

T.C. İSTANBUL BİLİM
ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı

**AKREDİTE EDİLMİŞ HASTANELERDE
HASTA MEMNUNİYETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI:
İKİ (ÖZEL) HASTANE UYGULAMASI**

Sevinç Mutlu

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2012

AKREDİTE EDİLMİŞ HASTANELERDE
HASTA MEMNUNİYETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI:
İKİ (ÖZEL) HASTANE UYGULAMASI

Sevinç Mutlu

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Neşe apraz

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2012

KABUL VE ONAY

Sevinç MUTLU tarafından hazırlanan Akredite Edilmiş Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması başlıklı bu çalışma, 25.06.2012 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda Başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Selahattin GÜRİŞ (Başkan)

Yard. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ(Danışman)

Yard. Doç. Dr. Cem DİKMEN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Yard. Doç. Dr. Bayhan ÜGE

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

25.06.2012

Sevinç MUTLU

TEŞEKKÜR

“Akredite Edilmiş Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması” isimli yüksek lisans tezimin hazırlanmasında öncelikle tez danışmanım olan Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ’a, sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN’e, tezimin uygulama aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Selahattin GÜRİŞ’e, tezin her aşamasında beni yalnız bırakmayan sevgili arkadaşım Öğr. Gör. Melek ASTAR’a, veri düzenlemesinde yardımcı olan öğrencilerime ve tez çalışmam boyunca desteklerini hep yanımda hissettiğim sevgili AİLEME sonsuz teşekkürler ederim.

ÖZET

Çalışmada, İstanbul'da akredite edilmiş iki özel grup hastanesi servislerinde yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların tedavi süresince aldıkları hizmetlerden memnun olup olmadıkları ile memnuniyet düzeylerinin ölçülerek değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu iki hastanenin ele alınmasının asıl sebebi ise aynı sınıfta yer alan hastaneler arasında da memnuniyet düzeyleri açısından fark olup olmayacağını belirlemeye çalışılmasıdır. Bununla birlikte, hastaların memnuniyet düzeylerinin hastaların hangi demografik özelliklerine göre farklılık göstereceğinin, memnuniyet düzeylerinin hastaneyi tekrar tercih etmede ne kadar etkili olacağını belirlemek de amaçlanmaktadır. Buna bağlı olarak hastanelerin müşteri ilişkileri yönetim uygulamalarının hastalar üzerindeki etkilerinin incelenmesi de amaçlanmaktadır. Yapılan araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, aynı kalite belgesine sahip aynı sınıfta yer alan İstanbul'un iki özel grup hastanesi için hastaların genel memnuniyetleri farklı servislerin hizmetlerine göre değişmekte ve hatta iki hastane arasında da bu farklılık elde edilmektedir. Hastaların verilen hizmetlerden memnun olmama durumu gözlenmemesiyle birlikte memnuniyet düzeylerine yakın bir oranda kararsızlık durumu oranları gözlenmiştir. Her iki hastane için de hastaların aynı rahatsızlıktan dolayı farklı bir hekimi seçme kararları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Her iki hastane için hem ayaktan tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların eğitim düzeyleri memnuniyet puanlarını anlamlı derecede etkilemektedir. Yatan hastalarda cinsiyet memnuniyet puanlarını anlamlı derecede etkileyip farklılık yaratırken, ayakta tedavi gören hastalarda bu farklılık anlamlı değildir. Sonuçlar iki hastanenin memnuniyet açısından yakın değerlerde olmadığını, B hastanesinin kararsız kalan hasta oranının yüksek olduğunu ve A hastanesi için ise hastalarının olumsuz durumları daha fazla belirttiğini söylemek mümkündür.

Anahtar Sözcükler: Hasta memnuniyeti, akreditasyon, sağlık hizmetleri

ABSTRACT

In this study, it is aimed to determine whether the patients of two accredited private group hospitals in Istanbul who have inpatient and outpatient treatments are satisfied with the services throughout their treatment and evaluate their level of satisfaction. The main reason for considering these hospitals is to determine whether there is any difference of satisfaction levels among the hospitals of the same class. Moreover, it is also aimed to determine how satisfaction levels of the patients differ in accordance with their particular demographical characteristics and how the satisfaction levels of the patients are influential for preferring the same hospital again. Accordingly, it is also aimed to analyze the effects of the customer relationship management practices of the hospitals on the patients. When, the results of the study is evaluated generally, the satisfaction levels of the patients for two private group hospitals of Istanbul from the same class and with the same quality certificate differ in accordance with the services of different departments and insomuch that the same difference is acquired between those two hospitals. When a situation of dissatisfaction of the patients for the provided services is observed, a particular level of undetermination of these patients close to their level of satisfaction is also observed. For both hospitals, a significant difference has been acquired about the decision of patients on choosing a different physician for the same disorder. For both hospitals, the level of education of both the inpatients and outpatients significantly has an impact on their satisfaction points. The gender significantly affects the satisfaction levels of the inpatients while this difference is not significant for the outpatients. The results show that two hospitals are not close with regard to satisfaction levels of their patients and it is possible to say that the undetermined patient rate of the hospital B is high and the negative issues are expressed more for the hospital A.

Key words: patient satisfaction, accreditation, health services

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRAK.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
2.1. Hizmet İşletmesi	5
2.2. Sağlık Hizmetleri Özellikleri	8
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	14
2.2.2. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	21
2.2.3. Hizmet Kalitesi.....	22
2.2.4. Hasta Tatmini	28
2.2.5. Davranışsal Niyetler	28
2.2.6. Algılanan Değer.....	29
2.2.7. Hasta Beklentileri	30
3. HASTA MEMNUNİYETİ.....	37
3.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	42
3.2. Hasta Memnuniyeti Ve Kalite.....	44
3.2.1. Beklentilerin Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri.....	45
3.2.1.1. Hastaya İlişkin Etmenler	47
3.2.1.2. Sağlık Personeline İlişkin Etmenler	47
3.2.1.3. Çevresel ve Kurumsal Faktörler	48
3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Akreditasyon.....	49
3.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi.....	49
3.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	49
3.3.1.2. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	52
3.3.1.3. Hizmet Sektöründe Kalite	53
3.3.1.4. Toplam Kalite Yönetimi.....	54

3.3.1.5. Toplam Kalite Yönetiminin Amaç Ve Felsefesi	62
3.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon	64
3.3.2.1. Akreditasyonun Tanımı.....	64
3.3.2.2. Akreditasyonun Tarihsel Gelişimi	67
3.3.2.3. Akreditasyonun Önemi Ve Amacı.....	69
3.3.2.4. Akreditasyonun Özellikleri	69
3.3.2.5. Etkili Bir Akreditasyon Sisteminde Olması Gereken Özellikler ..	70
3.3.2.6. Akreditasyonun Sağladığı Yararlar	71
3.4. Literatür Taraması	73
4.UYGULAMA	78
4.1. Uygulama Amacı	78
4.2. Örneklem Çerçevesi ve Uygulaması.....	78
4.3. Bulgular	80
4.3.1. Yatan Hastaların Memnuniyet Değerlendirilmesi.....	80
4.3.2. Ayaktan Hastaların Memnuniyet Değerlendirilmesi	89
4.3.3. İstatiksel Karşılaştırmalar	92
4.3.3.1. Yatan Hasta Sonuçları.....	92
4.3.3.2. Ayaktan Tedavi Gören Hasta Sonuçları	93
4.3.4. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Karşılaştırılmalı Analizleri	95
4.3.5. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Karşılaştırılmalı Analizleri	96
5. SONUÇ	96
Ek Tablolar.....	99

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- A → ANALİZ EDİLEN HASTANE
- ABD → AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ
- ACS → AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
- AHA → AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION
- AMA → AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
- B → ANALİZ EDİLEN HASTANE
- DSÖ → DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
- ISO → ULUSLARARASI STANDARDİZASYON ÖRGÜTÜ
- ISO 9000:2000 → KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ
- JCAH → JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS
- JCAHO → JOINT COMMISSION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS
- JCI → JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
- KGS → KALİTE GÜVENÇE SİSTEMİ
- KYS → KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ
- TC → TÜRKİYE CUMHURİYETİ
- TKY → TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
- TSK → TÜRK SİLAHLI KUVVETLERİ
- SB → SAĞLIK BAKANLIĞI
- SSK → SOSYAL SİGORTALAR KURUMU

ÇİZELGELER DİZİNİ

- 3.1 Müşteri Memnuniyet Seviyesinin Yararları
- 3.2 Standartların Tanımlanması İçin Üç Temel Sistem
- 4.1 Hastanede Yatarak Tedavi Gören Hastaların Demografik Özellikleri
- 4.2 Hastaneyi Seçme Nedenleri
- 4.3 Yatış Taburcu Hizmetlerinin Değerlendirme Sonuçları
- 4.4 Hasta Danışmanı Hizmetlerinin Değerlendirme Sonuçları
- 4.5 Hekimlerin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.6 Hemşirelerin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.7 Temizlik Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.8 Yiyecek Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.9 Diğer Destek Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.10 Genel Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.11 Hastane Ve Hekimin Tercihi
- 4.12 Hastanede Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Demografik Özellikleri
- 4.13 Ayaktan Hasta Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları
- 4.14 Hastaneyi Seçme Nedeni

ŞEKİLLER DİZİNİ

2.1 Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

2.2 Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

2.3 Müşteri Beklentilerinin Oluşması ve Karşılanması Süreci

2.4 Beklentilerin Hiyerarşisi

3.1 Gelişme Yaklaşımları

3.2 TKY'nin Felsefesi ve İlkeler

3.3 Akreditasyon Sistemi

EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Anketler

Ek Tablo 2. Yatan Hasta Yaş Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 3. Yatan Hasta Eğitim Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 4. Yatan Hastaların Cinsiyetleri ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 5. Yatan Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeleri ile Hastaneden Genel Memnuniyetin Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 6. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Yaş Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 7. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eğitim Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 8. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Cinsiyetleri ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 9. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeleri ile Aynı Rahatsızlıktan Dolayı Farklı Bir Hekimi Tercih Etmeleri Durumunun Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 10. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeleri ile Aynı Hekimi Tercih Etmeleri Durumunun Karşılaştırılmasının Sonuçları

Ek Tablo 11. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 12. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Hastaneleri Tekrar Tercih Etmelerinin Karşılaştırılması

Ek Tablo 13. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Hekimi Tekrar Tercih Etme Durumlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 14. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Rahatsızlıktan Başka Bir Hekimi Tercih Etme Durumlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 15. İki Hastaneye Göre Yatarak Tedavi Gören Hastaların Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Ek Tablo 16. İki Hastaneye Göre Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumlarının Karşılaştırılması

1.GİRİŞ

Teknolojik gelişmeler, gelişen bilgisayarlar ve bilgisayar programları, artan ulaşım olanakları ile dünyanın adeta küçülmesi son birkaç yılda dünyamızda yaşanan ve yaşantımızı, hayatımızı etkileyen olaylardır. Bu gelişmeler her alanda etkili olurken işletmelerin türlerindeki oransal dağılımı da etkilemiş ve hizmet işletmelerinin sayısal veya oransal artması yanında önemlerinin de artmasına neden olmuştur. Bu sonucu yaratan önemli etkenlerden biri de nüfus artışıdır. Artan nüfus her alanda daha kaliteli, daha iyi hizmet beklerken, teknoloji ihtiyaçlarının belirlenmesi, hizmetin kalitesinin artırılması gibi pek çok olayda gelişmelere neden olmuştur.

Hizmet işletmelerinin en başta gelen türlerinden biri sağlık işletmeleridir. Gelişen teknoloji verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırırken sağlık işletmelerinden, diğer bir ifade ile hastanelerden beklentilerini de arttırmıştır. Hastaneler hem yeni teknolojiyi takip etmek, teşhis ve tedavide en iyi gelişmiş araçları kullanmak gibi sorumluluklar yüklenmekte hem de hastanenin kapısından girişten hatta belki de telefon veya internet üzerinden yapılan ilk müracaattan başlayarak, hastaneden taburcu olunana kadar verilen her türlü hizmetin kalitesini arttırmak, en azından düşürmemek, geliştirmek gibi işlemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Tüm bu işlemlerin takibi ve yerine getirilmesi görevi hastane yöneticilerine düşerken, artan rekabet koşulları da yöneticileri zorlamaktadır.

Söz ettiğimiz koşullar hastaneleri, kalitelerini ispata, müşterilerine yani hastalara kaliteleri ile ilgili bir nevi garanti vermeye zorlamıştır. Ortaya çıkan bu kalite ispatı sorununun çözümü kalite belgeleri ile çözülmeye çalışılmıştır aslında bu tür belgeler veya benzerleri sadece sağlık işletmeleri için değil, tüm mal ve hizmetleri için söz konusu olmaktadır. Kalite belgesini veren kuruluş işletmeyi inceleyerek koşullarının yerine getirilmesini istemekte ve verdiği belge ile verilen hizmetin kalitesini onaylamaktadır. Kalite belgesi alınması ile işletmeler akredite olmaktadır.

Akredite olan hastanelerde hizmetin belirli kalitede olacağına veya başlangıçta böyle olduğuna hiç şüphe yoktur. Ama burada hem akredite olan işletmelerin hizmetlerinin aynı kalitede olacağı, hem de zaman ile bu kalitenin

bozulmayacağı anlamları çıkarılmamalıdır. Akredite olan ile olmayan arasında fark olacağı kesindir. Fakat akredite olmayanlar arasında da farklılıklar olacağı da kesindir diyebiliriz. Geriye akredite olanlar arasında fark olup olmayacağı, farkların zamanla ve belli hizmetlerde oluşup oluşmayacağı sorusu kalmaktadır. Doğal olarak beklenti, farklar olabileceği yönündedir.

Farkların ortaya çıkması ve nelerin nelerden kaynaklanıyor olacağının belirlenmesi kalitenin artırılması veya bozulan kalitenin tekrar düzeltilmesi konuları için önemlidir. Bu araştırma hasta memnuniyet anketleri ile yapılabilir, kalite sürekli denetlenebilir veya bozulmalara, aksaklıklara meydan verilmeyebilir.

Bu çalışmanın amacı akredite olmuş sağlık işletmelerinde kalitenin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve varsa aralarındaki farkların belirlenmesini ve fark var ise bunları oluşturabilecek faktörlerin belirlenmesidir. Karşılaştırma için hazırlanacak anketlerin sonuçlarının istatistiksel analizi ile böyle bir çalışmanın nasıl yapılabileceği ortaya konabilir.

Çalışmamızın “Giriş” başlığını taşıyan birinci bölümünden sonra gelen ikinci bölümü “Sağlık Hizmetleri” başlığını taşımaktadır. Bu bölümde genel anlamı ile hizmet işletmeleri kavramı verildikten sonra sağlık işletmeleri ile ilgili açıklamalar yapılmıştır.

Üçüncü bölüm hasta memnuniyeti ve kalite ile ilgili bilgilere ayrılmıştır. Bu bölümde hasta memnuniyeti ile ilgili açıklamaların yanında, kalite kavramı ve kalite belgesi ele alınmıştır.

Dördüncü ve son bölüm uygulama bölümüdür. Bu bölümde seçilen akredite olmuş iki hastane karşılaştırılmıştır. Bu amaçla hazırlanan anket formu iki hastaneden seçilen farklı örnekler için uygulanıp sonuçları istatistiksel olarak analiz edilerek sonuçlar yorumlanmıştır.

Son bölüm çalışma boyunca elde edilen sonuçların özetlendiği “Sonuç” bölümüdür.

2.SAĞLIK HİZMETLERİ

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hizmet kalitesi kişi ve kurumların beklentilerine göre farklılık gösteren öznel bir kavramdır. Hizmet kalitesinin verilen hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşılayabildiğini ölçebilen bir olgu olarak kabul edebiliriz. Bu olguda müşteri beklentilerinin karşılanabilmesi ise kaliteli hizmet vermek anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlamak, imalat işletmelerine göre daha güçtür; çünkü hastalar, imalat işletmelerindeki hammadde gibi homojen değildir; bu nedenle de Sağlık Hizmetleri diğer işletmelere göre daha karmaşıktır. Bu sebeple sağlık kuruluşu, müşterilerin ihtiyaçlarına karşı çok hassas davranmak konusunda büyük bir sorumluluk taşımaktadır¹. Sağlık hizmetlerindeki kalite çok boyutlu bir süreç olarak görülmektedir ve 5 unsuru içine almalıdır, bu unsurlar; hastalar, hizmeti sağlayanlar, hizmet satın alıcıları, profesyoneller ve algılamalardan oluşmaktadır².

Sağlık hizmeti, insanların önceden deneyimli olmamalarından kaynaklanan kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir³. Bu hizmet aynı zamanda, hasta ile hizmeti sunan kişiler arasında karşılıklı olarak diyalog kurulmasını gerektiren ve böylece sosyal faaliyetleri de kapsayan bir hizmettir.

Çok geniş kavramlara sahip olan sağlık hizmeti için çok fazla tanımlamalarla karşılaşmak mümkündür. Örneğin, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hakkında ki yönergede sağlık hizmeti şu şekilde tanımlanmaktadır. İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ruhsal yetenek ve becerileri

¹ Çoruh, M. (1998). *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

² Gül, C. (2002). İstanbul'daki Diyaliz Merkezlerinin Mevcut Durum Saptama Araştırması. M.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, ;*Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul

³ Terakye, G. (2004). Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir? *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı*, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum.

azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir⁴. Diğer bir ifade ile sağlık hizmeti; sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların el verdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi eden; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır⁵.

Beşeri faktörler sağlık hizmetlerinin oluşmasında önemli bir yere sahiptir. Hizmet sunan kişinin davranış ve tutumları sağlık hizmet kalitesini etkiler. Bu yüzden bir kişinin sunduğu hizmetin tekrarlanması halinde farklılık gösterir. Bu durumda sunulan hizmetin kalitesinde ve kapsamında farklılıklar gösterir⁶.

Sağlıkta servis hizmetleri bir ekip tarafından yürütülür. Bu ekipte hemşire, eczacı, diyetisyen, uzman, fizik tedavi uzmanı, psikolog ve diğer meslek mensupları yer alır. Bu ekibin ve sağlık hizmetlerinin amacı, hastaya en iyi koşullarda doğru işlemlerle doğru teşhisi koymak ve en kısa zamanda tedavisi ile bakımını sağlayan yataklı tedavi hizmetlerini başarıyla yürütmektir⁷.

Hastanelerdeki üretim süreci diğer hizmet işletmelerine göre daha karmaşık bir yapıdadır⁸. Bunun sebebi 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde, otelcilik hizmetinin yanı sıra birçok hizmetin de sunulmasıdır. Bu hizmetlerin arasında poliklinik hizmetleri, ameliyathane hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri yer almaktadır. Bu kadar geniş bir alanda sunulan hizmetler sağlık yöneticiliğini karmaşık hale getirmiştir. Sağlık söz konusu olduğunda

⁴ Sağlık Bakanlığı. (2000). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

⁵ Pala, K. (2008). *Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri*, İşyeri Hekimliği Ders Notları, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.

<http://www.turkacil.net/wpcontent/uploads/2011/08/turkiyeicinsaglikplatformu.pdf> (erişim tarihi:24 Mart 2012)

⁶ Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, s:147.

⁷ Sağlık Bakanlığı. (2005) *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005, Sayı: 25806.

⁸ Özkan, A. (2003). Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:XXII, Sayı: 2, s: 113-130.

hastanelerin hedef kitlesini çok daha fazla ilgi bekleyen grupların oluşturduğunu görmekteyiz.

Hastanelerin sağlık hizmet üretimlerini üstlenmeleri, hedef kitlenin ilgi bekleyenlerden oluşmasından dolayı bu işletmelerin çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerektiğini ortaya koyar⁹. Bu sebepten dolayı hastanelerdeki kalite departmanları ile hastaların değişen istekleri karşısında tüm çalışanların tutum ve davranışlarını belirleyerek ve problemlere çözümler üretilerek hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmektedir¹⁰.

İşletme olarak hastanelerin girdi ve çıktıları vardır. Hastanelerin girdileri; hastalar, fiziksel kaynaklar, parasal kaynaklar, insan gücü ve malzemeden oluşmaktadır. Hastanelerin çıktıları ise; hasta ve yaralıların tedavisi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri, personelin hizmet içi eğitimleri ile toplumun sağlık düzeylerinin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır¹¹.

Modern yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilen hastanelerin sundukları hizmetleri daha ileri götürebilmeleri için hasta istek ve beklentilerini göz önüne alarak, problemlerin çözülmesi büyük önem taşır¹².

2.1.HİZMET İŞLETMESİ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun sağlık hizmetlerini “İnsan sağlığına zarar veren etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, rehabilitasyon için yapılan

⁹ Özgen, H. ve Öztürk, A. (1992). Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, Sosyal Siyaset Dergisi, Cilt:1, No:8, s: 27-37.

¹⁰ Akdeniz Üniversitesi, (AÜ), (2006), Kalite El Kitabı.

¹¹ Gümüş, Ö. (2005). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi.

¹² Özgen, H. ve Öztürk, A. (1992). Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, Sosyal Siyaset Dergisi, Cilt:1, No:8, s: 27-37.

tıbbi faaliyetler.” Şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri dört grupta toplanabilir.

- 1) Koruyucu sağlık hizmetleri
- 2) Tedavi edici sağlık hizmetleri
- 3) Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri
- 4) Sağlığı geliştirici hizmetler şeklindedir.

Sağlık hizmetlerinin amacı, insanların fizik ve zihinsel durumunun korunması, onarılması ve iyileştirilmesi gibi faaliyetler içerir¹³.

Sağlık hizmetlerini; kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakımı için kamu ya da özel şahısların verdiği hizmetler şeklinde de tanımlayabiliriz. Bu tanıma aşağıdaki gibi özetleyebiliriz¹⁴.

Sağlık çalışmaları iki ana grupta toplanır.

- 1) Kişinin sağlığının korunması
- 2) Teşhis, tedavi ve bakım

Sağlık hizmetleri kişisel ya da kurumsal olmak üzere iki grupta sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması, üst düzeylerde kurumsallaşmış olan gelişmiş ülkelerde daha yaygındır. Sunulan hizmetin daha etkin olması için; ekip tarafından üretilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılar.

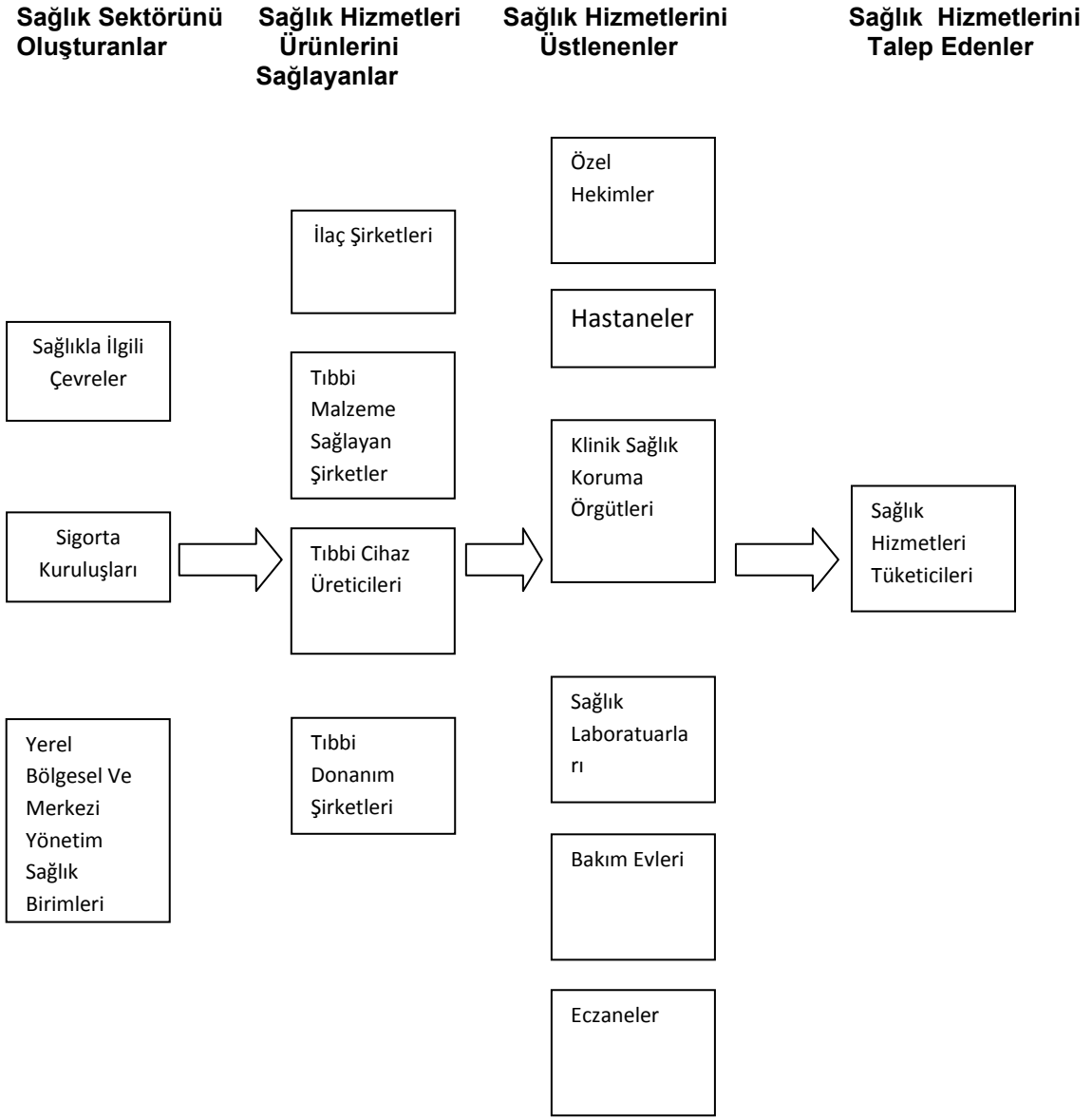
Sağlık sektöründeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda gelişmiş bir gruplandırma; şekilde gösterilmiştir.

Kamu ya da özel şahıslar sağlık hizmetlerini sunar. Kar amacı taşıyıp taşıyamaması değişim sürecinde önemli değildir. Önemli olan sunulan sağlık

¹³ Köroğlu, E. (1987). Sağlık Mevzuatı. 2. Baskı Ankara.

¹⁴ Odabaşı, Y. (2001:25). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

hizmetinin ihtiyaçları karşılamasıdır. Bu da sağlık hizmetlerinin en önemli amacıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kar amacı güden kuruluşların olduğu kadar kar amacı gütmeyen kuruluşlar da yer alır.



2.1: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi
Kaynak : Odabaşı , 2001 : 26

2.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinin olması nedeniyle sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasını sağlamıştır¹⁵. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir ¹⁶.

- 1) Sağlık hizmeti tüketimi tesadüfidir.
- 2) Sağlık hizmetinin yerine kullanılabilecek alternatif bir hizmet yoktur.
- 3) Sağlık hizmeti ertelenebilecek bir hizmet değildir.
- 4) Sağlık hizmetinin boyutu ve kapsamını hizmeti alan değil, sunan yani hekim belirler.
- 5) Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.
- 6) Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- 7) Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik özelliği taşımaktadır ve bu hizmet kamu malı özelliği gösterir.
- 8) Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
- 9) Diğer özellikler (garantisinin olmaması, önceden test edilememesi, hata tolere edilmemesi, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açması, dışsal fayda ya da zarar söz konusu olması sağlık hizmetinin diğer özellikleridir.)

Sağlık Hizmeti Tüketimi Tesadüfidir

Sağlık hizmetlerinde talebin ne zaman ortaya çıkacağını belli olmaması, sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran en önemli özelliğidir. Buna ilave olarak hastalığın maliyeti de belirsizdir. Bir kişinin ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. Yani sağlık hizmetlerine kimin, nerde, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyacağı önceden belirlenemez. Bundan dolayı devlet sağlık hizmetleri alanından tamamen çıkamaz. Belirli yaşa kadar sağlık

¹⁵ Alpugan, O. (1981). Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi.

¹⁶ Pala, K. (2008:29-32). Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri , İşyeri Hekimliği Ders Notları. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.

hizmetlerine ihtiyaç duymayan bir kişi kronik bir hastalığa yakalandığı zaman sağlık hizmetlerini çok ciddi bir Şekilde kullanıcısı olabilir.

Sağlık hizmetlerinde ekonomik risk artmaktadır ve ekonomik fizibilite yapmak gctr. Çünkü sağlık hizmetlerinde talep ve hizmet tketicimi tam olarak belirlenememektedir. Kişiler sağlık hizmetlerine olan talebinin ne zaman ortaya çıkacağını bilmedikleri için sağlık harcamalarını karşılamak üzere btlerine yönelik plan yapamazlar. Ayrıca sağlık hizmetlerindeki harcamalar bir kerede ödenemeyecek kadar fazla olabilir. Bu durumda bireysel ve kamusal olarak tedbir alınması gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık sigortaları geliştirilmiştir. Ani ve çok yükselen maliyetlere karşı, sağlık sigortası sistemi ile önceden ödeme yöntemiyle risk bölüşümü sağlanmaktadır. Sağlık sigorta sistemleri bireysel ve kamusal anlamda destek saęlamaktadır¹⁷.

Sağlık Hizmetlerinin Yerine Kullanılabilecek Alternatif Bir Hizmet Yoktur

Diğer hizmetlerde bir malın fiyatı yükselince tüketiciler doğal olarak, yükselen bu malın yerine diğer malları ikame etmeye (yerine koymaya) alışacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hasta hekimin kendisine sunduğu tedavi hizmetini almak zorundadır. Sağlık hizmetini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran en önemli özelliklerinden biri de aldığı sağlık hizmetinin parasal değeri daha az olan başka bir hizmet alanı ile değiştirilemez olmasıdır. Sağlıklı yaşama hakkı temel bir insanlık hakkıdır. Bu yüzden sağlık hizmeti alması gereken bir hastaya sağlık güvencesi yok diye ya da parası yok diye bu hizmeti vermemek söz konusu dahi olamaz. Eğer bir hizmetin ikamesi varsa tüketicisi mantık dışı davranışlara karşı kendisini korur. Fakat sağlık hizmeti tüketicisi kendisini ekonomik yönden koruyabilmek için başka bir alternatifte sahip değildir.

¹⁷ Tengimoğlu, T. Işık, O. Akbolat, M. (2009) Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara.

Sağlık Hizmeti Ertelenebilecek Bir Hizmet Değildir

Sağlık sektörü dışındaki talepler birçok sebepten dolayı ertelenebilir. Fakat sağlık hizmetlerinde hizmet kullanımı ertelenemez. Sağlığı tehdit eden ya da aniden ortaya çıkıp kişiye acı veren durumlarda sağlık hizmetlerinin ertelenmesi mümkün değildir. Tedavide erken tanının önemi dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara sebep olacaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin kullanımının ertelenmesi kalıcı sakatlık ya da hastalıkların oluşmasına neden olacaktır. Bu doğrultuda her kişi sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğu zaman hiçbir kısıtlama altında olmadan ve herhangi bir etmene bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi sağlanmalıdır.

