toplanan gönüllü çalışma gruplarıdır.

Kalite çemberleri bir problemin ortadan kalkmasına yönelik konularda çalışabileceği gibi kaliteyi artırma, maliyet azaltma, proses iyileştirme, çalışma koşullarında iyileştirme vb. konularda çalışma yapabilmektedir.

Kalite çemberlerinin çalışması tamamlandığında rehberlere bilgi verilir ve rehberin Tugay TKY koordinatörü ve Kalite Yürütme Kurulu ile yapacağı koordine sonucunda belirlenecek zamanda rehber tarafından sunum yapılmaktadır.

#### **4.2.2. Kütahya Hv.Er Eğt.Tug.K.lığı Sağlık Amirliği’nde Toplam KaliteYönetimi Çalışmaları**

Hv.Er Eğt.Tug.K.lığında insanın mutluluğu, doyumunu ve verimliliğinin temel alındığı TKY sisteminin uygulamaya geçilmesi, özellikle sağlık hizmetlerinin, beklentilerin karşılandığı en iyi koşullarda ve en iyi düzeyde sağlık hizmetinin sunulması için ayrı bir önem arz etmektedir.



Bu kapsamda öncelikle tüm bağılı birliklerde olduğu gibi, Sağlık Amirliği çalışanları da başta Sağlık Amiri olmak üzere gerek uygulama emirleri ile gerekse gerçekleştirilen toplantılar ile TKY konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmaktadır.

Ayrıca Sağlık Amirliğince belirlenen rehber personel ile TKY eğitimi uygulaması da gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkla doğrudan veya dolaylı ilgili tüm personel arasında artan koordinasyon ve işbirliği amaçlanmakta, çalışma ve yaşam tarzına değişiklik getirilmekte, amaç birliği, doğrudan iletişim ve etkin yönetim gayreti içinde olunmaktadır.

Sağlık Amirliğinde, TKY uygulaması ile ilk gerçekleştirilen faaliyet, yürütülmesi gereken bir analiz ve ön değerlendirme ile mevcut durumu tespit etmek olmuştur. Mevcut durum tespitinde, sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütülmesi için tüm fonksiyonlar, bunların içerdiği faaliyetler ve birbirleri ile ilişkilerinin ve Sağlık Amirliği'nin sorunlarının ortaya çıkarılması esas alınmıştır.

Ön değerlendirmede ortaya çıkan öncelikler ışığında kapsamlı bir planlama yapılarak faaliyetler ile sorunların ihtiyaçlar doğrultusunda teşkil edilen kalite çemberleri ile çözümlenmesi için çalışmalar başlatılmıştır.

Tüm kalite sağlama ve geliştirme çalışmaları istatistiksel analizlere dayalı olduğundan, veri toplama ve analiz her faaliyetin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde tüm faaliyetlerin TKY sistemine uygun biçimde yürütülebilmesi için uygulama emirleri de dikkate alınarak dökümantasyonun belirli bir sistem içinde yapılmasına başlanılmıştır. Standardize edilen faaliyetlerin yazılması ve faaliyetlerde sağlanan gelişime göre güncelleştirilmesi sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinden faydalananların, oluşturulan unsurlar dikkate alınarak, doğru teşhis, tedavi, temiz ortam, bilgi, ilgi, saygı, psiko-sosyal destek, güler yüzle



yaklaşım ve bilgilendirme, bekletilmeden istenilen kalitede ve standartta hizmet almaları için ve koşulsuz hasta memnuniyetinin en az maliyetle sağlanması için Sağlık Amirliği'nde çalışmalar sürdürülmektedir.

Bu bağlamda TKY çerçevesinde yürütülen faaliyetler ile yine bu kapsamda oluşturulan kalite çemberleri çalışmaları ile gerçekleştirilen iyileştirme, geliştirme ve sorun çözme gayretlerinden bazıları aşağıda belirtilmiştir.

- Sağlık Amirliği hasta bekleme salonunda hastaların bekledikleri esnada sıkılmalarını önlemek ve sağlık konusunda bilgilendirilmelerini sağlamak için oluşturulan televizyon yayını,
- Korunma hizmetlerine yönelik broşürlerin oluşturulması,
- Birlik komutanlarını da koruma hizmetlerine dahil etmek amacıyla eğitim CD'lerinin hazırlanması ve ilgili birliklere gönderilmesi,
- Sağlık sorunları olan hastaların Sağlık Amirliğine gelişleri ile ilgili sorunların giderilmesi için ring seferlerinin düzenlenmesi,
- Mesleki konularda ihtiyaç duyulan bilgilendirme hizmetleri için periyodik olarak, bir doktorun hazırlık yapmasının ve tüm doktorlarla gündeme alınan sağlık konusunun tartışılması sağlanarak neticede gelişmelerden bilgilendirilmenin ve standardın sağlanması,
- Personeli motivasyon için başarılı personel tablosunun oluşturulması,
- Bekleme salonunda, sağlık şartlarının devamı için, havalandırma ihtiyacının tespit edilerek bu konuda tedbir alınması,
- Hastaları tanımaya duyulan ihtiyacın giderilmesi ve hasta takibi yapabilmek amacıyla, doktorlar tarafından karışık olarak yapılan muayenelerin, birlikler paylaşılarak, birliklerin aynı doktorlar tarafından muayenesinin yapılmasının sağlanması,
- Yine hasta talepleri dikkate alınarak Sağlık Amirliği binasının tüm havalandırma bölümlerine sineklik yapılması,
- Sağlık Amirliğinin bina ve tefrişatının yenilenmesi,
- Sağlık Amirliği bünyesinde güncel sağlık konularını içeren sağlık dergisinin CD ortamında hazırlanarak birlik seviyesinde dağıtılması,

- Hasta kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulması,
- TSK, Sağlık Bakanlığı ve özel hastane uygulamaları araştırılarak Sağlık Amirliği acil servisinin ve ambulanslarının her türlü acil müdahaleyi yapabilecek şekilde düzenlenmesi.





## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **METODOLOJİ VE BULGULAR**

## ANKET SORULARININ NİTELİĞİ VE VERİLERİN ANALİZİ

Anket formu anketin amacını belirten açıklamayı takiben iki bölümden oluşmaktadır. Anket formunu oluşturan sorularda, birinci bölüm hariç grafik dereceleme skalası kullanılmıştır.

İlk bölüm yaşı, öğrenim düzeyini, aylık gelir seviyesini, ikamet edilen yerleşim merkezini, muayene öncesi tahmini bekleme süresini ve tahmini muayene süresini belirlemeye yönelik 6 sorudan oluşmuştur.

İkinci bölüm hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik sekiz boyutu kapsayan 25 sorudan meydana gelmiştir. Bu boyutlar hasta, doktor-personel ilişkisi (1,2,3,4 ncü sorular), bekleme süresi (5,6 ncü sorular), teşhis ve tedavi hizmetleri (7,8 nci sorular), bilgilendirme (9,10,11,12 nci sorular), eğitim (13,14,15,16,17 nci sorular), fiziki şartlar (18,19,20,21 nci sorular), insan kaynakları (22,23 ncü sorular) ve genel memnuniyettir (24,25 nci sorular).

Her boyut için 10 üzerinden puan ortalaması hesaplanmış olup, hastaların bu sorulara ilişkin görüşleri saptanmıştır. Puan ortalaması 10'a yaklaştıkça çok memnun, 0'a yaklaştıkça hiç memnun değil seçeneğini göstermekle beraber tespit edilen puanlardan 5'in altında olanlar memnuniyetsizliği, 5 puan kararsızlığı, 5'in üzerindeki puanlar ise memnuniyeti ifade etmektedir.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (7.5) istatistik programı kullanılarak ve Sıklık, Korelasyon, Anova ve Basit Regresyon, analizleri yapılarak bulgulara ulaşılmıştır.

## 5.2. GENEL BULGULAR

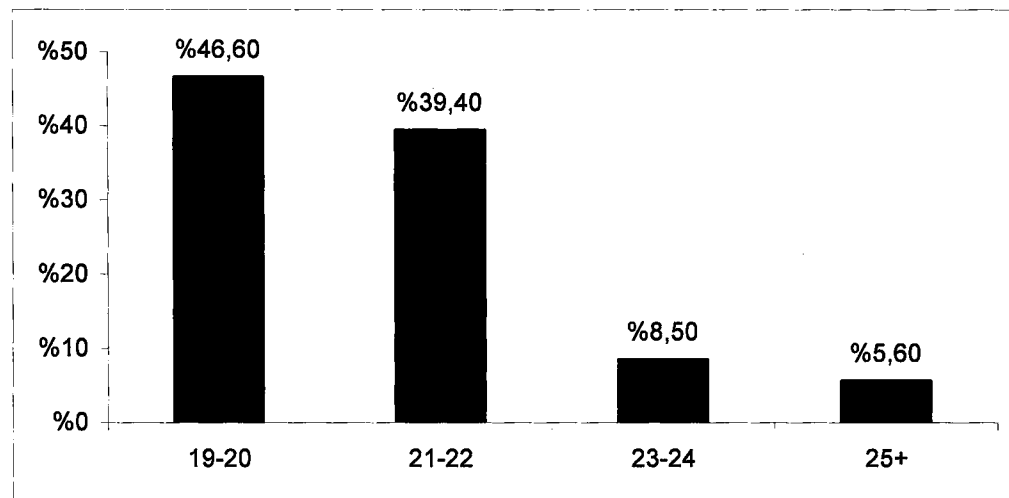
### 5.2.1. Kişisel Özelliklere ve Muayene Öncesi Bekleme Süresi ile Muayene Süresine İlişkin Bulgular

#### 5.2.1.1. Yaş

**Tablo 5.1. : Yaş Gruplarına Göre Dağılım Tablosu**

YAŞ	FREKANS	YÜZDE
19-20	193	% 46.6
21-22	163	% 39.4
23-24	35	% 8.5
25+	23	% 5.6
Toplam	414	% 100
Gruplama Öncesi Aritmetik Ortalama		21.4
Gruplama Öncesi Standart Sapma		1.72

**Şekil 5.1. : Yaş Gruplarına Göre Dağılım Grafiği**



Anketi cevaplayan erbaş ve erlerin yaş gruplarına göre dağılımları tablo 5.1 ve grafik 5.1 de gösterilmiştir. Muayene olan hastaların, % 46'sı 19-20 yaş grubunda, % 39.4'ü 21-22 yaş grubunda, %8.5'i 23-24 yaş grubunda ve %5.6'sı da 25 ve daha üst yaş grubundaki hastalardan oluşmuştur. Hastaların çoğunluğunun 19-22 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

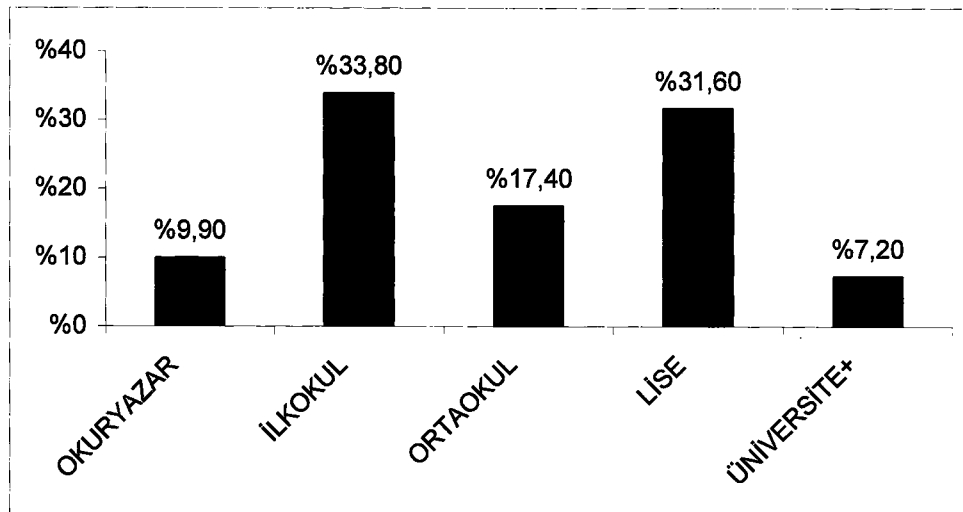
Anketi cevaplayan hastaların yaş grupları oluşturulmadan önce, tespit edilen yaş ortalaması 21.4 ve standart sapması 1.72'dir.

