

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA
MEMNUNİYETİ VE HASTA HEMŞİRE İLİŞKİLERİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: Nesrin KAYGIN

İstanbul, 2012

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA
MEMNUNİYETİ VE HASTA HEMŞİRE İLİŞKİLERİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: Nesrin KAYGIN

Öğrenci No: 110746285

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2012

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTA HEMŞİRE İLİŞKİLERİ

Tezi Hazırlayan: Nesrin KAYGIN

ÖZET

Son yıllarda endüstri sektöründe başlayan "Sürekli Kalite İyileştirme Arayışı" sağlık sektörüne de görülmektedir. Bunun sebebi, rekabetin çoğalması, insanların gelirlerinin yükselmesi, hastaların bilinçlenmesi, sağlık sigortacılığının gelişmesi gibi etkenlerdir. Yoğun rekabet ortamında, ayakta kalmak isteyen kurumlar, doğru işleri doğru yapmaya ve hasta memnuniyetine gereken önemi vermeye başlamışlardır. Sağlık hizmet kalitesi ve hasta tatmininin ölçülmesi de yıllardır yoğun bir şekilde yapılmaktadır. Hasta tatmininin ölçülmesine olan bu ilgi Türkiye'de de artmaktadır.

Hasta memnuniyeti çeşitli unsurlardan etkilenen karmaşık bir kavram olup, kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindendir. Hasta memnuniyetini ifade eden teoriler yetersiz olduğundan dolayı hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama veya hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Bu sebeple de literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta hemşire birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır.

Bu çalışma; ülkemizin sağlık hizmetleri sistemine ve sorunlarına ışık tutabilmek amacıyla sağlıkta toplam kalite yönetiminin önemli göstergelerinden ve ölçütlerinden biri olan hemşirelik hizmetlerinden hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sektörü, toplam kalite yönetimi, hasta memnuniyeti.

QUALITY, PATIENT SATISFACTION AND PATIENT-NURSE RELATIONS IN HEALTH SERVICES

Prepared by Nesrin KAYGIN

ABSTRACT

In recent years, “Continuous Quality Improvement Search” started in industry sector has been also seen in health sector. It’s because such factors as competition is increased, the income of people become higher, the patients become conscious, and the health insurance is developed. The institutions that want to survive in an intense competition environment have started to do their jobs thoroughly and to place the required importance on patient satisfaction. Besides, qualifying the health service quality and patient satisfaction is intensely considered for years. The interest in qualifying the patient satisfaction is also increased in Turkey.

Patient satisfaction is a complex concept that is affected by various factors; and it’s one of the most important indicators of quality patient care. Since the theories concerning patient satisfaction are insufficient, the patient satisfaction is generally based on fulfilling the patient expectations by offered service or on the perceptions of patients regarding offered service. Hence, it’s emphasized in the literature that the foundation of patient satisfaction is based on patient expectations and patient-nurse relations on a large scale.

This study is aims at evaluating one of the nursing services, namely patient satisfaction, which is one of the most important indicators and criteria of total quality management in health services for the purpose of providing an insight to our country’s health services system and its problems.

Key Words: Health sector, total quality management, patient satisfaction.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ALT UNSURLARI	4
1. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Sınıflandırılması	4
1.1. Sağlık Tanımı	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	6
1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	7
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	10
1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	10
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	11
2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	13
2.1. Kalite Kavramı	13
2.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	16
2.2.1. Muayene Evresi.....	17
2.2.2. İstatistiksel Kalite Kontrol Evresi	18
2.2.3. Kalite Kontrol Evresi.....	19
2.2.4. Kalite Yönetimi Evresi	20
2.3. Kalite Yönetimine Genel Bir Bakış.....	21
2.3.1. Kalite Yönetiminin Tanımı	21
2.3.2. Temel Prensipler.....	23
2.3.3. Kalite Yönetiminin Amaç ve Hedefleri.....	24
2.4. Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	25
2.4.1. İnsana Verilen Önem	25
2.4.2. Üst Yönetimin Liderliği.....	26
2.4.3. Müşteri Odaklı Olma	27

2.4.4. Tam Katılım	28
2.4.5. Takım Çalışması.....	29
2.4.6. Sürekli İyileştirme (Kaizen).....	30
3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi.....	31
3.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri	31
3.1.1. Soyutluk	32
3.1.2. Ayrılmazlık	33
3.1.3. Değişkenlik ve Heterojenlik.....	34
3.1.4. Dayanıksızlık.....	35
3.2. Hizmet Kalitesi.....	36
3.3. Hizmette Toplam Kalite Yönetimi	39
3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	40
3.5. Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi	42
3.6. Hastanelerde Kalite Sistemleri.....	44
3.6.1. Iso 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi.....	44
3.6.2. Akreditasyon	45
3.6.3. Efqm Mükemmellik Modeli.....	47
3.6.4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri.....	48
II. BÖLÜM: HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTA–HEMŞİRE İLİŞKİSİ.....	49
1. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Kavramı	49
1.1. Memnuniyet Kavramı.....	49
1.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı.....	50
1.3. Hasta Memnuniyetinin Önemi	52
1.4. Hasta Memnuniyeti Etkileyen Faktörler.....	55
1.4.1. Hastaya İlişkin Özellikler	56
1.4.2. Hizmet Verenle İlgili Özellikler.....	58
1.4.3. Tıbbi Bakımla İlgili Tutum ve Beklentiler	58
1.4.4. Çevresel ya da Kurumsal Etmenler	59
1.5. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü	59
1.6. Hasta Memnuniyetinin Ölçümünde Kullanılan Yöntemler	60
2. Hasta-Hemşire İlişkileri.....	61
2.1. Türkiye’de Hemşireliğin Kısa Tarihi ve Eğitim Kurumları	61
2.2. Yasalarda ve Tanımlarda Hemşirelik	63
2.3. Tıp Etiği Bağlamında Hemşirelik.....	66

2.4. Hemşireliğin Toplumsal Konumu	68
2.5. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü	69
2.6. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutları	70
2.7. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Kavramı	71
2.7.1. Sağlık Hizmetlerinde İletişim ve Önemi	71
2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Süreci ve İşleyişi	73
2.7.3. Hasta-Hekim İletişimi	74
2.7.4. Hasta-Hemşire İletişimi	76
2.8. Hemşire Hasta İletişiminde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	77
2.8.1. Saygılı Davranma	77
2.8.2. Güven Verme	78
2.8.3. Eşit Davranma	79
2.8.4. İlgili Olma	79
2.8.5. Güleryüzlü-Hoşgörülü Olma	79
2.8.6. Sabırlı Olma	80
2.8.7. Fiziksel Koşullar	80
2.8.8. Otorite	81
2.8.9. Bilgilendirme	82
2.8.10. Yardım Edici İletişim	82
SONUÇ	83
KAYNAKÇA	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil.1: Hasta Beklentilerini Etkileyen Etmenler.....	57
Şekil.2. Hekim Hasta İletişimi.....	75

KISALTMALAR

- ABD : Ana Bilim Dalı
- C. : Cilt
- CÜHYD : Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi
- Çev. : Çeviren
- D. : Dergi
- DEÜ : Dokuz Eylül Üniversitesi
- Ed. : Editör
- ERCÜ : Erciyes Üniversitesi
- FD : Fakülte Dergisi
- HÜ : Hacettepe Üniversitesi
- İFD : İşletme Fakültesi Dergisi
- İİBFD : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi
- İÜ : İstanbul Üniversitesi
- İÜD : İstanbul Üniversitesi Dergisi
- S. : Sayı
- s. : Sayfa
- SBE : Sosyal Bilimler Enstitüsü
- SBED : Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
- SDÜ : Süleyman Demirel Üniversitesi
- TKY : Toplam Kalite Yönetimi
- VD : Verimlilik Dergisi
- ve diğ. : ve diğerleri
- YDT : Yayınlanmamış Doktora Tezi
- YYLT : Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- ZKÜ : Zonguldak Karaelmas Üniversitesi

GİRİŞ

Konu Seçimi: Sağlık; sadece hastalık ve bir engelinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal bakımdan da tam iyilik durumu olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri ise; çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarını korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak ifade edilmektedir.

Kalite, uzun zamandan beri hem akademik hem de endüstriyel çevrelerde tartışılan bir konu haline gelmiştir. İmalat ve hizmet sektöründe kabul gören bir rekabet aracıdır. Günümüzde, işletmelerin mal ve hizmet kalitesine önem vermesi gerekmektedir. Ağır rekabet koşullarında varlığını devam ettirmek, pazar payını koruyabilmek, tüketicilerin isteklerini karşılayabilmek ve hatta pazar payını arttırmak amacıyla işletmeler devamlı olarak kalite standartlarını yükseltme eğilimindedirler. Sağlık hizmetlerinde kalite ise, doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak olarak tanımlanmaktadır.

Müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindedir. Kaliteyi artırma çabaları öncelikle müşterilerin kaliteli ürünleri satın alma isteğinin bir sonucu olarak endüstri alanında başlamıştır. Sağlık sektöründe müşteri kavramı, geçmişteki gibi yalnızca hastaları değil, bunun yanında daha geniş boyutlu olarak sağlık hizmeti sürecine katılan tüm birey ve kurumları kapsamaktadır. Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri tatmini, genel olarak “müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilmektedir.

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin sağlanması için hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artırılması önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları zaman içinde veya ayakta tedavi boyunca aldığı hemşirelik hizmetleri açısından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeyini etkileyen en önemli faktördür. Hasta hemşire arasındaki ilişki temel olarak iletişime dayanmaktadır. Hemşirelerin hastalarla iletişiminin amaçları; hastanın problem çözmesine yardımcı olma, hastanın sağlığını düzeltme, hastanın hastalıkla baş etme davranışlarının geliştirilmesi, korumaya etkin katılımı sağlama ve gereksinimlerini

gerçekçi değerlendirmesine yardımcı olma şeklinde ifade edilebilir. Bu konunun seçilme nedeni ise ülkemizin sağlık hizmetleri sistemine ve sorunlarına ışık tutabilmek ve sağlıkta toplam kalite yönetiminin önemli göstergelerinden ve ölçütlerinden biri olan hemşirelik hizmetlerinden hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın Amacı: Sağlık hizmetleri sunumunda kalitenin temel göstergesi hastaların memnuniyet düzeyidir. Hizmet sunumunda maddi faktörlerden ziyade beşeri faktör (hekim, hemşire ve diğer hizmet sunucular) ön planda yer almaktadır. Çalışmada amaç söz konusu zincir içerisinde hastaların hemşirelerle ilişkilerini değerlendirmeleridir. Bu bağlamda çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının genel tanımı yapılacak, kalite kavramı incelenerek sağlık hizmetlerinde kalite kavramına değinilecek ve sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi olgusu irdelenerek hizmet kavramı ve özelliklerine değinilecektir.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise; sağlık hizmetlerinde memnuniyet kavramı açıklanacak, hasta memnuniyeti ve hasta-hemşire ilişkileri araştırılacak, sağlık hizmetlerinde iletişim kavramı irdelenerek hemşire-hasta iletişimde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler incelenecektir. Çalışmanın hedefi hemşirelerin hizmet sunumlarının hastalar tarafından nasıl değerlendirildiklerini araştırmak ve böylece bu tür hizmetin sağlıkta hizmet kalitesi bakımından önemini vurgulamaktadır.

Çalışmanın Önemi: Kalite bugün yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup, her zaman, her yerde ve her konuda önü alınmaz bir talep haline gelmiştir. Hemşirelik hizmetlerinde kalitenin temel basamaklarından birini hasta memnuniyeti etkilemektedir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli belirleyicilerinden biridir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin temel çıktılardan biridir, hizmet sürecinin yapısı bu belirleyiciye dayanarak gözden geçirilir.

Hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımının planlanması ve değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Hizmet sektöründe özellikle sağlık alanında sunulan hizmetlere yönelik hasta memnuniyeti ile ilgili birçok çalışma

yapılmıştır. Ancak hemşirelik bakımı ile ilgili yapılan çalışmalar, tüm bu çalışmaların içerisinde çok az yer tutmaktadır. Hemşirelik hizmetleri ile ilgili beklenti ve algılama durumu sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesini ve kaliteli bir bakım sunulmasını etkiler. Bu nedenle sunulan çalışma hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerini belirlemek açısından önemlidir.

Kullanılan Metod ve Teknikler: Çalışmada tarihsel yöntem ve kaynak taraması tekniğinden yararlanılmıştır. Ayrıca teorik bilgilerin ışığında kısıtlı olarak yorumlara yer verilmektedir. Yorumlarda kişisel gözlemlerden ve mesleki deneyimlerden yararlanılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri:

i: Hastanelerdeki hizmet kalitesi hasta memnuniyetini etkilemektedir.

ii: Hasta hemşire ilişkileri hastanelerdeki hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini etkilemektedir.

I. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ALT UNSURLARI

1. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Sınıflandırılması

1.1.Sağlığın Tanımı

Dünyanın çeşitli ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun seneler yalnızca hastalıkların tedavisi olarak düşünülmüş, ama zamanla çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen hususundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi hususundaki bilgilerin artması gibi sebeplerle sağlık hizmetlerinin değişik alanlarda yoğunluk gösterdiği görülmüştür. Kişi sağlığının toplum sağlığı ile sıkı bağlantılı olduğu anlaşılacak geniş kitleler tarafından tedavi hizmetlerin dışında koruyucu sağlık hizmetlerine de daha da önem verilmeye başlanmıştır¹.

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içine yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, bugünkü içeriğinden farklı olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Hammurabi kanunları, bu konuda en iyi bilinen örnektir. MÖ 2000 yılında yasayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, hizmet hekimlerin sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir².

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasında sağlık tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Sağlık yalnız hastalık ve bir engelinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam iyilik durumudur.” Bu açıklamada beden ve ruhen iyilik durumu sağlığın bilinen tarafıdır. “Sosyal açıdan tam iyilik durumu” yeni ve açıklanması gereken bir olgudur. Bu olguyu açıklayabilmek için sağlığın yalnızca bireysel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de olduğunu ifade etmek gerekir. Bireyin sosyal açıdan tam iyilik durumunda olmasının ilk şartı sosyal yaşamın sağlıklı olmasıdır. İş ve yaşam güvenliğinin oluşturulmadığı, iş bulma ihtimalinin olmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin meydana getirdiği huzursuzluğun durdurulmadığı toplumlarda bireyin tam iyilik durumunda olması imkânsızdır³.

¹ S. Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s. 83

² Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s. 18

³, Türk Tabipler Birliği, <http://www.ttb.org.tr/>, (05.06.2012)

Sağlık, bireylerin öğrenim dereceleri, inançları, alışkanlıkları, gereksinimlerini nasıl sağlayabildikleri, sağlığa ayırabildikleri kaynakları ve kişinin yaşam kalitesiyle saptanan multi-faktöriyel bir netice olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla hastalıklara yaklaşım da hastalığın çeşidi, ciddiyeti, hastalık sebepleriyle ilgili daha önceden oluşan inanışlar, olası tedavi seçeneklerinin kabul edilebilirliği ve tedavinin faydasının görülmesi gibi sayısız faktörleri kapsamaktadır. Kişilerin sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili algıları onların çeşitli hallerdeki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan araştırmalar, bu algıların ve davranışların pek çok faktör tarafından etkilendiğini göstermektedir. Mesela, Bangladeş'te yapılan bir araştırmada hasta olma durumunu ve hastalıklara yönelik tedavi seçeneklerini tespit etmede yoksulluğun ve kadın olmanın önemi üzerine vurgu yapılmaktadır. Sağlık arama davranışlarını etkileyen diğer faktörler arasında bireylerin sağlık kurumuna olan uzaklıkları, sosyo-ekonomik koşullar ve kültürel etkiler de girmektedir¹.

Sağlık kavramını bir baş etme süreci olarak görmek, sağlık alanındaki çalışmaların ölçüm ve değerlendirme metotlarını da kökten değiştirecek bir yaklaşımdır ve bu açıklama kökenin kompleks mekanizmalarının hareketli örgütlenmesinden almaktadır. İnsan organizmasının var olma gayretini içermektedir. Başa etme süreçleri, başlangıç durumuna bağlı olmak, belli başlı çekicilerin etkisi altında olmak ve kestirimi güç ve her durumda kesin olmayan sonuçların ortaya çıkması, kendi kendine organize olmuş insan olgusu ve kendi kendine organize olmuş bir ortamda yaşandığı, niteliksel dönüşümün ne zaman gelişeceğini tespit edilmesindeki zorluk ve hadiselerin geri dönüşsüz özelliği sebebiyle kaos teoreminin uygulanıp incelemede kullanılacağı bir alandır. Sürecin nasıl bir süreç olduğu eldeki lineer olmayan ilişkileri, zaman faktörünü ve klasik epidemiyolojik yaklaşımları tekrar eden sağlık kaybı hadiselerinin değerlendirilmesini ilave etmeyi gerektirecektir. Kompleks hareketli bir mekanizma olarak insan organizmasının sağlıklı olma durumunu etkileyen biyolojik, sosyal ve ruhsal hadiselerde başa etme yetisini etkileyen kritik değerlerin hesaplanması sağlığı tehdit eden etkileşimlerin kestirilmesi imkânını geliştirecektir².

¹ H. Aslan, ve diğ., "İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği" Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, İstanbul, 2004, s. 30-31

² C. Kesgin, ve diğ., "Sağlığın Tanımı Başa Çıkma" İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, İstanbul, 2006, s. 49

Görüldüğü üzere sağlık ile ilgili çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Bu tanımlamaların fazla olmasının sebebi, sağlık anlayışının zamanla gelişip ve değişmesidir. Günümüzde de sağlık hizmetleri artık sadece hastalığın tedavi edilmesi olarak değil, buna ilave olarak, tedbir alınması, çevre sağlığı ile ilgili araştırmalar ve klinik araştırmalar yapılması, hasta memnuniyeti gibi kavramlar üzerine yoğunlaşılması şeklinde değerlendirilmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri ile ilgili çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Bunlardan en çok genel kabul görmüş olanlara yer verilecektir.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmemiş sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir¹.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki temel amaç, toplumun bütününe sağlıklı olmasına çalışmak, sağlık hakkının güvence altına almak ve bireyin temel üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır. Dünya sağlık örgütü (WHO)'nün "Sağlık hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir" tanımını getirmesi karar alma organlarının sağlık hizmetlerinin kamusal yönünü bir tartışma konusu olmaktan çıkardığını göstermektedir².

Sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarını korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlanabilir³. Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumların tarafından sunulmaktadır⁴.

¹ Z. Öztekin, "Sağlıkta Kavramlar" Yeni Türkiye Dergisi, Sayı(S.)39, Ankara, 2001, s. 7

² F. Tekin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı" Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt (C.) 5, S. 1, Eskişehir, 1987, s. 263

³ Ç. Akar, ve diğ., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998, s. 41

⁴ Kavuncubaşı, s. 34

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Sağlık hizmetlerinin amacı:

- “1. Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
2. Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
3. Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
4. Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,
5. Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını ve adaptasyonlarını sağlamaktır”¹.

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”².

1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetlerle yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç şekilde açıklanmaktadır

“Primer Koruma: Bireysel ya da toplumsal derecede sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli duruma getirilmesi, duygusal ve fiziksel açıdan iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma varsayımı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin bireysel ve toplumsal düzeyde alınması.

¹ C. Sözen, Sağlık Yönetimi, Ankara, 2002, s. 2

² K. Karabulut-S.Yapraklı, “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum’da Bir Uygulama” İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C. 15, S. 1-2,Erzurum, 2001, s. 118

Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların minimum düzeye getirilmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir”¹. Bu bağlamda kişilere yönelik koruma yöntemleri tamamen birbirleriyle bağlantılıdır. Kişiler primer korumayla hastalıkların oluşması önlenmeye çalışılırken sekonder ve tersiyer koruma ile hastalıkların erken tanı ve tedavisi, kalıcı hastalıkların önlenmesi amaçlanmıştır. Böylece topluma daha sağlıklı bireyler kazandırılmaya çalışılmıştır.

Günümüzde koruyucu hizmetleri şu iki ana gruba ayırmak mecburiyeti vardır¹ Türk Tabipler Birliğine göre yapılan çalışmalardan yararlanmak suretiyle bu koruyucu hizmetleri aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür.

“Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: İnsanın yakınında bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal faktörleri ortadan kaldırarak veya bireyleri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu duruma getirme gayretlerinin hepsi olarak ele alınır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak yeteri kadar ve temiz su sağlanması, hava kirliliği ile savaş, endüstri sağlığı, katı ve sıvı atıkların zararsız duruma getirilmesi, haşerelerle savaş, konut sağlığı ve radyasyonla ve gürültü ile savaş söylenebilir. Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörünün bu husustaki ana görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: İnsanları yani toplumu hastalık etkenlerine karşı güçlü ve dirençli kılmayı, hastalanmaları durumunda ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Başlıcaları; erken tanı ve tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi ve sağlık eğitimidir. Hizmet tanım ve türlerinden anlaşılacağı üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık

¹ O. Hayran “Sağlık Hizmetleri” (Ed. O. Hayran – H.Sur), Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.17

personelince yürütülmektedir”¹. Çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri birbirinden ayrılamaz bir bütündür. Çevrede bulunan koşullar hijyenik değilse bu insan sağlığını etkilemekte, sağlıksız bir toplum yaratılmaktadır. İnsana yapılan koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıklarla mücadele, erken tanı ve tedavi ile bulaştırmacılığı önlemek amaç edinilmiştir.

1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta incelenir. Birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak olarak isimlendirilir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar şeklinde incelenmesinin ana sebebi; bu basamaklar arasında bir hasta sevk zincirinin gerekliliğine vurgu yapmaktır:

“Birinci basamak: Birinci basamak kurumlarında hastaların tedavileri evde veya ayakta yapılmaktadır. Bu kurumlar genelde yataksızdır. Sağlık ocakları, TBE dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri birinci basamak tedavi edici sağlık kurumlarına örnektir.

İkinci basamak: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Bunlar 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastanelerde olabilir.

Üçüncü basamak: Özel dal hastaneleridir. Kanser hastaneleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleri gibi”². Tedavi edici hizmetlerin basamaklar halinde ele alınmasının nedeni bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamaktır. Bu üç basamakta da temel amaç bireylere en iyi ve kaliteli hizmeti sunmaktır. Bu hizmetleri sunarken de memnuniyet en önemli faktördür.

¹,Türk Tabipler Birliği, Sağlık Yönetimi, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/19.html, (05.06.2012)

² F. Keçe, Sağlık Hizmetleri, http://www.eskisehirsaglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=263&Itemid=157 (04.05.2012)

1.3.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Engelli ve işgücünü kaybedenlere, işgücü ve çalışma olanağı sağlamasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler doktor ve diğer sağlık elemanı tarafından gerçekleştirilen tıbbi rehabilitasyonla sosyal çalışanlar tarafından yapılan rehabilitasyondur (iş bulma, işe uyum sağlama gibi). Koruyucu ve tedavi edici gayretlere rağmen bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan insanlar olabilmektedir. Bu bireylerin sosyal açıdan yeterli duruma getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam devam ettirilebilmelerine bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür¹.