Sağlık Hizmetinin Boyutu Ve Kapsamını Hizmeti Alan Değil, Sunan Yani Hekim Belirler

Tam rekabet ortamında kişilerin piyasa hakkındaki bilgilere çok düşük maliyetlerle ve kolaylıkla ulaşabilmeleri mümkündür. Satın alınması ihtimali olan farklı hizmetlerden kendisine ne tür fayda sağlayacağını hesap edilebilmesi kişinin, piyasa hakkında tam bilgiye sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Tüketicinin ilgili ürüne ödemeyi göze aldığı fiyatla bu durum doğrudan ilişkilidir. Fakat böyle bir durum sağlık hizmetlerinde söz konusu değildir¹⁸.

Hizmeti sunan doktor ile hasta arasındaki bilgi asimetrisinin olması sağlık hizmetlerini diğer mal hizmetlerinden ayıran en önemli özelliklerden birisidir. Sağlık hizmetlerini kullananlar satın aldıkları hizmetler konusunda yeterli bilgiye sahip değildirlere.

Sağlık hizmeti tüketicilerinin hangi kuruma başvurması gerektiği, hangi hekime başvurması gerektiği, tedavileri için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu gibi ya da hangi incelemelerin yapılması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip

¹⁸ Kurtulmuş, S. (1998:52). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

değildirler. Sağlık hizmetleri karmaşık konulardan oluşmaktadır. Uzun bir eğitim sonucunda uzmanlık kazanmış, sürekli yenilikleri izleyip kendini geliştiren kişilerin bilebileceği konulardan oluşmaktadır. Üretilen hizmetler ileri teknoloji ile daha da karmaşık bir duruma gelmektedir. Böylece tüketici, alacağı hizmete kendisi karar veremez. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sonucunda ortaya çıkan tatmin kesin olarak belirgin değildir. Tüketici sağlık hizmetlerinde memnun kalmadığı bir hizmeti satın almaktan vazgeçemez, çünkü yapılacak bir hata geri dönüşümü olmayan kötü sonuçları beraberinde getirebilir. Bu yüzden sağlık hizmetinin kullanıcısı uzmanın bilgisine güvenmek ve o bilgiyi kullanmak zorundadır.

Sağlık Hizmetleri Tüketicileri Davranışları İrrasyoneldir

Bir hizmet ya da ürünün satın alınmasında, tüketicinin rasyonel seçimlerle kendisine en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Tüketicinin harcadığı paranın sağlayacağı faydanın yüksek olması rasyonel (akılcı) davranışı gerektirir. Tüketicinin tüketimini yaptığı mal ve hizmetin kalitesini ölçebilmesiyle ancak mümkündür. Sağlık hizmetleri hakkında tüketicinin bilgisinin sınırlı olmasından dolayı aldığı hizmetin kalitesini değerlendirme ve yaptığı harcamaların ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır¹⁹.

Birçok rasyonel olmayan davranışa sağlık hizmeti uygulamalarında rastlamak mümkündür. Tüketicilerin birçoğu tedavi talebinde bulunmamaktadırlar. Birçok tüketici hastalıkları önemsemeyip, ağrısı rahatsız etmediği sürece hekime dahi başvurmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde “tüketicinin üstünlüğü” kavramı tüketicinin serbest iradesiyle seçim yapamadığından, ortadan kalkmaktadır. Acil sağlık hizmetleri tüketicileri hastalıklarını belirtemeyecek durumda dahi olabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde akılcı davranışların yerine, dış faktörler etkili olmaktadır.

¹⁹ Tengimoğlu, T. Işık, O. Akbolat, M. (2009) Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara

Hizmetten Sağlanan Doyum Ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Çok Zordur

Sağlık hizmetlerinde hastanın elde edeceği doyumunu ve hizmet kalitesini önceden belirlemek zordur. Bu belirsizlik hizmetin getireceği doyumunu etkileyen birçok faktörün bulunmasına da bağlıdır. Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmadıkları için başvurdukları sağlık personeline güvenmek zorundadır. Buna karşın sağlık hizmetlerini sunanlar için uyması gereken ahlaki ve sosyal standartlar vardır. Sağlık hizmetinde; hizmet veren ve hizmet alan ilişkisi tamamen etik kurallara ve güven duygusuna bağlıdır. Çünkü sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kalitesini her zaman kontrol edemeyiz. Günümüzde bazı unsurlar sağlık hizmeti tüketicilerinin doyumunu olumlu yönde gelişmesine ve ahlaki, sosyal standartlarının gelişmesine yarar sağlamaktadır. Bu unsurlar toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta kuruluşları ve sosyal güvenlik kurumunun denetimi, sektörde gelişen rekabet ve mesleki, sivil toplum kuruluşlarının gelişmesi vb.'dir.

Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik Özelliği Taşımaktadır Ve Bu Hizmet Kamu Malı Özelliği Gösterir

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kamu malı olma özelliğine sahiptir. Bulaşıcı hastalıkların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Kamu tarafından yerine getirilen koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun her ferdi maliyetlere katılıp olumlu sonuçlardan yararlanmaktadır. Sağlık hizmetleri; geniş yelpazede hizmet sunabilmek için kapasite artırma çalışmalarına devam etmesi gerekmektedir. Bazen zorlayıcı seçimle sağlanan fayda kişinin kendi seçiminden sağlayacağı faydadan daha fazla olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede hastalık ortaya çıkmadan ve kişinin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. Yani bu tür hizmetler sadece para ödeyene verilmez, tüm topluma verilir. Bu tür hizmetler kamu malı özelliğine sahiptir. Bu nedenle serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.

Sağlık Hizmetinin Çıktısı Paraya Çevrilemez

Sağlık hizmetinin fiyatı biçilmeyen ve iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Örneğin bir yeri ağrıyan kişinin o anda yapamayacağı bir fedakarlık düşünülemez. Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerin ek olarak fiyatların oluşması mekanizması bakımından sağlık piyasası diğer piyasalardan farklılık gösterir.

Tüketicilerin bir malı satın almaları için marjinal değer, marjinal üretim maliyetini aşması gerekir. Fiyatların oluşması ile marjinal sosyal maliyetler arasında çoğu zaman sağlık piyasasında bir bağıntı söz konusu değildir²⁰. Sağlık hizmeti sürecinde çıktılar, maksimum kara çevrilemez. Kişi iyileşebilir, sakat kalabilir ya da hiç istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz. Sağlık hizmeti çıktısının kar getirici bir yönelimle ele alınması durumunda; yoksullar ve dezavantajlı grupların sağlığını olumsuz etkileyebilir²¹. Kendine özgü özellikleri ile sağlık hizmetleri kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlı kurumlardır. Sağlık sektöründe maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin başlıca kavramları farklı birer anlam kazanmaktadır.

Diğer Özellikler

Sağlık kuruluşu kapasitesini talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Çünkü sağlık hizmetlerinin depolanması söz konusu olmaz. Arzı talebe veya talebi arza uydurmak arz ve talep arasındaki dengeyi oluşturmak için zorunludur. Sağlık hizmetlerinde aksamaların engellenmesi için talebin arttığı dönemlerde part-time eleman çalıştırılabilir²². Sağlık hizmeti

²⁰ Kurtumuş, S. (1998:58). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

²¹ Pala, K. (2007:31). Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri . İşyeri Hekimliği Ders Notları. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.

²² Menderes, M. (1995). (Editör:Hikmet Seçim). Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi. Hastane İşletmeciliği: Seçme yazılar. Eskişehir. 311-327.

sunan işletmeler teknolojinin ve emeğin yoğun olarak kullanıldığı işletmelerdir. Bu nedenle hizmetlerin sunumunda yüksek maliyetler gerekebilir.

Sağlık hizmetlerinde hata ve belirsizliğe yer yoktur. Çünkü yapılacak bir hata direk olarak hastanın ölümüne sebep olabilir.

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunda garanti söz konusu değildir. En küçük bir enfeksiyonun hastanın hayatına etkisi çok büyük olabilir.

Dışsal yarar veya zararın doğması sağlık hizmetlerinin iyi veya kötü olmasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin iyi olduğu bir ülkede diğer sektörlerde önemli bir fayda sağlar. Örneğin bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu bir ülkeye turist gitmez.

2.2.1.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Dünyanın pek çok ülkesinde önceleri sağlık hizmetleri hastaların tedavi edilmesi yönünde gelişmiş ve daha çok tedavi edici hizmetler ortaya çıkmıştır. Ancak ilerleyen dönemlerde hastalığa neden olan etkenler incelenerek çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve kişisel hijyen gibi konularda önem kazanmaya başlamıştır. Bunun sonucunda sağlık hizmetleri farklı şekillerde gelişmeye başlamıştır. Bu gelişmelere göre sağlık hizmetlerinin tanımı “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü” şeklinde yapabiliriz²³. Sağlık hizmetleri dört grupta toplanmaktadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi şeklindedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun bütününe yöneliktir. Sağlık koşulları ve sağlığı bozacak etmenlerin yok edilmesini kapsar. Koruyucu sağlık hizmetini devlet karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Kişinin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon tedavi edici sağlık

²³ Akdur, R. (1998:12). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antip Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. 5-14.

hizmetleridir. Alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşan hastalık durumunda erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşması, tedavi edici sağlık hizmetinin amacıdır²⁴.

2.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sakatlık ya da hastalık durumu oluşmadan, sağlığı bozacak risklere karşı mücadele şekline koruyucu sağlık hizmetleri denir. Koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ödeme gücüne bakılmaksızın tüm topluma sunulan, toplumda hastalık riskini azaltmak ve sağlık seviyesi daha yüksek bir toplum oluşturmak amacıyla hizmet verir. Hastalık oluşmadan verilen tüm hizmetler koruyucu sağlık hizmetlerinin içine girer.

Koruyucu sağlık hizmetleri iki başlık altında incelenebilir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde; kişinin sağlığını korumak, geliştirmek amacı doğrultusunda verilen hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde; çevrenin olumlu hale getirilmesi için gerçekteştirilen hizmetlerdir.

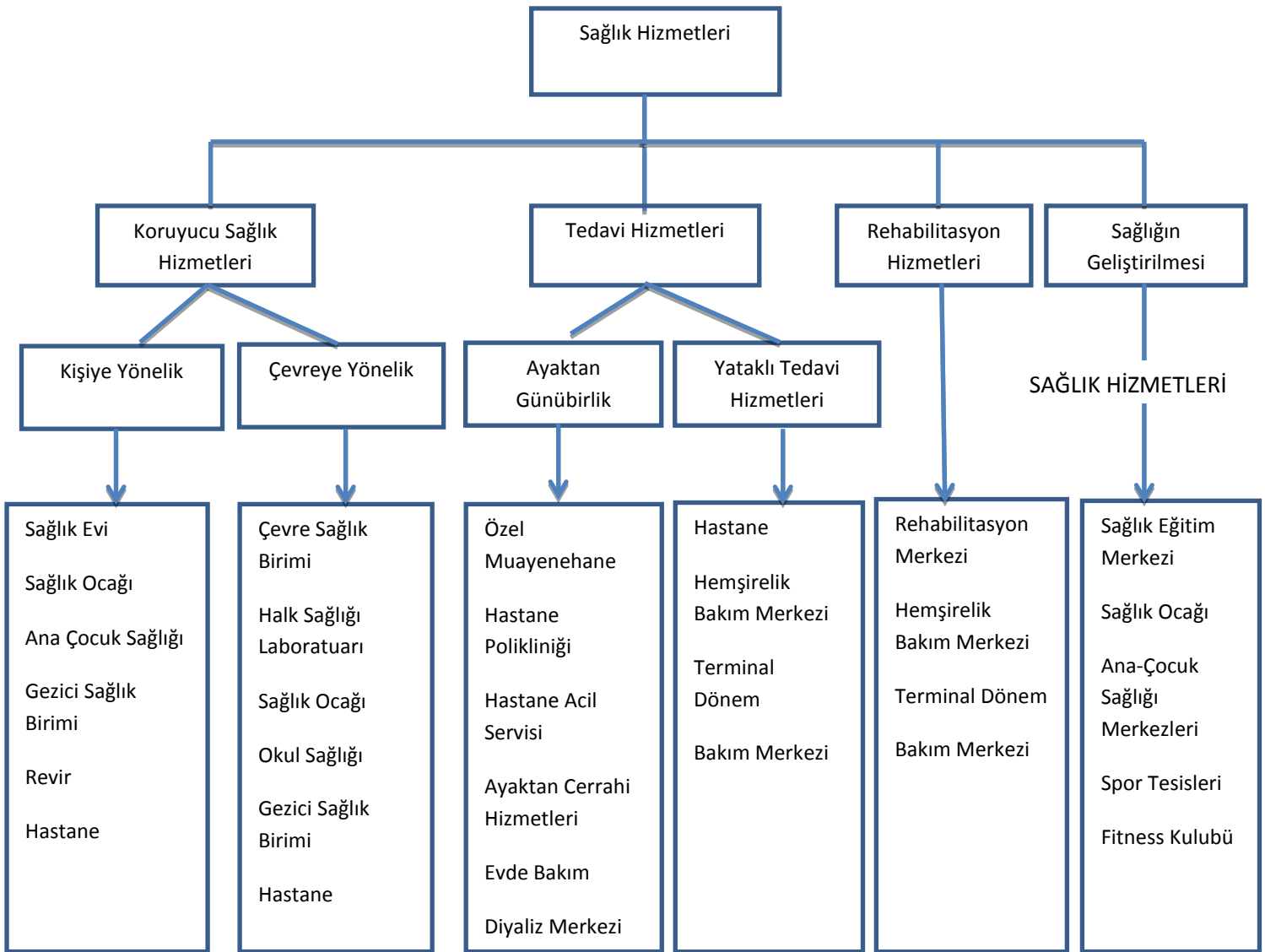
- Tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur.
- Uygulanması daha kolaydır.
- Sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
- Görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmez.
- Kullanılan teknoloji basit, dolayısıyla ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını en aza indirir.
- Bu hizmetlerin sunumu çevrede düzenlenmiş olur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimler sağlık evleri, sağlık ocakları, işyerleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı merkezleridir.

²⁴ Tengilimoğlu, D. ve Çalık, C. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Modern Hastane Yönetim Dergisi. Mayıs-Haziran. 3. 12-15.

2.2.1.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek çevreyi olumlu hale getirerek insan sağlığının etkilenmesini önlemektedir. İnsan sağlığı üzerinde olumsuz etki yaratabilecek ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarına yönelik girişimlerin tümü şeklinde de tanımlanabilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen vb. gibi bu konuda özel eğitim görmüş meslek mensupları tarafından yürütülür.



2.2: Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Kaynak: Kavuncubaşı, 200:34

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı; çevrede sağlığı olumsuz etkileyen etkenleri yok ederek ve bu etkenlerin kişilerin sağlığını etkilemelerini önleyecek çevreyi olumlu hale getirmektir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine çevre sağlığı hizmetleri de denir. Su kaynaklarının sağlanması ve madde denetimi, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla mücadele, hava kirliliğinin denetimi, iş sağlığı, konut sağlığı, radyasyonla savaş, gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararlıların denetimi, endüstri sağlığı vb. çevre sağlığı hizmetlerinden bazıları²⁵.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler başlığı altında verilen hizmetler sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirdiğini görüyoruz. Eğitim, danışmanlık, denetim ve yol göstericilik sağlık sektörünün bu konudaki başlıca görevleridir²⁶.

2.2.1.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklarda en erken dönemde tanı koymak, zararsız veya en az zararlı tedavi etmeyi, toplumu ve kişiyi hastalık faktörlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bazıları;

- Erken tanı ve uygun tedavi
 - İlaçla koruma
 - Sağlık eğitimi
 - Kişisel hijyen
 - Aşılama
 - Beslenmenin iyileştirilmesi
 - Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması
- şeklinde sıralanmıştır.

²⁵ Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim. Ankara: Nobel Yayınları.

²⁶ Akdur, R. (1998:13). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antip Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. 5-14.

Bu gruptaki hizmetler özellikle sağlık sekt6ru ve sağlık personeline yuruteden hizmetlerdir.

2.2.1.2.TEDAVI EDICI HİZMETLER

Sağlık durumu bozulmuş kişilerin sağlıklarını eski düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlere tedavi edici hizmetler denir. Bu hizmetler doktor sorumluluğunda ve diğer sağlık çalışanlarının katkıları ile gerekleřtirilir²⁷.

Tedavi edici hizmetler yatan ya da ayaktan sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin aldıkları hizmetler yanında sağlık kuruluşlarının verdiği tüm tedavi edici hizmetleri ve bu tedaviye bağlı olarak hastanın satın aldığı tüm ilaç ve sağlık gereçlerini kapsamaktadır²⁸.

Tedaviye yönelik hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özellik tamamen kişiye yönelik olarak sunulmasıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri dolaylı olarak koruyucu sağlık hizmetlerini etkilemiş olur. Örneğin bulaşıcı bir hastalığı olan kişi sağlık kuruluşuna yatılarak tedavisi sağlanırsa, toplumun diğer bireyelerine bulaşması önlenir.

Hastalık ya da sakatlık durumu çıktığı zaman tedavi hizmetleri verilir. Sağlığı bozulmuş kişilerin eski sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların hepsini kapsar. Tedavi edici hizmetler kendi içinde üç gruba ayrılır.

- Birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi)
- İkinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri)
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler)

²⁷ Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

²⁸ Kurtulmuş, S. (1998:84). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Bu sınıflandırma yapılırken hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınmıştır.

2.2.1.2.1.BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ

Başvuranların ayaktan ya da evde teşhis ve tedavisinin yapıldığı hizmetler bu gruba dahil olan hizmetlerdir. Ülkemizde birinci basamak tedavi hizmeti veren merkezler; sağlık ocakları, özel poliklinikler, muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleridir²⁹.

2.2.1.2.2.İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ

Hastalıkların teşhisinde yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastaların yatırılarak tedavisinin düzenlendiği hizmetlerdir. Ülkemizde ikinci basamak tedavi veren merkezler genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleridir.

2.2.1.2.3.ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ

Yoğun bilgi ve teknoloji içeren, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizde üçüncü basamak tedavi hizmeti veren merkezler üniversite ve eğitim hastaneleridir.

Günü birlik tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere tedavi edici sağlık hizmetlerini iki gruba ayırabiliriz.

2.2.1.3.REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

Yakalandığı hastalık sonrası günlük yaşantısını sürdüremeyen ve işgücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu sınıfta toplanmaktadır³⁰. Kişilerin kaza veya hastalık sonucunda kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar

²⁹ Tokay, M. (2000). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

³⁰ Akdur, R. (1998:14). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. 5-14.

kazanılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri kaza ya da hastalık sonucu sakatlanan kişilerin mümkün oldukça yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır.

2.2.1.3.1.TIBBİ REHABİLİTASYON

Yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla meydana gelmiş olan bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesini sağlayan hizmetlerdir. Duruş bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması gibi hizmetleri içerir.

2.2.1.3.2.SOSYAL REHABİLİTASYON

Sakatlığı ve özrü olan kişilerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan hizmetlerdir. Bu hizmetlerde işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri sakat ve sosyal bakımdan dezavantajlı durumlarda olan kişilerin dezavantajlarını ortadan kaldırır ve toplumun refahına da katkı sağlar.

Çocuklarda dezavantajlı durumların ortadan kaldırılması için geliştirici, eğitici ve sosyal faaliyetlere öncelik verilmektedir. Böylece dezavantajlı durumlar da olabildiğince ortadan kalkar ve toplum içerisinde yaşamlarını sürdürebilir, ilerde özürlerine uygun işlerde çalışabilir duruma gelirler.

Yetişkinlerde kaybedilen vasıflar yerine getirilemiyorsa farklı vasıflar elde etmelerini sağlanarak çalışma kapasiteleri yeniden kazandırılır. Yaşlılar eğer iş göremeyecek kadar sakatlanmışlarsa hedef; hastalığın zararlarını önlemek, yaşlının kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesini sağlamak ve yaşlıya sosyal etkinlik kazandırmak gibi konularda hizmet verilir.

2.2.2.SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ HİZMETLERİ

Henry E. Sigerist sağlığın geliştirilmesi kavramını ilk kullanan kişidir. Sağlığın geliştirilmesi kavramını sağlığın 4 temel görevini tanımlaması sırasında kullanmıştır.

Bu görevler;

1. Sağlığın geliştirilmesi
2. Hastalıkların nlenmesi
3. Hastalıkların iyileştirilmesi
4. Rehabilitasyon

Sigerist, fiziksel kültür anlamına gelen iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme gibi uygun yaşam standardı sağlayarak sağlığın geliştirilebileceğini ifade etmektedir³¹.

Sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeylere çıkartarak sağlığın geliştirilmesi sağlanır. Sağlığın geliştirilmesinde temel sorumluluk bireylerdedir .

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini, bedensel ve zihinsel sağlık durumunun geliştirilmesi hedeflenmektedir. Günümüzde bireylerin alışkanlıklarının ve yaşam tarzlarının birçok hastalığa neden olduğu bilinmektedir³². Sağlık durumlarını daha üst düzeylere çıkarabilmek için ilk önce kişilerin kendi yaşam biçimlerini geliştirmeleri gerekir. Mesela kişinin spor yapması, sağlıklı beslenmesi, sigara ve alkol kullanmaması, kişisel hijyenine dikkat etmesi sağlık seviyesinin yükselmesine katkıda bulunacaktır.

³¹ Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion:Dualities in Public Health Theory. Journal of Public Health Policy. Vol.13, No.3,s.267-276.

³² Kavuncubaşı, ř. (2000:46). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

2.2.3.HİZMET KALİTESİ

Son yıllarda hizmet sektörünün hızla büyümesi ve artan küresel rekabet, müşteri profil ve tercihlerinin değişmesi hizmet kalitesini ölçmeyi ve arttırmayı hedefleyen çalışmalar hız kazanmıştır³³. Kalite anlayışının gelişmesiyle beraber kalitenin ölçülmesine ve geliştirilmesine duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır³⁴.

Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi; teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve sağlık hizmetlerinde konfor yönü olmak üzere 3'e ayırır³⁵.

Tıbbi bilim ve bilginin teknik yönü, bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi olduğunu göstermektedir. Hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli gibi sağlık hizmetinin sunum sürecinde yer alan kişilerin dostça yaklaşımı, yardımcı olmaları vb. özellikleri de kalitenin kişiler arası iletişim yönünü ifade eder. Hastane ortamında sunulan imkanlar, bu imkanların rahatlığı gibi özellikler de kalitenin konfor yönünü ifade eder. Hizmet kalitesi belirleyicilerini SERVQUAL modelinde ise gözle görülür imkanlar, anında hizmet, doğru ve güvenilir hizmet, güven telkin etme ve müşteri tanıma-anlama şeklinde beş boyutta toplanmıştır³⁶. Sağlık hizmetleri gibi işgücü yoğun sektörlerde hastalar açısından personel ve davranışları çok daha önemlidir. Bir başka modelde ise hizmet kalitesi; hizmet ortamında sunulan imkanlar, standartlara uygunluk, zamanlılık ve insan faktörünün davranışsal özellikleri olmak üzere dört boyutta incelenmiştir³⁷.

Bir başka çalışmada ise hizmet kalitesi; hasta kabul, fatura ödeme, hemşirelik hizmetleri, yiyecek hizmetleri, oda hizmetleri ve teknik hizmetler olmak üzere altı

³³ Burke, R. J., Graham, J. ve Smith, F. (2005). Effects of Reengineering on the Employee Satisfaction–Customer Satisfaction Relationship. The TQM Magazine. Vol. 17, No. 4, pp. 358–363.

³⁴ Şimşek, M. (1998). Kalite Yönetimi. 2. Baskı. İstanbul: Alfa Yayınları.

³⁵ Turner D. Paul ve Louis G. Poll (1995). Beyond Patient Satisfaction. Journal of Health Care Marketing. Vol:15. No:3. 45-53.

³⁶ Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing. 64 (1). 12-37

³⁷ Oswald, T., Sharon L., Douglas E., Snipes, Robin, L. VE Butler, Daniel. (1998). Quality Determinants And Hospital Satisfaction. Marketing Health Services. Vol:18. Issue:1. 1094-1304.

boyutta incelenmiştir³⁸. 2004 yılında yaptıkları çalışmada CHOL vd. poliklinik hizmetlerini dört faktör altında toplamıştır. Bu gruplar poliklinik hizmet sürecinin kolaylığı, doktorlar dışındaki personel, doktorlar ve gözle görülür imkanlar şeklindedir. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin belirleyicisi insan faktörüdür. Hastaların hizmet kalitesi algılamaları, sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan personelin bilgi ve becerisi vb. özelliklere dayanarak ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir başka araştırmada ise hasta tahmininin ölçümüne yönelik bir araştırmadır. Algılanan kalite ve hasta tatmininin, doktorların iletişiminin uygunluğunu önemli ölçüde etkilediği sonucu çıkmıştır. Hizmet kalitesinin ölçümünde hastanelerde farklı yaklaşımlarda tercih edilmektedir. De Mon vd. 2002 SERVQUAL yaklaşımı tercih ederken, bazı çalışmalarında ise SERVQUAL modelinin yetersiz olduğunu düşünerek modeli geliştirerek hizmet kalitesini ölçmeye çalışmıştır. Hangi model tercih edilirse edilsin, hizmet kalitesi boyutlarının hasta tatminine katkıları farklıdır. 1990 yılında Reidenbach ve Sandifer'in yaptığı çalışmaya baktığımızda; poliklinik, acil ve yatan hastaların hizmet kalitesi algılamalarını etkileyen faktörlerin farklı olduğunu bulmuşlardır. Hasta değerlendirme sürecinin karmaşıklığı arttıkça boyutların sayısı da artmıştır. Değerlendirme süreci poliklinik hastaları için kolayken, acil hastaları ve yatan hastalar için giderek zorlaşmaktadır. Yatan hastaların, poliklinik hastalarının karşılaşmadıkları hastane alanlarının tümü ile iletişim içinde olma fırsatına sahiptir. Müşteri tatmini ile hizmet kalitesi arasında yakın ilişki olduğu söz konusudur³⁹.

2.2.3.1.KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Hizmet, tüketici ile hizmeti sunan kişi ve kurumun karşılıklı olarak birbiriyle diyalog kurmasını gerektiren bir sosyal faaliyettir. Hizmet 4 temel karakteristiğe sahiptir. Bunlar; üretim ve tüketimin aynı anda olması, elle tutulamaz(soyut)

³⁸ Woodside, A.G., Frey, L.L. VE Daly, R.T. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing*. 9. 5-17.

³⁹ Venkatapparao, M. and Gopalakrishna, P. (1995). Mediators Vs. Moderators of Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*. Vol:15, No:4. 16-22.

olması, ayrışık(heterojen) olması ve stoklanamaz olmasıdır. Bu sebeple Parasuraman, vd.(1985, 41-50) tarafından hizmet sektöründe kalitenin ölçümü ile şu tespiti yapmıştır⁴⁰;

- Kalitenin ölçümü hizmet sektöründe, imalat sektörüne göre daha zordur.
- Müşteri beklentileri ile gerçek hizmet performansı arasındaki fark hizmet kalitesinin algılanmasını verir.
- Sadece hizmet çıktısına göre kalite değerlendirilmesi yapılmaz.
- Değerlendirme hizmet teslim sürecinin bütününe kapsar.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry(1991) hizmet kalitesinin tanımını ve formülasyonunu şu şekilde formüle etmişlerdir;

Hizmet kalitesi = Algılanan değer – Beklenen hizmet

Bu formül ağırlıklı hizmet kalitesi olarak da geliştirilmiştir. Algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki fark önem derecesi ile çarpılarak ağırlıklı hizmet kalitesi belirlenmiştir.

Ağırlıklı hizmet kalitesi = Önem derecesi x (Algılanan hizmet – Beklenen hizmet)

Hizmet kalitesi ile ilgili yapılan başka çalışmada ise uyumsuzluk teorisinin (disconfirmation theory) aslında hizmet kalitesini değil müşteri tatminini saptamak açısından yararlı olduğu iddia edilmiştir. Hizmet kalitesinin ölçümü için yeni bir araç geliştirilmiştir. Bu aracın adı ise literatürde SERVPERF olarak geçmektedir⁴¹.

Hizmet kalitesi = Algılanan değer

⁴⁰ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. Vol. 49. 41–50.

⁴¹ Richard, O.L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. Vol.17. 460–469.

Aynı şekilde bu formül de ağırlıklı olarak ifade edilebilir.

Ağırlıklı Hizmet Kalitesi = Önem derecesi x Algılanan hizmet

2.2.3.2.HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

Literatürde hizmet kalitesinin ölçümüyle ilgili birçok çalışma vardır. Bunlar; Parasuraman, vd. (1985,1988,1999,2002), Carmen (1990), Babakuş ve Baller(1992), Cronin ve Taylor(1992, 1994), Teas(1994), Fayek,vd.(1996), Yavaş,vd.(1997), Bloener,vd.(1999), Dobholkor,vd.(2000), Konji ve Wolhce(2000), Carvana,vd.(2000), Li ve Collier(2000), Lim ve Tong(2000a, 2000b), Sivadas ve Boker-Prewitt(2000), Yavaş ve Shemwell(2000), Kara,vd.(2001), Andaleeb(2001), Brady ve Cronin(2001), Oliver ve Suan(1989), Taylor ve Cronin(1994) (Kara vd., 2003, 1131-1141).

Bu çalışmalarda hizmet kalitesinin ölçümü farklı bakış açılarıyla ele alınmıştır. Bu çalışmaların neredeyse hepsinde hizmet kalitesinin geliştirilmesinin önemi vurgulanmış ve bunun çalışan memnuniyeti, müşteri memnuniyeti, kurum performansı ve verimlilik gibi farklı değişkenler üzerindeki etkileri incelenmiştir⁴².Ayrıca hizmet kalitesinin ölçülmesinin zorlukları üzerinde de durulmuştur.

SERVQUAL hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan en yaygın yöntemlerden biridir. Bu yöntem değişik biçimlerde geliştirilmiş, uyarlanmıştır ve hizmet kalitesinin ölçülmesinde sıkça kullanılmıştır. Bu yöntemi savunanlar yanında eleştirenler de olmuştur. SERVQUAL yöntemini; yöntemin içeriğini ve temel bakış açısını bütünüyle ya da kısmi olarak eleştirenler olmuştur⁴³.

⁴² Parasuraman, A. (2002). Service Quality and Productivity. *Managing Service Quality*. Vol.12. 1, 6–9.

⁴³ Kang, G., James, J. (2004), "Service Quality Dimensions", *Managing Service Quality*. Vol. 12. 4, 266–277.