### 5.2.1.2. Öğrenim Düzeyleri

**Tablo 5.2. : Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılım Tablosu**

ÖĞRENİM DÜZEYİ	FREKANS	YÜZDE
Okur Yazar	41	% 9.9
İlk Okul	140	% 33.8
Ortaokul	72	% 17.4
Lise	131	% 31.6
Üniversite+	30	% 7.2
Toplam	414	% 100

**Şekil 5.2. : Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılım Grafiği**



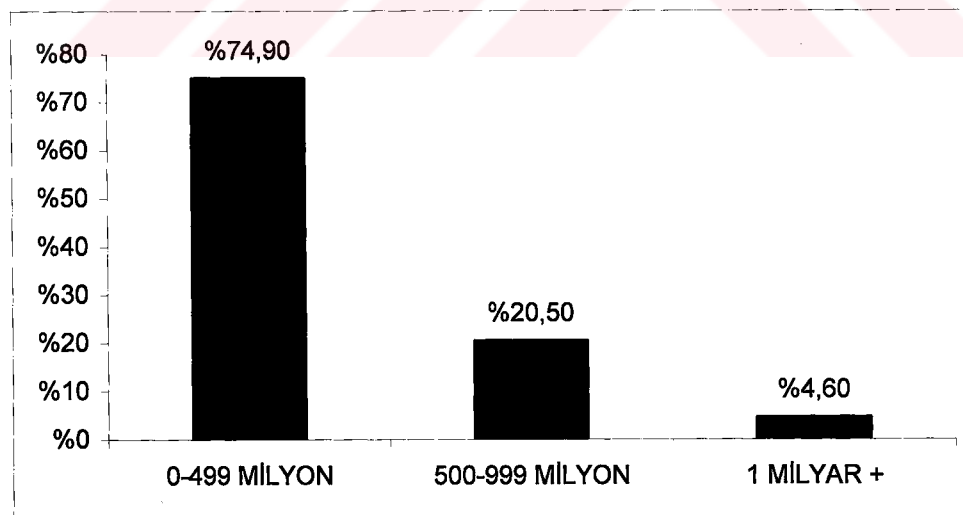
Anketi cevaplayan erbaş ve erlerin eğitim düzeylerine göre dağımları tablo 5.2 ve grafik 5.2 de gösterilmiştir. Muayene olan hastaların % 9.9'u okur yazar, % 33.8'i ilkokul, % 17.4' ortaokul, %31.6'sı lise, % 7.2 si niversite ve daha st eğitim seviyelerindeki hastalardan oluşmuştur. Hastaların eğitim düzeylerinin çoğunlukla ilkokul ve lise mezunlarından meydana geldiği görülmektedir.

### 5.2.1.3. Aylık Gelir Düzeyi

**Tablo 5.3. : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Dağılım Tablosu**

GELİR DÜZEYİ	FREKANS	YÜZDE
0-499 Milyon	310	% 74.9
500-999 Milyon	85	% 20.5
1 Milyar +	19	% 4.6
Toplam	414	% 100

**şekil 5.3. : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Dağılım Grafiği**



Muayene olan erbaş ve erlerin aylık gelir seviyelerine göre dağımları tablo 5.3. ve grafik 5.3'de gösterilmiştir. Anketi cevaplayan hastaların % 74.9'unun aylık geliri 0-

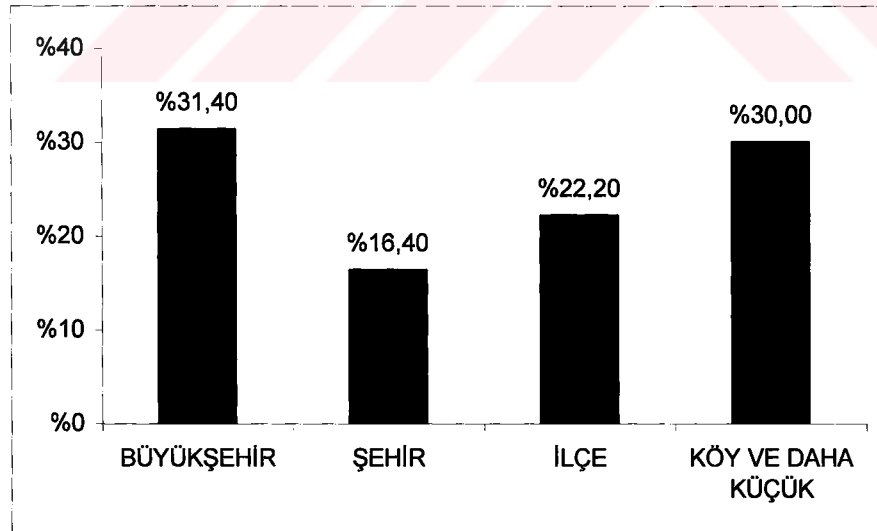
499 milyon, % 20.5'inin aylık geliri 500-999 milyon, % 4.6'sının ise 1 milyar ve daha fazla gelire sahiptir. Hastaların büyük çoğunluğunun aylık gelirinin 0-499 milyon TL. olduğu görülmektedir.

#### 5.2.1.4. İkamet Edilen Yerleşim Merkezi

Tablo 5.4. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezlerine Göre Dağılım Tablosu

GELİR DÜZEYİ	FREKANS	YÜZDE
Büyükşehir	130	% 31.4
Şehir	68	% 16.4
İlçe	92	% 22.2
Köy ve daha küçük	124	% 30
Toplam	414	% 100

Şekil 5.4. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezlerine Göre Dağılım Grafiği



Anketi cevaplayan erbaş ve erlerin askerlik hizmeti için gelmeden önceki ikamet ettikleri yerleşim merkezlerinin dağılımları tablo 5.4. ve 5.4.'de gösterilmiştir. Muayene olan hastaların % 31.4'ü büyük şehir, % 16.4 şehir, % 22.2'si ilçe ve % 30'u köy ve



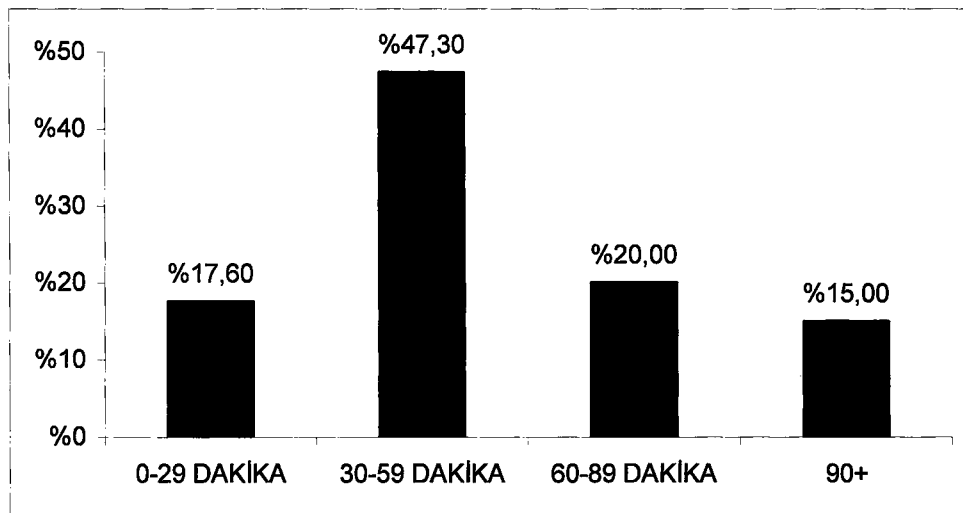
daha küçük yerleşim merkezlerinde oturmaktadırlar. Hastaların büyük çoğunluğunun büyükşehir ile köy ve daha küçük yerleşim merkezinde oturdukları görülmektedir.

### 5.2.1.5. Muayene Öncesi Tahmini Bekleme Süresi

**Tablo 5.5. : Muayene Olan Hastaların Muayene Öncesi Tahmini Bekleme Süresi Dağılım Tablosu**

TAHMİNİ MUAYENE ÖNCESİ BEKLEME SÜRESİ	FREKANS	YÜZDE
0-29 Dakika	73	% 17.6
30-59 Dakika	196	% 47.3
60-89 Dakika	83	% 20
90+ Dakika	62	% 15
Toplam	414	% 100
Gruplama Öncesi Aritmetik Ortalama		49.33
Gruplama Öncesi Standart Sapma		28.82

**Şekil 5.5. : Hastaların Muayene Öncesi Tahmini Bekleme Süresi Dağılım Grafiği**



Muayene olan erbaş ve erlerin muayene öncesi tahmini bekleme sürelerine göre dağılımları tablo 5.5 ve grafik 5.5’de gösterilmiştir. Hastaların %17.6’sı 0-29 dakika, % 47.3’ü 30-59 dakika, % 20’si 60-89 dakika ve % 15’i 90 dakika ve daha fazla beklediği görülmektedir. Anketi cevaplayan hastaların bekleme süreleri gruplamaları oluşturulmadan önce, tespit edilen tahmini bekleme süresi ortalaması 49.33 dakika, standart sapması 28.82’dir.

**Tablo 5.6. : Muayene Öncesi Bekleme Süresinden Memnun Olanların, Kararsızların ve Memnun Olmayanların Muayene Öncesi Bekleme Süreleri Ortalamaları**

Muayene Öncesi Bekleme Süresinden Memnuniyet Durumları	Frekans	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Memnun Olanlar	162	39,78 dak.	21,86
Kararsızlar	12	40,83 dak.	24,20
Memnun Olmayanlar	240	56,20 dak.	31,21

Tablo 5.6.’ya göre muayene öncesi bekleme süresinden memnun olduğunu belirtenlerin ( $5 < \text{Memnuniyet}$ ) ortalama muayene öncesi bekleme süresi 39,78 dakika, kararsız olduğunu belirtenlerin ( $5 = \text{Memnuniyet}$ ) ortalama bekleme süresi 40,83 dakika, memnun olmadığını belirtenlerin ( $5 > \text{Memnuniyet}$ ) ortalama bekleme süresi 56.20 dakikadır.

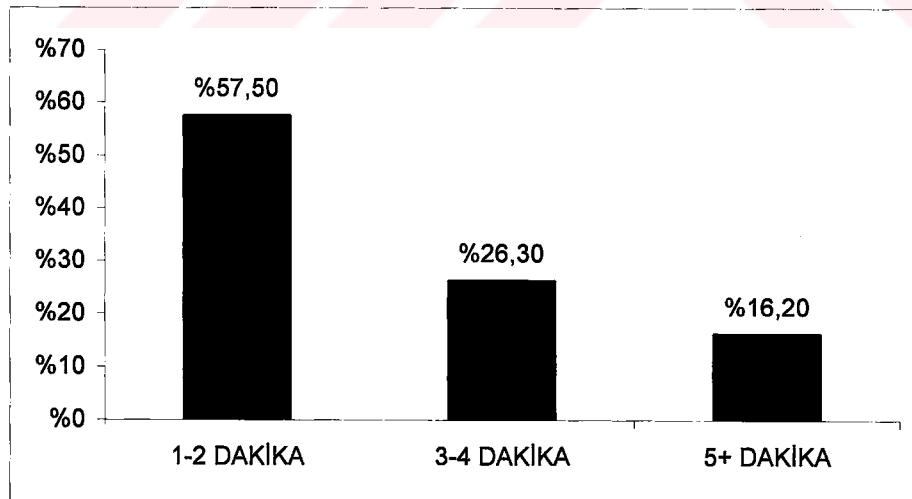
Bekleme süresinden memnun olmadığını belirten hastaların sayısı memnun olanlara ve kararsız olanlara göre yüksektir.