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da depresyon, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenilmeyen bir anda oluşan olaylar ardından bedensel ya da ruhsal açıdan engelli olan insanların, sosyal ve fiziki yönden tekrar sosyo-ekonomik yaşama dönmelerini, bu şekilde morallerinin yerine gelmesini sağlayarak topluma tekrardan kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet çeşidi ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir². Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt kısımdan meydana gelmektedir. Tıbbi rehabilitasyonla ruhsal ya da bedensel iş görebilme becerisini tamamen ya da kısmen kaybeden kişilerin bu becerilerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla gerekli derecede geri kazandırabilme amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise sakat kalmış olan bireyin yakın çevresi ve toplumla iç içe geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme becerisine ulaşarak ekonomik, kültürel, ve sosyal yaşama katılımını sağlamayı ve bu sürece hızlandırma amaçlanmıştır³.

1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık kurumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve

¹ K. Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, 2003, s. 267

² Y. Özkara, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Antalya, 2006, s. 78

³ R. Akdur, Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006, s. 20

zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam sũresinin yũkseltilmesini amaçlamaktadır. Bugũn birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır¹.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statũsũnde arzulanana değişiklikleri yaratabilmesi için çeşitli vasıflara sahip olması gereklidir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu vasıflarından herhangi birini taşıyaması halinde toplum ve şahıs sağlığı üzerinde arzulanana etkileri yaratamayacağı ifade edilebilir. Etkili sağlık hizmetinin vasıfları şu şekildedir:

“Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility): Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten faydalananlar hem de hizmet sunucuları yøndene incelenebilir. Hizmetten faydalananlar (toplum) yøndünden kolay kullanılabilirlik, “kişilerin gereksinim duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve gereksinim duyduğu bũtũn hizmetleri yeterli derecede kullanabilmesi” olarak ifade edilebilir. Hizmet sunanlar yøndünden ise kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan bireylerin (sağlık profesyonelleri) gereksinim duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolayca ulaşabilmesi” anlamına gelir.

Kalite (Quality): Sağlık hizmetlerinde kalite hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de kişilerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.

Sũreklilik (Continuity): Sağlık hizmetleri sadece tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık seviyesini geliştirmek amacıyla kişi ve toplumun sağlık durumlarının devamlı takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlık hizmetlerinin entegre olması ile başarılabilir.

¹ Kavuncubaşı, s. 46.

Verimlilik (Efficiency): Verimlilik sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı kullanılması anlamına gelmektedir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, kişilerin hizmetten faydalanma imkânları artırılır¹.

Sağlık hizmetlerinin kullanılması rastgele bir biçimde oluşmaktadır. Bunun anlamı nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce tercih edileceği kolaylıkla tespit edilememektedir. Bu alandaki tercihin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi saptanması güçtür. Mesela bulaşıcı hastalıkların oluşması, ansızın sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa sebep olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması, bu tercihi sınırlayan bir etken olabilir. Sağlık konusundaki talep, mal ve hizmetlerinin kullanımından farklı olarak kesintisiz ve düzenli olmak dışında öngörülemez özelliktedir. İfade edilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeteri kadar bir güvence sağlayamamaktadır. Mesela, gıda maddeleri ihtiyacı yeterli gelire karşılanabilir. Buna rağmen, sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak yalnızca belirleyici bir etken sayılmaz. Çok iyi gelire sahip olan bir kişi potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir².

Sağlık hizmetleri sahip olduğu nitelikler sebebiyle günümüzde çoğunlukla kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunun nedeni bu hizmetler olumlu dışsal etkenlere sahip değildir. Bu tür mal ve hizmetlerin özelliklerine baktığımızda kısmen fiyatlandırılabilir ve pazarlanabilir niteliklere sahip olduğu gözlemlenmektedir. Ancak sahip olduğu dışsallıklar bu iki özelliğin önüne geçerek devlet müdahalesini haklı duruma getirmektedir. Bir diğer konu ise, sağlık hizmetleri piyasasında, piyasanın fiyat dengeleme görevini üstlenemeyeceğidir³. Bunun sebebi de sağlık hizmetlerinin ikame imkânının bulunmamasıdır. Diğer bir sebepte üreticinin sağladığı bir talep olmasıdır. Sağlık hizmeti sunumunda bulunan kesimin aynı zamanda talebi de belirlemeleri, kamu müdahalesini mecbur kılmaktadır. Dolayısıyla kamu, sağlık piyasasına devlet hizmeti arz ederek girebilmekte, aynı zamanda yasal düzenlemeleri yaparak dolaylı olarak da piyasaya girebilmektedir.

¹ Kavuncubaşı, s. 64

² C. Aktan-A.K.İşık, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Alternatif Yöntemler, 2011, www.canaktan.org/ekonomi/saglik.../pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf, (08.06.2012)

³ M. Güney, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, İzmir, 1998, s. 20

Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğunlukla oluştuğu anda karşılanmak durumundadır. Hatta acil olarak, bireye ağrı ve acı veren ve sağlığının tehlikeye düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmal edilmesi insanların ölümüyle bile sonuçlanabilir¹.

Daha iyi hizmet sağlayabilmek ve hasta memnuniyetini daha üst seviyelere taşıyabilmek için, sağlık hizmetleri özellikleri geliştirilmeli ve sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar tarafından etkili sağlık hizmetleri vasıfları tatbik edilmelidir.

2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

2.1. Kalite Kavramı

Kalite, uzun zamandan beri hem akademik hem de endüstriyel çevrelerde tartışılan bir konu haline gelmiştir. İmalat ve hizmet sektöründe kabul gören bir rekabet aracıdır. Günümüzde, işletmelerin mal ve hizmet kalitesine önem vermesi gerekmektedir. Ağır rekabet koşullarında varlığını devam ettirmek, pazar payını koruyabilmek, tüketicilerin isteklerini karşılayabilmek ve hatta pazar payını arttırmak amacıyla işletmeler devamlı olarak kalite standartlarını yükseltme eğilimindedirler.

Kalite, gerek tüketicileri gerekse üreticileri ilgilendiren bir konudur. Tüketiciler kaliteye ödeme yaparlarken, üreticilerde kaliteyi geliştirebilmek için sürekli yatırım yapmaktadırlar. Aynı zamanda, tüketiciler faydalarını maksimize etmek isterken, üreticiler de karlarını maksimize etmeye çalışırlar².

Rekabet ortamında kalitenin, firmaların iç ve dış pazarlardaki sağladıkları başarılarında kilit rol üstlenmekte olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Farklılaşma stratejisinin önemli bir bileşeni olan kalite, basitçe bir firmanın ürettiği ve piyasaya sunduğu mal ve hizmetlerin mükemmel olma veya üstünlük derecesini ifade

¹ I. Aktan, www.canaktan.org/ekonomi/saglik.../pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf (04.06. 2012)

² O. Erdil-M.Baydar, “Ürün Özelliklerinin Seçimi: İleri Teknoloji Ürün Pazarında Tüketici İhtiyaçları ve Üretici Kalite Geliştirme Harcamalarının Eşzamanlı Optimizasyonu” Zonguldak Karaelmas Üniversitesi (ZKÜ) Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (SBED), C.II, S.5, Zonguldak, 2007, s. 22

etmektedir. Söz konusu üstünlük; dayanıklılık, güvenilirlik gibi somut (fiziksel) özelliklerin yanında müşteri tatmininin soyut faktörlerini de içermektedir. Diğer taraftan kavramın, kalite ve kalite kontrolü alanlarında yapılan bilimsel gelişmelerde öncü konumda olan bilim adamları ve konu ile ilgili çeşitli ulusal ve uluslararası standardizasyon örgütleri tarafından yapılan farklı tanımlarına da rastlanmaktadır¹.

Bu tanımlardan en bilindik olanına göre kalite, istenen amaca veya gerçekleştirilmesi arzulanan amaçlara mal ve hizmetlerin uygunluk derecesidir. Ancak bu tanım, müşteri hedeflerinin göreliliği göz önüne alındığında, tek ve standart bir kalite tanımına ulaşılmasını güçleştirmektedir. Bir başka tanıma göre kalite, kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını gerçekleştiren, mal ve hizmetlere kullanım kolaylığı kazandıran, müşteri ihtiyaçlarına göre hizmet ve üretim anlayışlarını egemen kılan ve böylelikle firmaların kamusal görevlerini de olumlu bir şekilde gerçekleştirilmesine imkân sağlayan bir performans boyutudur². Kalite; hedefe uygunluk derecesi ve bir ürününün müşteri ihtiyaçlarını karşılama yeteneklerine bağlı nitelikleri olarak da tanımlanabilir³.

Dolayısıyla kalite müşteriye uygunluk, şartlara uygunluk, bir ürün veya hizmetin belirli bir gereksinimlerini karşılayabilme yeteneklerinden oluşan özelliklerin tümü ve tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir. Söz konusu yetenekler, mal ve hizmette performans, güvenilirlik, dayanıklılık, hizmet görürlük, uygunluk, estetik, itibar ve çekiciliği sağlayan ikinci derecede bulunan diğer özelliklerden oluşmaktadır. Kısacası kalite, mal ve hizmetlerin müşteri arzularına uygun olmasını sağlayan bu özelliklerin toplamıdır. Bu anlamıyla kalite, “*kullanıma uygunluğu*” ifade etmektedir. Aynı zamanda kalite, bir ürünün önceden belirlenen bir takım standartlara uygunluk göstermesidir⁴.

Kalite üzerine yapılan son tanımlamalar incelediğinde tüketici ihtiyaçlarının karşılanması ön planda tutulmaktadır. Bu tanımların son yıllarda yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Örneğin; ISO 9000 tanımına göre kalite, bir mal veya

¹ İ. Mucuk, Modern İşletmecilik, İstanbul, 2008, s. 175

² Ö. Doğan, “Kalite Uygulamalarının İşletme Rekabet Gücü Üzerine Etkisi”, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) SBED, C.2, S.1, İzmir, 2000, s. 22

³ B. Kobu, Üretim Yönetimi, İstanbul, 1999, s. 471

⁴ M. Şimşek, Yönetim ve Organizasyon, Konya, 2002, s. 372

hizmetin sezilen ihtiyaçlarının karşılama yeteneği ile ilgili özelliklerin tümüdür¹ Bu bağlamda kalite, kullanım için gerekli her türlü uygunluk olup, temelde müşterinin gereksinimlerinin tatminidir² Dolayısıyla organizasyonlar, ihtiyaçları ve bunları karşılayacak nitelikleri belirlemelidirler. Söz konusu nedenden ötürü kalite, müşterilerin gereksinimlerini tatmin edecek ürünlerin üretilmesinde, işletmenin faaliyetlerinde ortaya çıkan verimliliğin arttırılmasında ve etkin kontrol süreçleri yardımıyla maliyetlerin düşürülmesinde stratejik nitelikteki bir araç olarak görülmektedir.

Kalite kavramının hizmet işletmelerinde açıklanması diğer işletmelere göre daha zordur. Hizmet kalitesi, hizmetin müşteri beklentilerine uygunluğu, sürekli olarak hatasız sunumu ve müşteri memnuniyetindeki ölçülebilir artışı gerçekleştirme başarısı olarak kabul etmemiz gerekmektedir³.

Hizmet kalitesi bağlamında yapılan diğer tanımlamaların bir kaçı aşağıdaki gibidir;

- “ - Kalite, kusursuz mal ve hizmetin yaratılmasıdır
- Kalite, müşterinin arzu ettiğiidir.
- Kalite, müşterinin parasının değerini almasıdır.
- Kalite, zamana uygunluktur.
- Kalite, her türlü yanlışın ortadan kaldırılmasıdır.
- Müşterinin gerçek ihtiyacını müşteriden daha iyi bilip bunu karşılamaktır”⁴.

¹ E. Ulusoy, “Algılanan Hizmet Kalitesi Açısından Beklentiler ve İletişim” İletişim Fakültesi Dergisi, S.15, İstanbul, 2002, s. 522

² K. Aydın, “Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli’ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması”, İstanbul Üniversitesi Dergisi (İÜD), İstanbul, s.1110, <http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/283/267>, (03.06.2012)

³ G. Murat, ve diğ., “Analitik Hiyerarşi Süreci Yöntemi İle Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Değerlendirme: Bartın Örneği”, ZKÜ, SBD, C.III, S.6, Zonguldak, 2007, s. 2

⁴ M. Duran, Ürün ve Hizmet Kalitesinin Bileşenleri, <http://www.danismend.com/kategori/altkategori/urun-ve-hizmet-kalitesinin-bilesenleri/>, (04.06.2012)

Kimi yazarlar tarafından hizmet kalitesi geliştirme (kurumu değiştirme süreci) ve değişim (müşteriyi değiştirme süreci), olarak da tanımlanmıřtır¹. Örneğin kalite literatürüne önemli katkılarda bulunmuş Masaaki Imai'ye göre kalite, geliştirebilecek her şey anlamı taşımaktadır. Kaliteden söz edilirken ilk akla gelen, mal veya hizmetin kalitesi olmaktadır. Kalite sürekli gelişime uğrayan bir kavram olarak incelenmezse, hiçbir mal veya hizmet, tasarlanan düzeyin ilerisine geçemez. Bu noktada, tasarımı yapan kişiler olduğuna göre, mal veya hizmeti tasarlayan kişilerin kalitesi ile ilgilenilmesi gerekmektedir². Imai'nin kalite anlayışı çerçevesinde, insan unsuru kalite kapsamında önemli bir yer aldığı görülmüştür. Günümüzde her ne kadar teknolojiye yaşanan gelişmeler ve birçok sanayi ürünü makinelerce üretilse bile, makineleri ve dolayısıyla üretimi insanların yönettiği görülmektedir. Emegın yoğun olarak gerçekteşirildiği hizmet sektöründe, hizmeti üretenler insanlar olduğundan dolayı, kaliteli hizmet üretiminde insan unsuru göz ardı edilemez.

2.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

İnsanlar kaliteye tarih boyunca büyük önem vermişlerdir. Kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö. 2150 yılına kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarında “bir inşaat ustasının yaptığı bir ev ustanın yetersizliği ve işini gereği gibi yapmaması nedeniyle yıkılarak ev sahibinin ölümüne yol açarsa, evi yapan usta öldürülecektir” şeklinde yer almaktaydı³.

ABD'de 1880'li yıllarda Frederick Taylor, iş planlamasını, işçilerin ve nezaretçilerin sorumluluğundan alıp, endüstri mühendisliğine vererek bilimsel yönetimin öncülüğünü yapmıştır. 20. yüzyılın başlarında Henry Ford, Ford Motor şirketi'nin üretim ortamında hareketli montaj hattını kullanmaya başlamıştır. Montaj hattı üretimi ile karmaşık operasyonlar sadeleştirilmiş ve düşük maliyette kaliteli ürünler üretilmeye başlanmıştır. Bu sürecin bir sonucu olarak üretimin sonunda kötü ürünler iyi ürünlerden ayıklanmaya başlanmıştır. Üretim sorumluluğunun önceliği

¹ Ö. Hacıfazlıoğlu, Avrupa Birliği Yükseköğretim Kalite Göstergeleri ve Türkiye Örneği, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi(YDT), İstanbul, s. 69-70

² M. şimşek, Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2001, s. 7

³ R. Bozkurt, “Örgütsel Mükemmellik Anlayışı: Toplam Kalite Yönetimi” Verimlilik Dergisi (VD), Ankara, 2001, s.45

ürün kalitesi değil, imal edilen ürün sayısı olmuştur. Yöneticiler ürün taleplerini karşılayamadıklarında işlerini kaybetmekte, yetersiz kalitedeki üretimde ise yalnızca kınanmaktaydılar. İşletmenin üst düzey yöneticileri, bu sistemde kalitenin zarar gördüğünün farkına vararak, “muayene şefliği” kadrosunu istihdam etmiştir¹.

Görüldüğü üzere kalite kavramı yaklaşık olarak 4150 senedir gelişimini sürdürmektedir. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de kalite kavramının gelişmesiyle hasta memnuniyetini artırmak mümkün hale gelebilmektedir.

2.2.1. Muayene Evresi

Üretkenlikle birlikte kalite seviyesini de yükseltmek isteyen fabrikalar üretmiş oldukları malların sevkini gerçekleştirmeden kalite kontrol laboratuvarlarında istenen niteliklere uygun olarak muayene ve deneylere tabi tutmuşlar, yapılan hataları tespit etmek amacıyla çalışmalar yapmışlardır. Bu yıllardaki temel yaklaşım; hatalı üretilmiş ürünlerin tüketiciye ulaşmasını engelleyebilmektir. Bu yaklaşım tüketiciyi korumuştur. Fakat kuruluşlara hata yapılmış ürünlerin hurdaya çıkarılması ya da yeniden kullanılması zarfında ek maliyetler yüklemişlerdir. Bu aşamada kalitesizliğin sebepleri araştırılmamış yalnızca tüketiciye kalitesiz ürün sevkiyatı yapılması engellenmek istenmiştir.

M.Ö 1450'lerde ise eski Mısır'daki muayene işini gerçekleştiren kişiler taş blokların yüzeylerinin dikliğini kontrol etmek için telden yaptıkları bir araç kullanmışlardır. Bu tarihlerde kalite kavramı işin doğru yapılmasıyla eş anlamlı olarak düşünülmektedir².

TKY ilk olarak "Kalite Muayene" evresiyle ile başlayan tarihsel serüvenine "Kalite Kontrol", daha sonra da "Kalite Güvencesi" dönemi şeklinde devam etmiştir. Bütün bu uygulamalardan sonra rekabet, değişim, kalite ve müşteri istekleri gibi dış

¹ S. Gödek, Bürokratik Örgütün, Öğrenen Organizasyona Dönüşüm Sürecinde Liderliğin Rolü, Afyon Kocatepe Üniversitesi SBE, YYLT , Afyon, 2001, s. 78

² H. A. Yıldırım, Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi, Ankara, 2002, s. 6

unsurlar yönetim bilimleri alanında "Toplam Kalite Yönetimi" kavramının bulunmasına yol açmıştır¹.

19. yüzyılın başından itibaren Taylor yönetim kavramı ile ilgili ilk bilimsel araştırmaları yapmıştır. Taylor'a göre, kişileri harekete geçirebilecek tek güç kişisel ekonomik çıkarlarıdır². Endüstri devriminden sonra fabrikaların artması, Taylor modelinin gelişim göstermesi ve otomasyona geçilmesiyle birlikte bir takım spesifikasyonlar ve testler geliştirilmiş, laboratuvarlar oluşturulmuş ve ayrı kalite kontrol birimleri oluşturulmuştur. Kalitenin sorumluluğu bu birimlere verilmiştir. Bu birimler üretimi yapılan ürünlerin hata ve noksanlarını ayırarak, yani kaliteli kalitesiz ayrımıyla yaşamsal kontrolleri gerçekleştirmişlerdir³. I. Dünya Savaşında, bozuk ürünlerin önemli olduğu bu uygulama son bulmuştur. Savaş sırasında bozuk toplar, patlamayan bombalar, bozulan savaş araçları savaşın kaybedilmesinde etkili olmuştur. Bu sebeple, son kontrol uygulaması getirilerek, mallar üretildikten sonra bir muayeneden geçirilerek hatalılar ayıklanmaya başlanmıştır⁴. Son kontrol yöntemlerinde ürünler üretildikten sonra ya tek tek kontrol edilmekte ya da alınan örneklem vasıtasıyla kontrol edilerek kaliteli kalitesizlerden ayrılmaktaydı. Fakat bu uygulamanın da yüzde yüz kaliteyi sağlayamadığı görülmektedir.

2.2.2. İstatistiksel Kalite Kontrol Evresi

1920'li dönemlere denk gelen bu evrede, muayene işlemi son kontrolden ara kontrollere ve giriş kontrollerine doğru genişlemiştir. Western Electric firmasında Shewart çeşitli veriler toplanmaya başlanmış ve bu veriler analiz edilmiştir. Bu aşama İstatistikî kalite kontrol olarak ifade edilmektedir. Bu dönemde standartlar geliştirilmeye başlanmış ve tüketiciyi koruma yolunda ilk adımlar atılmıştır⁵.

Walter A. Shewart, 1924'te ilk "olasılık çizelgesi'ni" ortaya koyan istatistiksel kalite kontrolünün temeli arttığı görülmüştür. Shewart, istatistiği ilk kez

¹ A. C. Çetin-H. Sağlam, "Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Hizmet Sunumuna, Sağlık Çalışanlarına ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma" Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) SBED, S.5, Isparta, 2007, s. 155

² İ. Ö. Doğan-Ö. Tütüncü, ISO 9001: 2000, İzmir, 2003, s. 30.

³ Şimşek, s. 16

⁴ Doğan-Tütüncü, s. 32

⁵ İ. Efil, Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Bursa, 1999, s. 17

seri üretimin çeşitli noktalarında örnekleme yaparak, ürün kalitesinin süreç kontrolünü kullanmıştır. Savunma sanayi ve nükleer teknoloji alanlarında meydana gelen gelişmeler önce muayene faaliyetlerini ve istatistiksel yöntemleri ön plana çıkarmıştır. Ancak kusur affetmeyen bu sektörler için muayene faaliyetleri yeterli güvenceler sağlayamamıştır. Önceleri bir çözüm olarak görülen sıklaştırılmış muayene işlemleriyse “kalite maliyetleri” başlığı altında yanlış ifade edildiğinden, mamul maliyetlerinin artırmasının yanında, çözüm de olmamıştır¹.

2.2.3. Kalite Kontrol Evresi

Ishikawa'ya göre, kalite anlayışları Japonya'da ulusal olarak uygulanmaktadır. Toplam kalite kontrol kavramı, 1947 senesinde, ilk kez Ishikawa tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Önce Endüstride daha sonrada giderek diğer sektörlerde kalite kontrol çemberleri (KKÇ) çalışmaları başlamıştır. Yaklaşımında kalite kontrolün etkin bir şekilde yürütülmesinin işletmedeki tüm çalışanların katılımını gerektirdiği görüşü benimsenmektedir. Toplam kalite kontrol çalışmalarının tüketicilerin sesini dinleyerek daha az bir maliyet ile devamlı olarak kalite iyileştirmesine odaklanılması önerilmiştir².

Kalite kontrolün tarihi sürecine bakıldığında ilk kez ziraatla ilgili meşgul olan topluluklarda gözle muayene ve iyi olanı seçip alma şeklindeki kontrolün bizzat tüketicilerce yapıldığı görülmektedir. Daha sonra Lonca'lar kalite ile ilgili standartlar oluşturmuşlar ve Loncaya bağlı olanların bu standartlara uymasını sağlamak amacıyla cezai ve özendirici bir takım kurallar getirmişlerdir. Kaliteyle ilgili kavramların gelişim göstermesi, özellikle sanayi devriminden sonra olmuştur. Taylor sistemlerinin gelişmesi ile birlikte firmalarda ayrı bir kalite kontrol birimi kurulmuştur³.

Deming'den sonra Dr. Juran, JUSE'nin davetlisi olarak 1954 yılında Japonya'ya gelmiştir. Juran kalite kontrolün yalnızca teknoloji ağırlıklı bir çalışma

¹M.Halis, Toplam Kalite Yönetimi ve ISO- 9000 Kalite Güvence Sistemleri ISO-9002 Kalite Belgesi Çalışmaları, İstanbul, 2000, s. 39

² K. Ishikawa, Toplam Kalite Kontrol (Çev. S.Ordaş), İstanbul, 1997, s. 37

³ N. Yetiş, “Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite yönetimi: Kalite Organizasyonu, Eğitimi ve İnsan Gücü Geliştirme” ISO-9000 Ve Kalite Sistemleri Semineri, İstanbul, 1993, s. 27

olarak oluşmadığı, tüm yönetimi ilgilendiren bir kavram olduğunu savunmuştur¹. O güne dek uygulanan, devamlı muayenelerle kusurların ayıklanması yerine, kalite güvencesi kavramıyla sistemi denetlemek fikri uygulamaya konmuştur. Sarvan ve Berk'e göre, "güvence" sözcüğü emniyeti ve kesin olmayı tanımlarken, "kontrol" kelimesi gerekli değişikliklerin değerlendirilmesini ve sapmaların sabit kılındığı bir süreci açıklamaktadır². Kalite güvencesi, bütün planlanmış sistematik eylemlerin kalite sistemi içinde yerine getirilerek bir mal veya hizmetin kaliteyle ilgili tüm istekleri karşılayacağı güvenini sağlamayı anlatır. Bu dönemin en önemli niteliği kalite kontrolle ilgili araştırmaların artış göstererek oluşan bilgilerin toplum ile paylaşılmasıdır³.