2.2.3.3.SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümü kolay değildir. Hizmet kalitesinin ölçümü hastanelerde değişik bir yapı içerir. Verilen hizmetin teknik yönünü hizmet sunumu sırasında hastaların değerlendirememesi, sağlık işletmelerinde fonksiyonel kalitenin önemini arttırmaktadır. Sağlık sektöründe teorik ya da uygulama açısından hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik olarak pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bazıları makro bazıları ise mikro düzeyindedir. Mikro düzeyindeki hastane yönetimindeki konulara odaklanırken, makro düzeyde ise konuyu ulusal düzeyde sağlık politikalarını hizmet kalitesi yönünden incelemiştir⁴⁴. Carmon SERVQUAL ölçeğini hastanelere uyarlamış ve bu konuda çeşitli araştırmalarda bulunmuştur⁴⁵. Reidenbach ve Sandifer-Smallwood hastane hizmetlerini üçe ayırmıştır. Bunlar acil hizmetler, yatan hasta ve ayakta tedavi gören hasta olmak üzere ele almış ve hasta algısını araştırmışlardır. Hasta güvenliği, iş yeteneği, tedavi kalitesi, destek hizmetler, fiziksel görünüm, bekleme zamanı ve empati boyutlarında hizmetin kalite boyutları arasında ele almıştır. Bu çalışmada, ayaktan tedavi gören hastaların ve acil servise başvuran hastalarda tedavi kalitesinin hizmet algısını tamamen etkilediği tespit edilmiştir. Yatan hastada ise fiziksel görünüm boyutunun daha etkili olduğu görülmüştür⁴⁶. Singapur hastanelerinde yapılan bu çalışmada kalite boyutları olarak somut varlıklar, güvenilirlik, bilgilendirme, güvence, empati, erişilebilirlik ve ödeme durumu olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada en önemli boyut olarak güvence ve bilgilendirme bulunmuştur. En az önemli boyut olarak da somut varlıklar saptanmıştır. Söz konusu çalışmada hizmet kalitesini arttırmak için güvence, bilgilendirme, güvenilirlik gibi fonksiyonel konulara odaklanmanın gereği vurgulanmıştır⁴⁷.

⁴⁴ Egli, Y. Halfon, P. (2003). A Conceptual Framework for Hospital Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance* Vol.16, No.1. 29–36.

⁴⁵ Carman, J.M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*. Vol. 66, Spring, 33–55.

⁴⁶ Smallwood, R.S. (1990). Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach. *Journal of Health Care Marketing*. Vol. 10 No. 4, December, pp. 47–55.

⁴⁷ Lim, P.C. ve Tang, N. (2000a). Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 13, No. 7, 290–999.

Anderson'un (1995, 32-39) Houston Üniversitesi tıp fakültesinde yaptığı çalışmada hastaların en fazla güvence boyutundan memnuniyetsizlikleri bulmuştur. Yunanistan'da kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir çalışma yapılmıştır⁴⁸. Kamu hastanelerinde hastaların, doktor ve hemşirelerin yeteneklerinden tatminkar oldukları bulunmuştur. Özel hastanelerdeki fiziksel imkanlar, hasta kabul prosedürleri ve bekleme zamanı açısından daha tatminkar oldukları bulunmuştur⁴⁹.

Bir başka çalışma ise birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılmıştır. Hizmet kalitesi açısından özel ve kamu hastaneleri açısından bir fark olup olmadığı araştırılmış ayrıca yatan hasta açısından hizmette kalite boyutlarının neler olduğu incelenmiştir. Bu çalışmada güvenilirlik, bilgilendirme ve empati yüksek değer almıştır. Hastaların kamu hastanelerinden daha memnun olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaların tümüne baktığımızda hizmet kalitesinde değişikliklere ve en fazla katkıda bulunan boyut güvenilirliktir⁵⁰. Diğer bir başka çalışmayı da Lee, vd. yapmıştır. Sağlık sektöründe hizmet kalitesini ters açıdan ele alarak memnun kalmadıklarında nasıl davrandıklarını araştırmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre gördüğü hizmetten memnun kalmayanların %70'i bir daha aynı kuruma gelmeyi düşünmemektedirler. Söz konusu olan çalışmada bir diğer sonuç ise memnuniyetsizliktir. Yakın çevrelerine yayma konusundaki çabalarıdır. Bu araştırma aldığı hizmetten memnun olmayan her yüz hastanın ortalama 465 potansiyel müşterinin kuruma gelmelerini engellemektedir⁵¹.

⁴⁸ Anderson, E. (1995). Measuring Service Quality and a University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 8, No. 2, 32–37.

⁴⁹ Angelopoulou, P., Kangis, P. and Babis, G. (1998). Private and Public Medicine; A Comparison of Quality Perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 11, No. 1, 14–20.

⁵⁰ Jabnoun, N. ve Chaker, M. (2003). Comparing the Quality of Private and Public Hospitals. *Managing Service Quality*. Vol. 13, No. 4, p. 290-299.

⁵¹ Lee, P. M., Khong, P. H. ve Ghista, D.N. (2006). The Impact of Deficient Healthcare Service Quality. *The TQM Magazine*. Vol. 18, No. 6, 563–571.

2.2.4.HASTA TATMİNİ

Pazarlamada üzerinde yoğun bir şekilde çalışma yapılan konulardan biri de tüketici tatminidir. Tüketici tatmini üzerine çalışma yapan yazarların tespiti oldukça ilginçtir.

Bu konuda yayınlanan makaleler son 20 yılda 15000'in üzerine çıkmıştır⁵². Bu rakamın günümüzde daha da büyük bir orana ulaştığı söylenebilir. Özellikle kar amacı güden kuruluşlarda hasta tatmininin hayati önem taşıdığı açıkça ortaya çıkmaktadır. Hizmet sunum sürecinin önemli bir sonucunu tatmin oluşturur⁵³.

Pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının temel unsurlarından biri hasta tatminidir⁵⁴. Karlılığa müşteri tatmini yoluyla ulaşılmaktadır. Buna göre müşteri tatminini bir tanımla açıklayacak olursak "Hizmeti deneyimledikten sonra satın alıp kullanan kişinin hizmetten ne kadar hoşlandığını gösteren satın alma sonrası bir olaydır."⁵⁵ Literatürde müşteri tatmini ile hizmet kalitesinin çoğunlukla farklı kavramlar olduğu kabul edilmiştir. Ama bazı çalışmalarda hizmet kalitesi ve müşteri tatmini kavramları arasında böyle bir ayrım yapılmadığı gözlenmiştir. Taylor ve Cronin (1994), kısa periyotta müşteri tatmin değerlendirmelerini ve uzun periyotta müşteri hizmet kalitesi tutumlarını etkileyen stratejik amaçlar geliştirmeleri açısından, iki ifadenin farklı olduğunun sağlık hizmetleri veren yapıların pazarlama yöneticileri açısından önemli olduğu belirtilmiştir.

2.2.5.DAVRANIŞSAL NİYETLER

Davranışsal niyetler, doyum sürecinin bir sonucudur. Davranışsal niyetleri Smith ve diğerleri(1999) iki grupta incelemiştir. İlk grupta ekonomik davranışsal

⁵² Peterson A.R. ve William R.W. (1992). Measuring Customer Satisfaction: Fact and Artifact. Journal of the Academy of Marketing Science, Vol:20, No:1, pp.61-71.

⁵³ Dawn, B.L. ve Powers, T.L. (2004). The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions. Journal of Services Marketing, Vol:18, No:2, 114-121.

⁵⁴ Churchill G.A. Jr. ve Carol S. (1982). An Investigation Into the Determinants of Customer Satisfaction. Journal of Marketing Research. 19, November, 491-504.

⁵⁵ Bearden W.O. ve Jesse E.T. (1983). Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. Journal of Marketing Research. 20, February, 21-28.

niyetleri, ikinci grupta sosyal davranışsal niyetleri incelemiştir. Tekrar satın alma, daha fazla ödemeye istekli olma ve firma bağımlılığı gibi işletmeleri finansal yönden etkileyen tüketici davranışlarını ekonomik davranışsal niyetler grubunda incelemiştir. Şikayet ve sözel iletişim gibi mevcut ve potansiyel tüketicilerin davranışlarını etkileyen olumlu veya olumsuz tutumları da sosyal davranışsal niyetler grubu içinde incelemiştir. Bireyin ve potansiyel tüketicilerin fikirlerini bu tür niyetler olumlu ya da olumsuz etkiler.

2.2.6.ALGILANAN DEĞER

Tüketicie göre mal veya hizmetin değeri belirlenen fiyattır. Çünkü tüketici aldığı mal veya hizmetten bir takım faydalar beklemekte ve bunun içinde bir takım fedakarlıklarda bulunmaktan çekinmemektedir. Bir ürünü veya hizmeti satın alırken tüketici sağlayacağı yararları, bu fedakarlıklara katlanmaya değer bulunup bulunmayacağına göre karar verir. Zeithaml (1988), algılanan değeri” Tüketicinin algılanan yararları ve algıladığı fedakarlıkları çıkarları yönünden değerlendirmesi” olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetlerinde faydalar, kaliteli bir hizmetin sonucudur.

Algılanan yararların önemli bir parçasını hizmet performansını oluşturmakla birlikte, ün, prestij vb. etmenler de tüketicinin yararlar grubunda yer alabilir⁵⁶. Mesela, birçok ünlü kişinin International Hospital'i tercih etmesi nedeniyle bazı hastaların bu hastaneyi tercih etmesi gibi.

Hastalar açısından katlanılan fedakarlıklar iki grupta incelenebilir. İlk grupta maddi fedakarlıklar, ikinci grupta ise manevi fedakarlıklar incelenebilir. İlk gruptaki maddi fedakarlıklar hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları karşılığında ödedikleri bedellerdir. İkinci gruptaki manevi fedakarlıklar sağlık hizmetinden yararlanırken yaşadıkları zihinsel ve fiziksel stres ve tüketilen

⁵⁶ Kui-Son, C., Woo-Hyun, C., Lee, S., Lee, H. ve Kim, C. (2004). The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study. *Journal of Business Research*. 57, 913-921.

zamandır⁵⁷. Algılanan değerin manevi boyutunun ölçümü, maddi boyutunun ölçümüne göre daha zordur. Algılanan değer konusunda yapılmış çok fazla çalışma yoktur⁵⁸. Peyrot'a göre, sağlık hizmet ürünlerinin (masraflarının) sosyal güvenlik kuruluşları tarafından üstlenilmesi, hastanın aldığı hizmetin gerçek maliyetinin farkında olmayacağını belirtmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin hizmet masraflarını ya kendileri öder ya da bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşları ödemektedirler.

Özel hastanelerde yapılan çalışmalarda özellikle 2003 yılından beri çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları hastalara hizmet vermektedir.

2.2.7.HASTA BEKLENTİLERİ

Kalite ve müşteri memnuniyeti müşteri beklentilerinin temel belirleyicileridir. Müşteri odaklı bir işletme olabilme veya ürün sunabilmek için müşteri beklentilerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Temel belirleyici unsur olan müşteri beklentilerinin ortaya çıkış sürecinin neler olduğunu bilmek gerekir.

Türk dil kurumu sözlüğünde beklenti, bir olgunun sonunda gerçekleşmesi gereken şey olarak tanımlanmaktadır. Müşterinin ihtiyaç duyduğu, aldığı üründen beklediği özellikler müşteri beklentileri olarak tanımlanır. Müşterilerin beklentileri sadece ürünle ilgili değildir. Ürüne ulaşılabilirlik, satın alınabilirlik ve satın alma esnasında kendisine nasıl davranılacağı, satın alma sonrası oluşacak problemlerin nasıl giderileceği ve ürünün tüketimi neticesinde oluşacak atıklardan nasıl kurtulacağı da müşteri beklentilerinin içinde yer alabilir.

⁵⁷ Kui-Son, C., Woo-Hyun, C., Lee, S., Lee, H. ve Kim, C. (2004). The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study. *Journal of Business Research*. 57, 913-921.

⁵⁸ Mark, P., Cooper, P.D. ve Carrol, G.J. (1993). Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. *Journal of Health Care Marketing*. 13, 24-33.

Beklentiler öznel, değişebilir ve anlatımı zordur. Gereksinimlerin ve beklentilerin bir takımını açık olmakla birlikte bir takımın keşfedilmesi gerekir. Müşterilerin alım gücü müşteri beklentilerinde büyük rol oynar.

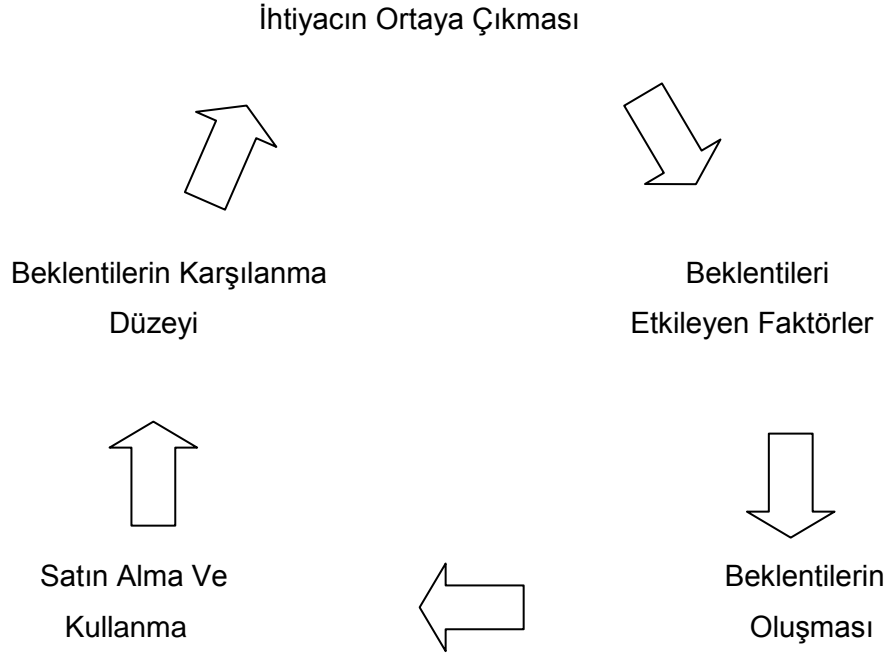
Müşteri beklentileri, kalite ölçütlerini oluşturmaktadır. Müşteri beklentileri ile algılanan kalite arasındaki ilişki üç şekilde gerçekleşebilir. Bunlar;

1. Müşteri Beklentileri > Algılanan Kalite
2. Müşteri Beklentileri = Algılanan Kalite
3. Müşteri Beklentileri < Algılanan Kalite

Müşteri beklentileri algılanan değerden büyük ise müşteri beklentilerini karşılamadığı için müşteri memnun kalmamıştır. Müşteri beklentileri algılanan değere eşit ise müşteri tatmin olmuştur. Müşteri beklentileri algılanan değerden küçük ise müşteri beklentilerinin üstünde bir kaliteyle karşılaşmış olur. Bu da müşteri beklentileri için ideal bir sonuç oluşturur.

Müşteri beklentileri belli bir zaman içinde oluşur. Müşteri beklentileri gereksinimin ortaya çıkmasıyla başlar, beklentileri etkileyen etmenlerle şekillenir, hizmetin satın alınması ve kullanılması sonucunda karşılanıp karşılanmadığı anlaşılır. Yaşanan bu tecrübe sonucunda beklentiler ve beklentileri etkileyen etmenler yeniden düzenlenirler. Gereksinimin tekrarlanmasıyla beklentiler döngüsü yeniden harekete geçer.

- Müşteri Beklentilerinin Oluşma Süreci
- Müşteri Beklentilerinin Sınıflanması
- Hasta Beklentilerinin Düzeyi



2.3: Müşteri beklentilerinin oluşması ve karşılanması süreci

2.2.7.1.HASTA BEKLENTİLERİNİN OLUŞMA SÜRECİ

Hasta beklentilerini etkileyen etmenleri ve oluşma sürecini, sağlık hizmetlerinin kendine has farklılıklarını gözetererek açıklanmaktadır.

1)Sağlık hizmeti gereksiniminin ortaya çıkması: Sağlık hizmeti gereksinimi planlı bir şekilde ortaya çıkmaz. Ummadık bir zamanda ortaya çıkan ağrı veya şikayet kişiyi hastanenin müşterisi haline getirir. Genellikle bu gereksinimin karşılanması ertelenmez ve acildir. Kişi hasta olduğuna dair algısının oluşması durumunda beklenmedik bir anda sağlık hizmeti almak için hastaneye başvurur. Kişiler acil bir durumda hastane seçmeyip en yakın sağlık kuruluşunu tercih ederler.

2)Hastaların hastalanmama arzuları ve kişilik özellikleri: Hastanelerin müşteri profili diğer hizmet piyasasındaki müşteri profillerinden farklıdır. Genel anlamda insanlar hizmet piyasasında müşteri olmayı isterler ama hastane müşterisi olmak istemezler. İnsanlar alışveriş yapmayı genel anlamda isteseler bile kimse

kanser, hipertansiyon, şeker hastası olmak istemez. Hastaların hastalıklarını idrak ettikleri andan itibaren verecekleri tepki ve reaksiyonlar kişisel özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

Hasta beklentilerinin oluşmasında, kişinin yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim düzeyi ve sosyal sınıfı oldukça etkili parametreler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalıklar cinsiyet ve yaşa göre farklılık yaratmaktadır. Prostat erkeklerde sık görülürken meme kanseri de kadınlarda sık görülen hastalıklardan biridir. Bu da hastalığın cinsiyete göre farklılaştığının bir göstergesidir. Sağlık hizmeti beklentisi, kişinin almış olduğu eğitime göre de farklılık göstermektedir. Örneğin, üniversite eğitimi almış bir kişi ile ilkökul eğitimi almış bir kişinin sağlık hizmeti talepleri aynı olmamaktadır⁵⁹.

Hasta beklentilerinin oluşmasını, hastanın inançları, alışkanlıkları, yaşam biçimi, davranışları ve kişilik özellikleri de etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde gösterilen olumlu ya da olumsuz tutumlar kişinin beklentileri ve sağlık algısında farklılık yaratmaktadır. Hastalık algısının oluşmasında ve tedavi yöntemleri ile ilgili seçimlerin belirlenmesinde dini inançlar oldukça etkilidir. Ancak bu etkinin incelenmesi diğer bir ifade ile anketlerde bu etkinin incelenebilmesi için dini inançların sorgulanması pek mümkün olmamaktadır. Örneğin, Yahova şahidi olan bir kişi organ nakline karşı çıkmaktadır.

3)Hastaların ekonomik olanakları: Hastaların ekonomik durumu, alacakları sağlık hizmetini farklılaştırmaktadır. Maddi durumu ne olursa olsun her vatandaş sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Ekonomik durumu iyi olan hastalar özel muayeneleri tercih ederken, ekonomik durumu yerinde olmayan hastalar devletin sunduğu sağlık hizmetine razı olmaktadır. Sonuç olarak ekonomik düzeyi yetersiz olan kimseler sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar.

⁵⁹ Oluç, M. (1987) Sosyal Sınıfların (Sosyal Katmanların) Pazarlama Açısından Önemi. Pazarlama Dünyası. 11-17.

4)Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili deneyimleri: Beklentilerin oluşmasında hastaların önceden aldıkları sağlık hizmetleri çok etkilidir. Hastaneye başvuran hastaların çoğu kendilerine yapılacak tıbbi müdahaleler hakkında bilgi sahibi değildirler. Hastalar bu yüzden endişe duyarlar. Kişi sağlık hizmetleri alırken hem kurumu tanır hem de hizmet prosedürlerini öğrenir. Böylece hastaların beklentilerine yön verilmiş olur. Tekrar hizmet almaya gittiğinde yön verilen beklentiler doğrultusunda bilinçli bir şekilde hizmet alır. Kişinin aldığı sağlık hizmet kalitesi ne kadar artarsa beklentisi de o derece artar.

Hasta, hekim ve sağlık personelinden ne tür bir davranış şekli görmüşse hastaneye bir daha ki gidişinde de aynı beklenti içinde olacaktır. Beklentisi altında bir davranış şekliyle karşılaşırsa bir dahaki sefere beklentisini düşürür.

5)Dış görüşler: Hastaların üzerinde yakın çevresi ve uzman görüşleri önemli bir etki sağlar. Hastalar kimi zaman sağlık kuruluşuna başvurmadan yakın çevresinin önerdiği bir ilacı kullanabilir veya gördüğü bir reklamdan etkilenip hastalığı konusunda bir uzmandan yardım almaya karar verebilir.

6)Hastalığın derecesine göre alınan hizmetin değeri: Kişilerin hastalıklara verdikleri önem farklılık gösterebilir. Kimi insanlar hastalıkları kendilerini rahatsız etmediği sürece sağlık problemini dikkate almaz. Kimileri ise en ufak bir rahatsızlıkta sağlık problemleri olduğunu düşünebilirler. Hastalıkların da kendi içlerinde önem dereceleri farklılık gösterir. Örneğin solunum yolu enfeksiyonu ile beyinde oluşan bir tümör aynı derecede önem taşımaz. Solunum yolu enfeksiyonu için aile hekimine başvurmak yeterli iken tümör için uzman hekime başvurmak gerekir.

7)Hizmet yapısının coğrafi bölgelere göre kalitesi: Sağlık sektöründe kamusal ağırlıklı hizmetler ülkemizde sıkça görülmektedir. Bu hizmetler buldukları coğrafi bölgeye göre değişiklik gösterir. Anadolu'nun bir çok kesiminde sadece kamuya ait sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Böylece kamusal sağlık hizmetleri Anadolu'yu tekeline almıştır. Başka seçenekleri olmadığı için hastalar, bu

kurumların verdiği hizmeti kabul etmek durumunda kalırlar. Alınan hizmetin beklentileri şekillendirmesiyle sağlık hizmetinin kalitesi de şekillenir. Bu döngüyü bozmak verilen hizmetin kalitesinin yükseltilmesinin veya kamu hizmetine alternatif çözümlerin getirilmesiyle mümkün olur.

Kamusal sağlık hizmetlerinin Anadolu'da oluşturduğu tekel büyük şehirlerde boy göstermez. Kişilere verilen sağlık hizmet çeşidi ne kadar fazla olursa olsun hizmet sunumunda farklılıklar yoksa beklentilerde de değişiklik göstermez.

2.2.7.2.HASTANIN İHTİYAÇLARI VE HİZMET ALMA SÜRECİ İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1) Hastanın ihtiyaçları doğrultusundaki hizmet beklentileri:

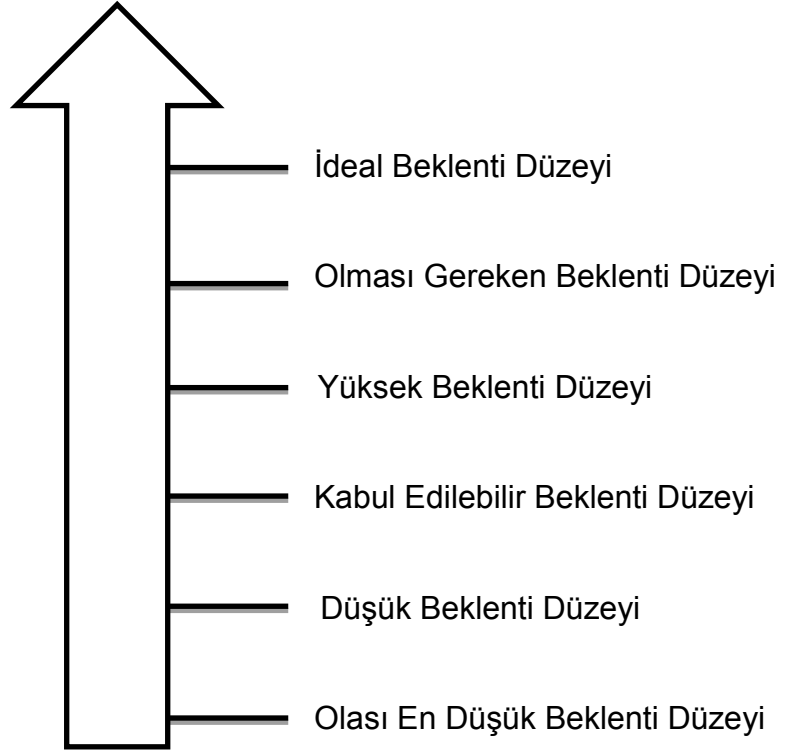
Kişiler sağlık problemleriyle karşılaştıklarında gerekli tüm kontrolleri yaptırıp gereksinimlerini karşılayacak uygun hizmeti almayı isterler. Fakat aldıkları hizmetin teknik kalitesine kendileri değil ancak uzman hekimler karar verebilirler.

2) Hastanın hizmet alma süreci ile ilgili beklentileri:

Hastalar kendilerine bilgi onam formlarının verilmesini, tedavi sürecinde kendilerine söz hakkı tanınmasını ve aynı zamanda sağlık personelinin kendilerini güvende hissettirmelerini isterler. Alınan hizmetin kalitesini hastaların bu hususlardaki algıları belirler. Bu konudaki beklentileri bilgi onam formu kullanımı, hastaya tanınan söz ve tercih hakkının sağlanması şeklinde sınıflamak mümkündür.

2.2.7.3.HASTA BEKLENTİLERİNİN ÖNEM SEVİYELERİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

Rust'un (1996) hiyerarşisinde müşteri beklentilerini düşükten yükseğe doğru sıralamaktadır. Rust'un müşteri beklentilerine göre sıraladığı hiyerarşisi hasta beklentilerine göre yapılandırılarak aşağıda açıklanmıştır.



2.4: Beklentilerin Hiyerarşisi

Kaynak⁶⁰: RUST, 1996, s.231

Hastaların hastalığın tedavisine göre beklentileri en düşük seviyede olabileceği gibi herhangi bir beklentileri dahi olmayabilir.

Kişinin kendine uygulanacak tedavi yönündeki beklentileri farklılık gösterebilir. Şöyle ki; hasta tedavi açısından belirli beklentileri olmasına rağmen tıbbi tetkikler açısından hizmet almak istemeyebilir

Hasta beklentilerini en düşük seviyede tutup hastalığıyla ilgili tıbbi tetkiklerin yerine getirilmesini istemekle birlikte tedavi süreciyle ilgili bilgi ve karar aşamasına katılmak isteyebilir.

⁶⁰ Rust, R. T., ve diğerleri(1996): Service Marketing Harper Collins College Publishers, New York.

Aynı zamanda hasta beklentilerini yüksek tutup bilgi ve karar aşamasında aktif rol alma, verilen hizmet çerçevesinde konfor ve güvenlik beklentisinin karşılanmasını isteyebilir. Bu aşamada da hastaneler arasında hizmet sunumuna göre rekabet ortamını yaratır.

Bilinçli bir hasta beklenti düzeyini olması gereken seviyeye çıkartmış ise yasal hakları doğrultusundaki her türlü tıbbi tetkiki talep eder.

Hasta hakları yönetmeliği hastaların tıbbi süreçteki haklarının neler olduğunu bir bütünlük içinde ifade etmektedir. Kabul gören standart beklenti düzeyi hasta hakları yönetmeliğinde anlatılmıştır.

Hastaların hakları olan beklentilerin standart beklenti düzeyi üzerinde karşılanması ise; ideal beklenti düzeyi olarak ifade edilmektedir. Örneğin hastanedeki tedavi sürecini tamamlamış olan bir hastanın aranılıp durumunun sorgulanması veya taburcu olan hastalara küçük hediyeler verilmesi.

Hasta memnuniyeti araştırmaları hastaların beklenti ve beklenti seviyeleri belirlenmeden yapıldığında sunulan hizmetin kalitesi hakkında çok fazla bilgi vermeyeceği gibi belli bir açıklama da sağlamayacaktır.

3.HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık sektöründe, hastanın değer ve beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı konusunda bilgi veren, bakımın kalitesini gösteren ve en önemlisi de esas otoritenin hasta olduğu temel ölçüt hasta memnuniyeti olarak tanımlanmaktadır⁶¹.

Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde hastaların istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine yani hasta

⁶¹ Akdağ, R. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma Serisi 4. Ankara.

memnuniyetine bağılı olmaktadır. Sağıık kurumlarının memnun etmesi gereken çok geniş ve heterojen bir hasta grubu olduğu göz önüne alındığında, tüm hasta gruplarının istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağıık kurumları yöneticilerinin her hastayı tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir. Hasta tatmini sağıılanmış memnuniyet değeri oluşturma stratejilerinin başka bir nedeni ise günümüz rekabetçi pazar gerçeğlerinden gelmektedir⁶².

Karmaşık bir kavram olan hasta memnuniyeti birçok unsurdan etkilenmektedir. Hasta memnuniyeti kaliteli hasta bakımının en önemli göstergesidir. Genel bir tanıma göre hasta memnuniyeti sunulan hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması yada hastaların sunulan hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesi hastanın memnuniyet düzeyine göre değişmektedir. Hasta memnuniyetinde hastanın sağıık kuruluşuna başvurusundan, teşhis ve tedavi sonuçlarının alınmasına kadar etkinlikler etkilidir. Hizmet kalitesinin belirlenmesinde birçok öğe etkilidir. Bunlar hizmetin sunulduğu yer, görünüm, hizmeti sunanların uzmanlığı, hizmetin devamlılığı , hizmetin güvenilir olması hizmetin doğru zamanda sunulması ve hizmetin esnek olması gibi öğelerdir. Hastaların bekleme süreleri, çalışanların ilgisi, çalışanların tutarlılığı, sağıık hizmetine ulaşılabilirlik, sunulan hizmetin ilk seferde doğru olarak yapılması, olumsuz bir durumda çalışanların gerekli çözümleri üretmesi, hizmetin vaktinde ve tam olarak yerine getirilmesi gibi öğeler algılanan hizmet kalitesinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır⁶³. Bu faktörlerin belirlenmesinde tüketiciler(hastalar) etkilidir⁶⁴. Bu yüzden sağıık hizmeti sunan kurumların rekabet üstünlüğünü sağıılayabilmeleri ve bu durumu koruyabilmesi için hasta

⁶² Woodruff, R. B., Gardial, F. S. (1996) Know Your Customer: Nev approaches to Customer Value and Satisfaction. *Cambridge, MA*, Blackwell. s.5.

⁶³ Mehveş, T. (2000). *Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite*. Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan. Ankara: Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını 38.

⁶⁴ Gülmez, M. (2005). Sağıık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 6.2.

memnuniyet değişkenlerinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir⁶⁵.