### 5.2.1.6. Muayene Süresi

**Tablo 5.7. : Muayene Olan Hastaların Tahmini Muayene Süresi Dağılım Tablosu**

TAHMİNİ MUAYENE SÜRESİ	FREKANS	YÜZDE
1-2 Dakika	238	% 57.5
3-4 Dakika	109	% 26.3
5+ Dakika	67	% 16.2
Toplam	414	% 100
Gruplama Öncesi Aritmetik Ortalama		2.61
Gruplama Öncesi Standart Sapma		1.70

**Şekil 5.6. : Hastaların Tahmini Muayene Süresi Dağılım Grafiği**



Muayene olan erbaş ve erlerin tahmini muayene sürelerine göre dağılımları tablo 5.7 ve grafik 5.6'da gösterilmiştir. Hastaların %57.5'i 1-2 dakika, % 26.3'ü 3-4 dakika, %16.2'si 5 dakika ve daha fazla bir sürede muayene oldukları görülmektedir. Hastaların

muayene süresi gruplamaları oluşturulmadan önce, tespit edilen ortalama muayene süresi 2.61 dakika ve standart sapması 1.70'dir.

**Tablo 5.8. : Muayene Süresinden Memnun Olanların, Kararsızların Ve Memnun Olmayanların Ortalama Muayene Süreleri**

Muayene Süresinden Memnuniyet Durumları	Frekans	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Memnun Olanlar	147	3,51 dak.	2,00
Kararsızlar	12	2,75 dak.	1,36
Memnun Olmayanlar	255	2.08 dak.	1.26

Tablo 5.8.'e göre doktorların muayene süresinden memnun olduğunu belirtenlerin (5<Memnuniyet) ortalama memnuniyet süresi 3,51 dakika, kararsız olduğunu belirtenlerin (5=Memnuniyet) ortalama muayene süresi 2,75 dakika, memnun olmadığını belirtenlerin 2.08 dakikadır. Muayene süresinden memnun olmadığını belirten hastaların sayısı memnun olanlara ve kararsız olanlara göre yüksektir.

## 5.2.2. Kişisel Özellikler, Muayene Öncesi Bekleme Süresi ve Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki

### 5.2.2.1. Hastaların Yaşı ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki

Hastaların yaşı ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 5.9. daki verilere göre memnuniyet ile hastaların yaşı arasında ters yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -,232$  ,  $p = ,000$ ). Bir başka deyişle yaş arttıkça genel memnuniyet düzeyi azalmaktadır.

**Tablo 5.9. : Hastaların Yaşı ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	r	p
414	-,232	,000

Değişken olarak seçilen yaş grupları ile genel memnuniyet arasındaki ilişki Tek Yönlü Anova analizi ile incelendiğinde, Tablo 5.10`a göre %99 güven düzeyinde, yaş grupları ile genel memnuniyet skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanılmıştır (F=8,368 , P= 0,000). Bu bulgu, hastaların yaşını ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti dikkate alarak belirtilen iki değişken için aralarındaki anlamlı ilişkinin varlığına dair oluşturulmuş olan hipotezin kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.10. : Yaş Grupları ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu**

Genel Memnuniyet		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
Genel Memnuniyet	Gruplar Arası	145,032	3	48,344	8.368	,000
	Gruplar İçi	2368,659	410	5,777		
	Toplam	2513,691	413			

Tek Yönlü Anova analizi ile, yaş gruplarına göre genel memnuniyet düzeyine ilişkin değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu görüldüğünden, gerçekte bu farkı yaratan grubu tespit edebilmek amacıyla yapılan LSD testinde (Least Significance Difference) Tablo 5.11.`e göre %95 anlamlılık düzeyinde 23-24 yaş grubu ile 25 ve üstü

yaş grubunun diğer gruplardaki hastaların değerlendirilmelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Buna göre yaş düzeyi daha yüksek olan hastaların genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirdikleri söylenebilir.

**Tablo 5.11. : Yaş Grupları İle Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu**

(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalama Farkı (I-J)	P
19-20	21-22	,3166	,216
	23-24	1,3137*	,003
	25 ve üstü	2,3148*	,000
21-22	19-20	-,3166	,216
	23-24	,9971*	,027
	25 ve üstü	1,9982*	,000
23-24	19-20	-1,3137*	,003
	21-22	-,9971*	,027
	25 ve üstü	1,0011	,122
25 ve üstü	19-20	-2,3148*	,000
	21-22	-1,9982*	,000
	23-24	-1,0011	,122

\* Ortalama Farkı 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Bağımlı Değişken : Genel Memnuniyet

### 5.2.2.2. Hastaların Eğitim Düzeyi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki

Hastaların eğitim düzeyi ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.12.'deki verilere göre genel memnuniyet ile eğitim düzeyi arasında ters yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -,411$  ,  $p = ,000$ ). Bir başka deyişle öğrenim düzeyi arttıkça genel memnuniyet düzeyi azalmaktadır.

**Tablo 5.12. : Eğitim Düzeyi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	r	p
414	-.411	.000

Değişken olarak seçilen eğitim düzeyleri ile genel memnuniyet arasındaki ilişki, Tek Yönlü Anova Analizi ile incelendiğinde Tablo 5.13.'e göre %99 güven düzeyinde eğitim düzeyi ile genel memnuniyet skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanılmıştır ( $F=26.006$  ,  $P=0.000$ ). Bu bulgu, hastaların eğitim düzeyini ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti dikkate alarak belirtilen iki değişken için aralarındaki anlamlı ilişkinin varlığına dair oluşturulmuş olan hipotezin kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.13. : Eğitim Düzeyi ve Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu**

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
Genel Memnuniyet	Gruplar Arası	509.690	4	127.422	26.006	.000
	Gruplar İçi	2004.001	409	4.900		
	Toplam	2513.691	413			

Tek yönlü Anova analizi ile, eğitim düzeylerine göre genel memnuniyete ilişkin değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu görüldüğünden, gerçekte bu farkı yaratan grubu tespit edebilmek amacıyla yapılan LSD testinde Tablo 5.14'e göre %95 anlamlılık düzeyinde lise ve üniversite mezunu hastaların diğer gruplardaki hastaların değerlendirmelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur.

Buna göre eğitim düzeyi yüksek olan hastaların genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirildikleri söylenebilir.

**Tablo 5.14. : Eğitim Düzeyi İle Genel Memnuniyet Ölçümü Arasındaki LSD Tablosu**

(I) Öğrenim Düzeyi	(J) Öğrenim Düzeyi	Ortalama Farkı (I-J)	P
Okuryazar	İlkokul	-.3975	.312
	Ortaokul	.1848	.610
	Lise	1.9169*	.000
	Üniversite	2.5963*	.000
İlkokul	Okuryazar	.3975	.312
	Ortaokul	.5823	.070
	Lise	2.3144*	.000
	Üniversite	2.9938*	.000
Ortaokul	Okuryazar	-.1848	.670
	İlkokul	-.5823	.070
	Lise	1.7322*	.000
	Üniversite	2.4115*	.000
Lise	Okuryazar	-1.9169*	.000
	İlkokul	-2.3144*	.000
	Ortaokul	-1.7322*	.000
	Üniversite	.6794	.130
Üniversite	Okuryazar	-2.5963*	.000
	İlkokul	-2.9938*	.000
	Ortaokul	-2.4115*	.000
	Lise	-.6794	.130

\* Ortalama Farkı 0.05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet



### 5.2.2.3. Aylık Gelir Seviyesi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Hastaların aylık gelir seviyesi ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.15'deki verilere göre genel memnuniyet ile hastaların yaşı arasında ters yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -.163$  ,  $p = .001$ ). Bir başka deyişle gelir seviyesi arttıkça genel memnuniyet düzeyi azalmaktadır.

**Tablo 5.15. : Aylık Gelir Düzeyleri ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	r	p
414	-.163	.001

Değişken olarak seçilen aylık gelir ile genel memnuniyet arasındaki ilişki Tek Yönlü Anova Analizi ile incelendiğinde Tablo 5.16. 'ya göre, %99 güven düzeyinde yaş grupları ile genel memnuniyet skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanılmıştır ( $F=7.389$  ,  $P=0.000$ ). Bu bulgu, aylık gelir seviyesini ve sağlık hizmetlerinden memnuniyeti dikkate alarak belirtilen iki değişken için aralarındaki anlamlı ilişkinin varlığına dair oluşturulmuş olan hipotezin kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.16. : Aylık Gelir Düzeyleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu**

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
Genel Memnuniyet	Gruplar Arası	87.243	2	43.621	7.389	.000
	Gruplar İçi	2426.448	411	5.904		
	Toplam	2513.691	413			

Tek yönlü Anova Analizi ile, aylık gelir seviyelerine göre genel memnuniyet seviyelerine ilişkin değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu görüldüğünden, gerçekte bu farkı yaratan grubu tespit edebilmek amacı ile yapılan LSD testinde Tablo 5.17.'e göre %95 anlamlılık düzeyinde 1 milyar ve üstü aylık gelire sahip hastaların diğer gruptaki hastaların değerlendirmelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Buna göre aylık gelir düzeyi yüksek olan hastaların genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirdiği söylenebilir.

**Tablo 5.17. : Aylık Gelir Düzeyi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu**

(I) Aylık Gelir Seviyesi	(J) Aylık Gelir Seviyesi	Ortalama Farkı (I-J)	P
0-499 milyon	500-999 milyon	.3578	.230
	1 milyar ve üstü	2.1606*	.000
500-999 milyon	0-499 milyon	-.3578	.230
	1 milyar ve üstü	1.8028*	.004
1 milyar ve üstü	0-499 milyon	-2.1606*	.000
	500-999 milyon	-1.8028*	.004

\* Ortalama Farkı 0.05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Bağımlı Değişken : Genel Memnuniyet

#### 5.2.2.4. Hastaların İkamet Ettiği Yerleşim Merkezleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Değişken olarak seçilen ikamet edilen yerleşim merkezi ile genel memnuniyet arasındaki ilişki Tek Yönlü Anova Analizi ile incelendiğinde Tablo 5.18.'e göre %99

güven düzeyinde ikamet edilen yerleşim merkezi ile genel memnuniyet skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanılmıştır ( $F=9.209$  ,  $P=0.000$ ).

Bu bulgu, ikamet edilen yerleşim merkezini ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti dikkate alarak belirtilen iki değişken için aralarında anlamlı ilişkinin varlığına dair oluşturulmuş olan hipotezin kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.18. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu**

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalanması	F	P
Genel Memnuniyet	158.681	3	52.894	9.209	.000
Gruplar Arası	2355.010	410	5.744		
Gruplar İçi	2513.691	413			
Toplam					

Tek Yönlü Anova Analizi ile, ikamet edilen yerleşim merkezlerine göre, genel memnuniyet düzeyine ilişkin değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu görüldüğünden, gerçekte bu farkı yaratan grubu tespit edebilmek amacıyla yapılan LSD testinde, Tablo 5.19.'a göre %95 anlamlılık düzeyinde daha önce şehir ve büyük şehirde oturanların, diğer yerleşim merkezlerinde oturan hastaların değerlendirmelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur.

**Tablo 5.19. : İkamet Edilen Yerleşim Merkezleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu**

(I) İkamet Edilen Yerleşim Merkezi	(J) İkamet Edilen Yerleşim Merkezi	Ortalama Fark (I-J)	P
Büyükşehir	Şehir	.3091	.389
	İlçe	-.8637*	.008
	Köy ve daha küçük yerleşim merkezi	-1.2491*	.000
Şehir	Büyükşehir	-.3091	.389
	İlçe	-1.1729*	.002
	Köy ve daha küçük yerleşim merkezi	-1.5583*	.000
İlçe	Büyükşehir	.8637*	.008
	Şehir	1.1729*	.002
	Köy ve daha küçük yerleşim merkezi	-.3854	.243
Köy ve Diğer Yerleşim Merkezleri	Büyükşehir	1.2491*	.000
	Şehir	1.5583*	.000
	İlçe	.3854	.243

\* Ortalama Farkı 0.05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet

#### 5.2.2.5. Muayene Öncesi Bekleme Süreleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Hastaların muayene öncesi bekleme süreleri ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.20.'deki verilere göre genel memnuniyet ile hastaların yaşı arasında ters yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -.226$  ,  $p = .000$ ). Bir başka deyişle muayene öncesi bekleme süresi arttıkça genel memnuniyet düzeyi azalmaktadır.