2.2.4. Kalite Yönetimi Evresi

Toplam Kalite Yönetiminin, BS 7850 İngiliz Standartlarındaki tanımına göre, "Kuruluşların maddi ve beşeri kaynaklarını en etkili şekilde kullanarak amaçlarına ulaşabilmelerini hedefleyen bir yönetim felsefesi ve bir kurum kültürüdür"⁴. Sarvan ve Berk'in ifade ettiği gibi, Japon yönetim anlayışlarına göre kalite, ürün veya hizmetin içine monte edilmesi gereken bir kavramdır. Eksiklikleri ve kusurları tespit ederek kaliteyi sağlamak mümkün olmamaktadır. Kalite sağlamanın en başında iyi bir yönetimin faktörü olan iyi bir planlama anlayışı yatmaktadır. İlk olarak Japonların uyguladıkları bu sisteme sürekli iyileştirme süreci (kaizen) adı verilmiştir⁵.

ABD'de İstatiksel Kalite Kontrol ile ilgili çalışma yapan uzmanlar, bu tekniklerin kuruluşların tüm faaliyetlerinde uygulanması ve kaliteyle ilgili bir takım sorumlulukların işletmelerin tüm bölümleri tarafından üstlenilmesi görüşündeydiler. II. Dünya savaşı sonrası Amerikan sanayisinde gündemde olan en önemli konulardan biri ise Amerikan mallarına olan büyük talebi karşılamaktı. Savaş sonrası Japonya çok güç şartlar içindeydi. Haberleşme sistemlerinin çok kötü durumda olduğunu

¹ J. Gür, Kalite Maratonu, Ankara, 1996, s. 9

² F. Sarvan-O. Berk, "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi" İÜ İşletme Fakültesi Dergisi (İFD), C.24, S.2, İstanbul, 1995, s. 17

³ N. Karyağdı, Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Vergi İdaresi, Ankara, 2001, s. 59

⁴ A. Ertopuz-B. Akın, "Toplam Kalite ve İletişim", 5.Ulusal Kalite Kongresi, İstanbul, 1996, s. 161.

⁵ Sarvan-Berk, s. 18

gören Amerikan İşgal Kuvvetleri Komutanlığı; Japonlara Amerikalı kalite uzmanları tarafından yardım almalarını önermiştir. Böylelikle Amerikalı kalite uzmanları Amerika'da fazla ilgi görmeyen görüşlerini Japonlara aktarma imkânını bulmuşlardır. Uzmanların 1950'li dönemlerde Toplam Kalite Kontrolü veya Toplam Kalite Yönetimi adını verdiği bu görüşler Japonlarca benimsemiş ve geliştirilmişlerdir¹.

TKY yalnızca teknik kurallar sistemi olmayıp, insani boyutu öncelikli olacak ve stratejik planlama gerektiren yeni bütünsel yönetim sistemleri olarak kabul edilmektedir. TKY kurumların tüm birimlerini, bölümlerini ve kısımlarını bir araya toplamaktadır, kurumda yer alan tüm insanların sorumluluğundadır. TKY bir felsefedir, müşterilerin gereksinimlerini ve beklentilerini karşılama ile ilgili bir iş yapma ve fikir yoludur. TKY bu yolun mantıklı bir uzantısı olarak görüldüğünde kaliteyle ilgili uygulamalar geliştirilebilmektedir².

2.3. Kalite Yönetimine Genel Bir Bakış

2.3.1. Kalite Yönetiminin Tanımı

Toplam kalite yönetimi ile ilgili çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Bunlar arasında en çok genel kabul görmüş olanlara yer verilmiştir. Toplam kalite yönetimi; tüm personellerin hayatını ve zamanını ayırmış olduğu işlere kendisini adayan, hayatının merkezine evrensel ilkeleri yerleştirmiş olan ve buna uygun değerlere sahip olduğunu hareketlerinde gösteren; “kazan kazan” yaklaşımını esas alıp uzun vadeli ilişkileri ve iç - dış müşteri tatminini amaç haline getiren, iş tanımını aşan bir sorumluluğa sahip olan, işini gerçekleştirirken beyninde planlayan, hedefleyen ve ona bir anlam kazandırmış olan ve de yüreğinden isteyen, bunun için de inançlarını geliştiren, tüm personellerin katılımına dayanan sistem ve standartlar tümünü kapsayan bir yönetim modelini oluşturmaktadır³.

¹ Efil, s. 19

² E. Tarcan, Hizmet Yönetiminde Kalite ve Müşteri Tatmini Ölçümü, İstanbul, 2001, s. 37

³ C. Çetin, ve diğ., Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi (ISO 9000-2000 Revizyonu) İlke – Süreç – Uygulama, İstanbul, 2001, s. 4

Toplam Kalite Yönetimi , kuruluş geneline göre toplam olarak müşteri odaklılık kültürünü meydana getiren, bu hedef doğrultusunda iç ve dış müşteri isteklerinin aşılmasını temel amaç olarak alan, personellerin bilgilendirilip yetkilendirilmesi ve takım çalışmalarıyla tüm süreçlerin devamlı olarak iyileştirilmesini amaçlayan bir yönetim felsefesini oluşturmaktadır¹.

TKY, bireylerin ortak bir kaderi paylaşmaları açısından yetkilendirildiği ve procesteki en son gelişmelere uygun olarak ödüllendiği yolu oluşturmaktadır. TKY; bir felsefe ya da yalnız sözde kalan bir işlem değil, pratik bir yönetim uygulamasını oluşturmaktadır. Bu uygulamada üç unsur bulunmaktadır. Birincisi, işe dair mantıksal bir düşünce şekli geliştirmektir. İkincisi, kaliteyi geliştirmek amacıyla çalışan kişileri güdülemektir. Üçüncüsü ise pazarlama yönetimi davranışını vurgulayan bir şirket kültürü meydana getirmektedir. TKY; bir bütün olarak etkinliği ve esnekliği artış gösteren bir yaklaşım ve herkesi gelişme prosesiyle ilgili kılarak kişilerin hayatlarında boşa giden eforlarından kurtulmanın bir yöntemi olarak tanımlanmaktadır².

TKY, müşterilerce tanımlanan kaliteye öncelik verilerek, kurumların ürün ve hizmetlerin yanı sıra yönetimin de kalitesini ve verimliliğini artırmayı amaçlayan bir çalışma ya da yönetim uygulamasını gerçekleştirmektedir³. TKY, bir kurumda meydana gelen tüm etkinliklerin devamlı olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm personellerin aktif katılımı ile çalışan kişileri, müşterileri ve toplumu memnun ederek karlılığa ulaşması olarak ifade edilmektedir⁴.

Toplam Kalite Hareketi, tüm dünya üzerinde en geniş global tırmanışı meydana getirmektedir. Ülkemizde ise 1990'lı dönemlerin başından beri, içinde yer aldığımız yoğun rekabet ortamlarında cesur ve ciddi uygulamalar ile kurumları

¹ C. Yılmaz-C.Kantarlı, “Toplam Kalite Yönetimi Öncesi ve Sonrasında Bir Sanayi Kuruluşu Çalışanlarının Üst Düzey İhtiyaçlarının Karşılama Düzeyinin Ölçülmesi” Manisa Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF) Yönetim ve Ekonomi Dergisi, S.5, Manisa, 1999, s. 407

² O. Pazarçık, “Toplam Kalite Yönetim Sistemi Uygulamasının Arkasındaki İnsan Faktörü” VD, Ankara, C.23, S.4, 1994, s. 23

³ Z. Akali, “Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri” VD, Özel Sayı, Ankara, 1995 s. 85

⁴ V. Altınok, “Toplam Kalite Yaklaşımı” Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, S.1-2, Karaman, 2001, s. 206

büyük başarı ortamlarına taşıyan Toplam Kalite Felsefesi ve Yönetimi, içinde bulunduğumuz dönemde artık tartışmaya açılmıştır ve zaman zaman kriterleri bakımından sektörel farklılıkları göz önünde bulundurularak değerlendirilir¹.

Kısacası TKY, organizasyonlar içinde “kalite”nin artırılmasını hedefleyen bir yönetim felsefesini oluşturmaktadır. Bu yönetim anlayışına göre hedef, müşterilerin arzuları ve beklentileri doğrultusunda ürün ve hizmetlerin kalitesinin yükseltmek ve verimliliğin arttırmaktır. Toplam kalite felsefesine göre kalite ve verimliliğin artırılması amacıyla personellerin motivasyonu ve ödüllendirilmesi, memnuniyeti, performans değerlendirme ve ölçme yöntemlerinin kullanılmaması, organizasyondaki hataların ve yanlışların ortadan kaldırılması, ekip çalışmasına ağırlık verilmesi, başarılı organizasyonların tecrübesinden faydalanması (benchmarking), stratejik planlamanın gerçekleştirilmesi ve benzeri amaçlar üzerinde durulması gereklidir².

2.3.2. Temel Prensipler

TKY üzerine Deming`in bazı ilkeler mevcuttur. Bu ilkeler aşağıda sırasıyla verilmektedir:

- “ - Yeni yönetim ve kalite felsefesini öğrenin
- Maliyetlerin azaltılması ve sürecin geliştirilmesi için, muayene sisteminin amacını anlayın.
- Çalışanlarınızı sadece fiyat etiketleri bazında ödüllendirme uygulamasını bırakın.
- Planlama, üretim ve hizmetteki her süreci daima ve durmaksızın iyileştirin.
- Eğitimi kurumsallaştırın.
- Liderliği öğretin ve kurumsallaştırın.

¹ G. Arkun, “Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler”, Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Uygulanması Sempozyumu (Ed. M. Çoruh), Ankara, 1998, s. 251

² C. Aktan-U.Saran, Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite, Ankara, 2005, s. 27

- Korkuyu ortadan kaldırın; örgüt içinde güven veren ve yenilikçi bir çalışma ortamı oluşturun.
- Şirketin amaçları ve hedefleri doğrultusunda takımlar, gruplar, personel ve yönetim kademelerinin çabalarını optimize edin.
- Çalışanları zorlamaktan, onlara slogan ve nümerik hedefler vermekten vazgeçin.
- Üretim için sayısal hedefleri ortadan kaldırın. Onun yerine geliştirme metotlarını öğrenin ve kurumsallaştırın.
- İnsanları çalışma gururundan mahrum bırakan engelleri kaldırın.
- Herkes eğitim ve kendini geliştirme konularında teşvik edin”¹.

Bu ilkeleri irdelediğimizde müşteri ihtiyaçlarını ve müşterinin tatmin etmesini sağlamak için örgütün topyekün bir iş birliği içinde olması gerekmektedir.

2.3.3. Kalite Yönetiminin Amaç ve Hedefleri

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), mevcut tüm kaynakların ve imkânların en iyi şekilde kullanılmasıyla, sürekli bir gelişme sağlamaya çalışan bir yönetim felsefesidir. TKY, geleceğin en önemli iş geliştirme stratejisi ve yönetim konusudur, çünkü verimlilik ve rekabet için, en önemli konu kalitedir. TKY'nin amacı, bir kuruluşta sürekli gelişmeye imkân veren bir ortam sağlamakla, insana yönelik ölçümü esas alan, üretim yönetimini şekillendiren ve müşteri tatmini üzerinde odaklaşan, bir yönetim düşüncesidir².

TKY'nin amaçlarını şöyle özetleyebiliriz:

- “ - Kendi pazarlarının ihtiyaçlarına daha etkin ve sağlıklı bir biçimde yönelebilmek,
- Ürün ve hizmet kalitesinin de ötesinde bütün alanlarda en yüksek kalite performansına erişmek,

¹ M. K. Yılmaz, Stres ve Motivasyonun, Satış Gücünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: Erzurum'daki İlaç Satış Müessesileri Üzerinde Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi, YYLT, Erzurum, 2006, s. 25

² M. Şimşek-M.Nursoy, Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçümü, İstanbul, 2002, s. 18

- Üretici olmayan faaliyetleri ve bozuk ürün oranını azaltmak için bütün süreçleri sürekli olarak incelemek,
- Rakipleri tam ve detaylı olarak anlamak suretiyle etkili bir rekabet stratejisi oluşturmak,
- Gerekli gelişmeleri saptamak ve performans kriterleri getirmek,
- Sorun çözümlenmede bir ekip yaklaşımı belirlemek,
- Hiç sona ermeyen bir ürün geliştirme stratejisi kapsamında üretim süreçlerini devamlı olarak gözden geçirmek”¹.

Toplam kalite yönetiminin amaç ve hedefleri doğrultusunda hareket edilmesi durumunda, sağlık hizmetlerindeki gelişimin hızlanması kaçınılmaz olacaktır. TKY’ni uygulayan sağlık işletmeleri, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti açısından diğer kurumlara göre sektördeki rekabet gücünü artıracaktır.

2.4. Kalite Yönetiminin İlkeleri

2.4.1. İnsana Verilen Önem

Yapılan araştırmalara göre, insanlar kolayca karşılanabilecek ihtiyaçlara sahiptir. Kişiler, saygı görebilecekleri, öğrenerek kendilerini geliştirebildikleri ve kendileriyle ilgilenildiğini hissedebilecekleri, iş güvenliği bulunan, ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri kadar para kazanabilecekleri, başarılı bir işyerinde çalışmayı arzu etmektedirler. Ayrıca, kendilerine ihtiyaç duyulduğunu, önemli olduklarını hissetmek, bütün canlı varlıklar gibi ödül ve tanınma (takdir edilmek) istemektedirler. Bir işletmenin varlığını sürdürebilmesi için bünyesinde kendi isteği ile çalışacak kişiler olmalıdır. Yönetimin, kişilerin bağlılığını kazanması için çalışanları, organizasyonun bir parçası yapması ve onları buna inandırması gerekmektedir. Bunu sağlamanın kesin bir yolu olmamakla beraber uygulandığında iyi sonuçlar alınabilecek yollar mevcuttur².

¹ Ş. Şimşek, ve diğ., Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Konya, 2003, s. 375

² A. Kovancı, Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl, İstanbul, 2001, s. 211

2.4.2. Üst Yönetimin Liderliği

TKY’de Liderlik, sürekli olarak insan etkinliklerini bütünleştirmenin, beceri ve yetenekleri özgür bırakmanın ve herkesi tam ve etkili bir liderlik rolüne yetkilendirmenin yeni ve etkili yollarını arar. Ensari’nin ifadesine göre John Adait; liderlik kavramında beş belirgin özellik tanımlamaktadır:

- “ 1- Yönlendirme,
- 2- Esin kaynağı olma,
- 3- Takımlar oluşturma,
- 4- Örnek olma,
- 5- Kabul edilme”¹.

TKY, yalnızca belli kişi ya da örgütün gayret ve faaliyeti ile değil, mükemmel bir liderlik ve yönetim beceri ve uygulaması ile başarılı olacaktır². Değişim konusunda organizasyonları zorlayan faktör, yaşanan değişimin kendisi değil, değişim sırasında yaşanan geçişlerin yönetimidir. Bunu kim gerçekleştirecek sorusunun cevabı tektir; lider. O halde, TKY’ de liderlik müşteri memnuniyetini sağlamak için gerekli olan değişimin yönetimidir. Amaç, TKY’yi derinlemesine anlayarak özümsemek, tüm yönleriyle uygulamak ve çağın dönüşümünü yakalamaktır. Bu yapısal ve zihinsel değişim sürecinin ana boyutları, önce insanın kalitesi, daha sonra sistemin kalitesidir. Liderlik boyutu ile insan ve sistem kalitesi bütünleşerek rekabet için sinerci etkisini ortaya çıkarmaktadır³.

TKY, iç ve dış müşterilerin sürekli tatminini sağlamak için, işletmedeki tüm bireylerin daha fazla katkıda bulunmasını gerektirmektedir. Müşterilerle iletişimde esnekliğin sağlanması için, işletmenin stratejik amaçları doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlerde de esnek olmak gerekmektedir. Personelle karar verme yetkisini verirken aynı zamanda, örgüt yapısı ile ilgili çalışmaları düzenlemek,

¹ H. Ensari, 21. Yüzyıl Okulları İçin Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2003, s.83

² C. Dinçer, Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektöründeki Uygulaması, Sakarya Üniversitesi SBE, YDT, Sakarya, 2005, s. 51

³ U. Gencel, “Yüksek Öğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon” DEÜ SBED, C.3, S.3, İzmir, 2001, s.181

stratejik kalite liderliğinin görevidir. Personelin kararlara katılımı sağlanmıyorsa, paylaşılan güç, paylaşılan bağıllık ve paylaşılan sorumluluktan söz edilemez. Bu kapsamda yönetimin görevi, işletmede sadece yöneticilerin değil her bireyin bir lider gibi geliştirilmesini sağlayarak, işletmeyi öğrenen organizasyonlar, bireyleri de öğrenen bireyler haline getirmektir¹.

2.4.3. Müşteri Odaklı Olma

Klasik yönetim anlayışında tepe yönetimin görüş ve düşünceleri doğrultusunda tepeden aşağıya doğru inen hiyerarşik yapı içinde şirketler yönetilmekte, astlar amirlerinden aldıkları talimatlara göre işlerini görmekteydiler. Bura da amaç, amirlerin memnun edilmesiydi. Hâlbuki TKY’ de amaç; müşteri talepleri doğrultusunda kurumun tüm birimlerinin yönlendirilmesi ve müşteri beklentilerini karşılayarak müşteri tatminine ulaşılması, hatta beklentilerin ötesine geçip tam olarak müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır².

TKY’nin, “bir sonraki süreç sizin müşterinizdir” ilkesi, müşteriye yönelme yaklaşımının işletme içinde uygulanmasıdır. Nasıl ki, pazardaki müşteri gereksinimlerini tanımlayarak, ona sunulacak ürün ve hizmetin kalitesini geliştirmek olanaklı ise, işletme içindeki tüm üretim süreci aşamalarında performansın ve kalitenin artırılması için, bir sonraki sürecin gereksinimleri belirlenerek, istenen nitelik ve nicelikte ürün sunabilmek de olanaklıdır. Bu yaklaşım, pazardaki müşteriye (dış müşteri) ek olarak, bir “iç müşteri” kavramının oluşturulmasını gerektirmektedir. Müşteri, bir mal ve hizmeti satın alan ve kullanan kişidir ve işletme içindeki her birim bu tanımın içine girmektedir. Çünkü ne iş yaparsa yapsın her işlev bazı girdileri alıp kullanmakta, bunları işleyerek oluşturduğu çıktıyı bir başka işleme girdi olarak vermektedir. Dolayısıyla, işletme içerisindeki her birim müşterisinin kim olduğunu ve onun işlevini iyi şekilde gerçekleştirebilmesi için, kendisinden ne beklediğini bilmesi gerekmektedir³.

Müşteri odaklı olmak bu çalışmada ‘halka dönüklük’ olarak karşılığını bulmaktadır. Müşteri odaklılık, müşterilerin beklentilerini ve isteklerini karşılama

¹ C. Kopal-M.Şahin-G.Berberoğlu, Yönetim ve Organizasyon, Eskişehir, 2003, s.211

² M. Kus, Kalite Kavramı, Avrupa Birliği Kalite Politikası ve Türkiye’deki Kalite Faaliyetleri, Ankara, 1999, s. 20

³ Kopal, s. 215-216

ilkesini firmanın tümünde çalışanlarının bir vazifesi olarak ortaya koyan ve bu doğrultuda ürün ve hizmet kalitesini hedefleyen bir yaklaşımı tüm kuruluşa yaymak demektir¹

Erdem'e göre bir kurumdaki liderin işlevleri şu şekilde sıralanabilir:

- “ 1- Başkalarının beklentilerini değiştirir: insanların beklentilerini neden-sonuç ilişkileri içerisinde değiştirir,
2- Bireyin amaçlarıyla kurumun amaçlarını uzlaştırır,
3- Değerleri korur, geliştirir ve değiştirir: toplumda, örgütte veya grupta o anda var olan değerlerden işe yarar olanları korur ve geliştirir, ihtiyaca cevap vermeyen değerleri de değiştirir,
4- Yeni değerler oluşturur ve benimsetir,
5- Hedef veya hedefler belirler ve benimsetir; bireyi bu hedefler doğrultusunda harekete geçirir,
6- Başarı ve devamlılığı sağlar,
7- Yapı ve havayı değiştirir: toplumun, örgütün veya grubun yapısına yeniden şekil verir, bunu toplumdaki, örgütteki veya gruptaki bireylere mal ederek mevcut havayı olumlu yönde etkiler,
8- Kültürü etkiler, geliştirir ve değiştirir”².

Bu bağlamda lider işletmesinin devamlılığını sağlamak için müşterilerin beklentilerini belirlemeli, belli bir amaca ve hedefe yönelmeli ve onları değerli kılmalıdır. Bunun yanında müşteri memnuniyetinde şüphesiz etkisi büyük olan çalışanlarını da düşünüp onların motivasyonunu da arttırmalıdır. Sağlık işletmelerinde liderlik özelliği bulunan yöneticilerin görev alması, TKY'ne önem vererek hizmet kalitesini ve müşteri memnuniyetini artırmaları gerekmektedir.

2.4.4. Tam Katılım

Tam katılım esas olarak, çalışanların firmanın amaçları doğrultusunda bilgi vererek hedef belirleme sürecinde etkin bir şekilde rol almalarını, belirlenen hedefi benimsemelerini ve bunları kendi kişisel hedeflerine entegre etmelerini

¹ K. Soylu-A.Suer-Ö.Suer, Toplam Kalite Yönetimi Sözlüğü, İstanbul, 1999, s. 59

² A. R. Erdem, 21. Yüzyıla Girerken Nasıl Bir İnsan Modeli Yetiştirelim, Ankara, 1998, s.159

kapsamaktadır¹ . Tam katılım ile insan kaynaklarının bütün yetenek ve becerilerinden faydalanılmaktadır. Tam katılım olmadan, kurum yalnızca birkaç kişinin yeteneklerine bağımlı olacak ve sistemdeki her kişi ve sürecin toplam katılımıcılığından elde edilebilecek sinerjiden yoksun kalacaktır². Konuya ilginin çekilmesi, sorunlara çözüm bulunmasına teşvik gibi yöntemlerle çalışanların kalite bilinci yükseltilir³ . Toplam iş gören katılımının sağlanması motivasyonla yakından ilgilidir. Personelin motivasyonu görevlerini ve görevlerinin tüm faaliyetleri destekleme şeklini anlamaları ile başlamaktadır. İşgörenler iyi performanslarının müşteri tatmini, maliyetlerin azalması, kurumun ekonomik açıdan iyileşmesi üzerindeki etkileri konusunda bilinçlendirilmelidir⁴.