Hasta memnuniyeti konusunda yapılan çalışmalarda iki temel yöntem kullanılmaktadır. Bunlar dolaylı ve dolaysız yöntemlerdir. Dolaysız yöntemler, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme ve telefon anketi gibi yöntemleri içermektedir. Memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, hastanın kendiliğinden verdiği geri bildirimler(hasta şikayetleri ve teşekkürleri) dolaylı yöntemler içine girmektedir⁶⁶. 1983-1990 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş SERVQUAL yöntemi hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ölçümünde bir standart olarak kabul edilmektedir. Beş hizmet kalitesi kapsamı olan “Fiziksel özellikler”, “Heveslilik”, “Güven”, “Güvenirlik”, “Empati” ölçeğın geliştirilmesi sonucu oluşmuştur. SERVQUAL yöntemi ile müşteri memnuniyeti değerlendirmelerinde, müşterinin hizmetten görmek istediği performans ile tüketim deneyimleri sonucunda hizmetin gerçek performansı arasındaki algıyı ölçmeyi hedef almıştır⁶⁷. Dolaysız yöntemlerle yapılan memnuniyet ölçümlerinin sonucunda hastaların başvurduğu doktor tarafından hastalığı ve ilaç etkileşimleri konusunda daha çok bilgi vermesi memnuniyeti etkilemektedir⁶⁸. Yapılan bir başka çalışmada hastaların görüşlerinin alınmasının hem tedavinin etkinliğinin artmasına hem de memnuniyet düzeyinin artmasını sağlamaktadır⁶⁹. Vinagre tarafından yapılan bir çalışmada memnuniyet üzerinde en etkili unsurların, sunulan hizmetin kalitesi ve hastaların duygularının olduğunu

⁶⁵ Patwardhan, A. Patwardhan, D. (2008). Business Process Re-Engineering–Saviour or Just Another Fad? One UK Health Care Perspective, International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 21, No. 3. 289-296.

⁶⁶ KIZILCAN Fatih, (2005), Bayındır Hastanesi Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, www.sabem.saglik.gov.tr

⁶⁷ Zerenler, M. ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya: Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18.

⁶⁸ Malcolm, C.E., Wong, K.K. ve Elwood-Martin R. (2008). Patients' Perceptions and Experiences of Family Medicine Residents in The Office. *Can Fam Physician*. 54(4). 570-1, 571.e1-6.

⁶⁹ Huber, J.P., Saldutto, B., Hurny, C., Conzelmann, M., Beutler, M., Fusek, M. ve Munzer, T. (2008). Assessment of Patient Satisfaction in Geriatric Hospitals: A Methodological Pilot Study, *Z Gerontol Geriatr. Apr;41(2):124-31*.

belirtmiştir⁷⁰. Aytar ve Yeşildal tarafından yapılan çalışmada ise hasta memnuniyetini etkileyen önemli unsur olarak hastanenin fiziki ve teknik şartları gösterilmiştir.

Hasta memnuniyeti, yaşam biçimi, geçmişteki tecrübeler, gelecekte beklenenleri, bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok etken ile bağlantılı karmaşık bir kavramdır. Hasta memnuniyeti beklentilerin karşılanması ve alınan bakımın sonuçlarının nasıl algılanması ile yakından ilgili olan hasta memnuniyeti, kişilerin aldığı her hizmette farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Yani daha önceden aynı hizmeti almış kişiler hasta memnuniyetini farklı şekillerde tanımlayabilmektedirler. Hasta memnuniyeti kişilerin aldığı her sağlık hizmetiyle yakından ilişkilidir.

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında hastanın geçmişte aldığı sağlık hizmetindeki deneyimler, çevresinden edindiği bilgiler, basın aracılığı ile edindiği bilgiler, hastanın yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyeti, sağlık durumu, hastalığının tanısı hastanın algısı sayılabilir⁷¹.

Çalışmaların bazılarında yaşlı hastaların daha çok memnun olduğu görülürken⁷², bazılarında ise hasta memnuniyetinin yaş ile ilgili bir ilişkisi olmadığı görülmüştür⁷³. Bazılarında ise kadınların daha çok memnun oldukları görülmüştür.

Yapılan başka çalışmalarda cinsiyetin memnuniyetle bir ilişkisi olduğu görülürken bazılarında ise anlamlı bir ilişki görülmemiştir⁷⁴.

⁷⁰ Helena, V.M. ve Jose, N. (2008). The Influence of Service Quality and Patients' Emotions on Satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 21. 1, 87-103.

⁷¹ Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 5, 2. 69-74.

⁷² Deveci, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 5, 2, 68-74.

⁷³ Özbakır, D. ve Ergin, C. (1997). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Çalışması. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

⁷⁴ Tengilimoğlu, D. (1996). Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi. *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 103-111.

Memnuniyet düzeyinin eğitim düzeyi ile ilişkisine baktığımızda bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olanların daha memnun oldukları görülürken, bazılarında ise eğitim düzeyi yüksek olanların daha memnun oldukları görülmüştür⁷⁵.

Memnuniyet düzeyinin sosyal güvenceler ile ilişkisine baktığımızda sosyal güvencesinin Emekli sandığı olanların, Bağ-Kur, SSK ve diğer sosyal güvencelere sahip olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışmada hastaların başvurdukları sağlık hizmetindeki hekimin özel muayenehanesine gitmesinin memnuniyet düzeyi ile ilişkisine bakıldığında, memnuniyet düzeyi gidenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür⁷⁶.

Memnuniyet düzeyinin dini inanışlar ile ilişkisine baktığımızda yaşın artmasıyla birlikte memnuniyet düzeyinin arttığı görülmekte ve bakış açısı memnuniyeti direk etkilemektedir. Memnuniyet düzeyinin ırk ile ilişkisine baktığımızda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır⁷⁷.

İşlevsel eksiklikleri göstermede hasta memnuniyet ölçümlerinin önemli bir katkısı vardır. Sağlık hizmetlerinde hastane çalışanı en etkili bakımı verip, en son teknolojiyi kullanıp, en nitelikli personelle kaliteli bakımı verse bile bunların hiçbiri hasta memnuniyetinin güvencesi değildir. Hastalar genellikle bekleme süresi duyguları gibi konularla ilgilenirler. Bu yüzden hastane yöneticilerinin hastaları etkilemeli ve elde tutmayı becerebilmelidir. Bir çalışmada hasta memnuniyetinin önem sıralaması hemşirelik hizmeti, kabul süreci, çevre, hasta yakınları ve doktorlar şeklindedir.

Bu çalışmada davranış niyetleri önem sırasında hemşirelik hizmeti, hasta yakınları, çevre, doktor ve kabul süreci şeklindedir. Bunlardan da çıkan sonuca

⁷⁵ Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 5. 2, 69–74.

⁷⁶ Ercan, İ., Ediz B. ve Kan İ. (2004). Hastaların Sosyo–Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 11. 3, 161–164.

⁷⁷ Benjamins, M. R. (2006). Does Religion Influence Patient Satisfaction?. *American Journal of Health Behavior*. Vol. 30, No. 1, 85-91.

göre hastanın memnuniyet seviyesini ve davranış niyetlerini arttırmak için sıralanan hizmet tutumlarından hemşirelik hizmetlerine önem vermek gerekir.

Hasta memnuniyeti uyumlu iletişim, çaba, sorumluluk ve odaklanma gibi faktörlerle düzeltilir⁷⁸. Hasta memnuniyetini iyileştirmede kullanılacak yönetim modelini geliştirmek için ise güçlü iletişim, planlama, organizasyon ve liderlik yeteneği gereklidir. Bu durum toplumsal değerleri hizmet bütünlüğü içinde kabullenilmesiyle oluşur.

3.1.HASTA (MÜŞTERİ) MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Müşteri odaklılık çerçevesinde işletme için bazı kavramlar gündeme gelmektedir. Bu kavramlar; müşterinin önemi, müşteri ihtiyaçları, müşteri davranışları, müşteri beklentileri, müşterinin algılaması, müşterinin doyumu, müşterinin memnun olması ve kalite kavramıdır. Bu kavramlardan bazıları birbirine yakın anlamlarda ve birbirlerinin yerine kullanılmaktadır.

Müşteri memnuniyeti yerine kullanılan müşteri tatmini kavramı aynı zamanda müşterinin ürün performansını değerlendirmesi için de kullanılır.

İşletmelerin Müşteri Kayıp Nedenleri ⁷⁹

- %68 Hizmetlerde Memnuniyetsizlik
- %14 Üründen Memnuniyetsizlik
- %9 Rakiplerin Çekmesi
- %5 Arkadaş Etkisi
- %3 Taşınma
- %1 Ölüm

⁷⁸ Kirby, A. (2005). Achieving Statistically Significant Improvements in Patient Satisfaction Scores in a Community Hospital Through the Development of a Service Excellence Model. *Journal of Healthcare Management*. Vol. 50, No. 1, 61.

⁷⁹MCNEALY, R. M.(1994). Making Customer Satisfaction Happen. Chapman& Hall. London.

Müşteri kaybeden işletmelerde, müşteri kaybetme nedenlerinin araştırılmasında işletmeler için müşteri memnuniyetinin önemi ortaya çıkmaktadır. İşletmelerdeki müşteri kaybetme nedenleri arasında ölüm, arkadaş etkisi, taşınma, rakiplerin cazip gelmesi, ürünlerden ve hizmetlerden memnuniyetsizlik yer almaktadır. İşletmelerin müşteri kaybetme nedenlerine bakıldığında ilk sırada %68 oranında hizmetlerden memnuniyetsizlik yer almaktadır. Bu şekile göre müşterinin aldığı hizmet ve ürünle ilgili kendi tecrübeleri ve memnuniyetin önemi belirgin bir şekilde gösterilmiştir.

Memnun olan müşteri işletmelere karlılık, pazar payı ve fiyat konusunda birçok yarar sağlar. Memnun müşterinin sağladığı yararlar tabloda gösterilmiştir.

3.1: Müşteri Memnuniyet Seviyesinin Yararları

	Müşteri Memnuniyeti Düşük	Müşteri Memnuniyeti Yüksek
Rakiplere göre fiyat endeksi	% 98	% 107
Karlılık	% 1	% 12
Pazar payı değişimi (yıllık)	% -2	% 6
Satışların büyümesi (yıllık)	% 8	% 17

Tablo:1

Kaynak: MCNEALY, 1994, s.28

İşletmelerin müşteri memnuniyeti düzeylerine göre rakiplere göre fiyat endeksi %9'luk bir fark yaratmaktadır. Karlılık açısından incelendiğinde bu fark %11, Pazar payı değişimi açısından %8 ve satışların büyümesi açısından bu fark %9 olarak karşımıza çıkmaktadır.

İşletmelerin kar elde etme, süreklilik, sosyal yarar ve büyüme gibi temel amaçları vardır. İşletmelerin bu amaçları düşündüğünde hasta memnuniyetinin önemi daha iyi anlaşılır. Hastaların tatmini, sağlık hizmetlerinin çıktılarında bir tanesidir. Hastaların istekleri ve beklentilerinin karşılanması hatta bu istek ve beklentilerin daha da üzerinde hizmet verilmesi hasta tatminini belirleyen birinci faktör iken hastanın aldığı hizmeti algılaması ikinci faktör olup,

algılanan hizmetin beklenen hizmeti karşılaması gerekir. Sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel ölçütlerden bir tanesi de hasta tatminidir⁸⁰.

Hasta memnuniyetinin önemini vurgulayan dört neden vardır. Bunlar; insancıl nedenler, Ekonomik nedenler, Pazarlama ve Etkililik⁸¹.

İnsancıl nedenler hasta memnuniyetinin önemini vurgulayan nedenlerin arasında ilk sırada yer alır.

3.2.HASTA MEMNUNİYETİ VE KALİTE

Günümüzde kalite her alanda ön plana çıkmıştır. Tanımlanması zor bir kavram olan kalite, kişisel değerlerden, inançlardan ve davranışlardan dolayı kişiler arasında farklılık gösterebilir⁸².

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (İSO)'nün tanımına göre kalite, ürün ve hizmet açısından belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama kabiliyetine dayanan bir kavram olarak tanımlar⁸³.

Kişilerin beklentilerinin artmasıyla daha da önem kazanan kalite kavramı sağlık alanına da büyük ölçüde girmiştir. Fakat sağlık alanında kaliteyi sağlamanın, sağlık hizmetlerinin fazla gelişmiş olduğu ülkelerde bile güç ve bir o kadar da karmaşık olduğu görülmektedir⁸⁴.

Kalite birbirine yakından bağlı olan yapı, süreç ve sonuç aşamalarından oluşur. Yapı, sağlık alanında kullanılan bütün araç, gereç ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Süreç, sağlık personeli tarafından sunulan hizmetin ne

⁸⁰ Kavuncubaşı, Ş. (2000) *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

⁸¹ Leebov, W. ve Scoot, G.(1994). Service Quality Improvement-The Customer Satisfaction Strategy for Health Care, *American Hospital Publishing, Inc.*

⁸² Hogston, R. (1995). Quality nursing care: a qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*. 21. 1, 116-124.

⁸³ Erefe, I. (1993). Sağlık hizmetlerinde standart ve kalitenin önemi. *Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. 20-25.

⁸⁴ Ralph, C. (1993). Kalite, Maliyet ve Hemşirelik. *Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. 1-8.

ölçüde ve ne şekilde verilmesi gerektiğiyle ilgilidir. Sonuç ise, sunulan hizmeti takiben kişinin sağlık düzeyindeki değişim ve hastanın ne ölçüde tatmin olduğuyla ilgilidir⁸⁵.

Günümüzdeki bakım kalitesini değerlendirirken iki yaklaşım dikkate alınır.

Bunlardan birincisi, genel bakım standartlarının oluşturulması ve verilen hizmetin bu standartlara uygunluğunun ölçülmesinde izlenen yoldur. Bu yöntem kişi üzerindeki hizmet kalitesini ölçerken, diğer işletmelerde olduğu kadar sağlık işletmelerinde etkili değildir. İkinci bir yaklaşım ise hasta memnuniyetinin gözlenmesinde izlenen yoldur⁸⁶.

Sağlık hizmetlerinde hemşireler tarafından sunulan tıbbi bakım ile hasta tatmini arasındaki ilişkiyi üç şekilde inceleyebiliriz.

- 1) Teknik ve profesyonel hizmet sunumunun önemi: Hemşirenin hasta bakımını yeterli düzeyde yerine getirebilmesi için sahip olması gereken bilgi ve becerilerin tümü.
- 2) Hemşire hasta arasındaki ilişkinin önemi: Hemşirenin, hasta ile kendisi arasında güçlü bir iletişim sağlaması ve hastaya kendisini güvende hissettirmesi.
- 3) Bilgilendirmenin önemi: Hemşirenin hastayı zamanında ve doğru bir şekilde bilgilendirerek, hastanın sorularına tatmin edici cevaplar vermesi⁸⁷.

3.2.1.BEKLENTİLERİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Hasta memnuniyeti kişiden kişiye ve hatta aynı kişinin farklı algılaması sonucu değişiklik gösterir⁸⁸.

⁸⁵ Hogston, R. (1995). Quality nursing care: a qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*. 21. 1, 116-124.

⁸⁶ Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J. ve Taylor, A. (1998). Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *Journal of Management*. 6. 4, 193-200.

⁸⁷ Lin, C.C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing*. 12. 4, 737-743.

⁸⁸ Carr-Hill, A.R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 14. 3, 236-249.

Hasta memnuniyetinin sağlanması için hastaların beklentilerinin karşılanması gerekmektedir⁸⁹. Düşüncelerin gerçekleşmesi veya gerçekleşebileceğine inanmak beklenti olarak tanımlanmıştır. Hastalar ne kadar büyük bir beklenti içinde olurlarsa hayal kırıklığına uğrayıp memnuniyetsizlik yaşamaları daha olası bir durumdur. Eğer hastalar beklentilerini düşük tutarlarsa aldıkları hizmet karşılığında daha çok memnun olurlar⁹⁰. Her hasta tedavi sürecine girdiğinde kişilik özellikleri ya da önceki deneyimlerinden dolayı farklılık gösterir⁹¹. Hastaların çevreden duydukları da alacağı hizmet ile ilgili beklentilerini etkiler. Hastaları etkileyen asıl faktör daha önce aldıkları sağlık hizmetleriyle alakalıdır⁹². Bunun nedeni daha önce sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık personelinin tanımlarıyla ve karşılaştıkları davranışlarla ilişkilidir.

Karşılaşılan davranış ve tutum sonucunda hastaların beklentileri şekillenir. Karşılaşılan davranış ve tutumlar bir sonraki sağlık hizmetini almaları esnasındaki beklentileri de etkiler. Hastanelerden sağlık hizmeti almamış kişiler bu tarz davranış ve tutumlarla karşılaşmadıklarından yüksek beklentiler içine girmezler. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında hastane deneyimi yaşayan hastalarla daha önce hastane deneyimi olmayan hastaların beklentileri farklılık göstermektedir. Daha önce hizmet alan kişilerin almayanlara göre beklentisi daha yüksektir.

Çevreden edinilen duyular ve deneyimler hastaların beklentilerine yönelik memnuniyetlerini etkilerler.

⁸⁹ Carr-Hill, A.R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 14. 3, 236-249.

⁹⁰ Özmen, D. (1999a). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması. *II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*. İzmir: 532-538.

⁹¹ Fakhoury, W.K. (1998). Satisfaction with palliative care: what should we be aware of?, *J. Int. Nurs. Stud.* 35. 3, 171-176.

⁹² Carr-Hill, A.R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14. 3, 236-249.

3.1.1.1.HASTAYA İLİŞKİN ETMENLER

Kişilerin önceden edindikleri deneyimler, çevresel faktörler, kişilik özellikleri ve kendi sağlık durumu ile ilgili farkındalıkları hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir⁹³.

Cinsiyet de araştırmalarda farklılık gösteren faktörlerden biridir. Kimi araştırmalarda erkek ve kadınların memnuniyetleri arasında fark elde edilirken kimi araştırmalarda ise cinsiyet memnuniyeti etkileyen faktörler arasına girmemiştir⁹⁴. Yapılan çalışmalar sonucunda memnuniyet ve eğitim arasında birbiriyle benzerlik göstermeyen sonuçlar olmuştur.

Çalışmalar sonucunda eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin alınan hizmet karşısında daha az memnun oldukları gözlenirken bazı çalışmalarda eğitim ve memnuniyet arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bazı hastaların sağlık personelinin tutum ve davranışlarını göz önünde bulundurmadan sadece konfor ve diğer beklentileri karşılandığında memnuniyet seviyeleri artar⁹⁵.

3.1.1.2.SAĞLIK PERSONELİNE İLİŞKİN ETMENLER

Sağlık hizmeti veren kişilerin, özellikle hemşirelerin tutum ve davranış şekilleri hastaların memnuniyeti açısından önemli bir etkidir. Kaynaklardan verilen bilgilere göre sağlık personelinin hastaya bilgi onam formu vermesi ve hastaya karşı davranışları hastaların memnuniyetlerini etkileyen en önemli etmen olduğu söylenmektedir⁹⁶. Bunun nedeni hizmeti veren personelin tutum ve davranışlarına göre hastaların değer görüp görmediklerini düşünmeleridir.

⁹³ Forbes, M.L. ve Brown, H.N. (1995). Developing a instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal*. 61. 4, 737-743.

⁹⁴ Tengilimoğlu, D. (1996). *Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi*. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı. 103–111.

⁹⁵ Forbes, M.L. ve Brown, H.N. (1995). Developing a instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal*. 61. 4, 737-743

⁹⁶ Avis, M., Bond, M. ve Arthur, A. (1995b). Exploring patient satisfaction with out-patient services. *Journal of Nursing Management*. 3. 2, 59- 65.

Sağlık personelinin hastaya odaklanarak hizmet vermesi, hastanın değerli olduğunu hissetmesine yol açar, bu da hasta ve personel arasında bir güven ortamının oluşmasını sağlar. Hastayla ilgilenip ona tedavi süreci ve durumu hakkında bilgi vermek de hastaya değer verildiğinin göstergesidir.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; hastaya yapılacak olan tıbbi müdahalelerde ki bilgilendirme, sağlık personeline karşı duyulan güveni ve hasta hasta memnuniyetini arttırmaktadır⁹⁷. Bu çalışmaların sonucu bilgilendirmenin önemini göstermekle birlikte⁹⁸ sağlık çalışanının bu konuda daha duyarlı olmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesini sağlayarak hasta memnuniyeti artırılabilir. Tüm hastane hizmetleri ile ilgili genel memnuniyeti etkileyen en önemli faktör hastaya sunulan hemşirelik bakımındır⁹⁹.

3.1.1.3.ÇEVRESEL VE KURUMSAL FAKTÖRLER

Çevresel ve kurumsal faktörler arasında hastanenin yerleşim yeri, ortamı, çalışma saatleri, temizlik, yiyecek ve otopark hizmetleri gibi konuları yer alır. Sağlık hizmetlerinin hastalara sağlayacağı fiziksel ve sosyal yönden rahatlık hastaların evinde hissetmelerini sağlayacağında hasta memnuniyeti ve sağlık ekibine duyulan güven artar¹⁰⁰.

Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde hasta ve hizmet verenlerin etkileşimi, hizmetin sunum biçimi, hizmetin sürekliliği, yeterliliği ve bu süreçteki iletişim özelliklerin tümü hasta memnuniyetini oluşturur. Sağlık hizmetlerinin bir sonucu olan hasta memnuniyeti aynı zamanda bakım kalitesinin de bir göstergesidir¹⁰¹.

⁹⁷ Yılmaz, M. (2000). Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

⁹⁸ Evans, M.L., Martin, M.L. ve Winslow, E.H. (1998). Nursing care and patient satisfaction. *American Journal of Nursing*. 98. 12, 57-59.

⁹⁹ Evans, M.L., Martin, M.L. ve Winslow, E.H. (1998). Nursing care and patient satisfaction. *American Journal of Nursing*. 98. 12, 57-59.

¹⁰⁰ Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J. ve Taylor, A. (1998). Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *Journal of Management*. 6. 4, 193-200.

¹⁰¹ Avis, M., Bond, M. ve Arthur, A. (1995b). Exploring patient satisfaction with out-patient services. *Journal of Nursing Management*. 3. 2, 59- 65.

3.3.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ VE AKREDİTASYON

3.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi

Sağlıkta kalite, kaliteli hizmet üretimi ile hastanelerdeki insan ögesini ön plana çıkarmakta ve bu müşteri tatmininin sağlanması hedeflenmektedir. Oluşturulacak kalite sisteminde sürekliliğin sağlanması ciddi bir denetim gerektirirken; hastaneler arasında rekabet unsurunun oluşturulması da kalitenin gittikçe artarak gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Ancak, bu unsurların gelişebilmesi için kararlı, azimli ve alanında uzmanlaşmış yöneticilerin oluşturduğu bir sistemin oluşturulması gerekliliğinin önemi unutulmamalıdır.

3.3.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık işletmelerinde, maliyete verilen önemin artması, değişen müşteri tutumları ve sıkı rekabet konuları diğer işletmelerde olduğu gibi kalitenin önemini arttıran konuların başında gelmektedir¹⁰².

Globalleşen Dünyada pek çok sektörde rekabetin artması ve hedef kitlenin genişlemesi ile birlikte sunulan hizmet veya ürünlerde hem maliyet düşürülmüş hem de tercih edilebilmenin artması için kalite çalışmaları başlamıştır. Sağlıkta kalitenin boyutları denildiğinde; etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve adil olma özellikleri anlaşılmaktadır¹⁰³.

Bugün birinci sırada yer alan kalite bir ürün ya da hizmetle ilgili belirlenen ve olabilecek ihtiyaçların karşılayabilme yeteneğidir. Yani bir başka deyişle kalite müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tatmini olarak tanımlanmaktadır. Geleneksel kalite yaklaşımında kontrol limitleri içinde belirli bir yüzde hatası ile üretilen

¹⁰² Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 5. 1, s.39.

¹⁰³ Çıraklı, Z.L. ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* cilt:2 Antalya. 349-354-359

hizmet bugün sıfır hata hedefiyle kendini göstermektedir. Üretim sektöründe bir malın kaliteli olup olmadığı yapılan deney ve muayene yöntemiyle anlaşılabilir. Ancak sağlıkta bunu anlamak oldukça zordur. Sağlıkta asıl ve en önemli kavram insan sağlığı olduğundan; insan sağlığıyla ilgili bir hata dönüşü olmayan zararlara yol açabilmektedir. Sağlıkta kalitenin objektif olmaması onun ölçümünü güçleştirmektedir¹⁰⁴.

Sağlık hizmetleri sunumu Toplam Kalite Yönetimi (TKY) anlayışı çerçevesinde yeni bir boyut kazanarak 1990'lı yıllardan sonra değişim ve gelişim eğilimine girmiştir. TKY anlayışı ile ilk uygulamalar 1950'li yıllarda Japonya'da başlamıştır. 1970'li yıllarda Amerika'ya yayılmış ve 1980'li yıllarda Türkiye'de sanayi sektöründe ve 1990'lı yıllarda da sağlık alanında ilk uygulamaları görülen TKY anlayışı, bu alandaki başarıların anahtarı olmuştur¹⁰⁵.

Hizmet alanı ne olursa olsun hizmet kalitesinin tanımlanmasında ve ölçülmesinde güçlükler yaşanmakla birlikte, hizmet kalitesini açıklayan evrensel kriterlerin tanımlanabilmesi mümkündür. Bunlar;

- **Güvenirlilik;** Süreçlerin uyumluluğu, doğruluktur.
- **İsteklilik;** Çalışanların hizmeti sunma istekleridir.
- **Yeterlilik;** Gerekli bilgi ve donanıma sahip olmaktır.
- **Ulaşılabilirlik;** Müşterinin ihtiyaç duyduğunda hizmeti sunan personel ve firmaya ulaşılabilirliğidir.
- **Saygı;** Personelin karşısındaki kişiye dikkatli, özenli, saygı, anlayış, nezaket içerisinde davranmasıdır.
- **İletişim;** Hizmet ve işletme bilgilerinin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması ve müşterilere ulaşabilmesidir.
- **İnanırlık;** Firma ve çalışanlarının verdikleri sözlerin müşteri tarafından kabul görmesidir.

¹⁰⁴ Özcan, C. (1998). İnsan, Sağlık ve Hizmet Kalitesi. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 7, 30-33.

¹⁰⁵ Gökmen, C. (1998). Devlet Hastanelerinde Kalite Sağlık Hizmeti sunumu Üzerine Bir Araştırma. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, s.27.

- **Güvenlik;** Riskten, büyük zarar veya yok olmaya yol açabilecek durumdan yani tehlikeden ve kuşkudan uzak olmanın derecesidir.
- **Fiziki Görünüm;** Hizmet sunan işletmenin iç ve dış çevresinin görünümü ve tasarımıdır.
- **Etkililik;** Yapılan faaliyetler sonucu arzu edilen çıktılara ulaşılabilmesidir.
- **Verimlilik;** Az kaynak kullanarak çok çıktı elde etmektir.
- **Müşteriyi Anlamak;** Hizmet sunan işletmenin müşterisinin özelliklerini tanıyarak ona hitap etmesidir.

3.3.1.1.1 Kaliteli Sağlık Hizmeti İçin 6 Hedef

Kaliteli sağlık hizmeti için güvenli, etkili, hasta merkezli, vakitli, yeterli, hakkaniyetli olması gereklidir.

3.3.1.1.1.1 Güvenli (safe)

Hizmeti güvenilir olması, sağlık hizmetine başvuran kişileri muhtemel zararlardan korumak.

3.3.1.1.1.2 Etkili (effective)

Sunulan hizmetler sonucunda istenilen çıktılara ulaşılabilmesidir. Hizmetin az ya da fazla kullanımının önlenmesidir.

3.3.1.1.1.3 Hasta merkezli (patient centered)

Hastanın bireysel seçimlerine, gereksinimlerine ve değer yargılarına saygı duyan hizmetin sunulması ve hastanın değer yargılarını bütün klinik kararlarda yol gösterici olması.

3.3.1.1.1.4 Vakitli (timely)

Bekleme zamanlarındaki gecikmelerin azaltılması.

3.3.1.1.1.5 Yeterli (efficient)

Para, zaman, emek, cihaz, kaynak, düşünce ve enerji dahil bütün israfın önlenmesi.

3.2.1.1.1.6 Hakkaniyetli (equitable)

Hizmeti alan kişinin cinsiyet, ırk, bölgesel yerleşim ve sosyoekonomik durumuna bakılmaksızın eşit hizmetin sunulması¹⁰⁶.

3.3.1.2 Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Tarihte kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö.2150 yıllarında Hammurabi Kanunlarında karşımıza çıkmaktadır. Bu kayıtların 229. maddesinde şu ifade vardır ; “eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne neden olursa o evi yapan usta ölüm cezası ile cezalandırılır”. Fenikeli bir kalite denetçi ise, kalite standartlarına karşı bir uygunsuzluk görüldüğünde bu uygunsuzluğun tekrarlanmasını önlemek için noksan malı imal edenin elini kesme hakkına sahiptir¹⁰⁷.

Kalite kontrol olarak ortaya çıkan kalite, II. Dünya Savaşı ve sonrasında kalite kavramının gelişim evreleri birer, birer tamamlanmış ve günümüze gelinmiştir. Juran 1950’li yıllarda kalite maliyetleri ile ilgili çalışmalar yaparken, 1951 yılında Kalite Kontrol El Kitabını yayınlamış. Ayrıca Deming İstatistiksel Kalite Kontrol konusunda çalışmalar yapmıştır. 1961 yılında Feigenbaum Toplam Kalite

¹⁰⁶ Aydın, S. (2008). *Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri*.

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimler_2011/upsem/kalite_gvenlik.pdf (20 Mart 2012).

¹⁰⁷ İnceboz, T. (2009). *Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kontrolde ilk söz eden olmuştur. 1961 yılında P. Crosby tarafından sıfır hata kavramı geliştirilmiştir¹⁰⁸

3.3.1.3 Hizmet Sektöründe Kalite

Hizmet kavramının, somut bir kavram olmaması nedeniyle tanımlanması güçtür. Ülkelerin gelişmişliği ile hizmet aktivitelerinin seviyesi arasında direkt bir ilişki vardır. Hizmet için çok fazla tanımlamalarla karşılaşmak mümkündür¹⁰⁹.

Bir başka deyişle hizmet, az ya da çok dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri ve hizmet personeli ve/veya hizmeti sunanın fiziksel kaynakları veya malları ve/veya sistemler arasındaki etkileşim anında oluşan ve müşteri sorunlarına çözüm olarak sağlanan bir etkinlik ya da etkinliklerin bütünüdür¹¹⁰.

Hizmetleri, diğerlerinden ayıran bazı özellikler vardır.

Bunlar ;

- **Soyutluk;** Hizmetler elle tutulamaz, gözle görülemez, taşınamaz ve depolanamazlar. Hizmet bir taraftan üretilirken aynı anda bir taraftan da tüketilmektedir.
- **Hizmetlerde üretici ve tüketici birbirinden ayrılamaz;** Yani, hizmetlerde üretici ile tüketicinin bir arada olması gerekir.
- **Hizmet kalitesinin değişikliği;** Hizmet kalitesi sunan kişiye göre değişmektedir. Hizmetin içeriğinde insan emeğinin oranı yükseldikçe, kalite farkı da artar.