**Tablo 5.20. : Muayene Öncesi Bekleme Süresi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	r	p
414	-.226	.000

Değişken olarak seçilen muayene öncesi bekleme süresi ile genel memnuniyet arasındaki ilişki Tek Yönlü Anova Analizi ile incelendiğinde Tablo 5.21'e göre, %99 güven düzeyinde muayene öncesi bekleme süresi ile genel memnuniyet skorları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır ( $F=7.291$  ,  $P=0.000$ ). Bu bulgu, muayene öncesi bekleme süresini ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti dikkate alarak belirtilen iki değişken için aralarındaki anlamlı ilişkinin varlığına dair oluşturulmuş olan hipotezin kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.21. : Muayene Öncesine Bekleme Süreleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu**

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar Arası	127.302	3	42.434	7.291	.000
Genel Memnuniyet Gruplar İçi	2386.388	410	5.820		
Toplam	2513.691	413			

Tek yönlü Anova analizi ile, muayene öncesi bekleme sürelerine göre genel memnuniyet düzeyine ilişkin değerlendirmede anlamlı bir farklılık olduğu görüldüğünden gerçekte bu farkı yaratan grubu tespit edebilmek amacıyla yapılan LSD Testinde Tablo 5.22.'ye göre %95 anlamlılık düzeyinde 90 dakika ve daha üstü sürede

bekleyen hastaların, diğer gruptaki hastaların değerlendirmelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Buna göre 90 dakika süre bekleyen hastalar genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirdikleri söylenebilir.

**Tablo 5.22. : Muayene Öncesi Bekleme Süreleri ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu**

(I) Muayene Öncesi Bekleme Süresi	(J) Muayene Öncesi Bekleme Süresi	Ortalama Farkı (I-J)	P(Anlam Düzeyi)
0-29 dak.	30-59 dak.	.5582	0,92
	60-89 dak.	.3491	.368
	90 ve daha çok	1,8411*	.000
30-59 dak.	0-29 dak.	-.5582	.092
	60-89 dak.	-.2092	.508
	90 ve daha çok	1,2829*	.000
60-89 dak	0-29 dak.	-.3491	.368
	30-59 dak.	.2092	.508
	90 ve daha çok	1,4920*	.000
90 ve daha çok	0-29 dak	-1,8411*	.000
	30-59 dak	-1,2829*	.000
	60-89 dak	-1,4920*	.000

\* Ortalama Farkı 0.05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Bağımlı Değişken : Genel Memnuniyet

#### 5.2.2.6. Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Doktorun hastaları muayene süresi ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.23.'deki verilere göre genel memnuniyet ile doktorun hastaları muayene süresi arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = .331$  ,  $p = .000$ ). Bir

başka deyişle doktorun hastaya ayırdığı süre arttıkça genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.23. : Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	r	p
414	.331	.000

Değişken olarak seçilen doktorun muayene süresi ile genel memnuniyet arasındaki ilişki Tek Yönlü Anova Analizi ile incelendiğinde Tablo 5.24.'e göre %99 güven düzeyinde doktorun muayene süresi ile genel memnuniyet skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanılmıştır ( $F=24.95$  ,  $P=0.00$ ). Bu bulgu, muayene süresini ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti dikkate alarak belirtilen iki değişken için aralarındaki anlamlı ilişkinin varlığına dair oluşturulmuş olan hipotezin kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.24. : Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Anova Tablosu**

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
Genel Memnuniyet	271.711	2	135.856	24.905	.000
Gruplar Arası					
Grup İçi	2241.979	411	5.455		
Toplam	2513.691	413			

Tek Yönlü Anova Analizi ile. doktorun muayene sürelerine göre genel memnuniyet düzeyine ilişkin değerlendirmede farklılık olduğu görüldüğünden, gerçekte bu farkı yaratan grubu tespit edebilmek amacıyla yapılan LSD testinde Tablo 5.25.'e göre %95 anlamlılık düzeyinde 1-2 dakika sürede muayene olan hastaların diğer gruplardaki hastaların değerlendirmelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur.

Buna göre muayene süresi düşük olan hastaların genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirdikleri söylenebilir.

**Tablo 5.25. : Muayene Süresi ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki İçin LSD Tablosu**

(I) Muayene Süresi	(J) Muayene Süresi	Ortalama Farkı (I-J)	P
1-2 dak.	3-4 dak.	-1.4491*	.000
	5 ve üstü dak.	-1.8844*	.000
3-4 dak.	1-2 dak.	1.4491*	.000
	5 ve üstü dak.	-.4353	.231
5 ve üstü dak.	1-2 dak.	1.8844*	.000
	3-4 dak.	.4353	.231

\* Ortalama Farkı 0.05 Düzeyinde Anlamlıdır

Bağımlı Değişken : Genel Memnuniyet



### 5.2.3. Hastaların Sağlık Hizmeti Boyutlarına İlişkin Memnuniyetleri

**Tablo 5.26. : Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmet Boyutlarına İlişkin Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Hizmet Boyutları	Aritmetik Ortalama (AO)	Standart Sapma	%95Güven Aralığı		P
			Alt Sınır (AS)	Üst Sınır (ÜS)	
Hasta Doktor Personel İlişkisi	5.1539	2.2759	4.9340	5.3738	.000
Bekleme Süresi	5.0382	2.4661	4.7999	5.2764	.000
Teşhis ve Tedavi Hizmetleri	4.3070	2.7350	4.0428	4.5712	.000
Bilgilendirme	4.0635	2.3337	3.8380	4.2889	.000
Eğitim	5.3603	2.0177	5.1654	5.5552	.000
Fiziki Şartlar	6.4976	1.7456	6.3289	6.6662	.000
İnsan Kaynakları	5.5720	2.1577	5.3635	5.7804	.000
Genel Memnuniyet	5.3722	2.4671	5.1339	5.6106	.000

(Frekans:414)

Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin verilen yanıtların puan ortalamalarının belirtildiği Tablo 5.26.'ya göre, hasta, doktor, personel ilişkilerinde puan ortalaması 5.1539 ve alt sınır 4.9340, üst sınır 5.3738, bekleme süresine ilişkin puan ortalaması 5.0382 ve alt sınır 4.7999, üst sınır 5.2764, teşhis ve tedavi hizmetlerine ilişkin puan ortalaması 4.3070 ve alt sınır 4.0428, üst sınır 4.5712, bilgilendirmeye ilişkin puan ortalaması 4.0635, alt sınır 3.8380, üst sınır 4.2889, eğitime ilişkin puan ortalaması 5.3603 ve alt sınır, 5.1654, üst sınır 5.5552, fiziki şartlara göre puan ortalaması 6.4976 ve alt sınır 6.3289, üst sınır 6.6662, insan kaynaklarına ilişkin puan ortalaması 5.5720 ve alt sınır 5.3635, üst sınır 5.7804, genel memnuniyete ilişkin puan ortalaması 5.3722 ve alt sınır 5.1339, üst sınır 5.6106 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre hastaların sunulan sağlık hizmetleri boyutlarına ilişkin memnuniyetleri değerlendirildiğinde, hastaların teşhis ve tedavi hizmetleri, bilgilendirmeden, puan ortalamalarına ve %95

güven aralığında tespit edilen alt ve üst puan sınırlarına göre belirlenen değerler 5'den küçük olduğundan memnun olmadıkları söylenebilir ( $AO < 5$ ,  $AS < 5$ ,  $ÜS < 5$ ).

Hasta doktor personel ilişkisi, bekleme süresine ilişkin puan ortalamaları 5'den büyük olmalarına rağmen ( $AO > 5$ ), %95 güven aralığında tespit edilen alt ve üst sınırlar 5 ve 5'in alt değerini kapsadığından ( $AS < 5$ ,  $ÜS > 5$ ), memnuniyet veya memnuniyetsizlik yorumu yapılamamış. hastalar için kararsızlığın söz konusu olduğu görülmüştür.

Eğitim, fiziki şartlar, insan kaynaklarına ilişkin değerlere göre ise puan ortalamaları ve %95 güven aralığında tespit edilen alt ve üst sınırlar 5 değerinden yüksek olduğundan ( $AO > 5$ ,  $AS > 5$ ,  $ÜS > 5$ ), memnuniyet olduğu söylenebilir.

Hastaların genel memnuniyeti ise, puan ortalaması ve %95 güven aralığında tespit edilen alt ve üst sınır 5 değerinden yüksek olduğundan ( $AO > 5$ ,  $AS > 5$ ,  $ÜS > 5$ ), tüm sağlık hizmetlerine ilişkin olarak genel olarak memnun olunduğu ifade edilebilir.

#### **5.2.4. Sağlık Hizmeti Boyutlarının Genel Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular: Regresyon Analizleri**

Bu bölümde korelasyon katsayılarının belirlenmesini takiben sağlık hizmeti boyutlarının genel memnuniyet düzeyi üzerine olan etkileri daha detaylı bir şekilde açıklanacaktır. Bu amaçla sağlık hizmeti boyutları bağımsız değişkenler ve genel memnuniyet düzeyi de bağımlı değişken olmak üzere basit doğrusal regresyon modeli oluşturulacaktır.

##### **5.2.4.1. Hasta, Doktor-Personel İlişkisinden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki**

Hasta, doktor-personel ilişkilerinden memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 5.27.'deki verilere göre genel memnuniyet ile hasta, doktor-personel ilişkisinden memnuniyet arasında aynı yönde ve

anlamli bir iliski vardır ( $R=.723$  ,  $P= .000$ ). Bir başka deyişle hasta, doktor-personel iliskisinden duyulan memnuniyet arttikça, genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.27. : Hasta, Doktor-Personel İlişkisi Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.723	.000

Tablo 5.28.'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2=0.52$  olması, hasta, doktor-personel iliskilerindeki memnuniyete ait değişiklikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %52'sini açıklayabileceğimiz anlamına gelir.

**Tablo 5.28. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.723 <sup>a</sup>	.522	.521	1,7071

a. Belirleyiciler : (Sabit), Hasta Doktor Personel İlişkisi

Tablo 5.29.'da F testi, kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F= 450.578$  . $P=.000$  olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.29. : Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup>**

Model		Karelerin Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1	Regresyon	1313.056	1	1313.056	450.578	.000a
	Artıklar	1200.634	412	2.914		
	Toplam	2513.691	413			

a. Belirleyiciler: (Sabit), Hasta, Doktor-Personel İlişkisi

b. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.30.'da sabit terimin ve bağımsız değişkenin yani hasta, doktor-personel ilişkisinin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir değişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirler. Buna göre hasta, doktor-personel ilişkilerindeki memnuniyette %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0,78'lik bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.30. : Katsayılar <sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	1.334	.208		6.418	.000
Hasta, Doktor-Personel İlişkisi	.783	.037	.723	21.227	.000

a. Bağımlı Değişken: Genel memnuniyet

#### 5.2.4.2. Bekleme Süresinden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Bekleme süresinden memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 5.31'deki verilere göre genel memnuniyet ile bekleme süresindeki ilişkiden memnuniyet arasında aynı yönde, anlamlı bir ilişki vardır ( $R = ,587$  ,  $P = ,000$ ). Bir başka deyişle bekleme süresinden memnuniyet arttıkça, genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.31. : Bekleme Süresi Boyutu İle Genel Memnuniyet Boyutu Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.587	.000

Tablo 5.32'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2 = ,345$  olması, bekleme süresindeki memnuniyete ait değişkenlikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %34'ünü açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.32. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.587 <sup>a</sup>	.345	.343	1.9996

a. Belirleyiciler: (Sabit), Bekleme süresi

Tablo 5.33.'de F testi, kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F= 216.666$  ,  $P= ,000$  olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.33. : Varyans Analiz Tablosu <sup>b</sup>**

Model		Korelasyon Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1	Regresyon	866.329	1	866.329	216.666	.000
	Artıklar	1647.361	412	3.998		
	Toplam	2513.691	413			

a.Belirleyiciler: (Sabit), Bekleme süresi.

b.Bağımlı değişken: Genel memnuniyet.