Toplam Kalite Yönetiminin en temel karakteristiklerinden biri çalışanların kaliteye bağlılığının ve süreçlere katılımının sağlanmasıdır. Açık ve etkili bir iletişim ve etkili bir işbirliği organizasyonun rekabet gücünü artırır. Bu durum, çalışanların ilgili, motive edilmiş ve esnek oluşlarıyla kendini gösterir. Böyle bir güce sahip olmak başkalarını taklit etmekten ve teknolojik ilerleme açısından dışa bağımlı olmaktan çok daha iyidir⁵. Motivasyon yalnızca üretim aracı olarak değerlendirilmemelidir, çalışan bir insandır. İşletmeler çalışanları bir beşeri varlık olarak değerlendirmeli, çalışanları kendi isteği ile çalışmaya teşvik etmelidir.

2.4.5. Takım Çalışması

Toplam Kalite Yönetiminde başarı sağlamanın ön koşullarından biri de çalışanların katılımının sağlanmasıdır. Çünkü kalite yönetimi insanlara dayanan bir sistem kurmayı gerektirmektedir. Yönetim stratejisi, amaçları, hedefleri, kalite kontrol teknikleri, yönetim teknikleri ne kadar gerçekçi mükemmel olursa olsun; yüksek kalitede ürünler oluşturmada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle eğitilmiş çalışanlar iyi motive edildiği takdirde kaliteli ürünler ortaya çıkabilmektedir⁶.

¹ A. K. Şekerkaya, Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü, Ankara, 1997, s. 20

² R. Bozkurt, "Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçümü", Önce Kalite Dergisi, S.26, Ankara, 1996, s. 14

³ N. Öztürk, "Toplam Kalite Yönetiminde Motivasyon, Eğitim ve Katılımın Önemi" VD, Özel Sayı, Ankara, 1993, s. 63

⁴ İ. Efil, Yönetimde Kalite Çemberleri ve Uygulama Örnekleri, Bursa, 1997, s. 30

⁵ Dinçer, s. 52

⁶ Çetin, s. 76

TKY’de herkesin etkin katılımı önemlidir. Katılım, sadece kalitenin sürekli gelişimi için değil, motivasyonu arttırmak eğitsel katkıyı arttırmak için de önemlidir. Karar alma sürecinde ise, yalnızca danışılarak da olsa işgören katılımının sağlanması durumunda, işgörenler alınan kararları daha dikkatli olarak uygulamaya eğilimli olacaklardır.

Toplam Kalite Yönetimi’nin *amacı* müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması, *yöntemi* yapılan bütün işlerin iyileştirilmesi, *öznesi* ise başta üst yönetim olmak üzere bütün çalışanlardır¹. Toplam Kalite anlayışına sahip işletmeler, müşteri odaklı ve çalışanların aktif katılımını gerektirdiğinden işletmelerde fonksiyonları yerine getiren departmanlar arasındaki sorunların aşılması; ekip çalışmasına dayanan bir yapının kurulmasına, etkin hale getirilmesine bağlıdır. Toplam Kalite Yönetiminde çalışanlar, işletmenin hedeflerine ulaşmasında kritik unsur olarak ele alındıklarından ekip çalışmasına, karar almaya, iletişime, vb. katılım, işletmede yer alan herkesin sorumluluğu olarak kabul edilmekte ve tüm bölümler ile her kademedeki çalışanın sürece katılması zorunlu olmaktadır.

2.4.6. Sürekli İyileştirme (Kaizen)

Japonya’da Kaizen (kai değişim ve zen ise iyi daha iyi anlamına gelmektedir) sürekli gelişmeyi ifade etmektedir. Mal ya da hizmet üretiminin her aşamasında tüm çalışanların katkısı ile analiz, problem çözme ve karar verme tekniklerinin sistematik bir biçimde kullanılmasının bilinçli ve yaygın uygulanması sonucu gerçekleştirilen çok sayıda iyileştirme projesi, Japonların Kaizen sözcüğü ile ifade ettikleri sürekli gelişmeyi sağlamaktadır. Japonlar Kaizeni gerçekleştirirken sıçramaların büyüklüğü ile değil, sıklığı sayesinde Batı’ya nazaran daha büyük ilerlemeler kaydetmişlerdir. Aşamaların daha sık ve küçük olması, tüm örgütün gelişmelerle bütünleşmesini sağlamıştır. Gelişmeler kuruluşun her bölümünde çalışan herkesten her konuda gelmektedir. Klasik yöntem anlayışında ise sıçramalar, büyük teknolojik ilerlemelere bağlı olduğundan ancak sınırlı bir çevre tarafından gerçekleştirilmekte, gelişmeler tabana yayılamamaktadır. Bu da başarıyı düşük kılan bir etmen olmaktadır².

¹ C. Vural, ve diğ., Eğitimde Kalite Ödülü El Kitabı, Ankara, 2005, s. 12

² Ö. Peker, “Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Hizmetinde Kalite” Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, C.8, S.6, Ankara, Kasım 1996, s. 50

Kalite kültürü, firmaların sürekli öğrenme ve sürekli iyileştirme felsefesini benimsemelerini şart koşturmaktadır. Bu felsefe, Japonların rekabetteki başarısının anahtarıdır ve kuruluşta, sorunların varlığının tespit edilmesi ile başlamaktadır. Bu özelliği nedeniyle sorunları herkesin rahatlıkla kabul edebildiği bir şirket kültürü içinde problemlerin çözülmesini öngörür. Böyle bir profile sahip kültürel yapının kazanılması ise sürekli iyileştirme döngüsü için gerekli altyapının oluşmasına imkan sağlamaktadır¹. Bu yüzden kalite kültürü ve bu kültürü benimsetmek işletmelerde büyük önem kazanmaktadır.

3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

3.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Bir ülkenin ekonomisinde, hizmet işletmelerinin yüksek sayıda olması ve ekonomiye katkısı, toplumun gelişmişliğinin göstergesi olarak kabul görmektedir. Çünkü ülkenin yaşam seviyesi yükseldikçe, bu sektörde bulunan işletmelerin hizmetlerine olan talep artış göstermiştir. Dolayısıyla hizmetler sektörünün ekonomi içerisindeki payı giderek büyümüştür. Hizmet sektörünün, brüt ulusal gelir (GSMH) içerisindeki oranının Amerika ve diğer gelişmiş ülkeler içinde %75 oranına ulaştığı belirtilmiştir. Türkiye’de de hizmetler sektörünün toplam istihdam içindeki payı aynı doğrultu içinde gittikçe artmıştır².

İnsan ihtiyaçlarını sağlayan araçlar yalnızca gözle görülebilir ve elle tutulabilir sabit bir nitelik taşımazlar. İnsan ihtiyaçlarını karşılayan fakat somut nitelik taşımayan bu araçlara hizmet adı verilir. Hizmet, çok çeşitli ve değişik şekillerde olmaktadır. Hizmet, herkese göre değiştiğinden dolayı tek bir hizmet tanımının yapılması çoğu zaman mantıklı değildir³. Günümüzde ekonomide yapılmış olan klasik imalat, ticaret ve hizmet şeklinde üçlü ayırım yerine, her sektör

¹ F. Pakdil, “Kalite Kültürünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Derleme”, DEÜ SBED, C.6, S.3, İzmir, 2004, s. 167

² M. N. Bayuk, “Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma” Akademik Bakış Dergisi Türk Dünyası Celalabat İşletme Fakültesi SBED, S.10, Celalabat, 2006, s. 3

³ R. Karalar, İşletme, Temel Bilgiler, İşlevler, Eskişehir, 1998, s. 30

kendisini bir hizmet örgütü olarak konumlandırmaktadır. Bu yüzden hizmet kavramının tam bir şekilde tanımlanmasının yapılması güç olmaktadır¹.

Hizmet, tüketici gereksinimlerinin tatmin edilmesi amacı ile oluşturulan maddi özelliği olmayan bir üründür. Bir tarafın diğer bir tarafa sunmuş olduğu, üretimi fiziksel mallara bağlı veya bağlı olmayan, asıl olarak gayri maddi ve netice olarak belli bir şeyin sahipliğinin devredilmediği faaliyetler veya faydalardır².

Hizmet özellikleri; “soyutluk”, “ayrılmazlık”, “değişkenlik ve heterojenlik” ve “dayanıksızlık” olmak üzere dört alt başlıkta değerlendirilebilmektedir.

3.1.1. Soyutluk

Hizmetleri mallardan ayıran en önemli özelliklerden birisi soyutluktur. Kavram bir nesneden çok, bir performansı, fiili ve eylemleri ifade etmektedir. Hizmetler koklanamaz, görülemez, tadına bakılamaz veya el ile tutulamazlar. Örneğin; sağlık hizmeti, bir hastaya sağlık uzmanı tarafından yapılan uygulamaları kapsamaktadır. Hasta hizmetin somut faktörlerini (ekipman, hastane odası, vb) duyu organları yardımıyla algılayabilmesine rağmen, hizmet olarak ne sağlandı ve nasıl sağlandı sorularını ancak zihninde değerlendirebilmektedir.

Hizmet işletmeleri belirlenen bir somut malı üretmeden, ekonomik değer yaratmaktadırlar. Hizmet, belirli elle tutulan nesneden ziyade, performans olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, hizmet üreten kuruluşlar için, müşterilerin hizmeti tanımlama şekilleri, hizmet kalitesini anlayış tarzlarını bilmek ve hatta kaliteyi garanti etmek oldukça güç olmaktadır³. Hizmetin soyut olma niteliği müşteriler için de bazı problemler doğurmaktadır. Somut bir malı almadan önce, müşterinin malı görme, hissetme ve performansını test etme imkânı varken, hizmet alımı esnasında sadece işletmenin imajı gibi farklı unsurlar, müşteri

¹ S. Öztürk, Hizmet Pazarlaması, Eskişehir, 2002, s. 2

² Ö. B. Tek, Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım, Türkiye Uygulamaları, İzmir, 1999, s. 394

³ T. Avcı-H.Nadiri, “Comparison of Service Quality Expectations and Perceptions of Tourists' in North Cyprus Accommodation Establishments Interm of Demographic Factors” First International Joint Symposium on Business Administration, Çanakkale, 2000, s. 2

tarafından değerlendirilmektedir. Aynı zamanda, hizmet alan kişiler somut olarak bir şeyin sahibi olamamaktadırlar.

Soyut olma özelliği nedeniyle hizmetler;

“ - Hizmetler patent aracılığı ile korunamaz, bu bakımdan dolayı da yeni hizmet kavramları kolaylıkla taklit edilebilmektedir,

- Hizmetin fiili mahiyetini belirlemek ve kalite-fiyat ilişkisini kurmak karmaşıklığa sebep olur,
- Hizmetler, ürünler gibi raflarda ve vitrinlerde gösterilip, kolayca sergilenemez,
- Hizmetlerin fiyatlandırılmaları zor olmaktadır. Fiyat oluşturmada objektif kriterler bulunamaz,
- Hizmetler depolanıp saklanamaz”¹.

Bu özelliklerinin bulunması hizmetlerin ürünlerden farklı bir disiplin olarak incelenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmeti de diğer hizmetler gibi soyut bir kavramdır. Soyut olan sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen ise hizmet alanların müşteri memnuniyetidir. Sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin ortaya konulması için periyodik olarak anket çalışmaları yapılmalı ve bunlar değerlendirilmelidir. Bu sonuçlar hizmet kalitesindeki eksikliklerin görülmesinde ve bunların düzeltilmesinde kullanılabilir.

3.1.2. Ayrılmazlık

Ürünler genel olarak önce üretilip, daha sonra satılmaktadırlar. Fakat hizmetler, öncelikle satılırlar, üretilir ve tüketilirler. Örneğin; bir öğretmenin sınıf içinde, öğrencilerine ders anlatırken hizmetin üretilmesi ve tüketilmesi aynı süreçte gerçekleşir. Uçak ile seyahat yapmak isteyen bir kişi, her ne kadar uçuş amacıyla para ödeyerek bilet almış dahi olsa, herhangi bir sebepten ötürü uçuşu ertelendiğinde bu yolculuğu gerçekleştirmesi mümkün olmamaktadır. Fakat uçuş gerçekleştiğinde,

¹ Tek, s.429

yani esas olan hizmet üretilmeye başlandığında, uçağın içerisine girdiği anda yolcu aynı zamanda hizmeti tüketmeye başlamıştır. Hizmet üretiminin ve tüketiminin aynı süreçte olması, birçok hallerde üretici ve satıcının aynı birey olmasına, yüksek seviyede doğrudan dağıtım ve pazarlamanın interaktif olmasına sebep olur¹.

Hizmetlerin ayrılmazlık niteliği, hizmeti sunan kişi ile hizmet isteyen kişi arasında iletişimi zorunlu kılmaktadır. Eşzamanlı üretim ve tüketimin bir neticesi olarak hizmet üreten kişiler kendilerini ürünün bir parçası ve müşterilerin hizmet deneyiminin önemli bir girdisi olarak kabul ederler. İletişim neticesinde, hizmeti üreten kuruluşların karşılaşılabileceği sorunların giderilmesi ve talebin devamlılığı sağlanarak işletmenin atıl kapasite ile çalışmasının engellenmesi de sağlanmaktadır. Tüketicilerin hizmet süreçleri içindeki rolü, bilgisini, tecrübesini, kendine olan güvenini ve motivasyonunu sürece dâhil ederek hizmet üretimine yardım etmektedir. Müşterinin üretim yardımcısı olarak süreçte yer alması, hizmet sisteminin performansını etkilemektedir. Sonuç olarak meydana gelen hizmet kalitesi, hizmeti üreten kuruluşların etkinliği kadar müşterinin etkin olması ile de doğru orantılı olmaktadır.

3.1.3. Değişkenlik ve Heterojenlik

Heterojenlik; hizmet performansındaki değişkenlik potansiyelidir. Hizmet performanslarının yüksek olması gerektiğinden ve genel olarak kişiler tarafından üretildiklerinden dolayı birbirinin aynısı olmamaktadır. Müşteri bakış açısı ile hizmeti yerine getiren hizmet çalışanları, hizmetin kendisini oluşturmaktadır. Bireylerin performansları gün içerisinde dahi inişli çıkışlı dalgalı bir seyir izlemektedir. Heterojenlik, ayrıca müşteriden kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni aynı biçimde değerlendirilememesinden dolayıdır. Her bir müşteri, hizmeti kendine ait kazanmış olduğu deneyimler çerçevesinde algılar. Hizmetlerin heterojenliği, daha çok müşteri ve hizmet çalışanlarının birbiri ile karşılıklı etkileşiminin neticesinden dolayı olmaktadır. Bu bakımdan dolayı da hizmetin tutarlılık seviyesi açıklık ve kesinlik taşımamaktadır. Hizmetlerin heterojenliği emek yoğun hizmetler açısından ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Kişisel olarak müşteriyle birkaç çalışan ilişki

¹ C. Yükselen, Pazarlama, Ankara, 2007, s. 436

halinde bulunuyorsa, bu etkileşimin neticesinde "hizmet tutarsızlığı" sorununun yaşanması yüksektir¹.

İnsan faktörünün üretime katılma seviyesi de hizmet üretiminin standardizasyonu ile doğrudan ilişkili bir durum içindedir. İnsan unsurunun üretime katılma seviyeleri artış gösterdikçe hizmetin sunumundaki değişkenlik seviyesi de artmaktadır. İnsan unsuru, bir mal veya hizmetin üretimine makine ve teçhizat diğer bir ifadeyle teknik donanımına karşın daha yoğun bir şekilde katılmaktaysa, homojenliği yakalamak oldukça güçleşmektedir². Bu yüzden hizmetlerde standardizasyonun sağlaması oldukça güç duruma düşmektedir. Standardizasyon sağlanamaması kuruluşlar açısından önemli derecede kalite kontrol problemine sebep olmaktadır. Hizmetin alınmasından önce kalitesi bakımından bir tahminde bulunması oldukça güçtür. Örnek verecek olursak bir tiyatro veya konser bileti alan kişi nasıl bir gösteri gerçekleşeceği ve paraya değip değmeyeceğini önceden bilememektedir.

3.1.4. Dayanıksızlık

Hizmetler temelde performanslar olduklarından dolayı, stoklanamazlar, saklanamazlar, tekrar tekrar satılamazlar ve değiştirilemezler. Örnek verecek olursak, sefer zamanına kadar satılamayan bir uçak koltuğunun daha sonraları satılması söz konusu olmamaktadır. Bu durumda hizmetler üretilerek stoklanan, daha sonraları satılan ve değiştirilen mallardan ayrılmaktadır. Hizmeti üretmek amacıyla kullanılan bazı somut nitelikli üretim araçları stoklanır, istendiğinde değiştirilebilir veya başka bir üreticiye satılabilir³.

Hizmetlerin birçoğunun faydaları kısa sürelidir. Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, belirli süreçlerde kullanılamayan hizmet kapasiteleri bir daha geri gelmeyen süreç içinde değerlendirilememiş olmaktadır. Bu bakımdan dolayı da, çoğu hizmet işletmesi arz ve talebi dengeleme hususlarında büyük problemlerle karşılaşabilmektedir⁴.

¹ Yükselen, s. 436

² D. Ö. İpekgil-Ö.Tütüncü, Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama, İzmir, 2003, s.5

³ Yükselen, s. 436

⁴ H. Tekeli, Turizm Pazarlaması ve Planlaması, Ankara, 2001, s. 38

3.2. Hizmet Kalitesi

Uzun yıllardır hizmet kalitesi; gelişimlerini hızlandırmak ve sürdürmek açısından tüm sektörlerin öncelikli hedefi olmuştur. Hizmet kalitesi, hizmet pazarlamasında üzerinde en fazla çalışma yapılan konulardan birisidir. Yapılan çalışmalar, hizmet kalitesinin işletmenin performansı ile müşteri tatminiyle ve satın alma kararı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur¹.

1990 yıllarında kalite kavramı iş hayatında belirleyici bir rol oynamış ve kalitenin işletmelerde yaratmış olduğu yararlardan dolayı daha fazla önemsenmeye başlanmıştır. Dünyanın en iyi işletmeleri üzerine yapılan bir çalışmada mal ve hizmet kalitesi üzerinde en fazla yoğunlaşan işletmeler Amerikan işletmeleri olmuştur. Aynı zamanda kalitesiz hizmet neticesinde meydana gelen maliyetlerin toplam maliyetler içindeki payı %30-40 civarında olduğu tahmin edilmektedir². Tüketicilerin memnuniyetinin sağlanabilmesinde önemli yer tutmakta olan hizmet kalitesinin hizmet işletmelerinin meydana getirdikleri ilk uygulamalar 1940'lı yıllarda görülmeye başlanmıştır. Sonraki dönemlerde de hızlı bir şekilde gelişme ve büyüme içine girmiştir.

Hizmetlerin soyut olma niteliğinden dolayı hizmet kalitesi de soyut niteliğe sahiptir. Literatürde hizmet kalitesi yerine algılanan hizmet kalitesi teriminin kullandığı görülmektedir. Grönroos algılanan hizmet kalitesini “müşterilerin bir hizmetten yararlanmadan önce istekleriyle kullandıkları gerçek hizmet deneyimini karşılaştırdıkları bir değerlendirme süreçlerinin bir çıktısı” şeklinde ifade etmiştir. Algılanan hizmet kalitesinin müşteriler için doyurucu olması, sunulmakta olan hizmet paketinin tüketicilerin beklentilerini karşılaması gereklidir. Hizmet kalitesi,

¹ Y. Dursun-M. Çerçi, “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma” Erciyes Üniversitesi (ERCÜ) İİBFD, Kayseri, S.23, Temmuz-Aralık 2004, s. 2

² S. Öztürk, Hizmet Pazarlaması, Eskişehir, s. 137

tüketicilerin hizmetin sunumuna önceki hizmet performansı ile ilgili beklentileri ve sunulmakta olan hizmetle ilgili algılamaları arasındaki fark olarak ifade edilmektedir¹.

Hizmet sektörünün insan emeği yoğun bir sektör olması, hizmetlerin heterojen olmasına işaret etmektedir. Başka bir ifade ile hizmet ve malların heterojen olma niteliği, hizmetlerin önemli bir kısmının üretim süreçlerine insan faktörünün, makine ve teçhizata nazaran daha yoğun bir şekilde katılmasından dolayıdır. Bunun neticesi olarak da, hizmet üretimlerinde insan etkeninin bulunması, yanlışların kaçınılmazlığını gündeme getirmektedir. İki tür hizmet kalitesi bulunmaktadır. Birincisi; düzenli olarak kabul edilen işlemlerdeki kalite seviyesidir. İkincisi ise; sorunların ve şikâyetlerin ele alınması esnasında sunulan hizmet seviyesidir. Hizmet kalitesinin performansının yüksek seviyede olması bu iki alanda da güçlü olmayı gerekli kılmaktadır. Bir diğer taraftan da, hizmeti kullanan kişilerin herhangi bir sorunla karşılaşmadıklarında değil, sorunlara çözüm bulunmasındaki kaliteden daha çok memnun oldukları görülmektedir². Hizmet kalitesi, tüketicinin hizmeti satın aldıktan sonra o hizmetten tatmin olup olmadığı şeklinde algılandığı duyu şeklinde tanımlanmaktadır. Bundan dolayı, hizmet kalitesi kavramını; alıcının ihtiyacını ve isteklerini, bunların doğrultusunda hizmette olması gereken nitelikleri ve hizmetin bu niteliklere sahip olma derecesini ifade etmektedir³.

Hizmet kalitesi büyük oranlarda hizmeti verenin performansına bağlı olmaktadır⁴. Tüketicilere yönelik pazarlama anlayışı çerçevesinde, hangi hizmetin kaliteli olduğuna tüketiciler karar vermektedir. Bu sebepten dolayı kalite, alıcı ile başlar. İstek ve arzularını en üst seviyede karşılayan hizmet, kaliteli olarak kabul edilmektedir⁵. Hizmet kalitesi yalnızca hizmeti alan kişiler tarafından ifade edilirse gerçeklik kazanmaktadır. Herhangi bir hizmetin kalitesinin belirlenebilmesi herhangi bir malın kalitesinin belirlenmesinden daha zor olmaktadır. Mallar standart olabilirken, tüketicilere sunulan hizmet sonrası müşterinin memnun edilmesi her zaman mümkün değildir. Burada hizmet sağlayan kişilerin uzmanlık seviyesi

¹ Ş. Sevim-A. Akdemir- K. Vatansever, “Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İnceleme” SDÜ İİBFD, C.XIII, S.1, Isparta, 2008, s. 2

² M. Soyak, “Hizmet Sektöründe Kalite Ölçülebilir Mi?” Sykonsept, S.5, İstanbul, 2005, s. 4.

³ Sevim – Akdemir , s. 13

⁴ Öztürk, 2003, s. 138

⁵ T. Tokol, Pazarlama Yönetimi, Bursa, 1998, s. 95

oldukça önem taşımaktadır. Hizmeti üreten işletmelerin tüketicilerin beklentilerini bilmenin yanı sıra, hizmete nasıl ulaştıkları ile ilgili de bilgi sahibi olmaları gerekmektedir¹.

Hizmet kalitesinin tam bir şekilde anlaşılması için hizmetin niteliklerinin çok iyi belirlenmesi gerekmektedir. Hizmetlerin soyut olması sebebiyle hizmet işletmelerinin tüketicilerin sunmuş oldukları hizmetleri nasıl algıladıkları ve kalitesini nasıl değerlendirdiklerini anlamaları oldukça zor olmaktadır. Hizmet kalitesinin soyutluk gibi nitelikleri ve objektiflik ölçütünün eksik olması sebebiyle hizmet kalitesini değerlendirme için en uygun yaklaşım tüketicilerin algılamış oldukları kaliteyi ölçmektir².

Hizmet kalitesi çoğu zaman çalışanın performansı ile yakından ilgili olmaktadır. Hizmetlerde bulunan bir takım kalite standartları oluşturularak müşteriye ayrılmış olan zaman, bekleme süresi gibi haller sayısal olarak tanımlanırken; kişiler arası ilişkiler ve iletişimin kalitesini ölçmek, standartlaştırmak oldukça zordur³.