¹⁰⁸ İnceboz, T. (2009). Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

¹⁰⁹ Çıraklı, Z.L. ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* cilt:2 Antalya. 349-354-359

¹¹⁰ Çıraklı, Z.L. ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* cilt:2 Antalya. 349-354-359

- **Hizmetler depolanamazlar;** Hizmetler önce üretilir, sonra depolanır, satın alınır ve en son tüketilir. Hizmetlerin depolanıp saklanması imkansızdır. Hizmet üretildiği anda tüketilmeye de başlar ¹¹¹.

Son senelerde sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi, hem hizmeti sunanlar hem de hizmet alanlar tarafından oldukça benimsenmiştir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar hem sürekliliğini sağlayabilmek hem de rekabet edebilmek amacıyla hizmet kalitesini sürekli geliştirmek, en son teknoloji ile birlikte en becerikli personeli bünyesine katmak için çalışmaktadırlar. Kalite, akreditasyon ve hasta hakları anlamındaki gelişmeler sonucunda, kendi sağlığı hakkında fikir yürütür düzeye gelen hastalar ise en kaliteli sağlık hizmetini alacaklarına inandıkları sağlık kuruluşuna yönelmektedirler ¹¹².

3.3.1.4 Toplam Kalite Yönetimi

3.3.1.4.1 Toplam Kalite Yönetiminin Tanımı

Toplam Kalite Yönetimi kavramı; Dr.Armand V. Feigenbaum tarafından ortaya atılan Toplam Kalite Yönetimi kavramı Feigenbaum'un tanımına göre toplam kalite kontrol bir kurumdaki değişik grupların kalite iyileştirme, kaliteyi koruma ve kalite geliştirme uğraşlarını müşteri (hasta) memnuniyetini de göz önüne alarak üretim ve hizmeti en ekonomik seviyede gerçekleştirebilmek için birleştiren etkili bir düzen olarak tanımlanmaktadır ¹¹³.

Genel bir ifade ile TKY; en değerli kaynak olarak insan unsurunu ön plana çıkaran, katılımcılığı, ekip çalışmasını, zamanla birlikte diğer bütün kaynakların (insan, malzeme vb.) etkin ve verimli kullanılmasını ve işin ilk seferde doğru yapılmasını esas alan, sürekli gelişmenin temeli olarak eğitimi gören ve örgüt

¹¹¹ Marşap, A., Akalp, G. ve Yeniman, E. (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojiler*. 3. 1, 32-35.

¹¹² Cihangiroğlu, N. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane yönetimi*. 2. 8, s.41.

¹¹³ Gökmen, C. (1998). Devlet Hastanelerinde Kalite Sağlık Hizmeti sunumu Üzerine Bir Araştırma. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, s.27.

politikalarına kalite olgusunun yön vermesini benimseyen kültürün hakim olduğu bir yönetim şeklidir. Bu tanımla birlikte TKY'nin başlıca özellikleri de ortaya konmuş olmaktadır¹¹⁴.

TKY, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan bir yönetim biçimidir.¹¹⁵

Toplam kalite yönetimi, sürekli iyileştirme çalışmalarını temel alan bir yaklaşımdır. Amerika'da 1950'li yıllardan sonra endüstride kalite konusunda yeni bir felsefe olarak ortaya atılan toplam kalite yönetimi, kısa sürede hızlı, köklü ve nitelikli değişiklikleri sağlamış ve adeta bir devrim yaratmıştır. II. Dünya Savaşı sonrası Japon endüstrisinde uygulanan toplam kalite yönetimi Felsefesi, 1980'li yıllarda sağlık bakım alanında da gündeme gelmiştir.¹¹⁶

TKY olgusunu gündeme getiren faktörler arasında günümüzde değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar yer almaktadır¹¹⁷.

Günümüzün çağdaş bir yönetim anlayışı haline gelen ve bütün yönetim biçimlerini içine alan Toplam Kalite Yönetiminin aynı zamanda bir yönetim felsefesi olarak görülmesi gerekir. Müşteri memnuniyetine yönelik olarak örgüt içi kaynakların en etkili biçimde kullanılmasını amaçlayan, çok boyutlu bir yönetim anlayışıdır.

W. Edwards Deming'in kalite kavramına yeni bir yaklaşım getiren W. Edwards Deming'in ortaya koyduğu 14 maddeyi içeren görüşleri 1960'lı yıllarda üretim endüstrisinde radikal değişiklikler yaratmış, 1980'li yıllarda sağlık ve hizmet, 1990'lı yıllarda da eğitim/öğretim sektöründe yaygınlaşma eğilimi göstermeye başlamıştır. Üretim sektörü için belirlenen on dört görüşün dokuzunun sağlık

¹¹⁴ MEB Personel Genel Müdürlüğü YÖDGED Başkan. V. *Milli Eğitim Dergisi*. (2002) <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/kcetin.htm> (15 Mart 2012)

¹¹⁵ Tütüncü, Ö., Yağcı, K. ve Küçükusta, D. (2006). Toplam Kalite Yönetim Kapsamında Hasta Güvenliği Ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8. 4, s.288.

¹¹⁶ Gülay, S. (2009). Ankara İli Kurumsal Performans Ve Kalite Uygulamaları: Hastaneler, Adsm Ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. 3. 30, 30-32.

¹¹⁷ Özşarı, S.H. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Kalite. *Modern Hastane Yönetimi*. 1. 3, 3-9.

hizmetlerinde kullanılması muhtemeldir. Sağlık hizmetlerinde kullanılabilen, müşterinin ihtiyaç ve isteklerine odaklanan bu yaklaşımın dokuz görüşünü şöyle sıralayabiliriz;

- 1- İş hayatında devamlılığı sürdürebilmek, iş olanakları oluşturabilmek, ürün ve hizmetleri geliştirmek için devamlı bir amaç yaratın.
- 2- Yeni ekonomik çağa ayak uydurabilmek için Batı yönetimi, yeni felsefeyi benimsemeli, sorumluluklarını bilmeli ve değişiklikler için liderliği ele almalıdır.
- 3- Kalite elde etmek için üretimin içine yerleştirin.
- 4- Kalite ve verimliliği yükseltmek; maliyetleri düşürmek için planlama, üretim ve hizmet süreçlerini devamlı geliştirin.
- 5- Eğitimi iş başında yapın.
- 6- Personelin verimliliğini yükseltmek için işten çıkarılma korkusunu yok edin.
- 7- Bölümler arasındaki engelleri yok edin, ekip olarak işbirliği içinde çalışmalarını sağlayın.
- 8- Çalışanın öğrenimini ve kendisini gelişmesini sağlayacak etkili programlara yer verin.
- 9- Kurumda çalışan herkesin değişiklikleri kabul etmesini sağlayın¹¹⁸.

3.3.1.4.2 Toplam Kalite Yönetimi'nin Tarihi Gelişimi

Toplam Kalite Yönetiminin tarihsel gelişimi, ilk önce endüstride "Kalite Muayene" dönemi başlamıştır. Daha sonra "Kalite Kontrol" ve ardından "Kalite Güvencesi" dönemleri ile devam etmiştir. Tüm bu dönemlerin ardından ortaya çıkan rekabet, değişen müşteri beklentileri ve kalite gibi dış etmenler Yönetim Bilimi literatüründe "Toplam Kalite Yönetimi" kavramının yer almasına zemin hazırlamıştır¹¹⁹.

Üretim veya hizmet sektörünün farklı birimleri arasında eş güdüm sağlanmasını öngören Kalite Güvencesi dönemi 1990'lı yıllarda tüm kurum personelinin kalite

¹¹⁸ Çoruh, M. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 2, s.1.

¹¹⁹ MEB Personel Genel Müdürlüğü YÖDGED Başkan. V. *Milli Eğitim Dergisi*. (2002) <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/kcetin.htm> (15 Mart 2012)

etkinliklerin katılım evresine girmiş ve Toplam Kalite yönetimi olarak tanımlanmıştır. TKY ilkelerini benimseyen Batı devletleri akreditasyon kuruluşları kalite belgesi vermek için belirledikleri standartları bu ilkeler doğrultusunda geliştirme etkinliklerine geçmişlerdir¹²⁰.

Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) bağlı hastanelerde kalite yönetim sistemi(KYS) ile ilgili ciddi ve yaygın çalışmalar Ülkemizde 1995 yılından sonra başlatıldı. Bu çalışmalardan sonra Sağlık Bakanlığı'na (S.B) bağlı hastanelerdeki yapılan çalışmalar takip etmiştir. Çalışmalar sonucunda hastaneler KYS ile ilgili belge almaya teşvik edildi. KYS, ISO 9001:2000 en çok tercih edilen standartlar olmuştur¹²¹.

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ilkelerinin sağlık sistemlerinde ilk uygulamalarını ülkemizde Başkent Üniversitesi Hastanelerinde 1993 yılında başlatılmıştır. Bu uygulamaları özel sektör, Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) ,T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Kuruluşları ve özel sektörler takip etmiştir¹²².

Amerikalı Kalite Uzmanı DEMİNG, JURAN ve Japon ISHIKAWA TKY anlayışının sistemleşmesinde ve uygulanmasında rolleri büyük olmuştur. Amerikalı Kalite Uzmanı DEMİNG'in TKY ile ilgili 14 temel görüşü, JURAN'ın "Kalite Yönetimin Sorumluluğudur" ilkesi ve ISHIKAWA'nın "Kalite Herkesin İşidir" diyerek "Kalite Kontrol Çemberleri"ni oluşturması ve CROSBY'nin "Üretimde Sıfır Hata" yaklaşımının uygulanması, aslında bir anlamda TKY felsefesinin yapı taşlarını oluşturan düşüncelerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bugün etkili bir yönetim yaklaşımı olarak şekillenmiş olan TKY'de kullanılan teknikler ve öğeler, bu kalite uzmanlarının ortaya koydukları teknik ve unsurların toplamından oluşmuştur¹²³.

¹²⁰ Çoruh, M. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 2, s.1.

¹²¹ Çıraklı, Z.L. ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* cilt:2 Antalya. 349-354-359

¹²² Çoruh, M. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 2, s.1.

¹²³ MEB Personel Genel Müdürlüğü YÖDGED Başkan. V. *Milli Eğitim Dergisi*. (2002) <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/kcetin.htm> (15 Mart 2012).

3.3.1.4.3 Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

Bir kurumun başarı ile devamlılığını sağlayabilmesi için etkinliklerini sistemli ve şeffaf bir şekilde yönetmesi ve kontrol etmesi gerektiği ISO 9000:2000 standardında öneminden bahsedilmektedir. Performansın geliştirilmesi ve organizasyonel başarının devamlılığı için 8 kalite yönetim ilkesinden söz edilmektedir. Bu ilkeler; çalışanların katılımı, müşteri odaklılık, proses yaklaşımı, liderlik, yönetimde sistem yaklaşımı, devamlı iyileştirme, verilere dayalı karar verme yaklaşımı, tedarikçilerle karşılıklı faydaya dayanan ilişkiler olarak sıralanır¹²⁴.

3.3.1.4.3.1 Müşteri Odaklılık:

Artan rekabet ortamından dolayı üreticiler ürettikleri ürünlerde müşteri isteklerini göz önünde bulundurmaktadırlar. Müşterilerin isteklerini tespit eden üreticiler rekabette şanslarını artırmaktadırlar. Özellikle algılama, inanç, yenilikçilik özellikleri, kültürel yapısı, aile ve toplumdaki sosyal statü yönü gibi hesaba katan mal ve hizmet üreticileri bunları hesaba katmayanlara göre rekabette bir adım ileridedirler¹²⁵.

3.3.1.4.3.2 Liderlik:

TKY fonksiyonel bir liderlik görüşünü benimser. Liderlik, önceden tespit edilmiş amaçları harekete geçirmeye yönelik insanlara önderlik eden kişi olarak tanımlanır. TKY uygulamalarının başarıyla gerçekleşmesi için otokratik yönetim yerine demokratik ve katılımcı bir yönetim anlayışının olması gerekmektedir. Bu amaçla TKY benimsediği liderlik vizyon sahibi ve ilham verici olmalıdır¹²⁶.

¹²⁴ Yavuzeser A. (2008). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminde İletişim Ve Uygulamadan Bir Örnek. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

¹²⁵ MEB Personel Genel Müdürlüğü YÖDGED Başkan. V. *Milli Eğitim Dergisi*. (2002) <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/kcetin.htm> (15 Mart 2012)

¹²⁶ Erkılıç T.A. (2007) Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması. Anadolu Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Fakültesi.Eskişehir.http://www.gau.edu.tr/PDFFiles/JSAS_002_04_PDF/JSAS_002_04_05_Erkilic.pdf (15 Mart 2012).

Toplam Kalite Yönetiminin, yönetim felsefesi temelini müşteri odaklılık oluşturur. Bundan sebeple etkili bir şekilde uygulanması zor olmakla beraber uzun dönemde işletmeye en çok kazancı sağlayacaktır. Bunun en önemli sebeplerinden bir tanesi işletmeler arasındaki rekabetin asıl amacının müşteri olmasıdır¹²⁷.

3.3.1.4.3.3. Çalışanların Katılımı

Toplam Kalite yönetimine göre müşteri sözcüğünün içinde kurum çalışanları da yer almaktadır. Bir kurumun çalışanlarının memnuniyeti müşteri memnuniyetini etkilemektedir. Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarında başarılı bir işletmeden bahsedebilmek için çalışanlarında memnuniyetinin sağlanmış olması gerekmektedir¹²⁸.

3.3.1.4.3.4 Süreç Yaklaşımı

İstenilen netice, etkinlikler ve ilgili kaynaklar bir süreç olarak yönetildiği zaman verimlilik artmaktadır.

Etkili bir süreç yönetimi, işletmenin amaç ve hedeflerinin belirlenmesi, mal ve hizmetlerin üretimi, dağıtımı, servis destek hizmetlerinin verilmesi gibi tedarikçi, paydaş ve müşterilerle ilgili tüm iş ve eylemleri içerir¹²⁹.

¹²⁷ Bumin, B. ve Erkuşlu, H. (2002). Toplam Kalite yönetimi ve Kıyaslama (Benchmarking) İlişkileri. *G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*. 1. s.86 http://www.dergi.iibf.gazi.edu.tr/dergi_v1/4/1/6.pdf (14 Mart 2012)

¹²⁸ Bumin, B. ve Erkuşlu, H. (2002). Toplam Kalite yönetimi ve Kıyaslama (Benchmarking) İlişkileri. *G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*. 1. s.86 http://www.dergi.iibf.gazi.edu.tr/dergi_v1/4/1/6.pdf (14 Mart 2012)

¹²⁹ Erkuşlu T.A. (2007) Toplam Kalite Yönetimi İnkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması. Anadolu Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Fakültesi.Eskişehir.http://www.gau.edu.tr/PDFFiles/JSAS_002_04_PDF/JSAS_002_04_05_Erkuşlu.pdf (15 Mart 2012).

3.3.1.4.3.5 Yönetimde Sistem Yaklaşımı

Birbirleri ile alakalı süreçlerin bir sistem olarak algılanması ve yönetilmesi, amaçların başarıya ulaşmasında, işletmenin etkinliğine ve verimliliğine katkı sağlar¹³⁰.

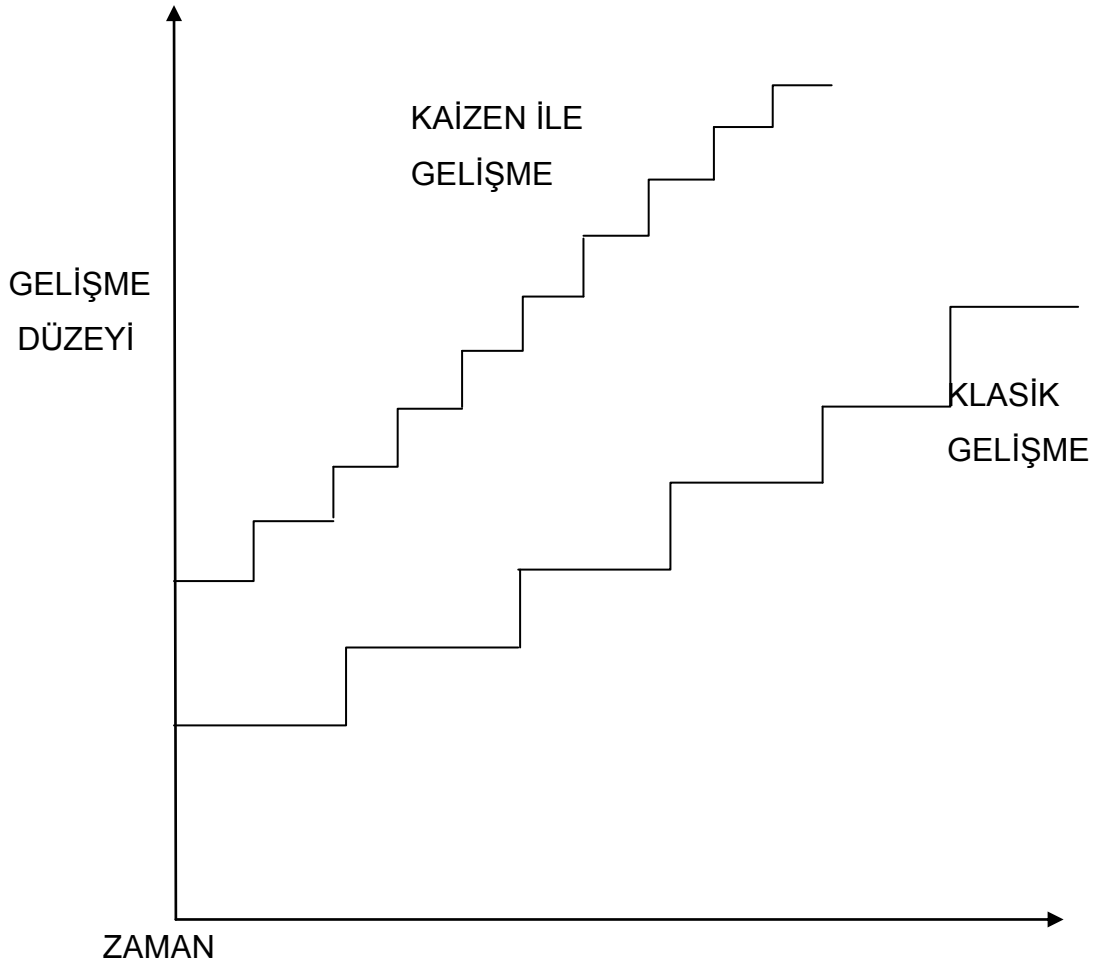
3.3.1.4.3.6. Sürekli İyileştirme (Kaizen)

Japonca, Kai=değişim, Zen=iyi, daha iyi anlamına gelen Kaizen sözcüğü geliştirme, iyileştirme ve özellikle 'sürekli gelişme' anlamlarında kullanılmaktadır. Bu sözcüğe önemini kazandıran özellik, onun aynı zamanda bir felsefeyi, bir yaşam biçimini anlatmasıdır..

Üst yönetimden en alt düzeydeki çalışana kadar herkesin iştirakıyla sürekli gelişim felsefesi olan Kaizen, Japonya'nın rekabetteki başarısının en önemli öğelerinden birisidir. Kaizen tüm çalışanların fikirlerini aldığı ve çalışanlar arasındaki haberleşmenin daha rahat sağlanabildiği bir düzendir. Ayrıca bu düzen, yeni düşüncelerin doğmasına ve çalışanları araştırmaya yönelmeleri konusunda isteklendirmektedir. Batılı ülkelerde, Kaizen yaklaşımının daha iyi anlaşılabilmesi gelişmeyi sembolleyen 'Buluş yaklaşımı' ile 'Kaizen yaklaşımı' 'nı karşılaştırmak gerekmektedir .

¹³⁰ Yavuzeser A. (2008). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminde İletişim Ve Uygulamadan Bir Örnek. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şekil 5. Gelişme Yaklaşımları



Kaynak: İnceboz, 2009

W. Churcill "Her insanın gönlünde bir hazine saklıdır, önemli olan o hazineyi bulup çıkarmaktır" der. Bu gizli hazineyi ortaya çıkaracak olan sistem ise, Toplam Kalite Yönetimindeki katılımı hayata geçirmekle muhtemeldir¹³¹.

Kuruluşun sürekli amacı toplam performansın iyileştirilmesi olmalıdır.

¹³¹ MEB Personel Genel Müdürlüğü YÖDGED Başkan. V. *Milli Eğitim Dergisi*. (2002) <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/kcetin.htm> (15 Mart 2012)

3.3.1.4.3.7.Verilere Dayalı Karar Verme Yaklaşımı

Veri ve bilgilerin analiziyle etkili kararlar verilebilir.

3.3.1.4.3.8.Tedarikçilerle Karşılıklı Faydaya Dayanan İlişkiler

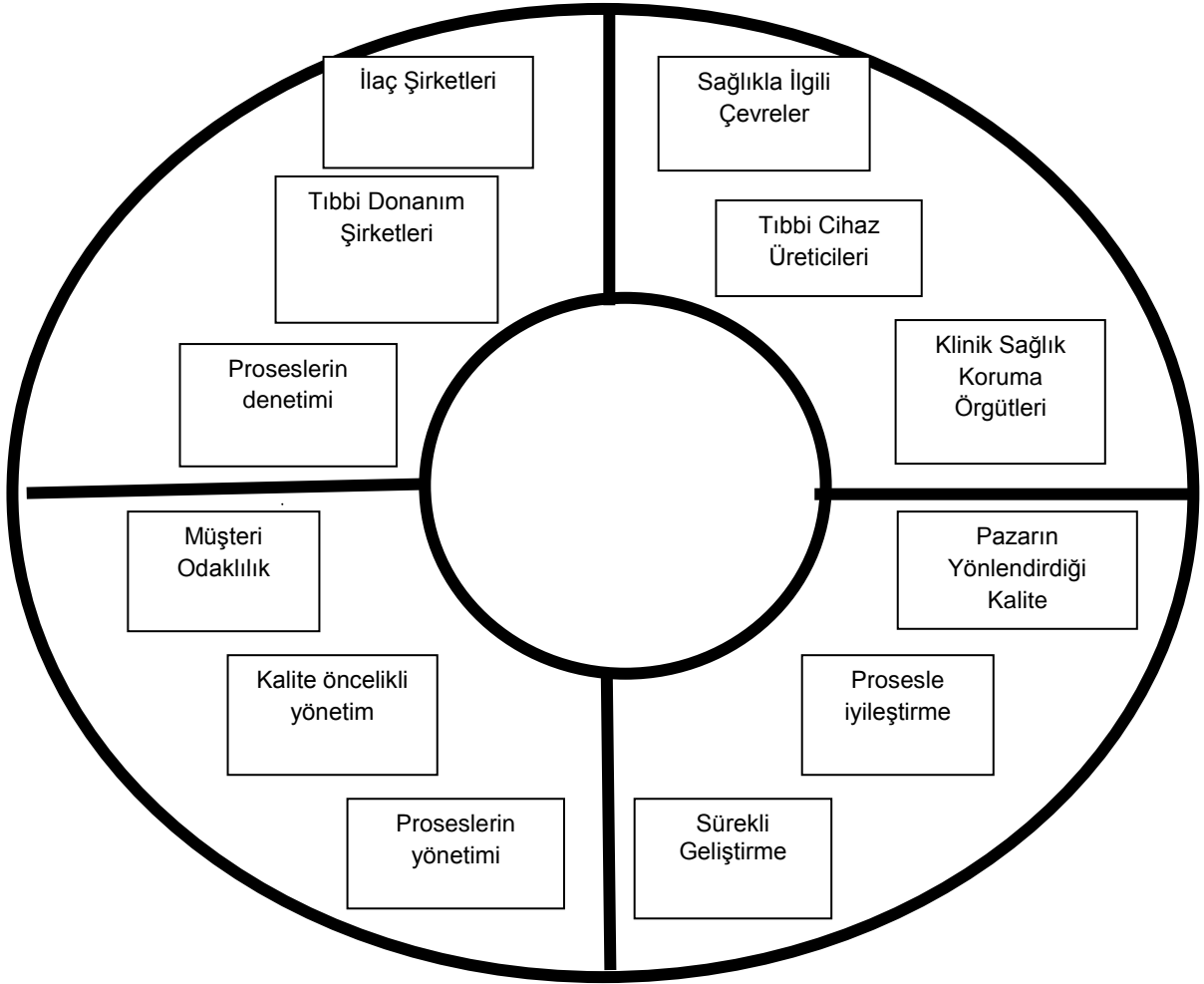
Kurum ve tedarikçiler birbirlerine bağlıdır. Karşılıklı faydaya dayanan bir ilişkide her ikisinin de değer yaratma kabiliyetini artırır.

3.3.1.5 Toplam Kalite Yönetiminin Amaç ve Felsefesi

Toplam Kalite Yönetimi'nde hedef insanları yönetmek değil, insanlarla yönetmektir. Toplam Kalite Felsefesinin hedefleri arasında kalite ve verimliliğin artırılması için, çalışanların memnuniyeti, motivasyonu ve ödüllendirilmesi, performans değerlendirme, ölçme yöntemlerinin kullanılması, kurumdaki hataların ve yanlışların ortadan kaldırılması, takım çalışmasına ağırlık verilmesi, başarılı kurumların deneyimlerinden faydalanma, stratejik planlama v.b. hedefler üzerinde durulmaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi'nin felsefesi ve ilkeleri aşağıdaki gibi şekillendirilebilir.

Şekil 6. TKY'nin Felsefesi ve İlkeler



Kaynak: İnceboz, 2009

TKY, asıl amacı tüketici isteklerine hizmet etmesi, temel de insan unsurunu ele alması, takım ruhu olgusu taşıması ve en önemlisi sıfır hata gibi bir prensibe sahip olması ile, sağlık gibi hiçbir hata kabul etmeyen sağlık alanda önemli bir yere sahiptir¹³².

Sağlık kurumları yönetiminde kalite kavramının odaklanacağı yaklaşım, günümüz kalite yönetim yaklaşımlarının en popüler hali olan toplam kalite Yönetimi (TKY) yaklaşımının odaklandığı felsefenin temelini oluşturan ve

¹³² Gökmen, C. (1998). Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi 2. 4, 18-19.

sorgulanan “kaliteden kim sorumlu?” sorusunun yanıtı “Yönetim” olacaktır. Çünkü TKY felsefesi son analizinde ürün ya da hizmet kalitesinin yönetimin kalitesine bağlı olduğu şeklinde özetlenebilecek bir yaklaşımdır¹³³.

TKY’ nin sağlık kurumlarında başarı elde edebilmesi takım çalışmalarının etkin ve verimliliğine problemlerin tespit edilmeleri aşamasında kalite araçlarını kullanmaları ve doğru verilerden faydalanmalarına bağlıdır¹³⁴.

3.3.2 Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

3.3.2.1 Akreditasyonun Tanımı

Dünyada “ruhsatlandırma” ve “akreditasyon” terimleri birbirine karıştırılmaktadır. Her iki terim eş anlamlı olarak kullanılan bu terimler aslında farklı kavramları, farklı amaçlarla ve farklı tipteki kurumlar tarafından uygulanır. Dünya’da pek çok ülke, sağlık hizmeti kuruluşları ve sağlık çalışanları için ruhsatlandırma sistemi kullanmaktadır. Az sayıda ülke ise (yaklaşık 40) sağlık hizmetleri kuruluşları için ruhsatlandırma sisteminin yanında akreditasyon sistemini de kullanmaktadır. Gün geçtikçe Dünyada akreditasyon sistemlerini kullanan ülkelerin sayısı artmaktadır. Akreditasyon sistemi, sağlık hizmetleri kalitesindeki gelişmeleri teşvik eden en iyi yöntemdir¹³⁵.

Standartların tanımlanması için üç temel sistem bulunmaktadır.

¹³³ Şahin, Ü. (1998). Ülkemiz Hastanelerinde Kalite Yönetimi Niçin Önemli. *Modern Hastane Yönetimi*.2. 8, s.35.

¹³⁴ Gökmen, C. (1998). Devlet Hastanelerinde Kalite Sağlık Hizmeti sunumu Üzerine Bir Araştırma. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, s.27.

¹³⁵ Akyurt N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon standartları: İstanbul’daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tablo 2. Standartların Tanımlanması İçin Üç Temel Sistem

Akreditasyon	Bir sağlık kurumu ya da kuruluşunun, performans düzeyinin, ilgili standartlar çerçevesinde söz konusu kurum bağımsız bir dış denetim ile ortaya konması yoluyla akreditasyon standartlarını karşılayıp karşılamadığının tespit edilmesinin ulusal bir akreditasyon kurumu ile belgelendiğinin kamu otoritesi tarafından tanınması.
Belgelendirme	Yetkili bir denetçi tarafından dış denetim için onaylanmış bir standart seti ile (örneğin kalite sistemleri ISO 9000 serisi) muvafakatin sağlanmasının kamu otoritesi tarafından resmi bir belge ile tasdik edilmesi.
Ruhsatlandırma	Sağlık alanında herhangi bir uygulamada bulunan bir sağlık çalışanına (örn.tabip, diş tabibi vd.) ilgili alanda mesleğini icra etmek için bireysel olarak ya da sağlık hizmeti sağlayan bir kurum ya da kuruluşa söz konusu sağlık hizmetinin verilmesi için yapılan işlemler hakkında kurumsal olarak, genellikle asgari yasal standartların tespiti için yapılan bir denetimi takiben, idari bir yetkili merci tarafından izin ya da belgelendirme verilmesine ilişkin gerçekleştirilen süreç.

Kaynak: Shaw, 2008

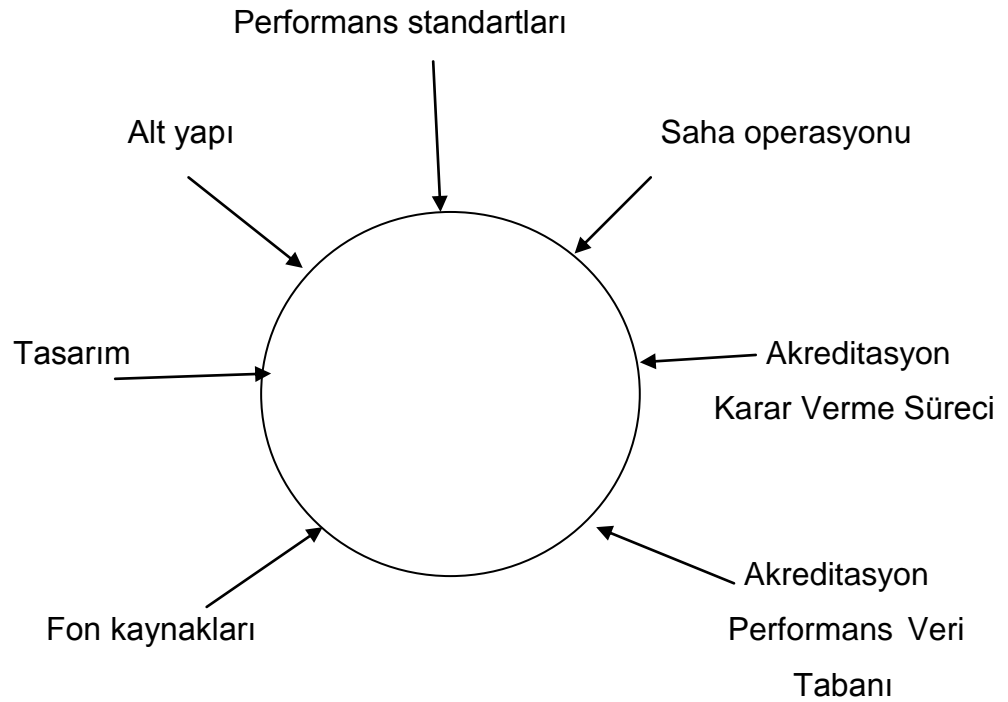
Bu üç sistemin her biri, kamuya hesap verebilirlik, tıbbi etkinlik, kalite ve güvenlik konularında gelişme bakımından artan istekleri karşılamak üzere uyarlanmaktadır. Ancak en hızlı gelişme akreditasyon sisteminde olmaktadır¹³⁶. Akreditasyon bir kurumun, programın veya grubun standartlar ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve tasdiklenmesini içeren resmi bir işlemdir .