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.34.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani bekleme süresinin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre bekleme süresindeki memnuniyette %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.58'lik bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.34. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	2.413	.224		10.786	.000
Bekleme Süresi	.587	.040	.587	14.720	.000

a. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

#### 5.2.4.3. Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Teşhis tedavi hizmetlerinden memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.35.'deki verilere göre genel memnuniyet ile teşhis tedavi hizmetlerinden memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R=.708$  ,  $P= .000$ ). Bir başka deyişle teşhis tedavi hizmetlerinden duyulan memnuniyet arttıkça genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.35. : Teşhis Tedavi Hizmetleri Boyutu ile Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.708	.000

Tablo 5.36.'da belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2= .502$  olması, teşhis tedavi hizmetlerindeki memnuniyete ait değişiklikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %50'sini açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.36. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.708 <sup>a</sup>	.502	.500	1.7436

a. Belirleyiciler: (Sabit), Teşhis tedavi hizmetleri

Tablo 5.37.'de F testi kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F= 414,814$  .  $P= .000$  olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.37. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1 Regresyon	1261.123	1	1261.123	414.814	.000
Artıklar	1252.568	412	3.040		
Toplam	2513.691	413			

a. Belirleyiciler: (Sabit), Teşhis tedavi hizmetleri

b. Bağımlı değişken: Genel Memnuniyet

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.38.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani bekleme süresinin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir değişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre teşhis tedavi hizmetlerindeki memnuniyette %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda % 0.63'lük bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.38. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	2.620	.160		16.377	.000
Teşhis Tedavi Hizmetleri	.639	.031	.708	20.367	.000

a. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

#### 5.2.4.4. Bilgilendirmeden Duyulan Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Bilgilendirmeden memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.39.'daki verilere göre genel memnuniyet ile bilgilendirmeden duyulan memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R = .613$ ,  $P = .000$ ). Bir başka deyişle bilgilendirmeden duyulan memnuniyet arttıkça, genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.39. : Bilgilendirme Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.613	.000

Tablo 5.40.' da belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2 = .376$  olması, bilgilendirmeden memnuniyete ait değişiklikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %37'sini açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.40. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.613	.376	.375	1.9506

a. Belirleyiciler: (Sabit), Bilgilendirme.

Tablo 5.41.'de F testi, kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F = 248.627$ ,  $P = .000$  olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.



**Tablo 5.41. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1 Regresyon	946.029	1	946.029	248.627	.000 <sup>a</sup>
Artıklar	1567.662	412	3.805		
Toplam	2513.691	413			

a. Belirleyiciler: (Sabit), Bilgilendirme.

b. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.42.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani bilgilendirmenin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre bilgilendirmeden memnuniyette %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.64'lük bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.42. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	2.737	.193		14.205	.000
Bilgilendirme	.649	.041	.613	15.768	.000

a. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet

#### 5.2.4.5. Eğitimden Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Eğitimden memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.43.'deki verilere göre genel memnuniyet ile eğitimden memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R=.602$ ,  $P=.000$ ). Bir başka deyişle eğitimden duyulan memnuniyet arttıkça, genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.43. : Eğitim Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.602	.000

Tablo 5.44.'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2 = .363$  olması, eğitimden memnuniyete ait değişiklikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %36'sını açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.44. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare	Tahmini Standart Hatası
1	0.602 <sup>a</sup>	.363	.361	1.9719

a. Belirleyiciler: (Sabit), Eğitim.

Tablo 5.45.'de F testi kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F = 234.461$  ,  $P = .000$  olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.45. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1 Regresyon	911.676	1	911.676	234.461	.000 <sup>a</sup>
Artıklar	1602.015	412	3.888		
Toplam	2513.691	413			

a. Belirleyiciler: (Sabit), Eğitim.

b. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

P ilgili değişkenlerin kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda. Tablo 5.46.'da sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani eğitimin %1'den daha yüksek düzeyde. diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre eğitimden memnuniyette %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.73'lük bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.46. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
I (Sabit)	1.425	.275		5.175	.000
Eğitim	.736	.048	.602	15.312	.000

a. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

#### 5.2.4.6. Fiziki Şartlardan Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Fiziki şartlardan memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 5.47.'deki verilere göre genel memnuniyet ile fiziki şartlardan memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R = .349$ ,  $P = .000$ ). Bir başka deyişle fiziki şartlardan duyulan memnuniyet arttıkça, genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.47. : Fiziki Şartlar Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.349	.000

Tablo 5.48.'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2 = .122$  olması, eğitimden memnuniyete ait değişiklikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %12'sini açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.48. : Model Özeti**

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R Kare	Tahmini Standart Hatası
1	.349 <sup>a</sup>	.122	.120	2.3148

a. Belirleyiciler: (Sabit). Fiziki şartlar.

Tablo 5.49.'da F testi, kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir. F= 57,132 , P= ,000 olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.49. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1 Regresyon	306.123	1	306.123	57.132	.000
Artıklar	2207.568	412	5.358		
Toplam	2513.691	413			

a. Belirleyiciler: (Sabit). Fiziki Şartlar.

b. Bağımlı değişken: Genel Memnuniyet.

P ilgili değişkenlerin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.50.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani fiziki şartların %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre fiziki şartlardaki memnuniyete %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.49'luk bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.50. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	P	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	2,168	,439		4,938	,000
Eğitim	,493	,065	,349	7,559	,000

a. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

#### 5.2.4.7. İnsan Kaynaklarından Memnuniyet ile Genel Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

İnsan kaynakların memnuniyeti belirleyen boyut ile genel memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 5.51.'deki verilere göre genel memnuniyet ile insan kaynaklarından memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R=.516$  .  $P= .000$ ).

Bir başka deyişle insan kaynaklarından duyulan memnuniyet arttıkça genel memnuniyet düzeyi artmaktadır.

**Tablo 5.51. : İnsan Kaynakları Boyutu İle Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	,516	,000

Tablo 5.52.'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber  $R^2=.266$  olması, insan kaynaklarındaki memnuniyete ait değişiklikler ile genel memnuniyetteki değişikliklerin %26'sını açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.52. : Model Özeti**

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R Kare	Tahmini Standart Hatası
1	.516 <sup>a</sup>	.266	.265	2,1157

a. Belirleyiciler: (Sabit), İnsan kaynakları

Tablo 5.53.'de F testi, kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F=149.581$  ,  $P= .000$  olduğundan oluşturulan regresyon denkleminin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.53. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P
1	Regresyon	669,537	1	669,537	.000
	Artıklar	1844,153	412	4,476	
	Toplam	2513,691	413		

a. Belirleyiciler: (Sabit), İnsan Kaynakları.

b. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.54.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani yani insan kaynaklarının %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre insan kaynaklarından memnuniyetle %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.59'luk bir genel memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.54. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	2.084	.288		7.231	.000
İnsan Kaynakları	.590	.048	.516	12.230	.000

a. Bağımlı Değişken: Genel Memnuniyet.

### 5.3. HİPOTEZE DAYALI BULGULAR

#### 5.3.1. Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Muayeneye ayrılan süreden memnuniyet ile uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.55.'deki verilere göre uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet ile muayeneye ayrılan süreden memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R=.828$ ,  $P=.000$ ). Bir başka deyişle muayeneye ayrılan süreden memnuniyet arttıkça uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artmaktadır. Bu bulgu, muayene süresinden duyulan memnuniyet artışından, uygulanan-önerilen tedavinin yeterliliğinden duyulan memnuniyet artışının sağlanacağını ileri sürüldüğü hipotezin kabul edildiğini göstermektedir.

**Tablo 5.55. : Muayeneye Ayrılan Süreden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Tablosu**

Frekans	R	P
414	.828	.000

Tablo 5.56.' da belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2=.685$  olması, muayeneye ayrılan süredeki memnuniyete ait değişiklikler ile önerilen ve uygulanan tedavinin yeterliliğinden memnuniyetteki değişikliklerin %68'ini açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.56. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.828 <sup>a</sup>	.686	.685	1.5729

a. Belirleyiciler: (sabit), Muayeneye Ayrılan Süre

Tablo 5.57.'de F testi kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F=901.041$  ,  $P= .000$  olduğundan oluşturulan regresyon modelinin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.57. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	P	
1	Regresyon	2229.134	1	2229.134	901.041	.000 <sup>a</sup>
	Artıklar	1019.269	412	2.474		
	Toplam	3248.404	413			

a. Belirleyiciler ( sabit ), Muayeneye ayrılan süre

b. Bağımlı Değişken : Uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliği

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda . Tablo 5.58.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani muayeneye ayrılan sürenin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre muayeneye ayrılan sürede %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.79'luk bir uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artışı görülecektir.



**Tablo 5.58. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	1.508	1.130		11.565	.000
Muayeneye Ayrılan Süre	.797	.027	.828	30.017	.000

a. Bağımlı değişken : Uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliği.

### 5.3.2. Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmeden memnuniyet ile uygulanan ve önerilen tedaviden memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.59.'daki verilere göre uygulanan ve önerilen tedaviden memnuniyet ile teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmeden memnuniyet arasında aynı yönde ve kuvvetli bir ilişki vardır ( $R = .709$  ,  $P = .000$ ). Bir başka deyişle, teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmeden memnuniyet arttıkça önerilen ve uygulanan tedaviden memnuniyet artmaktadır. Bu bulgu teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmeden duyulan memnuniyet artışından, uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden duyulan memnuniyet artışının sağlanacağını ileri sürüldüğü hipotezin kabul edildiğini göstermektedir.

**Tablo 5.59. : Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirmeden Memnuniyet İle Uygulanan ve Önerilen Tedaviden Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.709	.000

Tablo 5.60'da belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2 = .502$  olması, teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmedeki memnuniyete ait değişiklikler ile önerilen ve uygulanan tedavinin yeterliliğinden memnuniyetteki değişikliklerin %50'sini açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.60. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.709 <sup>a</sup>	.502	.501	1.9807

a. Belirleyiciler (Sabit). Teşhis Ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirme

Tablo 5.61.'de F testi kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F = 415.987$  ,  $P = .000$  olduğundan oluşturulan regresyon modelinin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.61. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Karelerin Ortalaması	F	P
1 Regresyon	1632.024	1	1632.024	415.987	.000 <sup>a</sup>
Artıklar	1616.380	412	3.923		
Toplamı	3248.404	413			

a. Belirleyiciler (Sabit). Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirme

b. Bağımlı Değişken : Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliği

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.62.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmemenin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar%99 olasılıkla güvenlidirler. Buna göre teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmedeki memnuniyetle %1'lik bir değişiklik

meydana gelmesi durumunda. %0.70'lik uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.62. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	1.772	.172		10.313	.000
Teşhis ve Tedavi Hakkında Yeterince Bilgilendirme	.701	.034	.709	20.396	.000

Bağımlı Değişken : Uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliği

### 5.3.3. Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile Uygulanan Ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden duyulan Memnuniyet Arasındaki İlişki

Muayene sırasında gösterilen ilgiden memnuniyet ile uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.63.'deki verilere göre uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet ile muayene sırasında gösterilen ilgiden memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R=.703$  ,  $P= .000$ ). Bir başka deyişle, muayene sırasında gösterilen ilgiden duyulan memnuniyet arttıkça uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artmaktadır. Bu bulgu, muayene sırasında gösterilen ilgiden duyulan memnuniyet artışından, uygulanan-önerilen tedavinin yeterliliğinden duyulan memnuniyet artışının sağlanacağını ileri sürüldüğü hipotezin kabul edildiğini göstermektedir.