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde, müşterinin istediği hizmet, algıladığı hizmetten daha yüksek seviyede ise hizmet kalitesi algılaması oldukça düşük seviyede olmaktadır. Eğer algılanan hizmet beklenen hizmet ile eşit veya daha yüksek düzeyde ise hizmet kalitesi algılaması tatmin edici bir seviyede olmaktadır. Hizmet kalitesinin kavram olarak somut bir hale getirilmesi ve nesnel bir ifadeye kavuşturulabilmesi amacıyla öncelikli olarak hizmet kalitesi boyutları incelenmesi gerekmektedir. Genel olarak hizmet kalitesinde meydana gelecek bir artış, hizmetin farklı boyutlarında ortaya çıkan kalite artışlarının bir bileşimi olduğu görülmektedir⁴.

3.3. Hizmette Toplam Kalite Yönetimi

Hizmet sektörü hizmetin üretilmesi ve kullanıcıya arz edilmesi yönünden sanayi sektöründen önemli farklılıklar gösterir. Bu nedenle hizmet sektöründe TKY

¹ Karahan, s. 116

² Z. Türk, "Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini ve Sadakati: Servperf Ölçeği" Çukurova Üniversitesi SBED, C.XVIII, S.1, Adana, 2009, s.400

³ Öztürk, 2003, s. 138

⁴ E. H. Akbayrak, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kütüphanesi'nde Hizmet Kalitesi Ölçümü, Hacettepe Üniversitesi(HÜ) SBE Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü, YYLT, Ankara, 2005, s. 28

uygulayacak kuruluşlar bu farklılıkları dikkate almalı, sanayi sektöründe geliştirilmiş olan teknik ve yöntemleri olduğu gibi kullanmaya kalkmamalıdır. Hizmetler insan ihtiyaçlarının fiziksel bir nesne aracılığıyla olsun ya da olmasın karşılıklı etkileşim süreci içerisinde karşılanmasını sağlayan etkinlikler olarak tanımlanabilir. Hizmet sunanın, hazırladığı bir ortamda doğal olarak göstereceği davranışlara bağlı olarak hizmete ihtiyaç duyanların (müşterilerin) bir fayda elde etmesi söz konusudur¹.

İmalat sektöründeki pek çok fonksiyon hizmet ağırlıklı bir nitelik kazanmaktadır. Deming imalat sektöründe çalışanların %44'ünün hizmet sektörüyle ilgili işlerde çalıştığını tahmin etmektedir. Mesela pazarlama, finans ve satın alma gibi fonksiyonlar üretim fonksiyonu ile giderek daha yakından alakalı bir özellik kazanmakta, müşteri hizmetleri çoğu işletmede oldukça önemli bir konuma yükselmektedir. Hizmetler bu nitelikleri ile işletmede üretilen ürünleri etkilemekte ve ilave değer yaratılmasına olanak sağlamaktadır².

Hizmet kalitesini anlayabilmek için hizmet sektörünün ve faaliyetlerinin özelliklerini daha iyi bilmek gerekir. Başlıca hizmet özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

- “1) Hizmet fiziksel olarak boyutlandırılmaz, tanımlanamaz ve bu şekilde ölçülemez. Bu özelliği hizmetin statik değil dinamik oluşundan kaynaklanmaktadır.
- 2) Hizmet depolanamaz, geri kazanımı mümkün değildir, bir kez hizmet verildikten sonra tüketilmiş demektir. Ancak tekrar edilebilir. Hizmet üretildiği sürece tüketilir.
- 3) Hizmet insan davranışlarıyla yönlendirilen bir dizi faaliyetten oluşur. Bu faaliyetler hizmetin tanımlanabilen bileşenlerini oluşturur.
- 4) Hizmet bir eşya veya nesne gibi test ve muayene edilmez. Ancak hizmetin arzını ve kalitesini etkileyen fiziksel koşullar ve nesnelere, test ve muayene edilebilir (kullanılan cihazların kalitesi gibi).

¹ A. Diken, Sanayi ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi, Konya, 1998, s. 87

² T. Akgeyik, “Hizmet Sektörlerinde Kalite Yönetimi” İÜ İktisat Fakültesi Mecmuası, C.54, S.2, İstanbul, 2004, s. 93

- 5) Bir eşya için söz konusu olan kullanım ömrü hizmet için söz konusu değildir. Hizmetin kullanım ömrü değil sürekliliği söz konusudur.
- 6) Hizmetin bir zaman boyutu vardır. Bu boyut bir başlangıç ve bitiş noktası olan zaman dilimi ile tanımlanır. Buna da hizmet süresi denir.
- 7) Hizmet talebe bağlı olarak verilir. Bu bağlılık iki türdür. Birincisi anlık talebin karşılanması (telefona cevap verilmesi gibi), ikincisi programlı talebin karşılanmasıdır(bankacılık hizmetleri gibi).
- 8) Hizmet sektöründe çalışanların yönetimi önemlidir. Verilen hizmetin kalitesi üzerinde insan faktörünün etkisi vardır. Bu nedenle çalışanların seçimi, eğitimi, geliştirilmesi, oryantasyonu ve motivasyonu gibi konulara önem verilmesi gerekir.
- 9) Kendisine hizmet verilen kişi bunu hizmeti veren kuruluşun örgütsel hiyerarşisinin ve ücret sıralamasının nispeten alt kademelerinde bulunan personelden alır.
- 10) Kalite hem objektif hem de sübjektif boyutları olan bir kavramdır¹.

Hizmet sektörü ve faaliyet özelliklerinin iyi bilinmesi ve dikkate alınması durumunda hizmet kalitesi çok daha iyi anlaşılacaktır.

3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde hastaların, gerek hizmet sunumu sırasında, gerek hizmet sunumundan sonra, hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta, her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabileceği için, teknik olarak hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme inancına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin, bir doktorun klinik veya ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanınması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlaşma,

¹ Diken, s. 89

hastaların hastanedeki ortalama yatış süresi hastaların aynı hastaneye geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır¹.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin öncülerinden Donebadian'a göre, tıbbi bakım kalitesinin tanımı "Bakım sürecinin bütün parçalarından beklenen kazanç ve kayıp dengelerini göz önüne aldıktan sonra hasta iyiliğini ifade eden kapsamlı bir ölçüyü azamileştirmesi beklenen bir bakım türü" dür². Donebedian hastalığın yönetiminde söz konusu olan çeşitli tipte faaliyetleri teknik ve kişilerarası olmak üzere iki gruba ayırmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite, "doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak" olarak tanımlanmaktadır³. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir⁴. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkili sektörlerin, yüksek kaliteyi minimum maliyette ve en kısa sürede sunmayı hedefleyen bir biçimde lojistik unsurları sağlamaları gerekmektedir⁵.

Kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yaşamı boyunca müşteriye memnun etmek olarak tanımlanabilir. Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılabilir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri

¹ N. Devebakan-M.Aksaraylı, "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması" DEÜ SBED, C.5, S.1, İzmir, 2003, s. 43

² Sarvan-Berk, s. 12

³ Şimşek-Nursoy, s. 33.

⁴ S. Özalp, ve diğ., "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim İle İlişkisi" I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi- Bildiriler, 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, Ankara, 20-21 Mayıs 2000, s. 244

⁵ M. Yılmaz, "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti" Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (CÜHYD), C.5, S.2, Sivas, 2001, s. 72

hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir¹.

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma 1980’li yıllarda hakim olmuş ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yöneltmişlerdir. Bir yandan kişilerin sağlık bilinci artmış, sağlık hakkı kadar sorumlulukları da olduğu anlayışı gelişmiş, diğer yandan da daha kaliteli sağlık hizmeti beklentisine karşılık sağlık hizmetleri maliyetleri de artmıştır. Bu durum, hem ülkeler hem de aynı ülke içindeki bölgeler arasında sağlık hizmeti farklılıklarının olmasına, sağlık personelinin yönetim ve hizmet sunumu aşamalarında geleneksel rolün değişmesine yol açmıştır. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine ait özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır².

Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasıyla birlikte hasta memnuniyeti de buna paralel olarak artış göstermektedir. Bu gerçekten hareketle sağlık kurumlarındaki yöneticilerin müşteri memnuniyetini artırmak için çalışmalar yapması gerekmektedir. Bu çalışmalara örnek olarak süreçlerin verimliliğinin artırılması, personelin performansının izlenmesi, çalışanların motive edilmesi, hizmet kalitesi sunumundaki noksanların giderilmesi verilebilir.

3.5. Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi bir hastane içindeki tüm çalışanların katılım ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerektirmektedir. Bu bağlamda, hastaneler günümüzdeki en karmaşık çalışma yapısına sahiptirler. Amaç ve sorumluluklarına göre bölünmemiş bir hastanede her sağlık hizmetine ayrılmış yirmiden fazla alt organizasyon birimi vardır. Tıbbi,

¹ T. Asunakutlu, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Ankara, 2005, s. 6

² R. Çiçek, ve diğ., “Koyuncu Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma” VD, S.3, Ankara, 2006, s. 125

hemşirelik, idari-mali ve teknik hizmetler olarak dört grupta toplanan temel hastane hizmetleri, çamaşırhane, yiyecek ve içecek temizlik, hizmetinden, teknik idari ve mali her türlü faaliyete ve tıbbi hizmetlerine kadar çok geniş bir hizmet alanı kapsar. Hem nitelik, hem de nicelik açısından birbirinden ayrı olan bu hizmetleri yürüten tıbbi, hemşirelik, idari ve teknik personelden oluşan çok amaçlı karmaşık bir organizasyonun, etkin ve verimli bir şekilde yönetimi, birimler arası ilişkilerin düzenlenmesi ve çalışma ortamının sağlanması, diğer organizasyonlara oranla daha güçtür¹.

Toplam Kalite Yönetimi'nin son dönemlerde sağlık sektöründe önemi gittikçe yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektörlerindeki hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel hedef haline getirilmelidir. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile bütünleştirilmesi gereklidir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kurumdaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurumda çalışan kişilerin gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisi olarak ifade edilir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi amacıyla gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gereklidir².

TKY ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumunda, 1990' lı senelerden itibaren gündeme gelen ve sektöre canlılık katmış olaylar olarak ifade edilir. Sağlık hizmetleri, TKY felsefesi ve uygulamaları ile gecikmeli olarak tanışan sektörlerdendir. Bunun sebebi sağlık sektörünün yapısının karmaşık bir yapıda olması ve değişime olan dirençlerdir. Fakat endüstri ve hizmet sektörlerinde TKY uygulamaları ile elde edilen başarılı neticeler sağlık sektörünü de harekete geçirmektedir. Sağlık sektöründe kalite uygulamalarının başlatılmasının başlıca sebepleri;

- “ - Bireylerin satın alma gücünün artması,
- Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması,
- Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması,

¹ M. A. Çakırcı, Devlet Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönteminin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama, Dumlupınar Üniversitesi SBE YYLT, Kütahya, 2002, s. 2

² F. Ecer, ve diğ., “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma” Ekonomik ve Teknik Standard Dergisi, S.490, Ankara, 2002, s. 66

- Kalite – maliyet çelişmesine çözüm getirerek etkili ve verimli hizmet sunumu sağlanması olarak gösterilebilir”¹.

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi; kurumun stratejik planlamasına bağlıdır, kurumun üst düzeydeki yöneticilerinin önderliğinde yürür, personel için eğitim programlarını kapsamaktadır. Gelişmeye açık noktaları ve olanakları yakalamaya yöneliktir, süreci analiz etme ve tekrardan düzene sokma anlamında çalışan desteğini kapsar, sürecin iyileştirilmesinde iş görenlerin motive edilmesine yönelik çalışan politikalarını ortaya koyar, süreç analizinde ve kontrolünde çok dikkatli istatistiksel tekniklerle çalışarak netice elde eder. Sağlık hizmetlerinde devamlı kalite geliştirme uygulamaları bu kuruluşlarda; kurum içi motivasyonu artırır, işgücünde bulunabilen ve gözden kaçan entelektüel sermayeyi açığa çıkarır, yönetsel anlamdaki giderleri azaltır, süreç analizi için kapasiteyi artırır, sağlık hizmet kuruluşlarında sıklıkla karşılaşılan aşırı uzmanlaşma gerektiren kapalı kutuların içinde neler olup bittiğini anlamamıza, etkisiz ve verimsiz noktaların giderilmesine imkân tanır².

3.6. Hastanelerde Kalite Sistemleri

3.6.1. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi

ISO 9001:2000’ in bir takım süreçlere dayalı kalite yönetim sistemi modelinde sistemin çıktısı olarak kabul edilen ürünler gösterilmekte ve metinlerde ürün kelimesi yer almaktadır. Bu hal standardın hizmeti kapsamadığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Fakat standardın 3.maddesi olan ‘Terimler ve Tarifler’ bölümünde “standardın tüm metninde her nerede ‘ürün’ terimi bulunuyorsa bu ‘ürün’ terimi ayrıca ‘hizmet’ anlamını da gelmektedir” ifadesi yer almaktadır. Hizmet olarak alan kişiye sunulan şeyin, ürün olarak nitelendirilmesi yerinde olacaktır. Neticede standartların metinlerinde kullanılan ürün kelimesi ve ürüne dair ifadelerin yerine hizmete ilişkin karşılıkları koyduğumuzda, koşutluk hemen belirginleşir³.

¹ N. Sarp, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” 2004, s. 24, <http://www.nilgunsarp.com/?p=19>, (20.05.2012)

² A. Köksal, “Hastane Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik” Ekonomik ve Teknik Dergi Standart, C.43, S.516, Ankara, 2004, s79

³ A. Esin, ISO 9001:2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite, Ankara, 2002, s. 49

3.6.2. Akreditasyon

Akreditasyonun ilk defa sağlık hizmeti sunumlarındaki büyüyen standardizasyon gereksinimlerini karşılamak üzere 1913 senesinde Amerika’da başladığı görülmektedir. Bu programa giderek katılımın artması neticesinde, sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951 senesinde ‘Joint Commission on Accreditation of Hospital’ olarak kurulmuştur. Hastaneler dışında kalan sağlık kuruluşlarının da kapsama alınmasıyla 1987 senesinde ismi “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations”(JCAHO) olarak değiştirilmiştir. A.B.D.’de başlayan bu uygulama giderek yaygınlaşmış, önce Kanada, Avustralya, daha sonra İngiltere başta olmak üzere diğer Avrupa ülkelerine kadar ulaştığı görülmektedir. Günümüzde Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin çoğu ya akreditasyon programlarını uygulamakta veya akreditasyon programı geliştirmek istemektedirler. Yaklaşık 40 ülkede uygulanan akreditasyon isteğe bağlı veya zorunlu olmasına; devlete bağlı kurumlar tarafından verilir verilmediğine; optimal mi yoksa temel ihtiyaçlara mı odaklandığına; cezalandırıcı mı yoksa geliştirici mi olduklarına; çıktılarına mı yoksa sürece mi odaklandıklarına; inceleme süreci esnasında sunulan danışmanlık ve eğitim seviyesine; ve akreditasyon belgesinin süresine göre ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği görülmektedir¹.

Akreditasyon bütün boyutları ile değerlendirildiğinde hizmet alıcılara en yüksek kalitede hizmet sağlamayı amaçlamaktadır. Amerikan Tabipler Birliği yüksek kaliteli hizmetin birkaç boyutundan bahsetmektedir. Bunlar;

“-Sağlık düzeyinin yükseltilmesine, hastalık ya da iş göremezliğin önlenmesine ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavisine önem vermelidir.

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve zihinsel performansında ve rahatlığında mümkün olan en kısa sürede optimal iyileştirmenin sağlanması gerekmektedir.

- Tıp biliminin kabul edilmiş prensiplerine uygun ve teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalıdır.

¹ A. R. Demirbaş, “Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon” Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, S.15, Ankara, 2005, s. 19

- Hizmetin başlamasında gereksiz gecikme, hizmette uygun olmayan kesilme, süreksizlik veya gereğinden fazla uzama olmaksızın zamanında sunulması gerekmektedir.
 - Hastalığın yaratabileceği strese, anksiyete ve hastanın tümüyle iyiliğine karşı duyarlı olarak sunulmalıdır.
 - Hizmetin sürekliliğini ve aynı meslekten kişilerin değerlendirme yapabilmesini sağlamak için, hastanın tıbbi kayıtlarında yeterince belgelenmiş olmalıdır.
 - İstenen tedavi amacına ulaşmak için gereken teknoloji ve diğer sağlık bakım sistemi kaynaklarını verimli kullanmalıdır.
- Hizmet sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda, bilgilendirilmiş hastanın işbirliğini ve atılımını sağlamaya çalışmalıdır”¹.

Akreditasyon sağlık hizmetlerinde kalitenin uluslararası göstergelerinden biri olduğu için hastanelerin yukarıda sıralanan niteliklere kavuşturulması, ülkemizdeki sağlık kurumların daha fazla verim alınmasını sağlayacaktır. Kamu hastanelerinin sahip olduğu nitelikler ve teknolojik yeterlilikler artırılıp, sistemdeki sorunlar çözüldüğünde insanlar daha kaliteli hizmet alabileceklerdir.

Akreditasyonun amaçları genel olarak şunlardır:

- “ - Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yönelik standartları karşılamada, uygun başarı hedefleri koyarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşların karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak
- Sağlık kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim sağlamak,
- Hizmetlerin artan verimliliği üzerine odaklanarak, sağlık hizmeti maliyetini düzenlemek,
- Halkın sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini artırmak,

¹ S. Kaya-G.Güven, “Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması” Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2005, s. 33

- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağı riskleri azaltmak”¹.

Akreditasyon hastaneler açısından kaliteli bir hizmetin bir göstergesi olmaktadır. Akredite olmuş hastanelerin imajı daha da yükselmektedir. Yani Akreditasyon hastanelerin kalite yönünden ön plana çıkmasında ve markalaşmasında önemli rol oynamaktadır. Hastanelerin akredite olma koşullarına kavuşturulması hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır.

3.6.3. Efqm Mükemmellik Modeli

1988’de Batı Avrupa’da bulunan on dört ülkenin girişimi ile kurulan Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) tarafından Avrupa Kalite Organizasyonu ve Avrupa Komisyonu’nun desteğiyle Amerika kıtasındaki kalite hareketine karşılık 1991 senesinde oluşturulmuştur. Mükemmellik, temel faaliyet alanları ve süreçler sınıfında en iyi olan somut neticelerin sürdürülebileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Ana kriterler kendi aralarında girdiler ve çıktılar olarak iki grupta toplanır. Liderlik, politika ve strateji, insan kaynakları, işbirlikleri ve kaynaklar ile süreçler kriterleri girdi olarak ifade edilmektedir. Girdi kriterleri kuruluşların ne yapması gerektiğini, çıktı kriterleri ise neleri başarması gerektiğini içermektedir. Mükemmelliğe ulaşmak amacıyla izlenecek ilkeler TKY’nin de temel prensipleri olarak ifade edilmekte ve sonuç yönelimli olmak, müşteri odaklılık, liderlik ve hedef tutarlılığı, süreçlerle ve gereçlerle yönetim, insan kaynağını geliştirme ve katılımlarını sağlama, sürekli öğrenme, yenilikçilik ve iyileştirme, ortaklık geliştirmeye toplumsal sorumluluk şeklinde sıralandığı görülmektedir².

EFQM Mükemmellik Modeli, kurumlarda mükemmelliğe giden yolun neresinde yer aldıklarını gösteren, dar boğazlarını saptamalarını sağlayan ve uygun çözüm önerilerini teşvik eden pratik araçlardır. EFQM Avrupa’daki ve dışarıdaki kurumlardan gelen geri bildirimler ve en iyi uygulamaları doğrultusunda modelin devamlı olarak gelişmesi ve güncelleşmesi konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Böylelikle modelin dinamik ve güncel yönetim anlayışıyla uyum içinde olması

¹ Demirbaş, s. 19

² F. Pakdil, “Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi” VD, S.3, Ankara, 2003, s. 37

sağlanır. EFQM Mükemmellik Modeli'nin ayrıntılı ve koşullandırıcı tanımlar ile sınıflandırılmamış olması, uygulayan kuruluşları kendi şart ve ihtiyaçları doğrultusunda gereken yorum ve değişiklikleri yapmalarına imkân tanımaktadır. Böylece modelin kendisi de devamlı gözden geçirilmiş olmakta ve modeli kullanan kurumların ve değerlendiricilerden gelen geri bildirimler çerçevesinde iyileştirilmesi ve güncelleştirilmesi sağlar¹.

3.6.4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Modeli; 1987 senesinde oluşturulmuştur. MBNQA temeli öz değerlendirmeler genel olarak teşhis ve uygulanabilir iyileştirme olanakları üzerinedir. Kuruluşların performansını iyileştirmek ve müşterilerini tatmin etmek amacıyla Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Amerikan Kalite Derneği (ASQ) ortak çalışması neticesinde oluşturulmuştur. MBNQA günümüzde; kuruluşlar, eğitim ve sağlık kuruluşlarına yönelik olmak üzere üç ayrı kategori içinde kullanılırlar. Modelin hedefi, kalite bilincini ve kalite mükemmelliği için gerekenlerin anlaşılmasını arttırmaktır. Model birbiri ile ilgili yedi ana kriterden meydana gelmektedir. Liderlik, stratejik planlama, müşteri ve pazar odaklılık, insan kaynakları odaklılık, analiz, ölçme, bilgi yönetimi, süreç yönetimi ve iş neticeleri temel kriterleridir. MBNQA kendi aralarında meydana gelen ilişkili; vizyon sahibi liderlik, müşteri yönelimli mükemmellik anlayışı, organizasyonel ve kişisel öğrenme, işgörenleri ve iş ortaklarını değerlendirme, toplumsal sorumluluk, geleceğe odaklanma, yenilik yönetim, çeviklik, gerçeklerle yönetim ve neticelere odaklılık gibi temel değer ve kavramlar üzerine inşa edildiği görülmektedir².

Bu kalite programı bir yönü ile işletme yöneticilerinin elinde bulundurduğu güçlü bir planlama, performans geliştirme, eğitim ve değerlendirme aracı olarak çalışırken, diğer bir açıdan da firmaları, kalite amaçlarını yakalamak bağlamında yaratıcı ve özgün metotlar geliştirmeye zorlayan bir mükemmellik yarışması olarak ifade edilmektedir. Her yıl yapılan değerlendirmeler neticesinde işletmelerin kalite ve iş mükemmelliği düzeyleri derecelendirilmekte, ödül alan kurumlar, kendi tecrübe ve kazanımlarını diğer kurumlarda paylaşmaktadırlar. Ödüllerin devlet başkanı

¹ C. Seçkin, "Sorular ve Cevaplar" Önce Kalite Dergisi, S.6-7, İstanbul, 1999, s. 6

² Pakdil, s. 40

tarafından sahiplerine verilmiş olduğu Baldrige Ödülü, bugün Amerika'da iş mükemmelliği alanında en itibarlı ödöl kabul edilir. Zira ülkedeki büyük işletmelerin birçoğu bu ödüle ait kriterleri kendine rehber edinen ve uzun dönemde iş performansını arttığı görölmektedir¹.