¹³⁶ Shaw C.D. (2008). Avrupa'da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi.Sağlık Bakanlığı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/avrupada_hastane_akreditasyonunun_gelistirilmesi.pdf (3 Mart 2012)

Akreditasyon; laboratuvarlar, muayene ve belgelendirme kuruluşlarının ulusal ve uluslararası kabul görmüş teknik ölçütlere göre değerlendirilip, yeterli olma durumunun uygun bulunması ve düzenli aralıklarla denetlenmesi prosesidir. Çoğunlukla akreditasyonun uygun ve ulaşılabilir standart olarak kabul edilir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak tüm dünyada adından sıkça söz ettirmektedir. Akreditasyon, hizmet sunumu ile ilgili belirlenmiş olan standartlara uygunluğun, alanlarında profesyonel dış denetçiler tarafından tetkik edilip değerlendirildiği bir sistemdir .¹³⁷

Akreditasyon felsefesinin daha iyi anlaşılabilmesi “sisteminin işleyişinin” ve akreditasyonun “karakteristik özelliklerinin” bilinmesi yararlı olacağı şekilden gösterilmiştir. Akreditasyon sistemini oluşturan bileşenler Şekil 7 ‘de gösterilmiştir.

Şekil 7. Akreditasyon Sistemi



Kaynak : (Akyurt, 2007).

¹³⁷ Shaw C.D. (2008). Avrupa’da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/avrupada_hastane_akreditasyonunun_gelistirilmesi.pdf (3 Mart 2012)

Akreditasyon sistemini oluşturan bileşenleri, fon kaynakları, akreditasyon performans ve very tabanı oluşturma, tasarım, performans standartları, alt yapı, alan operasyonu ve karar verme prosesi olarak sıralayabiliriz¹³⁸.

3.3.2.2 Akreditasyonun Tarihsel Gelişimi

1913 yılında American College of Surgeons (ACS) tarafından hastanelerde hasta bakımı kalitesinin ve güvenliğinin denetlenmesi amacıyla ilk standartlar geliştirilmiştir¹³⁹.

Kanada ve Avustralya bu fikri ilk benimseyen ve üzerinde çalışmalar yapan ülkelerdir.

Literatüre baktığımızda, sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu olarak , 1951'de American College of Surgeons (ACS), American Hospital Association (AHA), American Medical Association (AMA) ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Hastanelerin Akreditasyonu İçin Birleşik Komisyon (Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)) kurulmuştur¹⁴⁰.

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu İçin Birleşik Komisyon) JCAHO, kâr amacı gözetmeyen, devletten bağımsız fakat devlet ile işbirliği yapan bir kuruluştur. Misyonu, sağlık kuruluşlarında, hizmet kalitesi standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi olarak tekrar düzenlenen JCAHO'un sağladığı başarı, akreditasyon uygulamalarının hızla yaygınlaşmasıya neden olmuştur.

¹³⁸ Akyurt N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

¹³⁹ Boyacıoğlu, H. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, 39-40.

¹⁴⁰ Akyurt N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akreditasyon uygulamalarını sağlık sektöründe daha geniş bir alana yayabilmek amacıyla 1989 yılında JCAHO'nun açılımı, Joint Commission on Health Care Organizations olarak değiştirilmiştir. JCAHO'nun misyonu, sağlık sektöründe, hizmet kalite ve standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi yönünde sistemli bir yaklaşımın geliştirilmesidir¹⁴¹.

Joint Commission International (JCI), JCAHO'nun bir alt kuruluşudur. JCI uluslar arası arenada hastane akreditasyonunu uygulama üzerine kurulmuştur. JCI'nin misyonu uluslararası alanda akreditasyon sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek, iyileştirmektir¹⁴².

Hastane akreditasyon sistemleri, DSÖ/Avrupa genelinde hızla yaygınlaşmaktadır. Katalanya-İspanya'da 1980'lerde başlayan bölgesel program ve 1990'da İngiltere'de başlamış bulunan iki adet bağımsız ulusal program bulunmaktadır. 1990'dan itibaren ise ABD'de, yanı sıra Balkan Ülkeleri'nde ve doğuda ise Sovyetler Birliği'ne bağlı devletlerde bu programlar sürekli bir gelişme göstermektedir. Bu programların sayısındaki artış, DSÖ/Avrupa içinde, dünyanın diğer bölgelerinde olduğundan daha hızlı gelişmektedir¹⁴³.

İncelenen literatürde ABD'de sağlık alanında başlayan bu hareket 1990 yılından itibaren dünya ülkelerinin dikkatini çeken bir çalışma olmuştur¹⁴⁴.

¹⁴¹ Boyacıoğlu, H. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, 39-40.

¹⁴² Akyurt N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

¹⁴³ Shaw C.D. (2008). Avrupa'da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/avrupada_hastane_akreditasyonunun_gelistirilme_si.pdf (3 Mart 2012)

¹⁴⁴ Akyurt N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

3.3.2.3 Akreditasyonun Önemi ve Amacı

Akreditasyon, gönüllü olarak başvuran sağlık kuruluşunun tarafsız ve bağımsız bir dış değerlendirici tarafından incelenerek, belirlenmiş olan standartlara uygunluğunun değerlendirilmesidir¹⁴⁵.

Tarafsız ve bağımsız bir kuruluş tarafından hastanenin incelenmesi ve bu şekilde sağlık bakımı sunumunun yüksek standartlara ulaşması ile birlikte kurumun ve bireylerin kalite iyileştirme konusu üzerine odaklanmalarını sağlamaktır. Sağlık kuruluşunun, yeterliliğinin ve güvenilirliğinin göstergesi ve hem ulusal hem de uluslararası düzeyde saygınlık ve prestij elde etmesidir.

- Süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak, benchmarking yapılabilmesine olanak sağlamak,
- Sağlık kuruluşlarının yönetim yapısını geliştirmek,
- Verimlilik ve etkinlik üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltmak,
- Sağlık kuruluşlarına, yöneticilerine ve çalışanlarına, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve “en iyi uygulamalar” konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak akreditasyonun amaçlarındanıdır.

3.3.2.4 Akreditasyonun Özellikleri

Sağlık hizmeti, sunulduğu ortamın belirli kriterlere sahip olması gereken sofistike bir hizmet türüdür. Akreditasyon standartları kuruluşlar bazında bu

¹⁴⁵ Shaw C.D. (2008). Avrupa'da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/avrupada_hastane_akreditasyonunun_gelistirilme_si.pdf (3 Mart 2012)

nitelikleri tanımlayan, nasıl ulaşılabacağı konusunda kuruluşu destekleyen, talep edilmesi halinde de, denetleyen bir sistemdir¹⁴⁶.

Üçüncü taraf değerlendirme tekniği olan akreditasyon, söz konusu kuruluşlarda güvenilirliğin sağlanması ve sürekliliği için önemli bir araçtır. Akreditasyon, girdiler, sağlık bakımının sunumu ve fiziki altyapı üzerine odaklanmaktadır. Akreditasyonda, akredite eden kuruluş standartları oluşturmakta ve akredite edilecek olan kuruluşun bu standartları minimum düzeyde de olsa yerine getirdiğini onaylamaktadır. Akreditasyon sistemlerinin temelinde üç ana unsur yer almaktadır. Bu faktörler;

- Akreditasyon kurulu; devlet ve özel sektör sağlık yöneticilerinden oluşan temsilciler grubudur.
- Standartlar dizisi ve bunlara bağlı olan dokümanların oluşturulmasıdır.
- Yapılan çalışmaların standartlarla uygunluğunu belirlemek üzere seçilmiş ve eğitilmiş denetçi kurum ve kişilerdir.

Akreditasyon olgusunun temel aldığı bu üç ana konu, çeşitli ülkeler ve bu ülkelerin tarihsel süreçleri içerisinde değişen yasa ve yönetmeliklere göre çok değişkenlik göstermektedir. Yasal kısıtlamaların artması, tüketici hakları kavramının ortaya çıkması, özel sağlık sigorta kurumlarının sistem üzerindeki etkileri uygulamaların daha farklı ve karmaşık olmasına neden olmaktadır.

3.3.2.5 Etkili Bir Akreditasyon Sisteminde Olması Gereken Özellikler

- Kuruluş, hizmet verilen kuruluşların isteklerine cevap verebilecek düzeyde esnek olmalıdır. Kuruluş, son teknoloji ve bilgiyi içinde bulundurmalı, gelişmeleri yakından takip etmelidir. Standartların sürekli iyileştirilmesi için uzman bir kadroyla çalışılmalıdır. Bu süreçte değişik grupların katılımı da sağlanmalıdır.

¹⁴⁶ Erdoğan, İ. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, s.43.

- Sağlık kuruluşları ile sürekli ve etkili bir iletişim ve işbirliği içerisinde olunmalı, etkin bir veri/bilgi akışı sağlanmalı ve geri dönüşümler yapılmalıdır.
- Sistemik araştırma ve değerlendirme prosedürü oluşturulmalıdır. İncelemelerin doğru şekilde yapılabilmesi için denetçiler, konularında uzman olmalı ve sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.
- İstenilen çıktıları ulaşmayı sağlayacak etkin bir sistem oluşturulmalıdır.
- Akreditasyon sürecinde açık bir prosedür izlenmeli, inceleme sürecinde topluma, hastalara, çalışanlara fikirlerini ifade edebilme fırsatı verilmeli, standartların geliştirilmesi katılımı ve açık şekilde yapılmalıdır.
- Sistem, kuruluşları teşvik edici ve motive sağlayıcı unsurlar içermelidir.
- Sistem, pahalı, karmaşık ve bürokratik olamamalıdır (www.iso.org), (İnceboz, 2009).

3.3.2.6 Akreditasyonun Sağladığı Yararlar

Akreditasyon; sağlık kuruluşu, tıbbi personel, hastane çalışanları ve hasta ve yakınları açısından birçok yarar sağlamaktadır. Bu yararları aşağıdaki gibidir;

- Kaliteyi güvencesi sağlar,
- Yatay ve dikey iletişim önemli oranda artar,
- Tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz olarak yazılma oranı yükselir,
- Çalışanların (özellikle hekimlerin) kuruluşa karşı tutumları değişir,
- Çalışanlarda kuruluşa karşı bir sorumluluk duygusu oluşur,
- Kalite kavramı öncelik kazanır, çalışanların mesleki konularda, kalite ve hastane işletmeciliği konularında eğitimi sağlanır,
- Başvuru ve hazırlık sürecindeki eğitimler sonucu, kuruluş kendi kendini denetlemeye başlar,

- Tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydedilmiş, hastane, performans değerlendirmeye önem verilmiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler alınmıştır,
- Yöneticiler günlük problemlerle daha az uğraşacaklarından, zaman ve emeklerini daha çok kurumsal gelişmeye ayırabileceklerdir.
- İyi hizmet veren kuruluşlar resmi olarak tanınmaktadır,
- Kurumu değerlendirecek bir mekanizma yaratılmıştır,
- Faaliyetlerin gelişimi için akreditasyon hedeflenmiştir,
- Personelin çalıştığı kurumla gurur duymasını sağlar,
- Personelin katılımı desteklenir,
- İşletme politikalarının belgelendirilmesini sağlar,
- Çalışmalarda yeterliliğin artırılması sağlar,
- Personelin mesleki gelişimi ve güveni sağlar,
- Kamunun güveni kazanılır,
- Çalışanların fikirlerine değer verildiği için çalışanların tatmin düzeyleri artar,
- Kalite faaliyetlerine ilgi artar,
- Çalışanların güvenliği ve emniyeti sağlar,
- Kişisel yaklaşımlardan süreç yaklaşımlarına dönüşüm sağlar,
- Güçlü-destekleyici yöneticilik anlayışının yerleşmesine katkıda bulunur,
- Hasta haklarına saygı gösterilmesi ve haklarının korunması sağlar,
- Hastanın bakım kararlarına ve bakım sürecine katılması sağlar

Akredite olan kuruluş sayısı arttıkça ülkenin sağlık sistemi iyileşecek, kuruluşun kendisi, kalitesinin ölçülebilir olmasını sağlayan bir sisteme sahip olacak ve uluslar arası standartlara uygun sağlık hizmeti sunmanın avantajlarından yararlanacak, hizmeti kullananlar, kaliteli sağlık hizmetinden uygun ücretler ile yararlanabilecek, ödeme yapan kuruluşlar ise sözleşme yaparken akredite olmuş hastaneler tercih etme şansına sahip olabileceklerdir ¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Boyacıoğlu, H. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, 39-40.

3.4.LİTERATÜR TARAMASI

Yerli literatüre baktığımızda Sarp ve Tükel (1999) İbn-i Sina hastanesi hastalarının memnuniyetlerini ölçen bir anket uygulaması ile hasta tutumlarının eğitim seviyesi, cinsiyet ve yaşa göre farklılığını incelemişlerdir. Yılmaz (2001) hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri, memnuniyeti arttıran etkenleri ile memnuniyetin bakım kalitesi yardımıyla ilişkisini incelemiş ve hasta memnuniyetinin genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayandığı sonucuna varmıştır. Özer ve Çakıl (2007) çalışmalarında, genel olarak bir yorumlama elde edebilmek için ülkemizde yapılan hasta memnuniyet araştırmalarından yola çıkmış ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri tespit etmişlerdir. Güllülü vd. (2008), Erzurum'da hastaların devlet ve üniversite hastanelerinden memnuniyet düzeyini belirlemek için analizler yapmış ve devlet ve üniversite hastanelerinden memnuniyet düzeyleri arasında istatistikî anlamda farklılık olup olmadığını belirlemeye çalışmışlardır. Konya ili için yapılan diğer bir çalışmada Öztüre (2010), hasta memnuniyeti açısından demografik karakterleri ortaya çıkarmak ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek için anket çalışması yapmışlardır. Yabancı literatürde ise Howard (1999), hasta memnuniyetini arttırabilmek için hizmet planı uygulanabilmesi için memnuniyet anketleri uygulamışlardır. Carman (2000), hasta memnuniyeti planlaması ve hizmet sunumunun başarılı bir şekilde yapılmasının hastaların kendilerine yapılan tedavinin doğru olduğunu düşünmeleri üzerinde bir etkisinin olup olmadığını araştırmıştır. Raju ve Lonial (2001), sağlık sektöründe kalite (quality) ve pazar yönlülüğün rolünü ve etkisini incelemişlerdir.

Tarım (2000), hastanelerde sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen faktörleri incelemiştir ve kaliteyi değerlendirerek hastane yönetiminin kalite üzerindeki etkisine değinmiştir.

James (2002), Amerikan hastanelerinin yönetsel ve destek hizmetlerinde kalite çalışmalarına yönelik daha çok çalışma yapmalarına rağmen, hekimlik hizmetlerinde bu çalışmalara aynı önemi vermediklerini saptamıştır. Toplam

kalite yönetimi çerçevesinde hekimlerin de yer alması gerektiğini ve bunun karşılığında hekimlere belirli bir ücretin ödenmesiyle hem toplam kalitenin sağlanacağını hem de müşteri memnuniyetinin artacağını savunmuştur.

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada Gülmez (2005), başvuran hastalara yüz yüze anket uygulaması yaparak hastaların memnuniyet derecesini ölçmüş ve hizmet kalitesinin etkinliğini belirlemeyi amaçlamıştır.

Aslantekin, Göktaş, Uluşen ve Erdem (2005) çalışmalarında, kalitenin sürekliliğini sağlamak için düzenli çalışmaların gerektiği ve tesadüf ile sağlanamayacağı üzerinde durup toplam kalite çalışmalarına başlamış, ve ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahip bir hastanede toplam kalite çalışmalarını ele almıştır.

Yağcı ve Duman (2006) çalışmalarında, hastanelerde sunulan poliklinik hizmetlerinde hasta çeşitlerine göre algılanan kalite unsurunun boyutlarının genel hasta memnuniyetleri ile olan ilişkilerini ele almıştır.

İzmir Güner (2009), İstanbul ili Avrupa yakasındaki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniğine başvuran hastalara memnuniyet düzeylerini ölçen bir anket uygulamış ve çıkan sonuçlar doğrultusunda hizmet kalitesini arttırabilmek için öneriler sunmuştur.

Forbes ve Brown (1995) çalışmalarında, hastaların hemşirelik bakımından beklentilerini incelemiş ve daha önceden hastaneye yatmış olan hastaların ilk kez hastaneye yatan hastalara göre beklentilerinin daha yüksek olduğu bulmuştur.

Yılmaz (2000), hastane deneyimi olan hastaların diğer hastalara göre memnuniyet puan ortalamalarının daha düşük olduğunu tespit etmiştir.. Özmen(1990) 'in yaptığı çalışmada da bu çalışmayı destekleyen sonuçlar bulmuştur.

Carr-Hill 1992, Jakobsson ve ark.(1994) yaptığı çalışmada yaşlı hastaların genç hastalara göre daha çok memnun olduğunu bulmuşken, Hart ve ark.(1996), Uz

ve ark.(1997) yaptıkları çalışmada ise yaş ve memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Lookinland ve Pool (1998) çalışmalarında, kadınların erkeklere göre daha memnun olduklarını bulmuşken, Gray (1997) yaptığı çalışmasında erkeklerin kadınlara göre daha memnun olduğunu bulmuştur. Larsson (1999), Okumuş ve ark. (1993), Özmen (1990), Tengilimoğlu (1996) ise yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ve memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Carr-Hill (1992), eğitim düzeyi yüksek olan hastaların beklentilerinin daha yüksek olduğundan dolayı daha az memnun oldukları sonucuna varmıştır. Esatoglu (1996) ve Özmen (1990) yaptıkları çalışmaları da bu sonucu desteklemektedir. Ama Yılmaz (2000) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların memnuniyet düzeyinde artış olduğu belirtilmiştir, buna karşılık Okumuş (1993) ve Akyol (1993) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır..

Avis (1995b), Meredith (1993), Sitzia ve Wood (1998), Walker (1998) yaptıkları çalışmalarda hastayı bilgilendirme ve iletişimin memnuniyeti etkileyen en önemli faktörler olduğunu belirtmiştir.

Uz ve ark. (1997), Williams (1993), Yılmaz (2000) yaptıkları çalışmalarda memnuniyeti arttıran faktörler arasında hastaların bilgilendirilmesi ve personelin verdiği güven olarak saptamışlardır.

Evans (1998), Forbes ve Brown (1995), Merkouris ve ark. (1999a) yaptıkları çalışmada hemşirelik hizmetlerinin hastaneye başvuran hastaların memnuniyetliklerini veya memnuniyetsizliklerini etkileyen temel öge olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmaların sonuçları bilgi vermenin önemini ortaya koymakla birlikte Evans (1998), Fidrochi (1973), Jakobson ve ark. (1994), Yılmaz (2000) yaptıkları çalışmada sağlık hizmetlerinde bilgi vermenin önemini ortaya koymuş

ve sağlık personelinin kendisini bu alanda daha fazla geliştirmesi gerektiği sonucuna varmıştır.

(Varinli, İlkay ve Erdem, (2001:105), Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde hastaların önem verdiği hizmet özelliklerini belirlemek üzerine bir çalışma yapmışlardır. Bu hizmetlerin başında hekime güven ilk sırada yer almaktadır. Bunu takiben tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına inanma, hastanın hekime güvenmesi, tuvalet temizliği, hekimin hastaya karşı tutum ve davranışı, hastanın bilgilendirilmesi ve odanın temizliği izlemektedir.

Taylor ve Cronin (1994), kısa dönemde müşteri tatmin değerlendirmelerini ve uzun dönemde müşteri hizmet kalitesi davranışlarını etkileyen stratejik hedefler geliştirmeleri açısından, iki yapının farklı olduğunun sağlık hizmetleri veren kuruluşların pazarlama yöneticileri açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Malcolm C.E., Wong K.K., Elwood-Martin R., (2008), doğrudan doğruya yapılan hasta memnuniyet incelemeleri sonucunda, teşhis ve tedavi konusundaki bilgilendirmenin hastanın tatmin derecesini arttırdığı gözlenmiştir. İleri yaştaki hastalar üzerinde Huber ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada tedavinin daha etkin olmasında ve memnuniyetin artmasında alınan hasta görüşlerinin önemi saptanmıştır.

Tervo - Heikkänen T., Kvist T., Partanen P., Vehviläinen - Julkunen K., Aalto P., (2008) yaptıkları çalışmalarda, hasta başına düşen hemşire sayısı ile hizmet verdikleri yıllar arasında bulunan anlamlı ilişki, hasta memnuniyet düzeyi ile yakından ilgilidir. SERVQUAL tekniğini kullanarak Vinagre'nin yaptığı bir çalışmada ise, memnuniyet düzeyini etkileyen en önemli öğelerin hizmetin kalitesi ve hastaların duyguları olduğu saptanmıştır. Aytar ve Yesildal'ın yaptığı bir çalışmada ise hastane memnuniyetini etkileyen önemli öğeler arasında hastanenin fizik ve teknik koşullarının yer aldığını tespit edilmiştir .

Anderson'un (1995, 32–39) Houston Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaptığı çalışmada hastaların en fazla memnuniyetsizlikliğinin güvenceden kaynaklandığını tespit etmiştir.

Yunanistan'da kamu ve özel hastaneleri karşılaştırılarak yapılan bir çalışmada hastanelere bakıldığında hasta memnuniyetinin sağlık çalışanları açısından doyum oranının yüksek olduğu, özel hastanelere bakıldığında ise hasta memnuniyetinin diğer fiziksel imkanlar ve bekleme süresi gibi prosedürler açısından doyum oranının yüksek olduğu bulunmuştur.

Lee, vd. (2006), yaptıkları çalışmalarda hizmet kalitesini farklı yönden ele almış ve hastaların hizmetten memnuniyetsizliklerinde nasıl davrandıklarını incelemiştir. Bu çalışmanın sonunda sağlık hizmetinden memnun kalmayan hastaların yüzde yetmiş bir daha aynı kuruma başvurmayı düşünmemektedir. Söz konusu bu kişiler yakın çevresindekileri etkilemektedir ve hizmetten memnun kalmayan her hasta o kurumu tercih etmeyi düşünen ortalama 465 müşterinin o kuruma gelmesini vazgeçirmektedir.

Trabzon'da bir doğum evi hastanesinde yapılan bir araştırmada, sosyal güvence durumu ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Emekli sandığı hastalarının beklenti düzeylerinin, Bağ-Kur ve Yeşil Kartlı hastaların beklenti düzeylerinden daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur . İzmir'de yapılan başka bir çalışmada ise sunulan hizmetlerin kalite algıları ile sosyal güvenceler arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır .

2003 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan bir çalışmada sağlık kurumlarının memnuniyet oranları araştırılmıştır. Sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin memnuniyet oranları sırası ile özel hastanelerde %48.3, üniversite hastanelerinde %46.6, devlet hastanelerinde %41 ve sağlık ocaklarında %39.4 sonucu bulunmuştur.

4. UYGULAMA

4.1. Uygulamanın Amacı

Çalışmanın amacı, İstanbul'da akredite edilmiş iki özel grup hastanesi servislerinde yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların tedavi süresince aldıkları hizmetlerden memnun olup olmadıkları ile memnuniyet düzeylerinin ölçülerek değerlendirilmesidir. Bu iki hastanenin ele alınmasının asıl sebebi ise aynı sınıfta yer alan hastaneler arasında da memnuniyet düzeyleri açısından fark olup olmayacağını belirlemeye çalışılmasıdır. Bununla birlikte, hastaların memnuniyet düzeylerinin hastaların hangi demografik özelliklerine göre farklılık göstereceğinin, memnuniyet düzeylerinin hastaneyi tekrar tercih etmede ne kadar etkili olacağını belirlenmesi de amaçlanmaktadır. Buna bağlı olarak hastanelerin müşteri ilişkileri yönetim uygulamalarının hastalar üzerindeki etkilerinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

Araştırma, belirlenen örnekleme elde edilen verilerin anakütleye genellenerek, hastanenin hizmet sunumunda izleyeceği stratejilerin belirlenmesine yardımcı olmayı amaçlayan, niceliksel ve ilişki belirlemeye yönelik bir araştırmadır. Böylece hizmetin sunumunda iyileştirmeler yapılması hedeflenebilir. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özelliklerine göre tedavi hizmetlerinin farklı süreçlerindeki memnuniyet derecelerinde değişiklik olup olmadığının saptanmasının pazarlama çalışmalarına yön göstereceği düşünüldüğünde memnuniyet anketi sonuçları oldukça önemli sonuçları içermektedir.

4.2. Örneklem Çerçevesi ve Uygulanması

Bu araştırmanın yapılacağı özel hastaneler; Özel Hastaneler Yönetmeliğindeki şartlara göre A sınıfı olarak tanımlanan, dünyadaki hastane standartlarını uygulamayı hedefleyen, uyguladığı fiyat politikası nedeniyle de üst – orta gelir grubuna hitap eden hastanelerdir. Araştırmada incelen hastaneler, Türkiye'de JCI Akreditasyon Kalite Belgesi'ni alan (Joint Commission International) hastanelerden seçilmiştir. Hastanelerde tüm branşlarda hizmet verilmekte olup, özel dal hastaneleri değildir.

Araştırmaya dahil edilen hastaneler, misyonunda "mükemmel hasta bakımı " taahhüdünde bulunmakta, tedavi edici hizmetlerinin yanında otelcilik hizmetlerinin de farklılığını hedef kitlesine vurgulamaktadır. Araştırmanın anakütlesini hastanede yatarak ve ayaktan tedavi olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise; hastanede yatırılarak tedavi edilen hastalar ile ayaktan tedavi edilen ve rassal olarak seçilen hastalar oluşmaktadır.

Çalışmada iki hastane için de soru formları aracılığıyla servislerde yatarak ve ayaktan tedavi edilen hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle veriler rassal olarak seçilen anket formlarından elde edilmiştir*. Anket uygulaması 2012 yılı Mart ayı son haftası gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ölçülebilir ortak özellikler dikkate alınarak, sonuçların karşılaştırılabilir olması amacıyla aynı anket formları iki hastane için de kullanılmıştır.

Gerekli tüm düzenlemelerden sonra A hastanesi için 106 ayaktan tedavi gören hasta, 68 yatan hasta araştırmaya katılırken, B hastanesi için 107 ayaktan tedavi gören hasta, 82 yatan hasta araştırmaya rassal olarak dahil edilmiştir.

Hasta memnuniyetini ölçüm aracının geliştirilmesinde, hastalarda memnuniyet derecelerini ve farklılıklarını ölçmek amacıyla söz konusu özel hastanelerin hastalarına uyguladığı anket formundan elde edilen ham veriler alınarak, gerekli düzenlemelere tabi tutulmuştur.

Hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik geliştirilen anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik bilgileri belirlemeye yönelik sorulardan oluşurken ikinci bölüm ayakta ve yatan hastaların tedavi hizmetlerinin farklı süreçlerindeki memnuniyet düzeylerini ölçmeye uygun sorulardan oluşmaktadır. Hasta memnuniyetini ölçmek için hazırlanan sorular 3'lü Likert tipi ölçek sorulardır. Cevaplayıcılara, her bir ifade için 3 ile 1 arasında "Katılıyorum", "Karasızım", "Katılmıyorum" seçeneklerinden kendilerine en uygun gelen şıkkı işaretlemesi istenmiştir. Seçeneklerin puanlaması sırayla 3,2,1 olarak;

* Anket formları Ek'te yer almaktadır.

“memnun” 3 puan , “memnun değil” 1 puan şeklinde belirlenmiştir. Demografik özelliklerin belirtileceği sorular ise sıralanmış ve sınıflandırılmış ölçek tipi sorulardan oluşmaktadır. İlk bölümdeki sorularla memnuniyetin demografik özelliklere göre dağılımı, 3'lü likert ölçeğine dayalı sorularla ise hastaların hastanelerle ilgili tercih nedenlerini ve uygulanan müşteri ilişkileri yönetim uygulamalarının müşteri memnuniyeti esas alınarak değerlendirmeye çalışılmıştır. Anket sonucu elde edilen bulgular aşağıda tablolar halinde düzenlenmiştir.

4.3. Bulgular

Bu bölümde istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilecektir. Çalışmada her iki hastane için hem yatan hem ayaktan tedavi gören hastalar değerlendirilmeye alındığından her analiz iki hastane ve iki hasta grubu için tekrarlanmıştır. Önce yatarak tedavi gören hastaların analiz sonuçları daha sonra ise ayaktan tedavi gören hastaların analiz sonuçlarına yer verilecektir.