**Tablo 5.63. : Muayene Sırasında Gösterilen İlgiden Memnuniyet ile Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliğinden Memnuniyet Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.703	.000

Tablo 5.64.'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber.  $R^2 = .494$  olması muayene sırasında gösterilen ilgiden memnuniyete ait değişiklikler ile önerilen uygulanan tedavinin yeterliliğinden memnuniyetteki değişiklikleri %49'unu açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.64. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.703 <sup>a</sup>	.494	.493	1,9975

Tablo 5.65.'deki F Testi kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F = 402.094$  ,  $P = .000$  olduğundan oluşturulan regresyon modelinin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.65. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Karelerin Ortalaması	F	P
1 Regresyon	1604.439	1	1604.439	402.094	.000 <sup>a</sup>
Artıklar	1643.965	412	3.990		
Toplamı	3248.404	413			

a. Belirleyiciler (Sabit). Muayene Sırasında Gösterilen İlgisi.

b. Bağımlı Değişken : Uygulanan ve Önerilen Tedavinin Yeterliliği

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.66.'da sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani muayene sırasında gösterilen ilginin %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirdirler. Buna göre muayene sırasında gösterilen ilgiden memnuniyetle %1'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda,

%0,71'lik bir uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.66. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	1.331	.193		6.903	.000
Muayene Sırasında Gösterilen İlgisi	.712	.036	.703	20.052	.000

Bağımlı Değişken : Uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliği.

#### 5.3.4. Fiziki Şartlardan Memnuniyet ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Fiziki şartlardan memnuniyeti belirleyen boyut ile teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 5.67.'deki verilere göre teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet ile fiziki şartlardan memnuniyet arasında aynı yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $R=.299$  ,  $P= .000$ ). Bir başka deyişle fiziki şartlardan duyulan memnuniyet arttıkça, teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet artmaktadır. Bu bulgu fiziki şartlardan duyulan memnuniyet artışından, teşhis-tedavi hizmetlerinden duyulan memnuniyet artışının sağlanacağına ileri sürüldüğü hipotezin kabul edildiğini göstermektedir. Ancak iki değişken arasındaki ilişkinin güçlü olmadığı söylenebilir.

**Tablo 5.67. : Fiziki Şartlar Boyutu ile Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutu Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi**

Frekans	R	P
414	.299	.000

Tablo 5.68.'de belirleme katsayısı  $R^2$  değeri korelasyon katsayısını ifade etmekle beraber,  $R^2=.089$  olması fiziki şartlardan memnuniyete ait değişiklikler ile teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyetteki değişikliklerin %8 'ini açıklayabileceğimiz anlamındadır.

**Tablo 5.68. : Model Özeti**

Model	R	$R^2$	Düzeltilmiş R Kare Değeri	Tahmini Standart Hatası
1	.299 <sup>a</sup>	.089	.087	2.6133

a. Belirleyiciler (Sabit), Fiziki şartlar.

Tablo 5.69.'de F testi kurulan regresyon denkleminin yüzde kaç olasılıkla istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir olduğunu gösterir.  $F=40.349$  ,  $P= .000$  olduğundan oluşturulan regresyon modelinin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 5.69. : Varyans Analiz Tablosu<sup>b</sup>**

Model	Karelerin Toplamı	SD	Karelerin Ortalaması	F	P
1 Regresyon	275.558	1	275.558	40.349	.000 <sup>a</sup>
Artıklar	2813.672	412	6.829		
Toplamı	3088.230	413			

a. Belirleyiciler (Sabit), Fiziki şartlar.

b. Bağımlı Değişken : Teşhis ve tedavi hizmetleri.

P ilgili değişkenin yüzde kaç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmekte ve bu bağlamda, Tablo 5.70.'de sabit terimin %1 ve bağımsız değişkenin yani fiziki şartların %1'den daha yüksek düzeyde, diğer bir deyişle bu katsayılar %99 olasılıkla güvenilirlerdir. Buna göre fiziki şartlardan memnuniyetle %1 'lik bir artışın meydana gelmesi durumunda, %0.46 'lık bir teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet artışı görülecektir.

**Tablo 5.70. : Katsayılar<sup>a</sup>**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
1 (Sabit)	1.267	.496		2.556	.011
Fiziki Şartlar	.468	.074	.299	6.352	.000

Bağımlı Değişken : Teşhis ve Tedavi Hizmetleri





## **SONUÇ ve ÖNERİLER**



Hayatımızda etkin rol oynayan sağlık kavramına ilişkin hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmeti ile başlayarak verilmesi, geniş bir kitleye hitap etmesi, hastalara koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetini bir arada sunması, hastaneye ve uzman doktora gerçekten gitmesi gereken hastaların tespit edilerek hastanelerin ve uzman doktorların daha verimli çalışmasının sağlanması ve maliyet düşüşüne katkıda bulunması yönüyle önemli olmaktadır.

Sağlık kavramına ilişkin olarak tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, hastalarca kabul edilebilir, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılayan kaliteli bir hizmet sunumu esas alınarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında, özellikle müşteri memnuniyetini ve çevresel olarak kalite anlayışının oluşmasını sağlayan Toplam Kalite Yönetimi bir araç olarak kullanılmalıdır.

Hasta memnuniyetinin esas alındığı bir gayret sonucunda hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerinin ortaya çıkarılması ile sağlık hizmetini sunan kurumun düzeltici önleyici ve geliştirici faaliyetleri belirleyerek daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmesi söz konusu olacaktır.

Her kademedeki sağlık yöneticileri açısından da, sorumluluğundaki sağlık faaliyetlerini her yönüyle sürekli geliştirerek, daha iyi bir geleceğe hazırlamak gerekliliği vardır. Yöneticilerin bu görevlerini başarıyla yerine getirebilmeleri için karar alma safhasında sağlık kurumunda çalışanları ile birlikte hizmeti alan hastaların görüş ve önerileri ile memnuniyetlerini dikkate almak durumundadırlar. Aksi halde yöneticiler çalışanlarının ve hastaların isteklerini, ihtiyaçlarını ve memnuniyetlerini dikkate almadığında verilen hizmetin kalitesini, sadece kendi gelişimi ve görüşü ile sınırlayacaklardır.

Bu bağlamda, çalışmamızda yer alan Kütahya-Hv. Er. Eğt. Tug. K'lığı Sağlık Amirliği'nde yürütülen sağlık sunumunda hasta memnuniyeti ölçümüne yönelik yapılan ampirik analiz, sağlık yöneticilerine ve diğer sağlık personeline yararlı olabilecek bulgular ortaya koymaktadır.

Ampirik analiz kapsamında anketin sonuçlarına göre genel bulguları aşağıdaki gibi ifade etmek mümkündür.

Hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, korunma hizmetlerine yönelik eğitimden, fiziki şartlardan, çalışan personel sayısından memnun olduğu, hasta, doktor-personel ilişkisinden, bekleme süresinden memnuniyette, genel olarak memnun olunmakla beraber belirlenen memnuniyetin, memnun olmayanları ve kararsızları da kapsadığı, teşhis ve tedavi hizmetlerinden, bilgilendirmeden ise memnun olmadıkları ancak sağlık hizmetleri genel memnuniyet yönüyle incelendiğinde memnun olduğu görülmektedir.

Yürütülen sağlık hizmetlerinde, teşhis ve tedavi hizmetleri ile bilgilendirme üzerinde hastalarda memnuniyet yaratacak yaklaşımlara öncelik verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Muayene öncesi bekleme süresi ile genel memnuniyet arasında güçlü olmayan bir ilişki olmakla beraber, muayene öncesi bekleme süresinden memnun olanların ortalama tahmini bekleme süresinin 39.78 dakika, kararsız olanların 40.83 dakika, memnun olmayanların ise 56.20 dakika olduğu, memnun olmayanların sayısının da memnun ve kararsız olanlardan daha fazla bulunduğu gösterilmişti ve muayene öncesi 90 dakika ve daha fazla bekleyen hastaların da genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirdikleri belirtilmişti. Çalışmamızda 40.83 dakika memnuniyet bakımından kritik noktayı oluşturmaktadır. Karşılaştırma yapma açısından bazı ülkelerdeki ortalama bekleme sürelerine baktığımızda: İngiltere`de yapılan bir çalışmada 20 dakikanın memnuniyet bakımından kritik noktayı oluşturduğu, ABD`de iki merkezde yapılan bir çalışmada ise tahmini bekleme süreleri 30.9 ve 16.6 dakika, Japonya`da iki merkezde yapılan başka bir çalışmada ise 51.1 ve 129.7 dakika olduğu tespit edilmiştir.<sup>159</sup> Çalışmamızda bulunan 40.83`lik kritik süreye yakın muayene öncesi bekleme süresinin sağlanması memnuniyeti arttıracaktır.

<sup>159</sup>Tasdemir. a.g.e., s. 464.

Muayene süresi ile genel memnuniyet arasında orta derecede bir ilişki olmakla beraber araştırmaya katılanlarda muayene süresinden memnun olanların ortalama muayene süresi 3.51 dakika, kararsız olanların 2.75 dakika, memnun olmayanların 2.08 dakika olduğu ve memnun olmayanların sayısının da memnun ve kararsız olanlardan daha fazla olduğu gösterilmişti ve muayene süresi 1-2 dakika olan hastaların da genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirdiği tespit edilmişti. Karşılaştırma yapma açısından bazı ülkelerdeki ortalama muayene sürelerine baktığımızda: İngiltere`de birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan ve 18957 hastayı kapsayan bir araştırmada muayene süresi 7.9 artı-eksi 4.9 dakika tespit edilmiş. ABD` de ise ortalama muayene süresi 10 dakika. Yeni Zelanda`da 12 dakika, Kanada`da 15 dakika olarak bulunmuştur.<sup>160</sup> Yapmış olduğumuz çalışmaya göre ise yaş ortalaması 21.4 olduğu saptanan askerlerin, muayene sürelerinin kritik nokta olan 2.75 dakikaya yakın bir süreye ulaştırılması memnuniyeti arttıracaktır.

Anket sonuçlarına göre yaş ile genel memnuniyet arasında güçlü olmayan bir ilişki olmakla beraber yaş düzeyi yüksek olan hastalar genel memnuniyeti daha olumsuz değerlendirmektedirler. Daha fazla yaşamsal tecrübe, eleştirisel yaklaşımları arttırmaktadır.

Ankete katılanların eğitim düzeyi ile genel memnuniyetleri arasında orta derecede bir ilişki olmakla beraber eğitim düzeyi yükseldikçe genel memnuniyetin daha olumsuz değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir. Farkı yaratan grup lise ve üniversite mezunu hastalardır.

Aylık gelir ile genel memnuniyet arasında güçlü olmayan bir ilişki olmakla beraber, gelir düzeyi yükseldikçe genel memnuniyet daha olumsuz değerlendirilmektedir. Farkı bir milyar ve üstü gelire sahip hastalar yaratmaktadır. Gelir seviyesinin yüksek olması ile daha önceden iyi şartları sağlayan hastalar en azından aynı imkanı aradıklarından memnuniyet değerlendirmeleri daha olumsuz olmaktadır.

<sup>160</sup>Taşdemir, a.g.e., s.465.

Korelasyon katsavıları ve regresyon analizi sonucları göz önüne alındığında, hasta, doktor, personel ilişkisi boyutu ve teşhis ve tedavi hizmetleri boyutlarının genel memnuniyet üzerinde en çok etki eden boyutlar oldukları, hasta, doktor, personel ilişkisinden ve teşhis tedavi hizmetlerinden memnuniyetin, genel memnuniyet ile ilişkisinin kuvvetli olduğu ve bu anlamda, hasta, doktor, personel ilişkisinden memnuniyete ve teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyete yönelik iyileştirici tedbirlere öncelik verilmesi gerektiği görülmektedir.