II. BÖLÜM: HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTA–HEMŞİRE İLİŞKİSİ

1. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Kavramı

1.1. Memnuniyet Kavramı

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

1970'lerdeki ekonomik sınırlılıklar ve son yıllarda müşteri merkezli hizmet (müşteri) anlayışının benimsenmesi nedeni ile bireyler sağlık hizmetlerinde de kaliteyi aramaya başlamışlardır. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görölmeye başlanmıştır. Başka bir deyişle toplumdaki müşteri merkezli hizmet anlayışı tüm hizmet sektöründe yoğun bir rekabete yol açmış ve sağlık hizmeti alan bireylerin istekleri önem kazanmaya başlamıştır. Bunun dışında son on yılda müşterilerin tutumları da önemli derecede pasif rolden aktif role doğru değişmeye başlamıştır².

Müşteri memnuniyeti ve ekonomik geri kazanımları arasındaki yaygın kabul görmüş ilişki, kalite ile müşteri memnuniyeti konularıyla ilgili genişleyen literatür ile aynı zamanda faaliyet alanları danışmanlık ve pazar araştırması olan ve sayılan her geçen gün artan şirketlerle de ortadadır Söz konusu danışmanlık ve Pazar araştırması şirketleri, mal veya hizmetlerle ilgili olarak yaptıktan müşteri memnuniyeti ölçüm,

¹ S. Irgat, Sertifikalı Kalite Yöneticisi Eğitimi, DEÜ SBE, İzmir, 20-25 Haziran 2005

² Yılmaz, s. 265

yansıtma ve değerlendirmelerini, ölçüm yapılan şirketlerin çalışanlarına aktararak ilgili öneri ve değerlendirmelerle birlikte, müşteri memnuniyetini ve memnuniyet dolayısıyla oluşacak geri kazanımları artırma çabası içersindedirler.

Memnun müşteri, işletmenin piyasaya sunduğu bir mal veya hizmeti satın almaya hazır müşteridir. Yeni müşteriler, işletmenin yürüttüğü pazarlama ve reklam faaliyetlerinden daha çok, işletmenin mevcut eski müşterilerinin tavsiyelerinden etkilenme eğilimi taşımaktadır. Memnun olmayan müşteriler ise, başka müşterileri olumsuz yönde etkileyerek işletmenin yaptığı en güçlü yatırımlarının boşa gitmesine neden olur. Memnun müşteriler işletmenin çalışanları için moral kaynağıdır. Müşteri kayıpları genellikle memnuniyetsizlikten, müşteri istek ve ihtiyaçlarını tam anlayamamaktan kaynaklanmaktadır. Bunu anlamanın en iyi yolu ise, araştırmak ve müşteriler ile görüşmektir. Bu sebeple farklı araştırma yöntemleri kullanmak ve görüşmeler yapmak gerekmektedir¹.

Günümüzde birçok örgütün müşteri odaklı çalıştığı bilinmektedir. Müşteri odaklı demek yalnızca örgütün dış müşterilerine odaklandığı anlamına gelmemelidir. Olayın bir de iç müşteri odaklı yönü vardır. Fakat örgütlerin çoğu için iç müşteriler fazla önem taşımaktadırlar. Örgütler gerçekten dış müşterilerini mutlu etmek ve bu şekilde karlarını arttırmak amacındaysalar da, iç müşteri kavramını çok iyi anlayıp bu iç müşterileri mutlu etme yoluna gitmelidirler. Örgütteki tüm sistemlerin adil olması, çalışanların düşüncelerine saygı, iş yeri koşullarının iyileştirilmesi, sosyal ve kültürel aktiviteler, açık iletişim, duyarlı bir üst yönetim iç müşterileri örgüt içerisinde mutlu ve verimli olmalarını sağlayabilecek faktörlerdir. Örgütlerin unutmaması gereken en önemli yaklaşımlardan bir tanesi de “Dış müşteri mutluluğunun iç müşteriden geçtiğidir².”

1.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı

Sağlık sektöründe müşteri kavramı, geçmişteki gibi yalnızca hastaları değil bunun yanında daha geniş boyutlu olarak sağlık hizmeti sürecine katılan tüm birey ve

¹ M. Sandıkçı, “Müşteri Memnuniyeti Ölçülmesi ve Sandıklı Hüdai Kaplıcası’nda Bir Alan Araştırması” İİBFD, C.9, S.11, Afyon, 2007, s. 47

² H. Ersen, Topyekün Mükemmelleşme Sürecinde İnsan Kaynakları ve Kalite, İstanbul, 2003, s. 116.

kurumları kapsamaktadır¹. Sağlık sisteminde büyük değişimler yaşanmaktadır. 1980’li yıllardan itibaren sağlık politikalarında önemli reformlar gündeme gelmiş, ilerleyen zaman içinde bu değişim ivme kazanmıştır. Halkın kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsız ve sistematik olarak yararlandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta güvenliği, müşteri memnuniyetinin birincil önemde yer alması gibi çalışmalar gittikçe artırılarak sürdürülmektedir².

Artık sağlık kuruluşları, hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır. Çünkü bir sağlık kuruluşunun başarısı hastanın tatmin olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırılmasıdır. Tatmin olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık işletmesi açısından başarısız hizmet üretimi söz konusudur. Bu nedenle sağlık hizmeti işletmelerinin başarısı, tatmin olmuş hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır³.

Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri tatmini, genel olarak “müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilir. Verilen tanımdan da anlaşılacağı gibi müşteri tatminini iki faktör belirlemektedir. Müşteri tatminini belirleyen birinci faktör, müşteri beklentileridir. Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır⁴.

Müşteri tatminini belirleyen ikinci faktör, müşterilerin aldıkları hizmetlere ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireyin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile

¹ Kavuncubaşı, s. 292

² D. Aslan, ve diğ., “Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler” ERCÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, C.13, S.2, Kayseri, 2004, s. 23-24

³ U. Güllülü, ve diğ., Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2008, s. 28.

⁴ Kavuncubaşı, s.292

ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterilerin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır¹. Sağlık hizmetlerinden yararlanırken de bize sunulan hizmeti değerlendirir tatmin ya da tatminsizlik yaşar hatta bir daha aynı kuruluşa gidip gitmemem kararımızı da buna göre veririz². Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar verir³.

Hasta memnuniyeti sağlık-bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler vermektedir. Hizmetlerden memnun olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine uymaktadır. Sağlık hizmetlerinden memnun kalan bir hasta gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih eder.

Hasta tatmini, tüketicinin üründen beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan ürünün gerçek performansı arasında algıladığı farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Tatmin düzeyinin, üründen beklenen fayda ile elde edilen fayda arasındaki orana bakmak suretiyle belirlenmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Hizmetin tüketimiyle elde edilen performans mevcut beklentileri en azından karşılıyorsa ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşın, beklentilerin altında kalınıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir⁴.

Sonuç olarak hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olup, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir.

1.3. Hasta Memnuniyetinin Önemi

¹ A. Kısa, ve diğ., “Sağlık Kurumları Yönetimi” Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları Dergisi, Eskişehir, 2007, s. 277

² N. Timur, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi SBE, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2002, s. 131

³ A. Yanık, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İÜSBE İşletme Yönetim ve Organizasyonu Ana Bilim Dalı (ABD), YDT, İstanbul, 2000, s. 9

⁴ A. Üzgül, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara, 2006, s. 21

Leebov ve Scott; sağlık kurumlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığıını ileri sürmektedir. Bunlar; insancıl, ekonomik, pazarlama ve etkililik nedenleridir¹.

i- İnsancıl Nedenler: İyi ve kaliteli hizmeti alma hakkı, hastaların temel haklarının başında gelmektedir. Hastaneye gelen hasta; ağrılı, endişeli, gerilimli olabilir. Bu nedenle, sağlık kurumuna gelen hastaların, en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları bulunmaktadır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması, hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekmektedir. Ayrıca, hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde de hasta hakları konusunda yasal düzenlemeler bulunmaktadır.

Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı gelmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekir².

ii- Ekonomik Nedenler: Hastalar hizmetin alıcısıdır. Sağlık, birinci öncelikli olduğu için, hastalar içinde buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidir. Ameliyat olması gereken bir hasta, hastane seçiminde, bir eşya alırken gösterdiği titizlikten daha fazlasını gösterir. Tercihini daha ciddi belirler ve ödediği ücretin karşılığını bekler. Ayrıca, giderek etkisi artan sigorta kurumları da, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem verirler. Sigorta kurumları, gerekirse sağlık kurumlarına baskı yapabilmektedirler. Müşteri tatmini, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde artırmaktadır.

¹ W. Leebov, ve diğer., Service Quality Improvement-The Customer Satisfaction Strategy For Health Care, 1994, s.16

² N. Uzkesici, Sağlık Kurumları Yönetimi,Eskişehir, 2002, s. 303

Hastalar hizmet alıcısı durumundadırlar. Hastalar, içindeki buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Diğer yönden sigorta kurumları da müşterilerin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem vermektedirler. Sigorta kurumları, müşteri tatminini sağlamak için sağlık kurumlarına baskı yapmaktadırlar. Müşteri tatmini, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde artırmaktır¹.

iii- Pazarlama Nedeni: Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Sağlık kurumları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla hasta tatmini üzerinde odaklaşmalıdır. “Hasta Sadakati”, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hasta sadakati var olduğunda, ekonomik nedenler ikinci sırada yer alır. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır. Örgütün informel ilişkileri ve ücret düzeyi gibi birbirinden değişik faktörleri hastaları etkilemekte, hastaların bu faktörlere ilişkin düşünceleri de örgütün geleceğini belirlemektedir. Hastalar, değerlendirmeleri ile şirketin geleceği hakkında da şirketin kontrol gücüne sahip olmaktadır. Hastaları örgütün resmi olmayan halkla ilişkilerini üstlenerek, satış gücünü de oluşturduğu bilinmektedir².

iv- Etkililik Nedeni: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin edilen hastaların tedavi sürecince daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar³. Sağlık hizmeti sunan örgütler için, “hasta sadakati” şeklinde ifade edilen, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerden yararlandıkları sağlık örgütüne geri dönmeleri veya tercih etmeleri önemlidir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyi arttıkça, hasta sadakati oranlarının da arttığı bilinmektedir⁴.

¹ Kısa, s.281

² A. E. Esatoğlu, Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi, HÜ SBE, YDT, Ankara, 1997, s. 37

³ Kısa, s.282

⁴ Yanık, s. 43

1.4. Hasta Memnuniyeti Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini artıran çok sayıda faktör bulunduğu gibi hasta memnuniyetine olumsuz etki eden faktörler de bulunmaktadır. Hasta memnuniyetini arttıran faktörler şu şekildedir:

- “ 1. Hastanın karar verme sürecine katılımı
2. Hastanın, tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi
3. Aile fertlerinin desteğinin sağlanması
4. Hasta ve profesyoneller arasındaki haberleşme-iletişim
5. Emosyonel destek
6. Fiziki ihtiyaçlara zamanında cevap verme(banyo gibi)
7. Çabuk, uygun şekilde ağrıyı dindirme
8. Yeterli finansal bilgi ve tavsiyeler
9. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde ameliyat hakkında açıklamalar
10. Çıkış için ve çıkış sonrası için bakıma hazırlama
11. Hastalara ve ailesine prosedürü ve tedavi yöntemini açıklamak için zaman istemek
12. Hasta ve yakınlarının sorularına cevap vermek
13. Hastalara dikkatli olarak takip edildiklerini bildirmek
14. Hastaya mümkün olduğunca görülebilir olmak
15. Acil serviste eşlik eden ilgiyi göstermek”¹.

Sağlık kurumları yukarıda sıralanan konulara gereken hassasiyeti gösterdiklerinde hasta memnuniyetini daha da artırabileceklerdir. Hastanelerdeki hizmet kalitesinin artması ve müşteri memnuniyetinin sağlanması için yukarıda sıralanan maddelerdeki kriterlere dikkat edilmelidir. Hastaların tedavilerine karar verme sürecine katılmalarını sağlama, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgi verilmesi kendilerini daha rahat ve güvende hissetmelerini sağlamakta. Aynı zamanda hastalarla hastane personeli iyi ilişkiler ve iletişim, fiziki ihtiyaçlarının

¹ İ. Toğun, Acil Serviste Hasta Memnuniyeti, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2007, s. 18

karşılanması, aile fertlerinin desteği de eklenince bakım ve tedavide kolaylıklar sağlanmakta, hastalar daha çabuk iyileşmektedir.

Hasta memnuniyetini azaltan faktörler ise aşağıda yer almaktadır:

- “ 1. Sağlık bakım kalitesinin düşük olması,
2. Kaba davranan personel,
3. Temizlik, düzen ve konforun olmayışı,
4. Doktor-hasta ilişkisinin dostça olmayışı,
5. İlgili personel tarafından bilgi verilmemesi,
6. Yemeklerin kalitesizliği,
7. Ödeme planlarındaki uygunsuzluk(fiyat),
8. Hizmet sunanların sık sık değiştirilmesi,
9. Gizliliğe önem verilmemesi,
10. Hizmeti sunanlar ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde güçlük çıkarması,
11. Doktorlara ve diğer personele ulaşma zorluğu,
12. Doktorun hastaya yeterince zaman ayırmaması,
13. Doktorun hastayı dinlememesi veya öyle görünmesi,
14. Doktorun hastaya hastalığı hakkında bilgi vermemesi”¹.

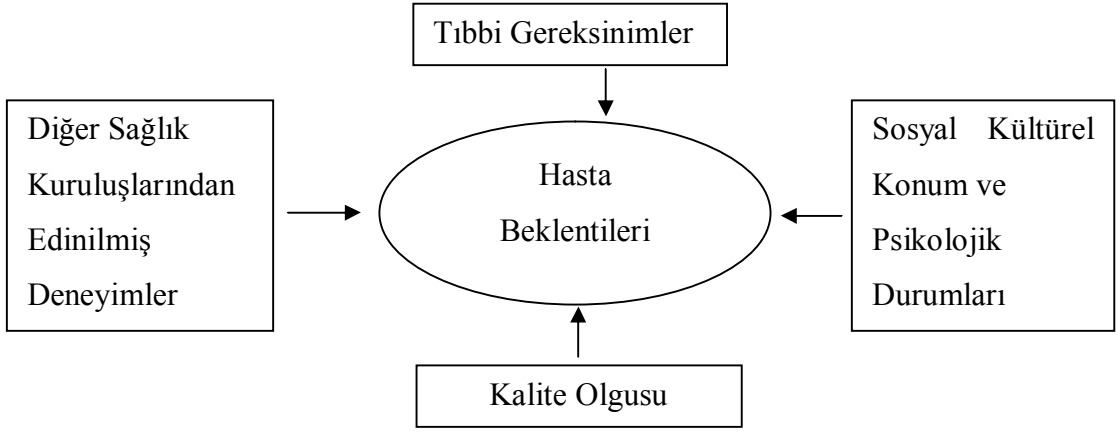
Sağlık kurumları yukarıda sıralanan konularda gereken iyileştirmeleri yaparlarsa daha kaliteli hizmet sunabilirler ve hasta memnuniyetini artırabilirler. Hastanelerdeki hizmet kalitesinin artması ve müşteri memnuniyeti hastalara verilen değer de bir göstergesi olarak sağlık hizmetlerinde evrensel değerlerin gelişmesini sağlayacaktır. Bu olumsuz faktörler kaliteyi ve hasta memnuniyetini kötü etkilemekte, hastaların iyileşme sürecini geciktirmekte, hastanelere olan talebi de azaltmaktadır.

Hasta memnuniyetini etkileyen birçok değişken bulunmaktadır. Ancak değişkenlerde temel olan üç ana grup vardır. Bunlar hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir.

1.4.1. Hastaya İlişkin Özellikler

¹ Toğun, s. 19

“Hasta beklentileri, hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlere bağlı olarak değişebilmektedir. Ancak değişen değer yargıları, hizmet veren örgütün performansı, yeni beklentiler yaratabilir”¹. Aşağıdaki şekilde hasta beklentilerini etkileyen faktörler gösterilmiştir:



Şekil 2.1: Hasta Beklentilerini Etkileyen Etmenler

Kaynak:O. Hayran, ve diğ., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997.

“Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri, cinsiyeti, dili, dini, ırkı ve aile düzeni gibi sosya-demografik özellikleri hastaların hizmetten duyacağı memnuniyet derecesinde ayrı ve farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu ölçütler sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet derecesini artırmak, hizmetlerin kalitesinde bu ölçütlere gösterilen dikkat ve alınan önlemlere bağlı olmaktadır². Hastanın hizmetlerden duyacağı tatmin derecesini etkileyen bir başka faktör, hastanın fiziksel ve psikolojik durumudur. Hastanın sağlık durumundaki olumlu değişiklikler genellikle tıbbi bakımın sonucu olarak değerlendirilmektedir”³. Bu bağlamda hasta memnuniyetini artırmak için hasta beklentileri iyi bilinmeli ve buna uygun bir şekilde uygulamalarda bulunulmalıdır. Hasta beklentilerini öğrenmek için anket çalışmaları yapılmalı, hastaların isteklerine göre hastanedeki eksiklikler

¹ Z. Alcan, “Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları” Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu (Ed. M.Çoruh), Ankara, 1997, s.133

² Z. Karaman Özlü, Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi, SBE, YYLT, Erzurum, 2006, s.25

³ Karaman Özlü, s.26

giderilmelidir. Sağlık hizmet kalitesinden beklentilerin ölçülmesi, beklentilerin karşılanması açısından önemlidir.

1.4.2. Hizmet Verenle İlgili Özellikler

“Fiziksel görünüm ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın memnuniyetinde önemli etkenlerdir. Personelin kişisel özellikleri, hastaya olan davranışı etkilemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu katılımcı olmasını sağlamaktadır. Özellikle hemşire, hastaların yattığı süre içerisinde en sık birlikte olduğu, diğer birimlerle hasta arasındaki ilişkiyi sağladığı için, hastaların memnuniyeti üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastaya hasta olarak değil de birey olarak muamele edilmesi, sorularına kendinden emin cevap verilmesi, hastanın hemşire ile sorunlarını paylaşması, hemşirenin nezaket, kolay ulaşılabilirliği gibi özelliklerin varlığı hasta tarafından verilen hizmetlerin algılanmasında oldukça önemlidir”¹.

Bu özellikler dikkate alındığında hasta memnuniyetinde de artış gerçekleşecektir. Sağlık hizmet sunucularının sağlık hizmet kalitesini artırmak için yeterli mesleki ve kişisel özelliklere sahip olması gerekmektedir. Sağlık hizmet sunucularının mesleki bilgi birikimi, kişisel özellikleri(nazik, cana yakın, saygılı olması vs.) sağlık hizmeti alanların memnuniyetini etkilemektedir.

1.4.3. Tıbbi Bakımla İlgili Tutum ve Beklentiler

“Sağlık hizmetleri ile ilgili beklentiler, hastaların birçok özelliğine göre farklılık göstermektedir. Dolayısıyla tıbbi bakım konusunda hastanın tutumu ve beklentileri hakkında edinilen bilgiler ayrı bir önem taşımaktadır. Tutum ve beklentinin bilinmesi, sağlık hizmeti sunanlar için özel ve yeni bir hizmete duyulan ihtiyacı ortaya çıkarabilmektedir. Bu ihtiyacın karşılanması olumsuz tutumun olumlu

¹ Alcan, s.134

yöne çekilmesine, hasta memnuniyetine ve sağlık hizmeti sunanların dinamik bir yapıya kavuşmasına neden olacaktır”¹.

Hastanın tıbbi bakımla ilgili tutum ve beklentilerinin anlaşılması için yüzyüze görüşme ya da anket tarzında bir araştırmadan yararlanılabilir. Hastanın tutum ve beklentileri ölçülerek, memnuniyeti artırmak için hastalara göre bir süreç izlenebilir.

1.4.4. Çevresel ya da Kurumsal Etmenler

“Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konuda çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastaneler fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır”². Günümüzde bu unsurlar her ne kadar yeterince dikkate alınmasa da şartların iyileştirilerek hasta memnuniyetinin artırılması mümkün olacaktır. Çevresel ve kurumsal etmenler en son düşünülse de hastaneye yattıktan sonra bu etmenlerin önemi anlaşılmaktadır. Hastaların bu kurumları tekrar seçmeleri ve memnuniyetleri açısından önem taşımaktadır.

1.5. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü

Hasta memnuniyetini artırırken, sistemli bir şekilde hasta memnuniyetinin ölçülmesi bu süreci hızlandırmayı sağlayacaktır. “Değişen müşteri beklentilerinin zamanında yakalanmasını ve sistemin bu doğrultuda geliştirilmesini esas alan kalitenin sürekli iyileştirilmesi, sağlıklı ölçüm ve değerlendirme mekanizmalarının işletilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluk, müşteri beklentilerinin, buna bağlı olarak durmaksızın gelişen kalite kriterlerinin ve müşteri tatmininin, doğru teknikler kullanılarak izlenmesi ve değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur”³. Hasta memnuniyetinin ölçümü sayesinde sağlık personelinin ve kurumların kendilerini

¹ Alcan, s.135

² Z. Tekin Taparlı-N.Özcanarlan, “Hasta Memnuniyeti” Clinical Sağlık ve Estetik Dergisi, Mayıs 2011, <http://www.clinicaldergi.com/makale.php?id=147&sayi=8>, (30.03.2012)

³ D. Tengilimoğlu, “Ankara’da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü , Ankara, 1996, s.103

denetlemelerini, artı ve eksilerini bulmalarını, böylece kalite ve memnuniyeti arttırmak için çaba göstermelerini sağlamaktadır. Hasta memnuniyetinin ölçümlerinin;

- “ - Amaçlara uygun hazırlanmış olması,
- Çalışanları veya hastaları aşağılayıcı unsurlar bulundurulmaması,
- Kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması,
- Sonuçların sistematik analiz edilebilir olmasına dikkat edilmelidir”¹

Hasta memnuniyetinin ölçümü, hizmet kalitesini artırmak için yapılması gerekenlerle ilgili yöneticilere bilgi sağlayacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda yöneticiler gereken iyileştirmeleri yaparak hasta memnuniyetini artırabilirler.

1.6. Hasta Memnuniyetinin Ölçümünde Kullanılan Yöntemler

“Hasta tatmini ölçümü için en geniş şekillerde diğer araştırma konularında olduğu gibi, hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında da direkt ve indirekt yöntemler kullanılabilir. Direkt yöntemler, tahmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. İndirekt yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak gerek hasta şikayet ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geri bildirimler, gerekse hasta başına düşen hemşire sayısı gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Bu yöntemlerin maliyeti, doğruluğu, istatistiksel geçerliliği ve hastalara rahatsızlık verme derecesi değişiklik göstermektedir”² Hasta memnuniyetinde kullanılan en etkili yöntem anket yöntemidir. Yüz yüze yapılan yöntemde hastalar sağlık personelinin çekinmekte görüşlerini rahatça dile getirememektedirler. En iyisi sağlık personeli olmayan tarafsız bir kişi ile anket çalışması yapmaktır.

“Hasta memnuniyeti araştırmalarında en çok kullanılan yöntemler olarak;

- Anket uygulama yoluyla yapılan araştırmalar,
- Posta yoluyla yapılan araştırmalar,

¹ Tengilimoğlu, s.104

² H. A. Yürümezoğlu, Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin İş Doyumları ve Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinde Memnuniyeti, DEÜ SBE, YYLT, İzmir, 2007, s.20

- Telefon görüşmeleri yoluyla yapılan araştırmalar,
- Odak grup görüşmeleri şeklinde sıralanabilmektedir”¹.

Hasta memnuniyetini araştırmak için kullanılan bu yöntemler hizmet kalitesinin durumunu görmek, hizmet kalitesinin çıktı olan memnuniyet düzeyini tespit etmek açısından önemlidir. Hastanlerin bu çalışmalarına önem vermesi hizmet kalitesinin artırılması konusunda bir araç olacaktır.