4.3.1. Yatan Hastaların Memnuniyet Değerlendirilmesi

Araştırmaya dahil edilen hastaların A ve B hastanesine göre demografik özelliklerinin frekans dağılımları Tablo 3'de verilmiştir

4.1: Hastanede Yatarak Tedavi Gören Hastaların Demografik Özellikleri

Değişkenler	A Hastanesi		B Hastanesi	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Cinsiyet				
Kadın	38	55,9	38	46,3
Erkek	30	44,1	44	53,7
Toplam	68	100	82	100
Eğitim Durumu				
İlköğretim	3	4,4	16	19,5
Lise	35	51,5	24	29,3
Lisans	24	35,3	39	47,6
Yüksek Lisans	6	8,8	3	3,7
Toplam	68	100	82	100
Yaş				
<30	2	2,9	17	20,7
31-40	28	41,2	29	35,4
41-50	19	27,9	18	22
51-60	16	23,5	11	13,4
60>	3	4,4	7	8,5

A hastanesine ait çalışmada hastaların %55,9'u kadınlardan, %44,1'i erkeklerden oluşmaktadır. B hastanesinin çalışmasında ise hastaların %46'sı kadınlardan, %53,7'si erkeklerden oluşmaktadır. A hastanesinde tedavi gören hastaların %4,4'ü ilköğretim %51,5'i lise, %35,3'ü lisans mezunu iken %8,8', lisansüstü eğitime sahiptir. B hastanesi ele alındığında; hastaların %19,5'i ilköğretim, %29,3'ü lise, %47,6'sı lisans mezunu iken %3,7'si lisansüstü eğitim aldığını belirtmiştir. Hastaların yaşları daha kolay yorumlanabilir olması adına gruplandırılmış ve yaş grupları analize dahil edilmiştir. A hastanesindeki hastaların yaş dağılımı incelendiğinde %2,9'u 30 yaş altı hastalardan oluşurken, %41,2'si 31-40 yaş grubu, %27,9'u 41-50 yaş grubu, %23,5'i 51-60 yaş grubu arasında yer almaktadır. Hastaların %4,4'ü ise 60 yaş üstü hastalardan oluşmaktadır. B hastanesindeki hastaların %35,4'ü 31-40 yaş grubu, %22'si 41-50 yaş grubu, %13,4'ü ise 51-60 yaş grubu arasında yer almaktadır. Hastaların %20,7'si 30 yaş altı hastalardan oluşurken, hastaların %8,5'i ise 60 yaş üzeri hastalardan oluşmaktadır.

4.2: Hastaneyi Seçme Nedeni

	A Hastanesi		B Hastanesi	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
N1	15	22,1	29	35,4
N2	13	19,1	14	17,1
N3	13	19,1	3	3,7
N4	5	7,4	17	20,7
N5	18	26,5	18	22
N6	4	5,9	1	1,2

A hastanesinin hastalarının %22,1'i hastaneyi daha önce aldığı hizmetlerden memnun kaldığı için, %19,1'i hem hastane evine veya işine yakın olduğu için hem de tedavi olmak istediği hekim o hastanede görev yaptığı için,%26,5'i çalıştığı kurum anlaşması ve sosyal güvencesi olduğu için, %5,9'u da hekimin önerisi ve yönlendirmesi nedeniyle A hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir. B hastanesindeki hastalarınsa %35,4'ü daha önce aldığı hizmetlerden memnun olduğu için, %17,1'i hastane evine veya işine yakın olduğu için, %3,7'si tedavi olmak istediği hekim o hastanede görev yaptığı için,%22'si çalıştığı kurum anlaşması ve sosyal güvencesi olduğu için, %1,2'si de hekimin önerisi ve yönlendirmesi nedeniyle B hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir.

4.3: Yatış Taburcu Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S1	54	79,4	12	17,6	2	2,9	53	64,6	29	35,4	0	0
S2	50	73,5	16	23,5	2	2,9	52	63,4	25	30,5	5	6,1
S3	52	76,5	13	19,1	3	4,4	53	64,6	28	34,1	1,	1,2

A hastanesi çalışmasında yer alan hastaların Yatış ve taburcu hizmetlerinden memnuniyetleri 3 soru altında değerlendirilmektedir. Yatış ve taburcu işlemleri sırasında personelin ilgi ve nezaketine ilişkin soruda A hastanesi için hastaların %79,4'ü memnunken B hastanesi için hastaların %64,6'sı memnu olduğunu belirtmiştir. Yatış taburcu işlemleri sırasında A hastanesi için hastaların %73,5'i ücretlendirme ile ilgili yeterli bilgi verildiğini belirtirken B hastanesinde bu değer

%63,4 olarak elde edilmiştir. Yatış ve taburcu hizmetleri işlemleri sırasında A hastanesindeki hastaların % 76,5'i bekleme süresinin fazla olmadığını belirtirken B hastanesindeki hastaların da % 64,6'sı bu düşünceye sahiptir. Yatış ve taburcu hizmetleri genel olarak değerlendirildiğinde hastaların oldukça büyük çoğunluğu her iki hastane içinde yatış ve taburcu hizmetlerinden memnun olduğu söylenebilmektedir. En yüksek memnuniyet oranı A hastanesi için yatış ve taburcu hizmetleri işlemleri sırasında personelin bilgi ve nezaketinden, B hastanesi için hem personelin ilgi ve nezaketi hem de bekleme sürelerinin fazla olmamasıdır.

4.4: Hasta Danışmanı Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S4	52	76,5	14	20,6	2	2,9	45	54,9	35	42,7	2	2,4
S5	56	82,4	10	14,7	2	2,9	52	63,4	28	34,1	2	2,4

A hastanesi için hasta danışmanının ilgi ve nezaketinden memnun olan hastaların % 76,5'i iken B hastanesinde hasta danışmanının ilgi ve nezaketinden memnun olanların oranı % 54,9'u A hastanesinde tedavi gören hastaların % 82,4'ü hasta danışmanının bilgilendirmesinin yeterli olduğunu düşünürken B hastanesindeki hastaların da %63,4'ü bu düşünceye sahiptir. Her iki hastane içinde bilgilendirmenin yeterli olmadığını düşünen hasta sayısı eşit olarak elde edilmiştir. B hastanesindeki hastaların bu hizmet ile ilgili kararlarındaki belirsizlik A hastanesine göre daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

4.5: Hekimlerin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S6	54	79,4	13	19,1	1	1,5	37	45,1	44	53,7	1,	1,2
S7	54	79,4	12	17,6	2	2,9	42	51,2	40	48,8	0	0
S8	52	76,5	15	22,1	1	1,5	37	45,1	45	54,9	0	0
S9	49	72,1	17	25	2	2,9	36	43,9	46	56,1	0	0

A hastanesindeki hastaların % 79,4'ü hem hekimin ilgi ve nezaketinden hem de tedaviye karar verilmesi aşamasında hekim tarafından fikirlerine yeterince önem verilmesinden % 76,5'i hekim tarafından tedavisi hakkında bilgilendirilmesinde % 72,1'i ise hekimin taburcu sonrası kontrolleri hakkındaki bilgilendirilmesinden memnundur. B hastanesinde ise; hem ilgi ve nezaketi hem de taburcu sonrası tedavi ve kontrolleri hakkında hastaların % 45,1'i hem hekimin ilgi ve nezaketinden hem de tedavi hakkında bilgilendirilmesinden, % 51,2'si tedaviye karar verilmesi aşamasında fikirlerine önem verilmesinden % 43,9'u ise taburcu sonrası tedavi ve kontrolleri ile ilgili bilgilendirilmesinden memnundur. Hastaneler hekimler açısından değerlendirildiğinde B hastanesindeki hastaların A hastanesindeki hastalara göre daha fazla kararsız kaldıkları söylenebilir. Ayrıca memnuniyet oranları değerlendirildiğinde A hastanesindeki hastaların hekim hizmetlerinden daha fazla memnun kaldığı da gözlenmektedir.

4.6: Hemşirelerin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S10	53	77,9	13	19,1	2	2,9	37	45,1	45	54,9	0	0
S11	50	73,5	16	23,5	2	2,9	36	43,9	45	54,9	1	1,2
S12	54	79,4	13	19,1	1	1,5	40	48,8	42	51,2	0	0

Hemşirelerin ilgi ve nezaketinde sorusu incelendiğinde A hastanesindeki hastaların % 77,9'u B hastanesindeki hastaların ise % 45,1'i memnun olarak görüş bildirmiştir. A hastanesindeki hastaların % 73,5'i hemşirelerin hizmet esnasında hastanın fikirlerine önem verdiğini belirtirken, B hastanesindeki hastaların % 43,9'u bu düşünceyi desteklemektedir. Hemşirelerin taburcu sonrası bakım ve ilaçlarla ilgili bilgilendirmenin yeterli olup olmadığı incelendiğinde A hastanesindeki hastaların % 79,4'ü B hastanesindeki hastaların % 48,8'i bilgilendirmenin yeterli olduğunu savunmaktadır.

B hastanesindeki hastaların hemşirelik hizmetlerinin yetersiz olduğu konusundaki görüşleri yok denecek kadar azdır. Hatta sadece 1 hastanın olumsuz bir görüşü bulunmaktadır. Ancak bununla birlikte hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranları ele alındığında A hastanesine göre düşük ve kararsız kalan hastaların oranı da memnun olan hastalara göre oldukça yüksektir.

4.7: Temizlik Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S14	56	82,4	11	16,2	1	1,5	44	53,7	38	46,3	0	0
S15	57	83,8	11	16,2	0	0	33	40,2	49	59,8	0	0
S16	55	80,9	12	17,6	1	1,5	38	46,3	44	53,7	0	0
S17	55	80,9	13	19,1	0	0	38	46,3	44	53,7	0	0

Hastanelerin temizlik hizmetleri için memnuniyeti 4 soru altında incelenmeye çalışılmıştır. Bunlardan ilki olan odaların genel temizliği ele alındığında A hastanesinde hastaların %83,8'i B hastanesindeki hastaların %40,2'si odaların genel temizliğinden memnun. Sırasıyla %16,2 ve %59,8'i bu konuda kararsızdır. A hastanesindeki hastaların %80,9'u hem banyo ve tuvaletlerin temizliğinden hem de yatak takımlarının temizliğinden memnunken B hastanesinde hastaların

%40,5'i ve %46,3'ü her iki hizmetten de memnundur. Genel olarak oda konforu ele alındığında A hastanesindeki hastaların %82,4'ü B hastanesindeki hastaların %53,7'si oda konforlarının yeterli seviyede sağlanabildiğini belirtmektedir.

Bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde A hastanesindeki hastaların B hastanesindeki hastalara göre daha fazla memnuniyet oranına sahip olduğunu, B hastanesindeki hastaların temizlik konusunda kararsız kaldığını söylememiz mümkündür.

4.8: Yiyecek Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S18	57	83,8	9	13,2	2	2,9	43	52,4	36	43,9	3	3,7
S19	53	77,9	12	17,6	3	4,4	47	57,3	32	39,0	3	3,7
S20	53	77,9	12	17,6	3	4,4	38	46,3	42	51,2	2	2,4

A hastanesindeki hastaların %83,8'i yemeklerin lezzet ve sıcaklığından, %77,9'u hem menü çeşitliliğinden hem de personellerin temizliğinden memnun olduğunu söylemek mümkündür. B hastanesindeki hastaların ise %52,4'ü yemeklerin lezzet ve sıcaklığından, %57,3'ü menü çeşitliliğinden, %46,3'ü ise personellerin temizliğinden memnundur. B hastanesindeki hastaların ortalama %3'ü, A hastanesindeki hastaların ise ortalama %4'ü yiyecek hizmetlerinden memnun değildir.

4.9: Diğer Destek Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S21	57	83,8	11	16,2	0	0	54	65,9	28	34,1	0	0
S22	56	82,4	12	17,6	0	0	50	61,0	32	39,0	0	0
S23	56	82,4	12	17,6	0	0	49	59,8	32	39,0	1	1,2
S24	52	76,5	11	16,2	5	7,4	40	48,8	34	41,5	7	8,5

A hastanesindeki hastaların %83,8'i resepsiyon hizmetlerinden memnunken B hastanesindeki hastaların %65,9'u bu hizmetten memnun olduğunu belirtmiştir. Güvenlik hizmetleri ele alındığında A ve B hastanelerindeki hastaların sırasıyla %82,4 ve %61'inin memnun olduğu, aynı sırayla %17,6 ve %39'unun ise bu hizmetler açısından kararsız kaldığı gözlenmiştir. A hastanesindeki hastaların %82,4'ü ve %76,5'i aynı sırayla kafeterya ve otopark hizmetlerinden memnunken, B hastanesindeki hastaların %59,8 ve %48,8'i bu hizmetler açısından aynı fikirdedirler. A ve B hastanelerindeki hastaların resepsiyon ve güvenlik hizmetleriyle ilgili sorulara verdikleri olumsuz cevap bulunmamaktadır.

4.10: Genel Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S25	55	80,9	11	16,2	2	2,9	54	65,9	28	34,1	0	0
S26	54	79,4	11	16,2	3	4,4	34	41,5	48	58,5	0	0

Yatan hasta anketlerinde memnuniyet derecesinin ölçülmesinde en önemli olan 2 soru hastanelerin tıbbi hizmetlerinin ve genel memnuniyetin sorulduğu

sorulardır. A hastanesindeki hastaların %89,9'u hastanesindeki hastaların %65,9'u hastanelerin tıbbi hizmetlerinden memnunken, aynı sıralama ile hastaların %79,4'ü ve %41,5'i hastanedeki hizmetlerin genelinden memnundur. B hastanesindeki hastalarda bu iki soruya da olumsuz cevap veren olmaksızın kararsız olan hastaların oranı oldukça yüksektir. A hastanesindeki ise ortalama %3'ü bu 2 genel hizmetten memnun olmadığını belirtmiştir.

4.11: Hastane ve Hekimin Tekrar Tercihi

Sorular	A Hastanesi				B Hastanesi			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
T1	61	89,7	7	10,3	79	96,3	3	3,7

Hastaların hizmetlerden memnun kalıp kalmadığının bir göstergesi olan tekrar tercih durumları incelendiğinde çok fazla kararsızlık sonuçları elde edilmesine rağmen B hastanesindeki hastaların %96,3'ü A hastanesindeki hastaların ise %89,7'si hastaneyi tekrar tercih edeceğini belirtmiştir. B hastanesindeki hastaların %3,7'si hastaneyi tekrar tercih etmeyeceğini belirtirken A hastanesindeki hastalarında %10,3'ü bu düşüncüyü savunmaktadır.

4.3.2. Ayaktan Hastaların Memnuniyet Değerlendirilmesi

Araştırmaya dahil edilen ayaktan tedavi gören hastaların A ve B hastanesine göre demografik özelliklerinin frekans dağılımları Tablo 14'de verilmiştir.

4.12: Hastanede Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Demografik Özellikleri

Değişkenler	A Hastanesi		B Hastanesi	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Cinsiyet				
Kadın	59	55,7	38	46,3
Erkek	47	44,3	44	53,7
Toplam	106	100	82	100
Eğitim Durumu				
İlköğretim	4	3,8	16	19,5
Lise	52	49,1	24	29,3
Lisans	40	37,7	39	47,6
Lisans üstü	10	9,4	3	3,7
Toplam	106	100	82	100
Yaş				
<30	23	21,7	17	20,7
31-40	36	34	29	35,4
41-50	29	27,4	18	22
51-60	12	11,3	11	13,4
60>	6	5,7	7	8,5

Bu sonuçlara göre A hastanesi için araştırmada katılan hastaların % 55,7'si kadın hastalarken, %44,3'ü erkek hastalardır. B hastanesi için araştırmaya katılanlar ise %33,7'si kadın hastalardan oluşurken %67,3'ü erkek hastalardan oluşmaktadır. A hastanesinin de tedavi gören hastaların %3,8'i ilköğretim, %49,1'i ise, %37,7'si lisans mezunu iken %9,4'ü lisansüstü eğitime sahiptir. B hastanesinde tedavi gören hastaların %4,7'si ilköğretim, %20,6'sı lise, %65,4'ü lisans mezunu iken %9,3'ü ise lisansüstü eğitime sahiptir. A hastanesi için yapılan çalışmada yer alan hastaları %21,7'si 30 yaş altı hastalardan oluşurken, %34'ü 31-40 yaş grubu arasında, %27,4'ü 41-50 yaş grubunda, %11,3'ü ise 51-60 yaş grubu arasında yer almaktayken %5,7'si ise 60 yaş üzeri hastalardan oluşmaktadır. B hastanesine ait çalışmaya katılan hastaların %30,8'i 30 yaş altında iken, %48,6'sı 31-40 yaş grubu, %17,8'i 41-50 yaş grubu, %2,8'i ise 51-60 yaş grubu arasında yer almaktadır. B hastanesi için yapılan çalışmada 60 yaş üzeri hasta bulunmamaktadır

4.13: Ayaktan Hasta Hizmetlerinin Değerlendirilme Sonuçları

Sorular	A Hastanesi						B Hastanesi					
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
S1	81	76,4	18	17,0	7	6,6	54	50,5	53	49,5	0	0
S2	79	74,5	23	21,7	4	3,8	67	62,6	38	35,5	2	1,9
S3	75	70,8	24	22,6	7	6,6	72	67,3	35	32,7	0	0
S4	83	78,3	17	16,0	6	5,7	32	29,9	75	70,1	0	0
S5	73	68,9	27	25,5	6	5,7	44	41,1	62	57,9	1	0,9
S6	81	76,4	19	17,9	6	5,7	49	45,8	58	54,2	0	0
S7	76	71,7	19	17,9	11	10,4	53	49,5	48	44,9	6	5,6
S8	82	77,4	19	17,9	5	4,7	56	52,3	46	43,0	5	4,7
S9	82	77,4	16	15,1	8	7,5	67	62,6	32	29,9	8	7,5
S10	82	77,4	16	15,1	8	7,5	61	57,0	37	34,6	9	8,4
S11	66	62,3	15	14,2	25	23,6	59	55,1	35	32,7	13	12,1
S12	83	78,3	17	16,0	6	5,7	48	44,9	58	54,2	1	0,9
S13	86	81,1	16	15,1	4	3,8	51	47,7	53	49,5	3	2,8
S14	84	79,2	18	17,0	4	3,8	55	51,4	52	48,6	0	0

A hastanesine ait çalışmada yer alan hastaların %76,4'ü randevu alırken verilen hizmetin yeterli olduğunu düşünürken, %7'si yeterli olmadığını düşünmekte ve %17'si bu konuda kararsız kalmaktadır. Hastaların %78,3'ü hekimlerin verdiği hizmetten memnunken, %5,7'si hekimlerin verdiği hizmetten memnun değildir ve %16'sı memnuniyet açısından kararsız olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin verdiği hizmet ele alındığında memnun olan ve olmayan hastaların oranları sırasıyla %68,9 ve %5,7 olarak elde edilmiştir. Hastaların %78,3'ü hastanedeki genel hemşirelik hizmetinden memnunken %5,7'si bu hizmetten memnun olmadığını belirtmiştir.

Hastaların tıbbi hizmetten memnuniyeti incelendiğinde %81,1'i olumlu düşünürken, %3,8'i olumsuz düşünmektedir. Tıbbi hizmetler konusunda hastaların %15,1'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Hastanedeki tüm hizmetler genel olarak ele alındığında hastaların genel memnuniyeti incelendiğinde ise hastaların %79,2'si genel hizmetlerden memnun olduğunu belirtirken %3,8'i

memnun olmadığını, %172'si ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. A hastanesine ait çalışmada hastaların en fazla memnuniyet belirttikleri hizmet tıbbi hizmetken, en yüksek oranda memnuniyetsizlik belirttikleri hizmet ise laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri olarak elde edilmiştir.

B hastanesine ait çalışmada yer alan hastaların %50,5'i randevu alırken verilen hizmetin yeterli olduğunu düşünürken, hizmetin yeterli olmadığını düşünen kişi yoktur ve %49,5'si bu konuda kararsız kalmaktadır. Hastaların %29,9'u hekimlerin verdiği hizmetten memnunken, hekimlerin verdiği hizmetten memnun olmayan veya memnuniyet açısından kararsız olduğunu belirten kişi yoktur. Hemşirelerin verdiği hizmet ele alındığında memnun olan ve olmayan hastaların oranları sırasıyla %41,1 ve %0,9 olarak elde edilmiştir. Hastaların %44,9'u hastanedeki genel hemşirelik hizmetinden memnunken % 0,9'u bu hizmetten memnun olmadığını belirtmiştir. Hastaların tıbbi hizmetten memnuniyeti incelendiğinde %47,7'i olumlu düşünürken, %2,8'i olumsuz düşünmektedir. Tıbbi hizmetler konusunda hastaların %49,5'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Hastanedeki tüm hizmetler genel olarak ele alındığında hastaların genel memnuniyeti incelendiğinde ise hastaların %51,4'ü genel hizmetlerden memnun olduğunu belirtirken, memnun olmadığını belirten kişi yoktur ve %48,6'sı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. B hastanesine ait çalışmada hastaların en fazla memnuniyet belirttikleri hizmet hastane içerisinde bulunan polikliniklerin yerlerine ulaşımın kolaylığı, en yüksek oranda memnuniyetsizlik belirttikleri hizmet ise otopark hizmetleri olarak elde edilmiştir.

4.14: Hastaneyi Seçme Nedeni

	A Hastanesi		B Hastanesi	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
N1	22	20,8	38	35,5
N2	17	16,0	23	21,5
N3	24	22,6	16	15,0
N4	10	9,4	9	8,4
N5	22	20,8	18	16,8
N6	11	10,4	3	2,8

4.3.3. İstatistiksel Karşılaştırmalar

Bu bölüme kadar anketlerden elde edilen cevapların ve demografik özelliklerin frekans dağılımlarına yer verilmiştir. Bu bölümde ise elde edilen veriler ile farklı gruplar arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda bu bölümde hastanelerin hem ayaktan tedavi gören hem de yatan hastalarının istatistiksel karşılaştırmalarına yer verilecektir.

4.3.3.1. Yatan Hasta Sonuçları

Hastaların yaş grupları ile memnuniyet puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan testler Ek Tablo 1’de yer almaktadır. Hastaların yaşları 5 grupta toplandığından ve hesaplanan ortalama puanlarının dağılımı normal dağılım olmadığından ANOVA testi yapılamamıştır. Bu sebeple yaş grupları ile memnuniyet arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının incelenebilmesi için ANOVA testinin nonparametrik karşılığı olan Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar göstermektedir ki; A hastanesi için hastaların yaş grupları ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık (Asymp. sign.=0,456) bulunmamaktadır. B hastanesinin sonuçları incelendiğinde de yaş grupları ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (Asymp. sign.= 0,938) gözlenmiştir.

Hastaların eğitim durumları ile memnuniyet puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkinin incelendiği test sonuçları Ek Tablo 2’de verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde; hem A hastanesi hem de B hastanesi için eğitim durumları ile memnuniyet puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. A hastanesi için elde edilen $\chi^2 = 6,049$ ve bu değere ait Asymp. sign. değeri 0,009 iken B hastanesi için $\chi^2 = 11,213$ ve bu değere ait Asymp. sign. değeri 0,011’dir. Bu sonuçlara göre hastaların eğitim durumları memnuniyet değerlendirmeleri açısından fark yaratmaktadır.

Hastaların cinsiyeti ile memnuniyet değerlendirmeleri arasındaki istatistiksel analiz sonuçları Ek Tablo 3’de verilmiştir. Bu analizin yapılabilmesi için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçlara göre A hastanesinden hizmet alan hastalarda cinsiyet ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark bulunurken (Asymp. sign.=0,008), B hastanesi için cinsiyet ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık (Asymp. sign.=0,648) bulunamamıştır. Buna göre; A hastanesi için cinsiyet memnuniyet değerlendirmelerinde farklılık yaratırken, B hastanesi için bu durum söz konusu değildir.

Hastanenin tekrar tercih edilme durumu ile hastanenin hizmetlerinden genel olarak memnuniyet durumlarının karşılaştırılması adına Ki-kare testi kullanılmış ve sonuçları Ek Tablo 4’de verilmiştir. A hastanesi için elde edilen test istatistiği

$\chi^2_1 = 40,435$ ve Asymp. sign. değeri ise 0.000'dır. Bu sonuçlara göre hastanenin hizmetlerinden genel olarak memnuniyet ile hastaneyi tekrar tercih etme arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Elde edilen bu sonuç beklentilere cevap vermektedir. B hastanesinin sonuçları incelendiğinde ise elde edilen test istatistiği $\chi^2_1 = 4,39$ ve Asymp. sign. değeri ise 0.036'dır. Bu sonuçlara göre B hastanesi için hastane hizmetlerinden genel memnuniyet ile hastaneyi tekrar tercih etme arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir.

4.3.3.2. Ayaktan Tedavi Gören Hasta Sonuçları

Hastaların yaş grupları ile hastane hizmetlerinden memnuniyet puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre A hastanesi için elde edilen test istatistiği $\chi^2_4 = 1,121$ ve bu değere ait Asymp. sign. değeri ise 0,891'dir. Bu sonuçlar yaş gruplarına göre memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir. B hastanesinin sonuçları incelendiğinde, $\chi^2_4 = 2,202$ prob değeri ise 0,532 olarak elde edilmiştir. A hastanesinde olduğu gibi B hastanesinde de yaş grupları memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır. Bu sonuçlara göre yaş grupları ayaktan tedavi gören hastalarda memnuniyeti etkileyen önemli bir faktör olarak gözlenmemiştir.

Hastaların eğitim durumları ile memnuniyet puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkinin incelendiği test sonuçları Ek Tablo 6'da verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde; hem A hastanesi hem de B hastanesi için eğitim durumları memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. A hastanesi için elde edilen test istatistiği $\chi^2_3 = 7,664$ ve prob. değeri 0,043 iken B hastanesi için $\chi^2_3 = 9,612$ ve prob. değeri 0,022'dir.

Hastaların cinsiyeti ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığının incelenmesi için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. A hastanesi için elde edilen test istatistiği 1,334e-03 prob değeri 0,715 iken, B hastanesi için test istatistiği 1,152e-03 ve prob değeri 0,472 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre her iki hastanede de cinsiyet memnuniyet puanları açısından bir farklılık yaratmamaktadır.

Hastaların aynı hastaneyi tekrar tercih etmeleri ile aynı rahatsızlıktan dolayı farklı bir hekimi tercih etmeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının incelenmesi için yapılan ki-kare testi sonuçları Ek Tablo 8'de verilmiştir. A hastanesi için elde edilen test istatistiği 13,9 ve prob değeri 0,01 iken B hastanesi için test istatistiği 7,9 ve prob değeri 0,005 olarak elde edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde hem A hem de B hastanesi için elde edilen test istatistiklerinin anlamlı olduğu diğer bir ifade ile hastaların hastaneyi tekrar tercih edip etmeme durumu ile aynı rahatsızlıktan dolayı farklı bir hekime başvurma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmeleri ile aynı hekimi tekrar tercih etmeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı yapılan ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçlar Ek Tablo 9'da verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde hem A hem de B hastanesi için hastaların hastaneyi tekrar tercih etmeleri ile aynı hekimi tekrar tercih etmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. A hastanesi için elde edilen 1 serbestlik dereceli ki-kare test istatistiği 8,320 ve bu değer ait prob değeri 0,004 iken B hastanesi için test istatistiği 52,995 ve prob değeri 0,000 olarak elde edilmiştir.

Hastane Karşılaştırma Analizleri

Bu bölümde aynı sınıfta yer alan iki hastaneyi verdikleri hizmetlerin hastalara sağladığı tatmin açısından karşılaştırmalı olarak ele alınmanın yanı sıra iki hastane arasında farklılık olup olmadığının ortaya konması için bazı istatistiksel analizlere de yer verilecektir.

4.3.4. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Karşılaştırmalı Analizleri

Öncelikle iki hastaneyi tercih eden hastaların hizmetlerden memnun olma durumlarına göre oluşturdukları memnuniyet puanları ele alındığında iki hastane açısından fark olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Hastaneye göre memnuniyet puanları dağılımı incelendiğinde normal dağılıma sahip olmadığı gözlenmiş ve bu sebeple nonparametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Gözlem sayısının yeterli olması nedeniyle normal dağılım kabul edilebilir olmasına rağmen analizler sırasında hem parametrik hem de nonparametrik testler incelenmiş, her ikisi de benzer sonuçlar vermesine

karşılık istatistiksel varsayımların sağlanması açısından nonparametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Hastaneler göre memnuniyet puanları arasında fark olup olmadığının incelenmesi için Mann Whitney U test sonuçları Ek Tablo 10'da verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre aynı kalite standardına sahip iki hastanenin memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık (prob=0,000) elde edilmiştir.

A ve B hastanelerine göre hastaların hastaneleri tekrar tercih etmeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının incelenmesi için yapılan ki-kare test sonuçları Ek Tablo 11'de verilmiştir. Elde edilen ki-kare istatistiği 25,492 bu değere ait prob değeri ise 0,000'dır. Diğer bir ifade ile A ve B hastanesine göre hastaların tekrar aynı hastaneyi tercih etme durumları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre A hastanesindeki hastaların %75,5'i, B hastanesindeki hastaların %99,1'i aynı hastaneleri tekrar tercih edeceğini belirtmiştir. Bu sonuçlar göstermektedir ki; iki hastane arasında memnuniyet açısından oldukça önemli ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Hastaların hastaneler göre aynı hekimi tekrar tercih etme durumları arasındaki farklılığın incelenmesi için yapılan test sonuçları Ek Tablo 12'de verilmiştir. Elde edilen test istatistiği 34,593 ve prob değeri 0,000'dır. Bu sonuçlara göre hastaneler arasında aynı hekimi tekrar tercih etme durumları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmektedir. A hastanesindeki hastaların %67'si, B hastanesindeki hastaların ise %98,1'i aynı hekimi tekrar tercih edeceğini belirtmiştir.

Hastaların hastaneler göre aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekimi tercih etme durumları arasındaki farklılığın incelenmesi için yapılan test sonuçları Ek Tablo 13'de verilmiştir. Elde edilen test istatistiği 71,699 ve prob değeri 0,000'dır. Bu sonuçlara göre hastaneler arasında aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekimi tercih etme durumları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmektedir. A hastanesindeki hastaların %32,1'i, B hastanesindeki hastaların ise %88,8'i aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekimi tercih etmeyeceğini belirtmiştir.

4.3.5. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Karşılaştırmalı Analizleri

Hastaneler göre memnuniyet puanları arasında fark olup olmadığının incelenmesi için Mann Whitney U test sonuçları Ek Tablo 14'de verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre aynı kalite standardına sahip iki hastanenin yatarak

tedavi gören hastaların memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Elde edilen test istatistiği 947,5 ve prob değeri 0,000'dır.

A ve B hastanelerine göre hastaların hastaneleri tekrar tercih etmeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının incelenebilmesi için yapılan ki-kare test sonuçları Ek Tablo 15'te verilmiştir. Elde edilen 1 serbestlik dereceli ki-kare istatistiği 2,631 bu değere ait prob değeri ise 0,105'dir. Diğer bir ifade ile A ve B hastanesine göre hastaların tekrar aynı hastaneyi tercih etme durumları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

5. Sonuç

Sağlık kurumlarında hizmetin kalitesinin ölçüsü hasta memnuniyetidir. Hasta memnuniyeti genel anlamda verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılanmasına ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarının oldukça heterojen bir hasta portföyüne sahip oldukları dikkate alındığında, hasta memnuniyeti daha da önemli bir olgu ve hizmet kalitesini arttırmada iyi bir ölçü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uygulamada amaç, İstanbul'da akredite edilmiş iki özel grup hastanesi servislerinde yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların tedavi süresince aldıkları hizmetlerden memnun olup olmadıkları ile memnuniyet düzeylerinin ölçülerek değerlendirilmesidir. Bu iki hastanenin ele alınmasının asıl sebebi ise aynı sınıfta yer alan hastaneler arasında da memnuniyet düzeyleri açısından fark olup olmayacağının belirlenmeye çalışılmasıdır.