Benzer değerlendirme ile geriye kalan 5 boyut, korelasyon katsayısı ve regresyon analizi sonuçlarına göre önem sırasına konulduğunda, bilgilendirme, eğitim, bekleme süresi, insan kaynakları ve fiziki şartlar şeklinde bir sıralama ortaya çıkmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, muayeneye ayrılan süreden memnuniyet ile uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyet arasından güçlü bir ilişki söz konusu olmakla beraber, daha önceki açıklamalarda teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyetsizlik söz konusu olduğu görüldüğünden, teşhis ve tedavi hizmetleri boyutundan memnuniyete etki edecek değişkenlerden olan uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyeti arttıracak yaklaşımlar dikkate alınmalıdır. Bu noktada uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden memnuniyeti arttıracak olan muayene süresinden memnuniyet, daha önce açıklanan muayene süresi ortalamaları da dikkate alınarak, muayene süresinin arttırılması sağlanmalıdır.

Teshis ve tedavi hakkında veterince bilgilendirme ile uvgulanan ve önerilen tedaviden memnuniyet arasında güçlü bir ilişki olduğu görüldüğünden teşhis ve tedavi hizmetlerinin yeterliliğinden memnuniyetsizliğin giderilmesi, uygulanan ve önerilen tedavide gerçekleştirilecek memnuniyet artışına katkı sağlanması ve yine bilgilendirmeden memnuniyetin arttırılması için teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirmeden memnuniyetin arttırılması sağlanmalıdır.

Muayene süresince gösterilen ilgiden memnuniyet ile uygulanan ve önerilen tedaviden memnuniyet arasında ise yine güçlü bir ilişki söz konusu olduğu belirlendiğinden muayene sırasından gösterilen ilgiden sağlanacak memnuniyet artışı,

memnuniyet düzeyi memnun olmayanları ve kararsızları da kapsayan hasta, doktor, personel ilişkisinden memnuniyeti arttıracığı gibi uygulanan ve önerilen tedaviden memnuniyeti arttırarak teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyetin artmasına neden olacaktır.

Fiziki şartlardan memnuniyet ile teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyet arasında güçlü olmayan bir ilişki söz konusudur. Hastaların faydalandıkları sağlık tesislerinde daha önceden sağlanan iyileştirme ve temizlik konusunda gösterilen dikkat, fiziki şartlardan memnuniyetin oluşmasını sağlamıştır. Bununla beraber fiziki şartların iyileştirilmesi ile teşhis ve tedavi hizmetlerinden memnuniyetin arttırılmasının sağlanmasının sınırlı olacağı anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak hastaların kişisel özellikleriyle, hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişkinin olmadığı, teşhis ve tedavi hizmetleri ile bilgilendirmeye yönelik memnuniyet düzeyine etki edecek değişkenlere öncelikle önem verilmesi gerektiği, bu bağlamda muayeneye ayrılan sürenin arttırılması, teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirmenin sağlanmasının ve muayene sırasında ilgi gösterilmesinin gerektiği anlaşılmaktadır. Ayrıca hasta, doktor, personel ilişkisinden ve bekleme süresinden memnuniyet artışı sağlayacak çabalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.



**EKLER**



**EKLER:**

EK-1 Anket Formu.....147

## ANKET FORMU ÖRNEĞİ

### KÜTAHYA-HAVA ER EĞİTİM TUGAY KOMUTANLIĞI SAĞLIK AMİRLİĞİ HASTA MEMNUNİYET ÖLÇÜMÜ ANKETİ

Bu anket Hava Er Eğitim Tugay Komutanlığı Sağlık Amirliğinde daha iyi seviyede sağlık hizmeti sunulabilmesi için sağlık hizmetleri hakkında memnuniyeti ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgileriniz ile tahmini muayene ve tahmini bekleme sürelerini içeren sorular, ikinci bölümde sunulan sağlık hizmetleri hakkında memnuniyetinizi tespit etmeye yönelik sorular yer almaktadır.

İstenen bilgiler, yalnız bu araştırma kapsamında kullanılacak, başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle soruları cevaplandırırken, sizin gerçek düşüncenizi yansıtmanız, araştırmamızın geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu anket formuna lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız ve hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

#### BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde sorulan soruları, boş bırakılan yerlere yanıtı yazarak ve seçenekli olanlara ise size en uygun seçeneği (x) işareti ile belirterek yanıtlayınız.

1. YAŞINIZ \_\_\_\_\_

2. ÖĞRENİM DÜZEYİ

- Okuryazar
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite ve üstü

3. AYLIK GELİR SEVİYESİ

- 0 - 499 milyon
- 500 milyon - 999 milyon
- 1milyar ve üstü

4. İKAMET ETTİĞİNİZ YERLEŞİM MERKEZİ

- Köy ve daha küçük
- İlçe
- Şehir
- Büyükşehir

5. SAĞLIK AMİRLİĞİNDE MUAYENE ÖNCESİ TAHMİNİ BEKLEME SÜRESİ













\_\_\_\_\_Saat \_\_\_\_\_Dakika














6. SAĞLIK AMİRLİĞİNDE DOKTORUN TAHMİNİ MUAYENE SÜRESİ

\_\_\_\_\_Dakika



**İKİNCİ BÖLÜM (Bu bölümde sorulan soruları, çizgi ölçek üzerinde memnuniyet düzeyinizi belirten en yakın noktayı, (x) işareti ile belirterek yanıtlayınız).**

1. Muayene sırasında gösterilen ilginin yeterliliğinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
2. Muayene esnasında kibar, nazik, güler yüzlü yaklaşımın yeterliliğinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
3. Pansuman veya enjeksiyon işlemleri sırasında kibar,nazik ve güler yüzlü yaklaşımın yeterliliğinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
4. Muayene sırasında diğer hastaların duyup göremeyeceği şekilde mahremiyete gösterilen dikkatin yeterliliğinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
5. Muayene öncesi ortalama bekleme süresinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
6. Pansuman veya enjeksiyon yapılması için bekleme süresinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
7. Uygulanan ve önerilen tedavinin yeterliliğinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
8. Muayeneye ayrılan sürenin yeterliliğinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
9. Verilen İlaçlar Hakkında Bilgilendirmeden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
10. Teşhis ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirilmeden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
11. Muayene sırasında sorulara anlaşılacak türden yeterince cevap verilmesinden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum
12. Bağışıklama amacıyla yapılan koruyucu aşılarla ilgili bilgilendirilmeden  
hiç memnun değilim  Çok memnunum

13. Bulaşıcı hastalıklar hakkında yeterince bilgilendirilmeden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
14. Aile planlaması ile ilgili bilgilendirilmeden	hiç memnun değilim		Cok memnunum
15. Uyuşturucu ve alkol bağımlılığının zararları hakkında bilgilendirilmeden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
16. İlk yardım konusunda bilgilendirilmeden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
17. Koruyucu sağlık amacıyla yayınlanan broşürlerin yeterliliğinden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
18. Sağlık Amirliği'ndeki genel temizlikten	hiç memnun değilim		Çok memnunum
19. Sağlık Amirliği'ndeki tuvalet temizliğinden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
20. Bekleme salonundaki oturma düzeni yeterliliğinden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
21. Bekleme salonundaki sessizlikten	hiç memnun değilim		Çok memnunum
22. Doktor sayısının yeterliliğinden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
23. Doktor dışında görev yapan personel, erbaş/er sayısının yeterliliğinden	hiç memnun değilim		Çok memnunum
24. Sağlık amirliğinde yürütülen hizmetlerden memnuniyetiniz	hiç memnun değilim		Çok memnunum
25. Sağlık amirliğinde yürütülen hizmetlerden memnuniyetin oluşması için gösterilen gayretin yeterliliğinden	hiç memnun değilim		Cok memnunum

## KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

AKIN Besim-ÇETİN Canan- EROL Vedat, **Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi**, Beta Yayıncılık, İstanbul 1998.

AKTAN Coşkun C., **Değişim ve Yeni Global Yönetim**, MESS Yayınları, No:257, Ekim 1997.

BALTAŞ Zuhâl, **Sağlık Psikolojisi**, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000.

EFİL İsmail, **Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi**, İkinci Basım, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa 1996.

ELBECK Matt, **Client Satisfaction Measurement**, Aspen Publishers Inc., New York 1987.

ELMACI Orhan, **Toplam Kalite Yönetimi**, Kütahya 2001.

EREN Nevzat-ÖZTEK Zafer, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayınları, No:22, Ankara 1982.

GOMES Helio, **Kaliteli Sözler**, (Çev. Nurdoğan Arkış), Sistem Yayıncılık, İkinci Basım, İstanbul 1999.

HASDE Metin, "Halk Sağlığı" **Kıt'a Hekimliği**, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Yayınları, ANKARA 2002.

JURAN M.J.-GRYNA Frank M. M, Jr., **Quality Planning And Anelysis: Product Development Through Use**, İkinci Basım, McGraw-Hill Inc, New York 1980.

.....Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu, **TSE Yayınları**, KYTE 02.

.....ISO 9000: 2000 Kuruluş İçi Kalite Tetkiki, **TSE Yayınları**, (Eğitmen: Abdulkadir Öncel), Aralık 2001.

KAVRAKOĞLU İbrahim, **Kalite**, Kalder Yayınları, Rekabetçi Yönetim Dizisi No:1, İstanbul 1993.

KAVRAKOĞLU İbrahim, **Kalite, Kalite Güvencesi, ISO 9000 ve Toplam Kalite**, Rekabetçi Yönetim Dizisi, İstanbul 1993.

KIRIM Arman, **Yeni Dünyada Strateji ve Yönetim**, Sistem Yayıncılık, Üçüncü Basım, İstanbul 2001.

- KOÇOĞLU Ferit, **Dünyada ve Türkiye’de Sağlık**, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, No:72, Sivas 1998.
- KOVANCI Ahmet, **Toplam Kalite Yönetimi**, Sistem Yayıncılık, İkinci Basım, İstanbul 2003.
- MIYAUCHI Ichiro, **Japonya’da Kalite Yönetimi**, (Çev. Salim Atay), MESS Yayınları, İstanbul 1999.
- ÖZALP İnan, **İşletme Yönetimi**, Eskişehir 2001.
- ÖZER Yaprak, **Liderlik Yönetim Türkiye**, Hayat Yayıncılık, İstanbul 2001.
- ÖZEVREN Mina, **Toplam Kalite Yönetimi**, Alfa Yayıncılık, 1.Basım, İstanbul 1997.
- ..... Göreve Yeni Başlayan Sağlık Personelinin Asalet Kursu Eğitim Kitapçığı, **Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü**, 2002.
- SALTIK Ahmet, “Çağdaş Sağlık anlayışı”, **İş Yeri Hekimliği Ders Notları**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 6. Baskı, Ankara 2001.
- SANDERS Donald A. –SANDERS Judith A.J.-JOHNSON Richard H., **ISO 9000 Nedir Niçin? Nasıl?**, (Çev Gönül Yenersoy), Rota Yayınları, İstanbul 1998.
- SLATER Robert, **Jack Welch ve General Electric’in Yolu**, (Çev.Türkan Arıkan-Saadet Özkal), Literatür Yayınları, 4 ncü Basım, İstanbul 2000.
- ŞAHİN Ümit, **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**, (Edit: Nurullah UÇKUN), Kişisel Yayın, Eskişehir 1999.
- ŞAHİN Ümit, **Hastane İşletmeciliği 1**, Sarar Giyim Tekstil Sanayi Ticaret A.Ş. Kültür Yayınları, No:1 Eskişehir 2000.
- ŞİMŞEK Muhittin, **Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü**, Babıali Kültür Yayıncılığı, Birinci Basım, İstanbul 2002, s.48,49.
- ....., Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, **T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını**, Ankara 2001.