2. Hasta-Hemşire İlişkileri

Hasta ile hemşire arasındaki ilişkiyi incelemeden önce hemşireliğin tanımını yapmak gerekmektedir. Hemşirelik, ailenin ve toplumun sağlık ve esenliğini korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda iyileştirmek amacına yönelik olarak yapılan hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşmuş olan bir sağlık disiplindir².

Kum'a göre hemşirelik; sağlık sisteminin tamamlayıcı bir parçası olarak, sağlığın yükseltilerek hastalıkların önlenmesi ile bütün toplumsal mekânlarda ve bakım kurumlarında her yaştaki fiziksel ve akılsal hasta ve engellilerin bakım hizmetlerini planlama, örgütleme, uygulama ve değerlendirmekten sorumlu olan bilim ve sanattan oluşmuş olan disiplindir³. Bu bağlamda hemşireler görev ve mevkileri doğrultusunda hastayla en yakın temas halinde olan sağlık personeli olarak dikkati çekmektedir. Hemşirelerin mesleğinin gerektirdiği bilgi birikimi ve kişisel özelliklere sahip olması hastayla direk yüzyüze olan kişiler olarak hasta memnuniyetini artıracaktır. Hemşirenin hastayla yakından ilgilenmesi, nazik, saygılı, gülyüzlü olması gibi özellikler hastayı olumlu yönde etkileyecektir.

2.1. Türkiye’de Hemşireliğin Kısa Tarihi ve Eğitim Kurumları

¹ Tengilimoğlu, s.105

² L. Birol, Hemşirelik Süreci, İzmir, 2000, s. 21-23

³ E. Kum, “Türkiye’de İlk Hemşire Okulu Açılışından Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Kurumlaşma” III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı (Ed. S. İlker), Sivas, 1992, s. 124

Hemşirelik, sağlığın sektör olmasıyla birlikte ortaya çıkmış olan yaklaşık yüz yıllık geçmişe sahip “bakım verme sanatı” niteliği ile kadın mesleği olarak belirlenmiştir. Tanımında da belirtildiği gibi gelenekselleşmiş kadın işi olarak algılanan, bakım verme sanatı, meslek ile toplumsal cinsiyet kavramları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. “19. Yüzyılda hekimlik tek başına icra edilen bir meslek konumundaydı. Hekim eğitiminde ve hekimliğin uygulanışı sırasında, tanı ve tedavi yaklaşımında hemen hemen hiçbir standart yoktu. Bir önceki kuşaktan bir diğerine, iş içinde bilgi ve deneyim kazandırarak, neredeyse “el alınarak” edinilen bir meslekti¹. Nihayetinde 20. yüzyıl sağlık alanında birçok profesyonel meslek gibi kadınlar için de hemşireliği beraberinde getirmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kayıt altında yapılmasının ve kanunlarla yürütülmesinin tarihi çok eski değildir. Osmanlı Devleti’nde, 1838’de yani II Mahmut döneminde “Karantina Nizamnamesi” ile modern zamanlardaki gibi bir sağlık yasası çıkartılmıştır. Sağlık hizmetlerinde o tarihe kadar kanunun değil, geleneklerin biçimlendirici olduğu görülmektedir².

Modern hemşirelik tarihi, Florence Nightingale ile başlamaktadır. O'nun zamanına kadar hemşirelik, toplumda kötü gözle bakılan ve hizmetçilik olarak algılanan bir iş olarak görülmektedir. Ancak 18. yüzyılın sonlarına doğru, çeşitli Avrupa devletlerinde bildiğimiz anlamda hemşireliğin uluslar arası başlangıcı olarak nitelendirilen olumlu çalışmalar başlatılmıştır. Bunun yanında Nightingale'in rahibe hemşirelerin yürüttükleri çalışmalardan yararlandığını ve esinlendiğini de unutmamak gerekir. 19.yy'ın ortalarında, ünlü sosyal reformcu ve yardımsever Florance Nightingale, hemşireliğin bağımsız bir meslek olarak kurulması gerektiğini öne sürmüştür. Bu enerjik, aktif ve icracı kadın, günümüz hemşirelik sürecinin ilke ve uygulamalarını tanımlamakla kalmayıp. Sistemli çalışmalarıyla da Kırım Savaşında önemli bir rol oynamıştır. Nightingale'in çalışmalarına bağlı olarak, Kırım Savaşından sonra hemşirelik bir meslek olarak algılanmaya başlanmıştır³.

¹ İ. Belek, Antalya’da Hekimler, Sınıf ve Statü Konumu Açısından Değerlendirme, Ankara, 2003, s. 10

² Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.

³ M. F. Ulusoy-R.S.Görgülü,Hemşirelik Esasları, Ankara, 1997, s. 19

Hemşire sözcüğü Türkiye’de 1910’lu yıllarda kelime dağarcığıımıza girmiştir. 1900 yıllarında Gülhane Seririyat Mektebi ve Hamidiye Etfal Hastanesi’ne Almanya’dan Şvesterler gelmişti. Kız kardeş ve rahibe anlamına gelen bu sözcüğün karşılığı Türkçede hemşire olarak kendini göstermiştir. Bu hemşireler geldiklerinden sonraki kısa zaman içinde bilgi ve çalışkanlıkları ile beğenilmiş ve toplumda kendilerine yer bulmuşlardır. Tıp camiasının önceleri şvester dedikleri bu hanımlar zamanla hemşire olarak adlandırılmış bu tarihten önce bu görevi yapanlara “kadın hastabakıcı”, “hastabakıcı”, “inas hademe” veya sadece “hademe” sözcükleri kullanılmıştır”¹.

Ebelik eğitimi ile hemşirelik hizmetlerinin aynı zamanda başladığına işaret eden kaynaklar da vardır. “1842 yılında iki sene müddetle ebelik eğitimi başlamış ve Askeri Tıbbiye bünyesinde hiç ara verilmeden devam etmişti. Ebelik tahsili yapan kadınlar o tarihlerde hastabakıcı olarak da hizmet veriyorlardı”².

Hemşire okullarının kabul koşullarına dikkat edilirse iyi ahlaklı olmanın koşullar içinde ve çok belirsiz anlamlı bir koşul olduğu ve bu mesleğin tüm zamanlarını belirleyen bir sosyal norm ölçütü olarak kaldığı görülmektedir. Bu durumda denilebilir ki, iyi ahlaklı olmanın başlıca anlamı “namus”lu olmak, namuslu olmak ise tek bir erkeğe ait olmak anlamına gelmektedir. Diğer bir deyişle, ücretli işgücü piyasasına girecek olan kadınların beden denetimleri bundan böyle norm düzeyinden yasa düzeyine geçmiştir. Gelenekleri dolayısıyla kadına edilgin bir rol veren ve erkeğe bağımlı bir birey haline getiren toplum, hem kız hem de erkek çocukları sahip olduğu değerler ve geleneksel anlayış doğrultusunda yetiştirmektedir³. Bu nedenlerle uygulamadaki kadına yönelik ayrımcılık ve sosyal denetim mekanizmaları içselleşmekte, hemşireler edilgin ve denetlenen olmayı normal karşılayabilmektedirler.

2.2. Yasalarda ve Tanımlarda Hemşirelik

¹ A. Altıntaş, Türkiye’de Hemşireliğin Başlangıcı, Sağlık Alanında Türk Kadını, İstanbul, 1998, s.373.

² Altıntaş, s. 383

³ A. Aziz, “Kadın Şiddet İletişim” 1. Ulusal Sosyoloji Kongresi (Ed. Ç.Dursun), Ankara, 1994, s. 5

Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği tanıma göre sağlık kuruluşunda, evde, okulda, iş yerinde her yaşta hastanın, sakatın duygusal ve sosyal, bedensel gereksinimlerine göre hizmet veren köyde ve şehirde, kişilere ve ailelere sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda danışmanlık yapan onlara yardımcı olan, Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilen ya da denkliği kabul edilen Türk ve yabancı okullardan mezun olan meslek sahiplerine "hemşire" denilmektedir¹.

Hemşirelik kanununa göre; hastanın iyileşmesini sağlayacak olan psikolojik ve tıbbi bakımlardan bilgi ve donanımda, ülkemizde bulunan üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış ve öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir. Hemşireler servislerindeki hastane hizmetlilerinin, tedavi ve bakımının birinci derecede başıdır. Günümüzde dünyada tartışmasız kabul edilen bir gerçek, sağlık bakımında ve sağlık ekibi içerisinde, hemşirenin önemli ve ana öğelerden biri olduğudur. Hemşireler hastanelerdeki en kalabalık sağlık çalışanlarıdır. Hastanelerin vazgeçilmezleri arasında kurumun verimini, kalitesini ve başarısını arttırabilen en güçlü etki sistemleridir².

Perihan Velioğlu'nun yapmış olduğ u tanıma göre hemşire, "Hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan kişidir"³.

Uluslararası Hemşirelik Birliği'ne (ICN) göre ise hemşire, "sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlamak, sağlamak ve değerlendirmekte yeteneklidir ve sağlık Bakanlığı'nın bir üyesi olarak görevli ve yeterlidir"⁴.

¹ P. Velioğlu, Hemşirelikte Yönetim, Ankara, 1982, s. 24

² S. Aban, "Hastanelerde Acil Durumlarla Baş Etmede Hemşirenin Sorumlulukları" Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, İstanbul, 1996, s. 95

³ Y. Tazeyurt, Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimsel Organizasyonu ve Üniversite Hastanelerinde Bu Konuyla İlgili Sorunlara İlişkin Bir Araştırma, İÜ SBE, YYLT, İstanbul, 1992, s. 23

⁴ Velioğlu, s. 34

Dünya Sağlık Teşkilatı Hemşirelik Uzman Komitesinin beşinci raporunda "Hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını bitirmiş olan ve ülkesinde hastalığın önlenmesi hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili şahıstır" denmiştir¹. Hemşireliğin birçok tanımı yapılmıştır. Birtakım yazarların tanımlarına göre hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık durumunda iyileştirme, rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirme ve uygulamaya da katılır.

Hemşirelik, sağlık adaptasyon, gelişme ve kendini gerçekleştirme için çevresinde değişiklik ortaya koyarak hemşirelik süreci içinde hareket eden, hizmeti alan alıcı (hasta/sağlıklı kişi) merkezli bir meslektir. Türkiye'nin hemşireliğin tanımı, görev, yetki, sorumluluklarına ve niteliklerine dair ilk bilimsel çalışma Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulunda, Perihan Velioğlu tarafından yapılmıştır. Bu bilimsel çalışma Sağlık Bakanlığınca da benimsenerek bir genelge durumunda yayınlanmıştır. Velioğlu'nun bu çalışmasındaki ve 1970 yılında ilk baskısı yapılan "Hemşirelikte Yönetim" isimli kitabındaki hemşire tanımı şu şekildedir "Hemşireye hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan bireydir².

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses=ICN) ulusal temsilcilerin toplantısında hemşirelik hizmetlerinin kapsamı şu şekilde tanımlanmıştır: "Sağlık bakım sisteminin bir parçası olarak, bütün sağlık kuruluşlarında ve toplumda, her yaşta insanın sağlığının geliştirilmesini, hastalıkların önlenmesini ve fiziksel, mental hastalığı olanların ya da yetersizliği olanların bakımını kapsar." Bu tanıma göre hemşireler,

- 1- Fiziksel ve akılsal hastalığı olan bireylere bakım vermekle,
- 2- Sağlık bakımı ile ilgili eğitim vermekle,
- 3- Sağlık ekibinin bir üyesi olarak, sağlıkla ilgili tüm etkinliklere katılmakla,

¹ S. Şentürk, Hemşirelikle Deontoloji, İstanbul, 1986, s. 16

² Velioğlu, s. 15

4- Kendi personelini eğitmekle, (hemşire ve bakıma yardımcı diğer bireyleri)

5- Sağlıkla ilgili araştırmalara katılmakla yükümlüdür”¹.

2.3. Tıp Etiği Bağlamında Hemşirelik

“Mesleğin ilk etik standardı olarak kabul edilen Florence Nightingale Andı, hemşireler için önemli rehber kuralları içermektedir. Mesleğimin seviyesini yükseltmek için bütün gücümü kullanacağım. Şahit olduğum sırları saklayacağım. Faydalı olmak için bilgimi zorlayacağım. Tehlikeli olandan kaçınacağım. Zararlı olan ilacı vermeyeceğim gibi, mesleğin gayesine ve işlevlerine yönelik bu sözler hemşireliğin yeni mesleki değerlerini ortaya koymuş ve hemşirelik, dinin katı kurallarından sıyrılarak, kendine has değerleri, ilkeleri olan bir meslek olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Buna rağmen, bir süre sonra değişen hemşirelik anlayışı; bu etik kodların yeniden bakılmasını hatta değiştirilmesi mecburi duruma getirmiştir. Dolayısıyla yapılan etik araştırmalar neticesinde; 1950 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1953 yılında Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) varolan kodları gözden geçirerek günümüze uygun, yeni hemşirelik değerlerini ve kodlarını tespit ettiler. Hemşireliğin önemli dönüm noktası olarak kabul edilen bu Hemşirelik Etik Kodları hemşireliğin bilinen konumuna farklı bir bakış açısı getirmekle kalmayıp, hemşireliğin bağımsız bir meslek olduğunu da göstermiştir”².

İnsan topluluk halinde yaşayan ve kültür üreten bir canlı olarak etikten kopamaz. Bunun nedeni işletmeci, sanayici, ev kadını ya da hemşire, öğretmen, ya da avukat devlet adamı ya da işçi olsun, kendileri dışındaki bireylerin ve aile, kurum, işyeri, fabrika, devlet ve hatta giderek insanlık gibi küçükten büyüğe bütün insani toplulukların iyilik ya da kötülüğüne sebep olabilen bir görev yüklenmişlerdir. Verilen kararlar, bu iyilik ve kötülükle ilgilidir. Gerçekten de, uygulama gözden geçirildiğinde her türlü insani karar, başkalarını da ilgilendirdiği sürece, bu iki olağan sonuçtan biriyle ilgilidir. İyinin ve kötünün ötesine düşebilen insan davranışı bulunmamaktadır.

¹ B. Doğan, Örgüt Kültürü, İstanbul, 2003, s. 10

² N. Ersoy, “Hemşireliğe Etik Yaklaşımlar” Trabzon Hemşirelik Etiği Sempozyumu (Ed. O.Yılmaz) , Trabzon, 2010, s. 10

İyi ve kötü değerler sisteminde anlam kazanır. Sözü edilen değerler sabit olmayıp toplum mekân, zaman ve eleştirel düşünebilme ölçüsüne göre değişip dönüşebilir. Değerlerin düzeni toplum hayatını düzenleyen yasalara da öncülük etmektedir. Çeşitli toplumlara göre iyinin ve kötünün toplumsal olması değişen değerlerin çatışmalarını da göstermektedir. Fakat gelişen teknolojinin açtığı iletişim kanalları bazı ortak doğrular üzerinde uzlaşma imkânlarını da getirmiştir. Sorduğumuz sorular bir ülke ya da topluluk üyesi olarak değil, bir dünya insanı olarak doğruyu arama şekline dönüşmektedir. Etik ilkeler insanı insanlık içinde “en yüksek iyi” arayışında bir rehber olarak değerlidir. En genel anlamda aşağıdaki problemlerin yanıtları bireyin ahlaksal hayatının da anahtarları olacaktır.

İlk olarak etik, insanları aydınlatmak, bilinç geliştirmek ve etik kavramlara anlamlarını eleştirel düşünce süzgecine sokarak ilkelerin somut hayatlar, durumlar ve hadiseler içindeki temel durumunu göstermek ve bunu elden geldiğince sağlam şekilde konumlamak ve diğer yandan toplum hayatını ilerleterek kurmak tıbbi etiğin itici gücü olmalıdır. Etik ilkeler her ne kadar temelini toplumsal hayattan alsalar da onu denetleyen vicdandır. Vicdan somut durumlar karşısında iyinin ve kötünün ne olduğunu söyleyen iç sestir. İyinin ve kötünün ne olduğunun bilgisi insanda varsa somut duruma vicdan yoluyla yön veririz. Vicdan doğru yolu gösteren pusuladır. Fakat sırf yolu bilmek yetmez seçim yapıp, karar verecek irade, yargı gücü de gereklidir¹.

Tıp etkinliği bütün insan olma durumlarıyla iç içedir. En çatışmalı bölgelerden en mutlu anılara kadar vardır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının devamlı karar verme ve etik ikilem yaşama, doğruyu bulma ve bazı güçleri karşısına alma varsayımları bulunmaktadır. Ve hatta kendisine karşın ilkeli olmak mecburiyetinde kalabilir. Mesela, hiç istemediği halde ölümün yakınlığını hasta ve hasta yakınlarına iletebilir veya çatışmalı bölgelerin riskli şartlarında kendine tehdit olabilese bile “işkence vardır” şeklinde bir şey söyleyebilir². Her konuda olduğu gibi, sağlık sektöründe de hemşirelerin belirlenen tıp etiği doğrultusunda hareket etmeleri gerekmektedir.

¹ F. Heinemann, Günümüzde Felsefe Disiplinleri, (Çev. D. Özlem), İstanbul, 1990, s. 15

² Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İşkence ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele ve Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu, İstanbul, 2001, s. 11

2.4. Hemşireliğin Toplumsal Konumu

Günümüzün modern sağlık kurumları karşılıklı rekabetin yoğun şekilde görüldüğü bir çevre içinde çalışmaktadır. Böyle bir çevre içinde sağlık kurumları esnek olup, müşterilerin istek, beklenti ve ihtiyaçları dâhilinde hızlı teknolojik değişmelere sürekli olarak yanıt vermek zorundadır. Ekip çalışması sağlık kurumlarının bu hızlı değişimlere aynı hızda yanıt vermesini kolaylaştırmaktadır¹.

WHO, sağlık sisteminin gelişmesi amacıyla sağlık sektörünün içinde uyum sağlanmasını istemekte ve değişik alanlardaki sağlık personelinin, işbölümü açısından anlaşmalarını, disiplin içi ve disiplinler arası işbirliği yürütülmesini beklemektedir. Ayrıca "Sağlık sisteminin kuruluşunu desteklemek ve geliştirmek amacıyla" tüm meslek gruplarının ekip çalışmasının önemini yeterince anlamalarını ve bu doğrultuda hareket etmelerini öngörmüştür. Alma-Ata Bildirgesinin 9. Maddesine göre de etkin bir sağlık hizmeti sunmanın önemli etmenlerinden birinin "ekip çalışması" olduğu vurgulanmıştır².

Günümüzde tek tek bireylerin ve toplumun gelişmekte ve değişmekte olan sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili yeni felsefe doğrultusunda hemşirelerin üstlenmekte olduğu rol ve işlevlerinde başarılı olabilmesi için tüm sorumluluklarının tekrar gözden geçirmeleri gerektiği belirtilmektedir. Bir hemşirenin en önemli sorumluluğu hastaya kişisel, teknik, bilimsel ve gereksinimleri doğrultusunda bakım hizmeti vermektir. Buna göre hemşirelik mesleğinin sağlık hizmetlerindeki bakımın kalite güvencesi ile birlikte sunulmasında belirleyici konumda olduğu görülmüştür. Profesyonel hemşire yeni araştırma bulgularının doğrultusunda bakım hizmeti verdiği kişinin ihtiyaçlarını saptayan, ihtiyacına göre bakım planı geliştiren ve kendi sunduğu bu bakım hizmetinin sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır. Hemşirelik mesleğinde kalite ilkesine dayanan bir yaklaşım ile hasta-hemşire oranının belirlenmesi, bakım ve hizmet standartlarıyla birlikte hemşirelik uygulama talimatlarının oluşturulması bakım hizmetinin güvenliğine temel

¹ Kavuncubaşı, s. 33

² N. Tosun, Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ic_hastaliklari/files/kitaplar/102.pdf, (08.06.2012)

oluşturmaktadır¹. Ekip çalışması, aynı zamanda iş yükünü azaltmakta, işlerin daha düzenli yürütülmesini sağlamakta, çalışanlar arasında moral ve motivasyonu arttırmaktadır. Dolayısıyla bu da kaliteyi ve memnuniyeti arttırmaktadır.

2.5. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü

Hemşirelik hizmetlerinde oluşabilecek olan hatalı uygulama alanları şöyle gösterilebilir; tedavi hazırlama, izlem, bakım ve hasta tanılama uygulama, iletişim hataları ve hastanın düşmesi. Nihayetinde tespit edilen bütün bu hatalı uygulamaların raporlanması, sebeplerin saptanması ve önlenmesi oldukça önemlidir. Önlemler daima sisteme yönelik olmalı, bireyi cezalandırma özelliği kesinlikle olmamalıdır. Bunun personel tarafından bilinmesi, raporların doğru ve zamanında toplanmasını sağlayacaktır².

Hasta güvenliği, tüm sağlık ekip üyelerinin olduğu gibi temel hemşirelik bakımının da elemanlarındanır. ICN, hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım elemanlarının işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının artırılması, enfeksiyona karşı mücadele, ilaçların güvenli olarak kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, tamamen hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır. Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içe olmaktadır. Bundan dolayı hastaların ve diğer ilgililerin güvenlik riski ve bu riskin azaltılması konusunda eğitilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasında bulunmaktadır. Riskin ilk aşamada tespit ve tahlil edilmesi hasta yaralanmalarının önlenmesinde oldukça önemli olup güven, dürüstlük, birlik, beraberlik ve hastalar ile sağlık bakım sisteminde çalışan hizmet sağlayıcılar arasında açık iletişimin iyi kurulmasına

¹ C. Özyılmaz, "Hemşirelik Bakımında Kalite" Nabız Sağlık Dergisi, <http://nabizdergisi.com/user/details.aspx?id=375>, (01.06.2012)

² Ö. Aslan-Ç.Ünal, "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları" Gülhane Tıp Dergisi, S.47, İstanbul, 2005, s.175

bağlıdır. Bundan dolayı hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamaları bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır¹.

2.6. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Boyutları

Hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelendiği çalışmalarda, memnuniyet boyutları aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır.

“Hemşirenin Tarzı/Nezaketi: Hemşirenin bakım verirken ortaya koyduğu profesyonel tarzını ortaya koyar. Tüm bakım sürecinde hastanın mahremiyetine ve kişiliğine saygı göstermek bu boyutta yer alır.

Hemşirenin Teknik Kalitesi: Bireylerin sağlık problemlerinin çözümü için hemşirenin teknik becerilerinin ve bilimsel uygulamalarının da kaliteli olması gerekir. Hastanın iyi bir fiziksel bakımı ve tedavisi için hemşire doğru becerileri uygulamalıdır.

Kişilerarası İletişim ve İşbirliği: Bu boyut hemşirenin, hastalar, hekimler, meslektaşları ve diğer ekip üyeleri ile doğru ve etkili iletişim ve işbirliği becerisinin olması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca hastaların tedavileri, bakımları, yapılan işlemler ve beklenen sonuçlar hakkında hemşire tarafından eğitim ve bilgi verilmesini de kapsamaktadır.

Hemşirenin Ulaşılabilirliği: Hasta ya da ailesinin ihtiyaç duyduğu zaman kolaylıkla ve zamanında hemşireye ulaşabilmesi gerekmektedir. Hasta her ihtiyacı olduğunda hemşireye hemen ulaşabileceğini hissetmelidir. Ayrıca hemşire tedavi ve bakımları zamanında uygulamalıdır.