Akredite edilmemiş hastaneler arasında önemli yapısal farklılıklar olabileceğinden kaliteleri de çok farklılıklar gösterebilir. Akredite olmak asgari ölçülerde de olsa kalitenin garantisi gibi görülebilir. Buna rağmen akredite edilmiş hastanelerde de kalite farklılıkları ve aksaklıkları görülebilir. Bu çalışma bu amaçla yapılmıştır. Hizmetlerin kalitesi veya hasta memnuniyeti yatan veya ayaktan tedavi gören hastalar için farklılıklar gösterebilir. Bu nedenle anketler her iki grup için de ayrı örnekler alınarak değerlendirme yapılmıştır.

Bununla birlikte, hastaların memnuniyet düzeylerinin hastaların hangi demografik özelliklerine göre farklılık göstereceğinin, memnuniyet düzeylerinin hastaneyi tekrar tercih etmede ne kadar etkili olacağını belirlenmesi de amaçlanmaktadır. Buna bağlı olarak hastanelerin müşteri ilişkileri yönetim uygulamalarının hastalar üzerindeki etkilerinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

Tüm sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, iki hastanenin hastaları tarafından belirlenen memnuniyet puanları arasında oldukça önemli ve anlamlı bir farklılığın olduğu, hastaların hastaneleri tekrar tercih etme durumlarının iki hastaneye göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini söylememiz mümkündür. A ve B hastaneleri genel olarak ele alındığında; B hastanesindeki hastaların ya hizmetten çok memnun ya da kararsız olduğu gözlenmiştir. Hastaların verilen hizmetlerden memnun olmama durumu gözlenmemesiyle birlikte memnunluk düzeylerine yakın bir oranda kararsızlık durumu oranları gözlenmiştir. Her iki hastane için de hastaların aynı rahatsızlıktan dolayı farklı bir hekimi seçme kararları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir.

Her iki hastane için hem ayaktan tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların eğitim düzeyleri memnuniyet puanlarını anlamlı derecede etkilemektedir. Yatan hastalarda cinsiyet memnuniyet puanlarını anlamlı derecede etkileyip farklılık yaratırken, ayakta tedavi gören hastalarda bu farklılık anlamlı değildir.

Yapılan araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, aynı kalite belgesine sahip aynı sınıfta yer alan İstanbul'un iki özel grup hastanesi için hastaların genel memnuniyetleri farklı servislerin hizmetlerine göre değişmekte ve hatta iki hastane arasında da bu farklılık elde edilmektedir. Sonuçlar iki hastanenin memnuniyet açısından yakın değerlerde olmadığını, B hastanesinin kararsız kalan hasta oranının yüksek olduğunu ve A hastanesi için ise hastalarının olumsuz durumları daha fazla belirttiğini söylemek mümkündür.

Son olarak, bu tür daha detaylı çalışmalarla toplum genelinde sağlık kuruluşlarında "hasta memnuniyeti" bilincinin yerleşmesi, hasta memnuniyeti

temelli hizmet kalitesinin yükselmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve böylelikle belki de bir hasta memnuniyeti endeksi oluşturulması ve hasta haklarının bu yolla güvence altına alınması önerilebilir. Bu nedenlerle anketlerin belirli aralıklarla sürekli tekrarlanması da yararlı olacaktır.

EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Uygulanan Anketler: YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan
Doğum Tarihi:
Öğrenim Durumu:
Hangi sosyal sağlık kurumuna bağlısınız? <input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Bağlı Değilim

Hastanemizi seçme nedeniniz?	
<input type="checkbox"/> Daha önce aldığım hizmetlerden memnun kaldığım için	<input type="checkbox"/> Çalıştığım kurumun anlaşması ve sosyal güvencem
<input type="checkbox"/> Hastane evime / işime yakın olduğu için	<input type="checkbox"/> Hekimimin önerisi ve yönlendirmesi nedeniyle
<input type="checkbox"/> Tedavi olmak istediğim hekim bu hastanede görev yaptığı için	<input type="checkbox"/> tavsiye üzerine
<input type="checkbox"/> Medya aracılığıyla	

Aldığınız Hizmetler İçin Aşağıdaki İfadelere Katılım Derecenizi Yansıtan En Uygun Seçeneği İşaretleyiniz	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Yatış-Taburcu Hizmetleri					
Yatış ve taburcu işlemlerini yapan personelin ilgisi ve nezaketinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yatış sırasında ücretler hakkındaki bilgilendirme yeterlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yatış işlemleri sırasında bekleme zamanı fazla değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta Danışmanı Hizmetleri					
Hasta danışmanının ilgisi ve nezaketinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta danışmanının bilgilendirmesinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hekimlik Hizmetleri					
Hekimin ilgisi ve nezaketinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedaviye karar verilmesi aşamasında hekimim tarafından fikirlerime önem verilmiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hekim tarafından tedavim hakkında bilgilendirilmem oldukça yeterlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hekimin taburculuk sonrası tedavi ve kontrollerim hakkında bilgilendirmesi yeterlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemşirelik Hizmetleri					

Hemşirelerin ilgisi ve nezaketinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemşirelik hizmetleri aşamasında fikrime yeterince önem verilmiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemşirenin taburculuk sonrası bakım ve ilaçlar hakkında bilgilendirmesi yeterlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer Sağlık Çalışanları Hizmetleri(Diyetisyen, Fizyoterapisti, Sağlık Teknisyeni gibi)					
Genel değerlendirmeden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirtmek istedikleriniz:					
Odanızın Konforu(Dekorasyon, Sessizlik, Aydınlatma gibi)					
Genel olarak memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirtmek istedikleriniz:					
Temizlik Hizmetlerimiz					
Odamın temizliğinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banyo ve tuvaletin temizliğinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yatak takımlarının temizliğinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yiyecek-İçecek Hizmetlerimiz					
Yemeklerin lezzeti ve sıcaklığından memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menü çeşitliğinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garsonların temizliğinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer Destek Hizmetlerimiz					
Resepsiyon hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güvenlik hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kafeterya hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otopark hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanedeki Tıbbi Hizmetten Memnunum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanenin Hizmetlerinden Genel Olarak Memnunum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hastanemizi tekrar tercih eder misiniz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Cevabınız Hayır ise nedenini belirtiniz.		

AYAKTAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Bay	<input type="checkbox"/> Bayan
Doğum Tarihi:		
Öğrenim Durumu:		
Hangi Sosyal Sağlık Kurumuna Bağlısınız?	<input type="checkbox"/> SGK	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Bağlı Değilim

Hastanemizi seçme nedeniniz?	
<input type="checkbox"/> Daha önce aldığım hizmetlerden memnun kaldığım için	<input type="checkbox"/> Çalıştığım kurumun anlaşması ve sosyal güvencem
<input type="checkbox"/> Hastane evime / işime yakın olduğu için	<input type="checkbox"/> Hekimin önerisi ve yönlendirmesi nedeniyle
<input type="checkbox"/> Tedavi olmak istediğim hekim bu hastanede görev yaptığı için	<input type="checkbox"/> tavsiye üzerine
<input type="checkbox"/> Medya aracılığıyla	

Aldığımız Hizmetler İçin Aşağıdaki İfadelere Katılım Derecenizi Yansıtan En Uygun Seçeneği İşaretleyiniz	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Randevu alırken verilen hizmetin yeterli olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastaneye ulaşımında yardımcı olan yönlendirme levha ve işaretlerin yeterli olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastane içerisinde polikliniklerin bulunduğu yere ulaşımında yardımcı olan yönlendirme, levha ve işaretlerinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hekimlerin verdiği hizmetten memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemşirelerin verdiği hizmetten memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta danışmanlarının verdiği hizmetten memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratuvar/görüntüleme hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resepsiyon hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güvenlik hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kafeterya hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otopark hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genel temizlik hizmetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hastanedeki tıbbi hizmetten memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genel olarak hastaneden alınan hizmet memnun edicidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hizmetin Zamanlamaya Yönelik Değerlendirmesi

Randevu saatlerinde gecikme süresi

0 dk

1-10 dk

11-20 dk

20 dk üstü

Hekiminizin sizi muayene etme süresi ne kadardı?

5 dk

6-10 dk

11-20 dk

20 dk üstü

Aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekimi tercih eder misiniz?

Evet

Hayır

Aynı hekimi tercih eder misiniz?

Evet

Hayır

Hastanemizi tekrar tercih eder misiniz?

Evet

Hayır

Ek Tablo 2. Yatan Hasta Yaş Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

	yasgrup	N	Sıra Ortalaması
Memnuniyet	1	2	21,00
Puanlar	2	28	31,52
	3	19	38,82
	4	16	35,00
	5	3	41,33
	Total	68	

Test İstatistiği

	Memnuniyet
Ki-kare	3,644
Serb. derecesi	4
Asymp. Sig.	0 ,456

B Hastanesi için Sonuçlar

	yasgrup	N	Sıra Ortalaması
Memnuniyet	30 altı	17	44,85
	31-40	29	42,48
	41-50	18	38,22
	51-60	11	40,27
	60 üstü	7	39,64
	Total	82	

Test İstatistiği

	Memnuniyet
Ki-kare	,802
Serb. Derecesi	4
Asymp. Sig.	,938

Ek Tablo 3. Yatan Hasta Eğitim Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

	eğitim	N	Sıra Ortalaması
Memnuniyet	2	3	31,50
	3	35	37,84
	4	24	27,96
	5	6	42,67
	Total	68	

Test İstatistiği

	Memnuniyet
Ki-kare	6,049
Serb. derecesi	3
Asymp. Sig.	,009

B Hastanesi için Sonuçlar

	eğitim	N	Sıra ortalaması
Memnuniyet	2	16	52,38
	3	24	47,19
	4	39	35,69
	5	3	13,50
	Total	82	

Test İstatistiği

	Memnuniyet
Ki-kare	11,213
Serb. derecesi	3
Asymp. Sig.	,011

Ek Tablo 4. Yatan Hastaların Cinsiyetleri ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

CINSİYET		N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı
Memnuniyet	KADIN	38	31,29	1189,00
	ERKEK	30	38,57	1157,00
	Total	68		

Test istatistiği

	Memnuniyet
Mann-Whitney U	448,000
Wilcoxon W	1,189E3
Z	-1,706
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

B Hastanesi için Sonuçlar

CINSİYET		N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı
Memnuniyet	KADIN	38	40,21	1528,00
	ERKEK	44	42,61	1875,00
	Total	82		

Test istatistiği

	Memnuniyet
Mann-Whitney U	787,000
Wilcoxon W	1,528E3
Z	-,456
Asymp. Sig. (2-tailed)	,648

Ek Tablo 5. Yatan Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeleri ile Hastaneden Genel Memnuniyetin Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

Ki-kare testi

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,435 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	30,663	2	,000
Linear-by-Linear Association	,025	1	,873
N of Valid Cases	68		

B Hastanesi için Sonuçlar

Ki-kare testi

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,396 ^a	1	,036		
Continuity Correction ^b	2,249	1	,134		
Likelihood Ratio	5,444	1	,020		
Fisher's Exact Test				,068	,068
Linear-by-Linear Association	4,343	1	,037		
N of Valid Cases ^b	82				

Ek Tablo 6. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Yaş Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

	yasgrup	N	Sıra ortalaması
memnuniyet	1	23	50,70
	2	36	53,83
	3	29	55,14
	4	12	49,62
	5	6	62,08
	Total	106	

Test istatistiği

	memnuniyet
Chi-Square	1,121
df	4
Asymp. Sig.	,891

B Hastanesi için Sonuçlar

	yasgrup	N	Sıra ortalaması
memnuniyet	30 altı	33	52,35
	31-40	52	51,44
	41-50	19	63,29
	51-60	3	57,67
	Total	107	

Test istatistiği

	memnuniyet
Chi-Square	2,202
df	3
Asymp. Sig.	,532

Ek Tablo 7. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eğitim Grupları ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

	yenioğr enim	N	Sıra ortalaması
memnuniyet	2	4	78,12
	3	52	58,01
	4	40	48,16
	5	10	41,55
	Total	106	

Test istatistiği

	memnuniyet
Chi-Square	7,664
df	3
Asymp. Sig.	,043

B Hastanesi için Sonuçlar

	yenioğr enim	N	Sıra ortalaması
memnuniyet	2	5	61,40
	3	22	66,32
	4	70	52,96
	5	10	30,50
	Total	107	

Test istatistiği

	memnuniyet
Chi-Square	9,612
df	3
Asymp. Sig.	,022

Ek Tablo 8. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Cinsiyetleri ile Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

B Hastanesi için Sonuçlar

	CINSİYET	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı
memnuniyet	KADIN	59	54,39	3209,00
	ERKEK	47	52,38	2462,00
	Total	106		

Test istatistiği	
	memnuniyet
Mann-Whitney U	1,334E3
Wilcoxon W	2,462E3
Z	-,365
Asymp. Sig. (2-tailed)	,715

a. Grouping Variable: CINSİYET

	CINSİYET	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı
memnuniyet	KADIN	35	57,09	1998,00
	ERKEK	72	52,50	3780,00
	Total	107		

Test istatistiği	
	memnuniyet
Mann-Whitney U	1,152E3
Wilcoxon W	3,780E3
Z	-,719
Asymp. Sig. (2-tailed)	,472

Ek Tablo 9. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeleri ile Aynı Rahatsızlıktan Dolayı Farklı Bir Hekimi Tercih Etmeleri Durumunun Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

Ki-kare testi

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,933 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	13,927	2	,001
Linear-by-Linear Association	13,723	1	,000
N of Valid Cases	106		

B Hastanesi için Sonuçlar

Chi-Square Tests

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,991 ^a	1	,005		
Continuity Correction ^b	1,525	1	,217		
Likelihood Ratio	4,452	1	,035		
Fisher's Exact Test				,112	,112
Linear-by-Linear Association	7,917	1	,005		
N of Valid Cases ^b	107				

Ek Tablo 10. Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Hastaneyi Tekrar Tercih Etmeleri ile Aynı Hekimi Tercih Etmeleri Durumunun Karşılaştırılmasının Sonuçları

A Hastanesi için Sonuçlar

Ki-kare testi

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,320 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	7,009	1	,008		
Likelihood Ratio	7,984	1	,005		
Fisher's Exact Test				,008	,005
Linear-by-Linear Association	8,241	1	,004		
N of Valid Cases ^b	106				

B Hastanesi için Sonuçlar

Chi-Square Tests

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	52,995 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	12,749	1	,000		
Likelihood Ratio	8,564	1	,003		
Fisher's Exact Test				,019	,019
Linear-by-Linear Association	52,500	1	,000		
N of Valid Cases ^b	107				

Ek Tablo 11. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

hastane	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı
memnuniyet memorial	107	137,07	14666,50
florance	106	76,65	8124,50
Total	213		

Test istatistiği

	memnuniyet
Mann-Whitney U	2,454E3
Wilcoxon W	8,124E3
Z	-7,275
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Ek Tablo 12. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Hastaneleri Tekrar Tercih Etmelerinin Karşılaştırılması

HASTANEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ * HASTANE ÇAPRAZ TABLO

			hastane		Total
			B	A	
HASTANEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	EVET	Count	106	81	187
		% within HASTANEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	56,7%	43,3%	100,0%
		% within hastane	99,1%	76,4%	87,8%
	HAYIR	Count	1	25	26
		% within HASTANEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	3,8%	96,2%	100,0%
		% within hastane	,9%	23,6%	12,2%
Total	Count	107	106	213	
	% within HASTANEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	50,2%	49,8%	100,0%	
	% within hastane	100,0%	100,0%	100,0%	

Ki-kare test

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	25,492 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	23,422	1	,000		
Likelihood Ratio	30,914	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,372	1	,000		
N of Valid Cases ^b	213				

Ek Tablo 13. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Hekimi Tekrar Tercih Etme Durumlarının Karşılaştırılması

AYNI HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ * hastane Crosstabulation

			hastane		Total
			B	A	
AYNI HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	EVET	Count	105	72	177
		% within AYNI HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	59,3%	40,7%	100,0%
		% within hastane	98,1%	67,9%	83,1%
	HAYIR	Count	2	34	36
		% within AYNI HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	5,6%	94,4%	100,0%
		% within hastane	1,9%	32,1%	16,9%
Total	Count	107	106	213	
	% within AYNI HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	50,2%	49,8%	100,0%	
	% within hastane	100,0%	100,0%	100,0%	

Ki-kare test

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	34,593 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^d	32,476	1	,000		
Likelihood Ratio	40,642	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	34,431	1	,000		
N of Valid Cases ^b	213				

Ek Tablo 14. İki Hastaneye Göre Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Aynı Rahatsızlıktan Başka Bir Hekimi Tercih Etme Durumlarının Karşılaştırılması

**AYNI RAHATSIZLIKTAN DOLAYI BAŞKA BİR HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ * hastane
Crosstabulation**

			hastane		Total
			B	A	
AYNI RAHATSIZLIKTAN DOLAYI BAŞKA BİR HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	EVET	Count	12	72	84
		% within AYNI RAHATSIZLIKTAN DOLAYI BAŞKA BİR HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	14,3%	85,7%	100,0%
		% within hastane	11,2%	67,9%	39,4%
	HAYIR	Count	95	34	129
		% within AYNI RAHATSIZLIKTAN DOLAYI BAŞKA BİR HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	73,6%	26,4%	100,0%
		% within hastane	88,8%	32,1%	60,6%
Total	Count	107	106	213	
	% within AYNI RAHATSIZLIKTAN DOLAYI BAŞKA BİR HEKİMİ TERCİH EDER MİSİNİZ	50,2%	49,8%	100,0%	
	% within hastane	100,0%	100,0%	100,0%	

Ki-kare test

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	71,699 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^d	69,344	1	,000		
Likelihood Ratio	77,574	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	71,362	1	,000		
N of Valid Cases ^d	213				

Ek Tablo 15. İki Hastaneye Göre Yatarak Tedavi Gören Hastaların Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

	hastane	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı
memnuniyet	1	82	97,95	8031,50
	2	68	48,43	3293,50
	Total	150		

Test istatistiği

	memnuniyet
Mann-Whitney U	947,500
Wilcoxon W	3,294E3
Z	-7,030
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Ek Tablo 16. İki Hastaneye Göre Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumlarının Karşılaştırılması

HASTENEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ * hastane Crosstabulation

			hastane		Total
			1	2	
HASTENEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	EVET	Count	79	61	140
		% within HASTENEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	56,4%	43,6%	100,0%
		% within hastane	96,3%	89,7%	93,3%
	HAYIR	Count	3	7	10
		% within HASTENEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ	30,0%	70,0%	100,0%
		% within hastane	3,7%	10,3%	6,7%
Total	Count		82	68	150
	% within HASTENEMİZİ TEKRAR TERCİH EDER MİSİNİZ		54,7%	45,3%	100,0%
	% within hastane		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	değer	Serbestlik derecesi	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,631 ^a	1	,105		
Continuity Correction ^b	1,672	1	,196		
Likelihood Ratio	2,658	1	,103		
Fisher's Exact Test				,186	,098
Linear-by-Linear Association	2,613	1	,106		
N of Valid Cases ^b	150				

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma Serisi 4. Ankara.

Akdeniz Üniversitesi, (AÜ), (2006), Kalite El Kitabı.

Akdur, R. (1998:12). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.

Akdur, R. (1998:13). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. 5-14.

Akdur, R. (1998:14). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. 5-14.

Akyurt N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Alpugan, O. (1981). Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye'de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözülmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi.

Anderson, E. (1995). Measuring Service Quality and a University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 8, No. 2, 32–37.

Angelopoulou, P., Kangis, P. and Babis, G. (1998). Private and Public Medicine; A Comparison of Quality Perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 11, No. 1, 14–20.

Avis, M., Bond, M. ve Arthur, A. (1995b). Exploring patient satisfaction with out-patient services. *Journal of Nursing Management*. 3. 2, 59- 65.

Aydın, S. (2008). *Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri*. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler2011/upsem/kalite_gvenlik.pdf (20 Mart 2012).

Bearden W.O. ve Jesse E.T. (1983). Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. *Journal of Marketing Research*. 20, February, 21-28.

Benjamins, M. R. (2006). Does Religion Influence Patient Satisfaction?. *American Journal of Health Behavior*. Vol. 30, No. 1, 85-91.

Boyacıoğlu, H. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, 39-40.

Bumin, B. ve Erkutlu, H. (2002). Toplam Kalite yönetimi ve Kıyaslama (Benchmarking) İlişkileri. *G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*. 1. s.86
http://www.dergi.iibf.gazi.edu.tr/dergi_v1/4/1/6.pdf (14 Mart 2012)

Burke, R. J., Graham, J. ve Smith, F. (2005). Effects of Reengineering on the Employee Satisfaction–Customer Satisfaction Relationship. *The TQM Magazine*. Vol. 17, No. 4, pp. 358–363.

Carman, J.M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimentions. *Journal of Retailing*. Vol. 66, Spring, 33–55.

Carr-Hill, A.R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 14. 3, 236-249.

Churchill G.A. Jr. ve Carol S. (1982). An Inverstigation Into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 19, November, 491-504.

Cihangiroğlu, N. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane yönetimi*. 2. 8, s.41.

Çıraklı, Z.L. ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* cilt:2 Antalya. 349-354-359

Çoruh, M. (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 2, s.1.

Çoruh, M. (1998). *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Dawn, B.L. ve Powers, T.L. (2004). The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions. *Journal of Services Marketing*, Vol:18, No:2, 114-121.

Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 5, 2, 68–74.

Egglı, Y. Halfon, P. (2003). A Conceptual Framework for Hospital Quality Management. International Journal of Health Care Quality Assurance Vol.16, No.1. 29–36.

Ercan, İ., Ediz B. ve Kan İ. (2004). Hastaların Sosyo–Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 11. 3, 161–164.

Erdoğan, İ. (1998). Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, s.43.

Erefe, I. (1993). Sağlık hizmetlerinde standart ve kalitenin önemi. *Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. 20-25.

Erkılıç T.A. (2007) Toplam Kalite Yönetimi İnkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması. Anadolu Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Fakültesi.Eskişehir.http://www.gau.edu.tr/PDFFiles/JSAS_002_04_PDF/JSAS_002_04_05_Erkilic.pdf (15 Mart 2012).

Evans, M.L., Martin, M.L. ve Winslow, E.H. (1998). Nursing care and patient satisfaction. *American Journal of Nursing*. 98. 12, 57-59.

Fakhoury, W.K. (1998). Satisfaction with palliative care:what should we be aware of?, *J. Int. Nurs.Stud*. 35. 3, 171-176.

Forbes, M.L. ve Brown, H.N. (1995). Developing a instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal*. 61. 4, 737-743.

Gökmen, C. (1998). Devlet Hastanelerinde Kalite Sağlık Hizmeti sunumu Üzerine Bir Araştırma. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 8, s.27.

Gökmen, C. (1998). Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi 2. 4, 18-19.

Gül, C. (2002). İstanbul'daki Diyaliz Merkezlerinin Mevcut Durum Saptama Araştırması. M.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, ;*Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul

- Gülay, S. (2009). Ankara İli Kurumsal Performans Ve Kalite Uygulamaları: Hastaneler, Adsm Ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. 3. 30, 30-32.
- Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 6. 2, s.147.
- Gümüş, Ö. (2005). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi.
- Helena, V.M. ve Jose, N. (2008). The Influence of Service Quality and Patients' Emotions on Satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 21. 1, 87-103.
- Hogston, R. (1995). Quality nursing care: a qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*. 21. 1, 116-124.
- Huber, J.P., Saldutto, B., Hurny, C., Conzelmann, M., Beutler, M., Fusek, M. ve Munzer, T. (2008). Assessment of Patient Satisfaction in Geriatric Hospitals: A Methodological Pilot Study, *Z Gerontol Geriatr*. Apr;41(2):124-31.
- İnceboz, T. (2009). Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jabnoun, N. ve Chaker, M. (2003). Comparing the Quality of Private and Public Hospitals. *Managing Service Quality*. Vol. 13, No. 4, p. 290-299.
- Kang, G., James, J. (2004), "Service Quality Dimensions", *Managing Service Quality*. Vol. 12. 4, 266-277.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000) *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000:46). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kızılcan, F. (2005), Bayındır Hastanesi Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, www.sabem.saglik.gov.tr
- Kirby, A. (2005). Achieving Statistically Significant Improvements in Patient Satisfaction Scores in a Community Hospital Through the Development of a Service Excellence Model. *Journal of Healthcare Management*. Vol. 50, No. 1, 61.

Köroğlu, E. (1987). Sağlık Mevzuatı. 2. Baskı Ankara.

Kui-Son, C., Woo-Hyun, C., Lee, S., Lee, H. ve Kim, C. (2004). The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study. *Journal of Business Research*. 57, 913-921.

Kurtulmuş, S. (1998:84). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Lee, P. M., Khong, P. H. ve Ghista, D.N. (2006). The Impact of Deficient Healthcare Service Quality. *The TQM Magazine*. Vol. 18, No. 6, 563–571.

Leebov, W. ve Scoot, G.(1994). Service Quality Improvement-The Customer Satisfaction Strategy for Health Care, *American Hospital Publishing, Inc.*

Lim, P.C. ve Tang, N. (2000a). Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Singapore Hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 13, No. 7, 290–999.

Lin, C.C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing*. 12. 4, 737-743.

Malcolm, C.E., Wong, K.K. ve Elwood-Martin R. (2008). Patients' Perceptions and Experiences of Family Medicine Residents in The Office. *Can Fam Physician*. 54(4). 570-1, 571.e1-6.

Mark, P., Cooper, P.D. ve Carrol, G.J. (1993). Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. *Journal of Health Care Marketing*. 13, 24-33.

Marşap, A., Akalp, G. ve Yeniman, E. (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojiler*. 3. 1, 32-35.

MCNEALY, R. M.(1994). Making Customer Satisfaction Happen. Chapman& Hall. London.

MEB Personel Genel Müdürlüğü YÖDGED Başkan. V. *Milli Eğitim Dergisi*. (2002) <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/kcetin.htm> (15 Mart 2012)

Mehveş, T. (2000). *Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite*. Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan. Ankara: Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını 38.

Menderes, M. (1995). (Editör:Hikmet Seçim). Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi. *Hastane İşletmeciliği: Seçme yazılar*. Eskişehir. 311-327.

Menderes, M. (1995). (Editör:Hikmet Seçim). Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi. Hastane İşletmeciliği: Seçme yazılar. Eskişehir. 311-327.

Odabaşı, Y. (2001:25). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Oluç, M. (1987) Sosyal Sınıfların (Sosyal Katmanların) Pazarlama Açısından Önemi. Pazarlama Dünyası. 11-17.

Oswald, T., Sharon L., Douglas E., Snipes, Robin, L. VE Butler, Daniel. (1998). Quality Determinants And Hospital Satisfaction. Marketing Health Services. Vol:18. Issue:1. 1094-1304.

Otoni vd. 2004, 181

Özbakır, D. ve Ergin, C. (1997). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Çalışması. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü* Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Özcan, C. (1998). İnsan, Sağlık ve Hizmet Kalitesi. *Modern Hastane Yönetimi*. 2. 7, 30-33.

Özgen, H. ve Öztürk, A. (1992). Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, Sosyal Siyaset Dergisi, Cilt:1, No:8, s: 27-37.

Özkan, A. (2003). Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*", Cilt:XXII, Sayı: 2, s: 113-130.

Özmen D (1999a). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması. *II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*. İzmir: s. 532-538.

Özsarı, S.H. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Kalite. *Modern Hastane Yönetimi*. 1. 3, 3-9.

Pala, K. (2008). *Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri, İşyeri Hekimliği Ders Notları*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa. <http://www.turkacil.net/wpcontent/uploads/2011/08/turkiyeicinsaglikplatformu.pdf> (erişim tarihi:24 Mart 2012)

Pala, K. (2008:29-32). Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri , İşyeri Hekimliği Ders Notları. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Parasuraman, A. (2002). Service Quality and Productivity. *Managing Service Quality*. Vol.12. 1, 6–9.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. Vol. 49. 41–50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 64 (1). 12-37

Patwardhan, A. Patwardhan, D. (2008). Business Process Re-Engineering–Saviour or Just Another Fad? One UK Health Care Perspective, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 21, No. 3. 289-296.

Peterson A.R. ve William R.W. (1992). Measuring Customer Satisfaction: Fact and Artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol:20, No:1, pp.61-71.

Ralph, C. (1993). Kalite, Maliyet ve Hemşirelik. *Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. 1-8.

Rust, R. T., ve diğerleri(1996): *Service Marketing* Harper Collins College Publishers, New York.

Richard, O.L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. Vol.17. 460–469.

Sağlık Bakanlığı. (2000). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2005) *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005, Sayı: 25806.

Shaw C.D. (2008). Avrupa'da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi.Sağlık Bakanlığı.http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/avrupada_hastane_akreditasyonunun_gelistirilmesi.pdf (3 Mart 2012)

Smallwood, R.S. (1990). Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach. *Journal of Health Care Marketing*. Vol. 10 No. 4, December, pp. 47–55.

Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Nobel Yayınları.

Şahin, Ü. (1998). Ülkemiz Hastanelerinde Kalite Yönetimi Niçin Önemli. *Modern Hastane Yönetimi*.2. 8, s.35.

- Şimşek, M. (1998). Kalite Yönetimi. 2. Baskı. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (1996). Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi. *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 103–111.
- Tengilimoğlu, D. ve Çalık, C. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Modern Hastane Yönetim Dergisi*. Mayıs-Haziran. 3. 12-15.
- Tengimoğlu, T. Işık, O. Akbolat, M. (2009) Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara.
- Terakye, G. (2004). Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir? *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı*, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum.
- Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion:Dualities in Public Health Theory. *Journal of Public Health Policy*. Vol.13, No.3,s.267-276.
- Tokay, M. (2000). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Turner D. Paul ve Louis G. Poll (1995). Beyond Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*. Vol:15. No:3. 45-53.
- Tütüncü, Ö., Yağcı, K. ve Küçükusta, D. (2006). Toplam Kalite Yönetim Kapsamında Hasta Güvenliği Ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8. 4, s.288.
- Venkatapparao, M. and Gopalakrishna, P. (1995). Mediators Vs. Moderators of Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*. Vol:15, No:4. 16-22.
- Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J. ve Taylor, A. (1998). Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *Journal of Management*. 6. 4, 193-200.
- Woodruff, R. B., Gardial, F. S. (1996). Know Your Customer: New approaches to Customer Value and Satisfaction, Cambridge, MA, Blackwell, s.5.
- Woodside, A.G., Frey, L.L. VE Daly, R.T. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing*. 9. 5-17.
- Yavuzeser A. (2008). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminde İletişim Ve Uygulamadan Bir Örnek. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmaz, M. (2000). Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 5, 2. 69–74.

Zerenler, M. ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya: Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18.