## SÜRELİ YAYINLAR

- ACUNER Taner-ŞAHİN Çiğdem, “Toplam Kalite Yönetiminde Başarı: Önce Kurum Kültürü”, **Standart Dergisi**, TSE Yayınları, Sayı 491, Ankara 2002.
- AK Bilal, Hasta Deneyiminin Ölçümü, **Standart Dergisi**, Sayı 486, Haziran 2002.

- AKGÜL Aziz, "Toplam Kalite Yönetim Sistemi", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı: 26, Ankara 1999.
- AKTAN Coşkun Can, "Çağdaş Yönetim Anlayışı: Toplam Kalite", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 26 Ankara 1999.
- ARIKAN Necati, "Toplam Kalite Yönetimi" **Önce Kalite Dergisi**, Sayı: 2, İstanbul 1983.
- AYDINCEREN Akın, "Toplam Kalite Yönetimi", **Önce Kalite Dergisi**, Kalder Yayınları, İstanbul 1993.
- AYTİMUR Selçuk, "Toplam Kalite Kontrol ve Yöntemler Üzerine", **Önce Kalite Dergisi**, Kalder Yayınları, Ocak 1993.
- BEDÜK Aykut, "Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi", **Standart Dergisi**, TSE Yayınları, Sayı: 481, Ankara 2002.
- ÇORUH Mithat, "Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, Sayı: 3, İstanbul 1997.
- ÇORUH Mithat, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, **Medikal Trend Dergisi**, Aralık 1999.
- ÇORUH Mithat, "Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmasının İpuçları", **Hastane Hospital News**, Mart-Nisan 2000.
- ÇORUH Mithat, " Kalite Güvence Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı", **Hastane Hospital News**, Mart-Nisan 2002.
- ÇORUH Mithat, "Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilir", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, Kasım 1997.
- ÇORUH Mithat, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, **Hv.K.K.lığı 3 ncü Sağlık Semineri Bildirileri**, Mart 1998.
- ECER Ferhat H.-DEMİREL Yavuz-USLU Sevilay, "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma", **Standart Dergisi**, TSE Yayınları, Sayı 490, Ankara 2002.
- FEIGENBAUM Arnold V., Toplam Kalite Kontrolünün Püf Noktaları, (Çev. Serdar Özer), **Kalite Dergisi**, Sayı: 12, İstanbul 1991.
- GRÖNROOS Christian, "A Service Quality Model and Its Marketing", **European Journal of Marketing**, Cilt 18, Sayı: 4, 1984.
- KAĞNICIOĞLU Hakan C., Kalite Yönetiminin Temel Prensipleri, **Standart Dergisi**, TSE Yayınları, Sayı 482, Ankara 2002.

KANTARCI Halil, “Toplam Kalite Kontrol ve Endüstri İlişkileri İle Etkileşimi”, **Önce Kalite Dergisi**, Sayı: 2, İstanbul 1989.

PEŞKİRCİOĞLU Nurettin, “Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ve ISO 9000 Standartları”, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayınları, Sayı:1, Ankara 1994.

TAKEUCHI Hirotake-Quelch J.A.,”Quality Is More Than A Good Product” **Harward Bussiness Review**, July-Agust 1983.

## SEMPOZYUM

AKGÜN S., “Başkent Üniversitesi Hastanesinde Hasta Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi Çalışmaları”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerini Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.

AKGÜN H.Seval-RENGİN Erdal, “Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 1998, s.219

ALCAN Zehra, “Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.

ALEMDAR Esra, “Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti”, **Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayın No:289, Ankara 1999.

BARBOUR Galen, “Amerikan Sağlık Sisteminde TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler”, **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996.

ÇINAR Fatoş Yüksek, “Hasta Eğitimlerinin Hasta Memnuniyetine Etkileri”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.

ÇİLİNGİROĞLU Nesrin, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanmasında Maliyet, Sağlık Maliyeti Analizi”, **I. Basamak Sağlık Hizmetleri’nde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1995.

ÇORUH Mithat, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Habarel Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1996.

- ÇORUH Mithat, “Hastane Kalite Yönetim Sisteminde Proses ve Sistem Yaklaşımı”, V. **Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı**, Eskişehir 2002, Osmangazi Üniversitesi.
- ÇORUH Mithat, “Editörün Notu”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1995.
- ÇORUH Mithat, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.
- ENGİZ Oğuz, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- ERKAL P. ve diğerleri, “Başkent üniversitesi polikliniklerine başvuran hastaların sunulan hizmetlerden memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- ERSOY Füsün-EDİME Tamer, “Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti”, **4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul 2001.
- ESATOĞLU Afsun Ezen, ERSOY Korkut, “Hasta Tatmini Ölçülmesi” , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.
- EREN Nevzat, KALACAN Sibel, “Tıp Ahlakı” ,**Halk Sağlığı**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara 1995.
- GÖKMOGOL M Ruhi.- ÖZ Vahit -KISA Adnan, “ISO 9000 Uygulamalarının Sonuçları ile İlgili Bir Askeri Hastane Müşteri Memnuniyeti Çalışması”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- HABERAL Mehmet,” Önsöz”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1995.
- İYİARİ Gülnur-ERDOĞAN Mehtap ve Diğerleri, “Poliklinik Hizmetlerinde Hasta İhtiyaç ve Beklentileri”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1995.
- KARATEPE Osman M. “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimine Uygulanabilirliğine Yönelik Kurumsal Bir İnceleme”, **Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi Bildirileri 1**, TODAİE Yayınları, Birinci Baskı, Ankara 1999.



- KARDEŞ Semra, “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, **1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayını, İzmir 1995.
- KAVUNCUBAŞI Şahin, “Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite ve Verimlilik Karşılaştırması”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara 1997.
- KOCADAĞ Zahide, “Toplam Kalite Yönetimi Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi” **1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İzmir 1995.
- MORGİL Orhan-KÜÇÜKÇİRKİN Mehmet, “TOBB’nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı” **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996.
- NOYAN T. ve Diğerleri, “Başkent Üniversitesi Hastanesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezinde Sunulan Poliklinik ve Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- ONURLU Sema ve Diğerleri, “Bayındır Hastanesi Ankara’ da Hasta İstek, Şikayet ve Teşekkürlerin Değerlendirilmesi”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- ÖZALP Sinan-MERİÇ Mürüvvet-YALÇIN T.Ömer, “Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalında Tedavileri Biterek Taburcu Olan Hastaların Servis Hizmetlerine Yönelik Görüşleri ve Daha Kaliteli Hizmet İçin Yapılması Gerekenler. Ön Değerlendirme”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- ÖZCAN Kürşat Cezmi, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.
- ÖZGİRGİN Kemal-TAŞ Yeşim, “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.
- ÖZSARI Haluk, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkinlik”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1995.



- ÖZTEK Zafer-EREN Nevzat, “Sağlık Yönetimi”, **Halk Sağlığı**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara 1995.
- PEKER Ömer, “TKY Yada Yönetimin Kalitesine Geçiş”, **Hv.K.K.lığı 3 ncü Sağlık Seminer Bildirileri**, Mart 1998.
- SARP Nilgün-ÖZDOĞAN Emine, “Özel Bir Hastane İçin Yapılan İmaj Araştırması (Keçiören Hastanesi)”, **4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul 2001.
- SARP Nilgün-TÜKEL Burhan, “ İ-bni Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- SAYIN Kudret Şevket, “ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Fayda Analizi ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi”, **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996.
- SEPULVEDA Claudio, “ Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı-Esaslar”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Habarel Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1994.
- SEZGİN Burcu-ARGON Gülümser, “Acil Servise Başvuran Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Habarel Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- ŞAHİN Bayram, “Tıbbi Bakımda Sonuçlar Üzerinde Odaklaşma”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.
- TAŞDEMİR Mustafa-HAYRAN Osman, “ Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi”, **4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul 2001.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, “Ankara’ da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1997.
- TORAMAN A. Ruhi-DEMİR Cesim-GÜÇLÜ Abdülkadir, “ Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Kullanımın Belirlenmesi”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1998.

- TÜRKÖZ Yeşim Taş-AKSOY Ayşen-PERÇİN Alp Korkut, “Hasta Tatminin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1998.
- UÇKU V. ve Diğerleri , “Başkent Üniversitesi Hastanesinde Sunulan Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi”, **Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1999.
- UZ M. Ulki, “Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileşmesi İçin Gereken Ön Koşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara 1996.
- UZ Hulki M.-ÖZBAKIR İ. Deniz-ERGİN Cemil, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara 1997.
- YILMAZ Cemalettin, “Sağlık Hizmet Yönetiminin Etkinleştirilmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara 1997.
- ZORLUTUNA Yaman, “TKY ve Ekonomi Yönetiminde Kalite”, **6. Ulusal Kongresi**, Tebliğler ve Özgeçmişler 3, Lebib Yalkın Yayınları, 1997.

## TEZLER

- ALÇIKAYA Yasemin, “**Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hemşirelerde İş Tatmin Düzeyinin Ölçülmesi**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999.
- ATİK İlhan, “**Tabur Seviyesi Sağlık Hizmetleri Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi**”, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2003.
- BABİROĞLU Özcan Ş., “**Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Toplam Kalite Yönetimi**”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2000.
- ÇELEBİOĞLU Fatih, “**Hizmet Sektöründe Müşteri Hizmetleri Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2001.

- EROĞLU Erhan, “**Toplam Kalite Yönetimi ve Eğitim Alanında Uygulanabilirliği**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 1996.
- EROĞLU Erhan, “**Öğretim Elemanlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesi Düzeyinin Belirlenmesi ve Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesinde Bir Uygulama Örneği**”, Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 2001.
- ERSES Gönül, “**Hastanelerde Maliyet, Etkinlik, Performans Analizi ve Osman Gazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2000.
- KARABULUT Ayşe, “**Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1995.
- KÜÇÜKKAYA Serpil, “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2001.
- ÜNAL Bülent M., “**Kütahya Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Odaklı Sistem Tasarımı**”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- ÜNLÜ Aynur, “**Hastaların Ankara’daki Devlet Hastaneleri İle Üniversite Hastanelerine Seçiş Nedenleri**”, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1998.

## DİZİN

-A-

Akreditasyon, 29

-B-

Bakım, 6, 55, 63

Basamak, 4, 8, 10, 11, 37, 51, 58, 68, 69

-Ç-

Çağdaş, 5, 6, 8, 34

-D-

Deming, 30, 31, 32

Donabedian, 47, 48

Dornan, 69

-F-

Feigenbaum, 19

-G-

Garvin, 20

Güvence, 23, 28, 37, 56

-H-

Hall, 69

Hasta, 7, 8, 11, 15, 63, 64, 65, 67, 68, 69,  
70, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 93, 116, 117,  
118, 119, 120, 140

Hijyen, 8

-İ-

İstatistik, 39

-J-

Juran, 19, 32, 33, 42

-K-

Kaizen, 19, 34

Kalite, 2, 4, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20, 21,  
23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33,  
34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43,  
44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54,  
55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65,  
66, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 88, 89, 90,  
140

-M-

Memnuniyet, 64, 65, 69, 74, 77, 101, 102,  
103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110,  
111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118,  
119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126,  
127, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 137  
Müşteri. 18, 21, 28, 39, 43, 44, 66, 69

-Ö-

Ölçüm, 74

-P-

Pitzpetrik, 70

Psikolojik, 73, 82

-R-

Rehabilitasyon, 8, 10, 15

**-S-**

Sağlık, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,  
14, 25, 28, 29, 30, 34, 37, 38, 46, 47,  
48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57,  
58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67,  
68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 81,  
82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92,  
93, 116, 118, 140  
Shewart, 29  
Süreç, 30, 41, 43, 56, 88, 89, 90

**-T-**

Tanı, 55  
Tedavi, 9, 56, 63, 64, 85, 86, 116, 122,  
123, 133, 134, 135, 137, 138, 139  
Teşhis, 8, 55, 58, 116, 122, 123, 133, 134,  
135, 137, 138, 139, 143

**-W-**

Wolley, 70

**-Y-**

Yönetim, 19, 23, 27, 28, 30, 34, 35, 38,  
39, 42, 43, 44, 45, 66