Bakımın Sürekliliği/Özel Gereksinimlerin Dikkate Alınması: Bu boyut, hastaların özel ve bireysel ihtiyaçlarının olduğunun hemşire tarafından farkına varılmasını vurgulamaktadır. Hemşire hastanın hastanede yattığı sürece bakımının koordinasyonundan ve sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.

¹ F. Çırpı, ve diğ., Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, hemireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi3/cilt2sayi3/26-34.pdf, (17.05.2012)

Eğitim/ Bilgilendirme: Hemşirenin, hastaların testleri, tedavileri, hastalığı, sağlık durumu ve ilaçları hakkında tutarlı bilgi ve eğitim vermesini içerir. Hasta, bakımı konusunda bilgilendirilmeli ve soru sormasına fırsat verilmelidir”¹.

Kalitenin unsurlarını ifade eden yukarıdaki özelliklere yeterli düzeyde sahip hemşireler hasta memnuniyetini artırıcı düzeyde rol oynayabilmektedir. Hastalara nazik davranan, onları bilgilendiren, hastanın kolayca ulaşabildiği, teknik kapasitesi yeterli, hastalarla iletişimi iyi olan hemşirelerden ve hastaneden hastalar memnun kalacaklardır. Bakımın sürekliliğinde ve iyileşmenin hızlanmasında hasta hemşire ilişkisi çok önem taşımakta, memnuniyet boyutunun artması için gereklidir.

2.7. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Kavramı

İletişim, sözlü ya da sözsüz duygu, düşünce, fikir, kanı ve bilgilerin bireyden bireye amaçlı olarak aktarılması veya simgeler yoluyla anlamların geçişi, kısaca kişiler arasında herhangi bir konuda bilgi alışverişi olarak tanımlanmaktadır². Yani, kişilerin amaçsız etkileşimlerinden öte, bir etki oluşturmaya veya davranış nedeni olmaya yarayan, bilgi, fikir ve duyguların aktarılması sürecidir³.

2.7.1. Sağlık Hizmetlerinde İletişim ve Önemi

İnsanlar için iletişim aynı zamanda bir eylemdir ve beş temel amaca yönelik olarak gerçekleşir:

- “ - Var olmak,
- Haberleşmek,
- Paylaşmak,
- Etkilemek ve yönlendirmek,
- Eğlenmek ve mutlu olmak”⁴.

“• **Var olmak:** Toplumsal ilişki olmaksızın insanın varlığını sürdürmesi düşünülemez. İnsan toplumsal iletişim sayesinde kendisini diğer insanlara tanıtabilir

¹ Yürümezoğlu, s.15

² G. Salih, Davranış Bilimleri ve Yönetim Psikolojisi Terimler Sözlüğü. Ankara, 1993, s. 143

³ F. Eroğlu, Davranış Bilimleri, İstanbul, 2000, s. 106

⁴ İ. Bıçakçı, İletişim ve Halkla İlişkiler, İstanbul, 1998, s. 22

ve kabul ettirebilir. Toplumla birlikte düşünölen insan, iletişim ağlarını ve kanallarını kullanmaktadır.

- **Öğrenmek:** İnsan hayatı boyunca öğrenen bir varlıktır. Yakın ve uzak çevresindeki olup- bitenlere duyarsız kalamayan insanoğlu, çevresini tanınması, bilmesi, bilinmezlikleri azaltması için sürekli olarak öğrenme ihtiyacı içinde olacaktır. Bu da iletişim içinde bulunmasını gerekli kılacaktır.
- **Paylaşmak:** İnsanlar toplumsal yaşam içinde pek çok konuda birbirleri ile paylaşım içinde bulunurlar. Paylaşım ile insanlar arasında ortaklık kurulur, karşılıklı anlayış geliştirilir, toplumsal onay sağlanmış olur. Paylaşım önce bilgi, duygu ve düşünce paylaşımı ile başlar daha sonra öğrenme, yenilik yapma, düzenleme ve düzeltme yoluyla gelişim ve değişim sağlanır.
- **Etkilemek ve Yönlendirmek:** İnsanlar üzerinde istenilen yönde değişiklik yapmak iletişimde istenilen bir sonuçtur. Sosyal bir varlık olan insan işbölümü, işbirliği içinde bulunmak zorundadır. Bu da diğer insanlar ile aynı duygu, düşünce ve istek paylaşımı ile mümkün olacaktır.
- **Mutlu Olmak:** İnsanlar dinlenmek, tepkilerini dışa vurmak, acıları ve sıkıntılarını unutmak, duygusal anlamda rahatlamak içi eğlenir ve bunun sonucunda da mutlu olur. Buna göre iletişim, başkalarıyla paylaşım ve bundan mutluluk duyulan bir eylemdir”¹.

Toplumsal bir varlık olarak insanların, iletişim kurabilmek ve iletişimi devam ettirebilmek için bu beş temel amacı gerçekleştirmesi gerekmektedir. İletişimde anlaşmaya zemin hazırlayacak ve anlaşmayı kolaylaştıracak bazı özellikler olduğunu ifade etmişlerdir. Bu özellikler şunlardır:

- **“İletişimde İlk Dakika (Başlangıç) Önemlidir:** Karşı karşıya gelen iki kişi arasındaki ilk etkileşim, iletişim sürecinin önemli bir belirleyicisidir. Bu etkiyi yaratan faktörler, karşılaşılan kişinin beden dilinden, kullandığı kelimelere ve kişinin taşıdığı bütün aksesuarlardan içinde bulunduğu fizik ortam nesnelere kadar geniş bir dağılım gösterir. İşte bütün bu faktörlerin bileşkesi “algılayan kişinin” değerlerinde bir yer bulur ve o çerçeve içinde yorumlanır. Algılayanın kişisel özellikleri ve toplumsal normları ile kalıplaşmış olan yargılar, etkileşim verilerine

¹ Bıçakçı, s. 19

bağlı olarak iletişimin ilk anında bir “karar” verir ve insan karşısındaki kişiye zihninde bir etiket yapıştırır. Bu karar olumlu veya olumsuz olabilir.

- **İletişim Bilgi Alışverişi Değildir:** İnsanlar arası iletişim sadece bir bilgi alışverişi değildir. Duygu ve düşüncelerin bir bilgi olarak aktarılmasındaki eylemler ve bu eylemlerin biçimi iletişimin özünü yapılandırır. Bu, iletişimin evrensel yönüdür. Bilgiyi veriş biçimi, bir başka deyişle, sözlerin bedendeki karşılıkları, iletişimi değerlendirmemizde ikinci önemli noktadır. İletişimde bilgilenmek ve öğrenmek “anlamak” değildir.
- **İletişim Kişiyeye Karşın Değil Kişiyeye Yapılır:** İletişim başka bir kişiyeye birlikte yapılandırılan bir süreçtir. İletişim onu oluşturan bireylerden birinin aktif olması, diğeryinin ise bu eylemi izlemesi ile kurulamaz. Eğer alıcı kişi hazır değilse, iletişim yolu tıkanır.
- **İletişim Süreci Bir Bütündür:** İletişimi kelimeler, eller, gözler gibi bütünlüğünden soyutlayarak ve süreçteki bir kesite bakarak değerlendirmeye çalışmak bizi yanıltabilir. Sözsüz iletişim işaretlerini veya sözlü iletişim içeriğini tek tek değerlendirerek sonuçlara varmak yanıltıcı olabilir”¹.

İletişimin sürekli eylemler dizisini içeren bir süreç olduğunu, değişen ve tekrarlanamayan karşılıklı ilişkiler olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. İnsanların, çevrelerin, becerilerin, tutumların, deneyimlerin, statüler ve duygular arasındaki karşılıklı ilişkilerin, bir iletişimde kimin ne ve ne zaman yapacağını belirlediğini ve iletişimin, ilişkilerde ve iletişimde süreklilik sağladığını ifade etmiştir².

Sağlık hizmetlerinde de iletişim hastayı daha iyi anlamak, dolayısıyla hasta memnuniyetini artırabilmek bakımından oldukça önem taşımaktadır. Pozisyonu gereği hemşirelerin ise hastayla olan iletişimlerini güçlendirmeleri ve geliştirmeleri önem göstermektedir.

2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Süreci ve İşleyişi

¹ Z. Baltaş-A.Baltaş, *Bedenin Dili*, İstanbul, 2002, s. 19-21

² İ. Erdoğan, *İletişimi Anlamak*, Ankara, 2002, s. 33

Sağlık iletişiminin başarısı: duygu, düşünce ve bilgilerin tam ve doğru olarak aktarılmasına dayandığından, iletişimin geliştirilmesi çabaları çok yönlü ve çok çeşitlidir. Seçimi iyi yapılan kaynakları okumak, yorumlamak, iyi dinlemek, söze başlamadan önce düşünceleri düzene sokmak, sözcükleri doğru sözlendirmek ve geri bildirim vermek, alıcının bilgi ve deneyim düzeyini dikkate almak, iletişimin geliştirilmesi önlemlerindedir. Hekimin hasta ile iletişime geçebilmek açısından ilk karşılaşmanın selamlaşma ile başladığını söylemek mümkündür. Bu selamlaşma sırasında hekimin durumu, iletişime açık olup olmaması konusunda birçok ipucu ortaya çıkmaktadır. Selamlaşmadan sonraki aşama, hekimin hastasını rahat olacağı şekilde oturtmasıdır. Burada hem hastanın oturma konumu hem de mekânın özellikleri büyük önem taşımaktadır. Öncelikle hastanın sorununu anlatacağı ve muayenenin yapılacağı oda sessiz, kapısının kapalı ve başkalarının her an içeri giremeyecekleri (özellikle de kapıyı çalmadan) bir mekân olmalıdır. Hekimler büyük bir zaman baskısı altında çalıştıkları için kendilerine mutlaka bir zaman programı yapmalıdırlar; bu zaman programı içerisinde de hasta ile yapılan görüşme hemen olup bitmesi gereken bir şey olarak değil, gerçekten de etkili bir iletişimin gerçekleşebileceği ve sorunun tam olarak tespit edilebileceği bir görüşme olarak dikkate alınmalıdır. Hekim ve hasta arasındaki görüşmedeki mesafeden, hastanın oturtulduğu yere kadar birçok faktör etkili olabilmektedir. Hasta hekimin ya karşısında oturmalı ya da, dikdörtgen bir masada hekimin yanında oturmalıdır. Uygun bir mekânda, uygun bir oturma mesafesinde tüm yapılacak şey, hekim açısından, hastasını etkin bir biçimde dinlemek olacaktır¹. Sağlık iletişiminin başarısında hekimin hastaya yaklaşımı, hastayla empati kurabilmesi, hastaya saygı göstermesi önemlidir.

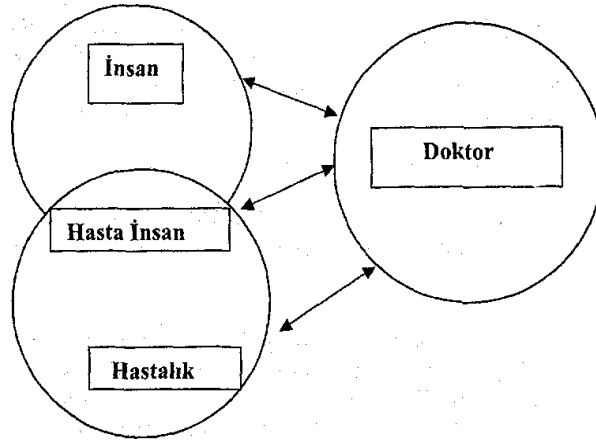
2.7.3. Hasta-Hekim İletişimi

Kişiler arası ilişki modelleri Burgoon ve arkadaşları tarafından “asimetrik, simetrik ve paralel ilişki” olmak üzere üç şekilde açıklanmıştır. Asimetrik ilişki, bir tarafın baskın olduğu diğer tarafın bu duruma izin verdiği ve pasif rolü kabul ettiği ilişkidir. Bu ilişki türünde bir taraf planlarını uygulamaya koyduğunda, diğeri kabul etmektedir. Asimetrik ilişkide rol oynayan en önemli etkenler, ödüllendirme ve

¹ A. Okay, Sağlık İletişimi, İstanbul, 2009, s. 113-114

cezalandırma gücü ile uzmanlıktır. Diğer tür olan simetrik ilişki, eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Her iki taraf da, ilişkiyi belirlemede eşit haklara sahip olduklarına inanmaktadır. Paralel ilişki ise, her bir tarafın bazı alanları kontrol edebildiği ve bir tarafın bazen aktif, bazen de pasif rolü oynadığı ilişki türüdür. Bu ilişki çeşidinde, taraflar eşitliğe inanmakta ve her bir tarafın kontrol ve yönlendirme hakkı olduğunu kabul etmektedir¹.

Hasta ile hekim ilişkisi hekimin her anlamda otorite olduğu bir ilişkidir. Bu ilişkide hasta tamamen güçsüz durumdadır. Hasta ile hekim ve hasta ile sağlık kurumu ilişkisine bu açıdan bakıldığında hasta hakları kavramı, hastaların korunması ve desteklenmesi açısından kritik bir önem kazanmaktadır².



Şekil 2.2. Hekim Hasta İletişimi

Kaynak: İ. G. Koptagel, Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji, İstanbul, 2001, s.299.

Hasta ve hekim arasındaki temel iletişim, daha önceden de belirtildiği gibi, hekimin hastasının tıbbi özgeçmişini alması amacıyla başlar. Hekim, hastanın sorunlarını saptamak amacıyla hastanın sorunlarıyla ilgili geçmişini öğrenmeye çalışır. Hekimlerin günümüzde hastalıkları teşhis etmek için çok sayıda teknik yardım alabilme imkânı varken (tahliller, röntgenler vs.) hasta ile gerçekleştirdikleri

¹ A. Kalender-A.Uludağ, "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor- Hasta İlişkisinin Rolü" Amme İdaresi Dergisi, C.37, S.4, Ankara, Aralık 2004, s. 119

² Ş. Hatun, Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar, İstanbul, 2002, s.346

görüşme, sorunun tamamen saptanabilmesi açısından halen büyük önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanı ile hasta arasında çatışmasız, uyumlu ve paylaşımcı bir kişilerarası iletişimin gerçekleştirilebilmesi, sağlık hizmetinin yerine getirilmesiyle ilgili en önemli konulardan biri olmuştur. Böyle bir iletişimin gerçekleştirilebilmesi için gerekli koşul olan alıcı, yani hasta odaklı iletişimle kastedilen; geri bildirim alıcı, yani, hasta ve hasta yakınları tarafından kaynağa, yani, sağlık çalışanına verilebilmesi için gerekli ortamın/koşulların (fiziksel-psikolojik-sosyal) oluşturulması, geri bildirimle iletilen mesajların kaynak tarafından hastanın duyu, düşünce ve özellikleri göz önüne alınarak değerlendirilmesi ve bunların tanı ve tedaviyle ilgili karar ve uygulamalara dahil edilerek yansıtılmasıdır. Doktor hasta iletişiminde hastanın katılımının sağlanması, gerek tanı koyma sırasında hastaya yönelerek hastanın durumunu ve düşüncelerini tam olarak anlayabilmek için gerekse sorun çözme yöntemiyle sağlık sorunlarını hastayla işbirliği yaparak çözebilmek için gerekli olmaktadır. Hastanın söz konusu iletişim sırasında etkin olması, hastanın kendisini tanı ve tedavinin her aşamasında rahatlıkla ifade edebilmesi ile gerçekleşmektedir¹.

2.7.4. Hasta-Hemşire İletişimi

“Sosyal bir varlık olarak insanın en temel gereksinimlerinden biri olan iletişim, hemşirelik mesleği için temel becerilerden biridir. Hemşireler, iletişim aracılığı ile yardım ilişkisi kurarlar, problemleri tanımlamada, çözüme ve sağlık iletişiminde iletişim tekniklerini kullanırlar. Hemşirelerin hastayla kurduğu ilişkide önemli hedeflerden biri, bireyin kendini iyi hissetmesini sağlamaktır, bireye bunları hissettirecek olan, hemşirenin mesleki tavrı, uygulamaları, davranışları ve hastayla kurduğu iletişimdir”².

Hasta hemşire iletişiminin kalitesi hasta memnuniyetini birinci dereceden etkileyecektir. Hastaların sorularına cevap veren, onlara bilgi aktaran, hastalarla gülyüzlü yapıcı iletişim kuran hemşireler hasta memnuniyetini artıracaklardır.

¹ A. D. Erdemir, Hekim Hasta İlişkileri ve Etik Sorunlar, Çağdaş Tıp Etiği, İstanbul, 2003, s.135.

² E. Akgün ve diğ., “Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Zor Hasta Olarak Tanımladıkları Hastalarla İletişim Davranışlarının İncelenmesi” Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, S.1, Ankara, 2011, s.36

“Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde veya ayakta tedavi süresince aldığı hemşirelik hizmetleri bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür. Hasta hemşire ilişkisi temel olarak iletişime dayanır. Hemşirelerin iletişim amaçları, hastanın problem çözmesine yardım, hastanın hastalıkla baş etme davranışlarının geliştirilmesi, hastanın sağlığını düzeltme, korumaya etkin katılımını sağlama ve gereksinimlerini gerçekçi değerlendirmesine yardımcı olma şeklinde açıklanmaktadır. Araştırmalar hastaların duygusal sorunlarını özellikle hemşirelere ilettiklerini ve hemşirelerin yalnızca bilgi vererek bile, hastaların kaygılarını belirgin olarak azalttıklarını göstermiştir. Pozitif hemşire hasta iletişiminin, hasta yararına sonuçlar doğurduğu araştırmalara desteklenmiştir”¹. Hasta hemşire ilişkisinde dengeyi sağlamak için etkili bir iletişim, iki tarafında arzu ettiği ve benimsediği bir ilişki bulunması gerekmektedir. Hastaların memnuniyetini artırmak için hemşirelerin hastalarla iyi iletişim kurması, onlara moral vermesi, hastalarla yakından ilgilenmesi, hastaları bilgilendirmesi gerekmektedir.

2.8. Hemşire Hasta İletişiminde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta ve hemşire iletişimde “saygılı davranma”, “güven verme”, “eşit davranma”, ilgili olma”, “güleryüzlü ve hoşgörülü olma”, sabırlı olma”, “fiziksel koşullar”, “otorite”, “bilgilendirme” ve “yardım edici iletişim” kavramları yardımcı faktörler olarak alt başlıklarda incelenmiştir.

2.8.1. Saygılı Davranma

Saygı belirli görevlerde bulunan ve hizmet veren insanların hak ettikleri bir beklentidir. Saygı kişinin kendini ilgiye, tanınmaya ve onura layık bulduğunu hissettiren duygulardır. Her kişi hasta veya sağlam olsun, her zaman başkalarının kendisine saygı duymasını istemektedir. Saygı duyulan kişi kendisini değerli

¹ M. Cengiz, İstanbul Şükrü Balcı Polis Meslek Yüksek Okulunda Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti, Beykent Üniversitesi SBE, YYL Projesi, İstanbul, 2011, s.32

hissetmektedir¹. Hastalara saygılı davranmak, hizmeti alan bireylerin daha az sorunlar çıkartmasına neden olacaktır. Bunu ise hemşire ile işbirliği yapar hale getirerek sağlanabilecektir. Bu nedenle hemşirelerin, hizmeti sunduğu kişilere saygılı davranması sağlanmalıdır. Sevgi isteğe bağlıdır fakat salgı mecburidir, diye bir söz vardır ki bu durumu yeterince açıklamaktadır. Daha çok hizmeti verenler bunun beklentisi içine giriyor gibi gözükse de saygı sadece hizmeti verenleri değil hizmeti alanları da kapsar. Yani saygı iki yönlü olarak gelişir ve gelişen saygı düzeyi iletişim düzeyini etkiler. Hastalara saygılı davranmak, hizmeti alan bireylerin daha az sorunlar çıkartmasına neden olacaktır. Bu ise hemşire ile işbirliği yapar hale getirerek sağlanabilecektir. Bu nedenle hemşirelerin, hizmeti sunduğu kişilere saygılı davranması sağlanmalıdır².

2.8.2. Güven Verme

Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır. Yapılan çalışmalar hasta memnuniyeti arttıkça, sağlık ekibine duyulan güvenin ve tedaviye uyumun arttığını göstermiştir³.

“Yaşam hakkı” insan haklarının en basta gelenidir. Genel olarak ‘kişinin fizik ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, sürdürebilmesi; varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi’ biçiminde tanımlanan yasama hakkını, temel hak kabul ederek yetinmek, bugünkü özgürlük anlayışı içinde doğru bir davranış olarak değerlendirilemez. İnsan varlığının ilk ve temel hakkı olarak ele alınan yasama hakkı, ancak kişi güvenliği ile anlam kazanır⁴.

¹ R. Geylan, Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Eskişehir, 1991, s. 117

² A. Uludağ, Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler: Vatandaş-Sağlık Personeli İletişimi, Selçuk Üniversitesi SBE, YYLT, Konya, 2001, s. 17

³ B. Işık-O.Tulunoğlu, “Pedodonti Kliniğinde Sedasyon Ünitesi Oluşturulmasında Kalite Çemberleri Yönteminin Etkilerinin Değerlendirilmesi” Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği FD, C.24, S.1, Ankara, 2007, s.32

⁴ G. Sert, Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları, İstanbul, 2004, s. 48

2.8.3. Eşit Davranma

Böylesine önemli görevlerde çalışan insanların insan sağlığı söz konusu olunca, milliyet, ırk, mezhep, renk, yaş, cinsiyet, politik ve sosyal statü ayrımı yapılmadan herkese eşit davranabilmesi gerekir. Bu önemli konuda hekimler için görüş belirten Şehsuvaroğlu insanların ister zengin olsun ister fakir, ister makam sahibi, ister sıradan bir insan olsun hepsine eşit muamele etmek kesin kural olması gerektiğini söylemektedir¹.

2.8.4. İlgili Olma

İlgi duyulmak herkesin beklentisidir. İlgili birinin hasta üzerinde ne derece etki bırakabileceğini tartışmak bile yersizdir. Hasta hastaneye ilk geldiğinde psikolojik olarak tedirgin ve ürkeklik içindedir. Bundan dolayı ilgiye ihtiyacı vardır. Hemşirenin ona göstereceği ilgi onu rahatlatacak ve tedirginliğini giderecektir. Hastalara ilgili davranan doktorların, hastalar tarafından daha çok sevileceği bir gerçektir. Bunu sağlamak içinse çok fazla çaba sarf etmek gerekmemektedir. Bir hatır sorma ya da bir nezaket gösterisinde bulunup onlara değer verdiği izlenimi uyandırma yeterli olacaktır. Konuyu ele alan yazarlardan Özaltın ilgi olmayı şöyle açıklamaktadır²: Hasta ile aynı göz düzeyinde oturarak, onunla göz ilişkisini koruyarak, dik bakmadan sık göz teması kurarak, söylenenlere ilgi duyduğunu gösteren jest ve mimikler yapmak. Kendisine hemşire tarafından ilgi gösterilen hastanın memnuniyeti artacaktır.

2.8.5. Güteryüzlü-Hoşgörülü Olma

Bir gülümseme insana hiçbir bedele mal olmamaktadır. Ancak çok şeyi karşı tarafa kazandırabilmektir. Gülümseme yalnızca kısa bir an sürmekte, ancak anısı kimi kez çok uzun yaşayabilmektedir ve herkes bir yerde bir biçimde buna gereksinim duyabilmektedir. Hemşire tarafından yapılan gülümsemenin, gerçekçi ve içten yapılması gereklidir. Çünkü maskelerin kullanıldığı sahte bir gülümsemenin kimseye yararı olmayacağını herkes kabul etmektedir. Bu nedenle her şeyden önce hemşireler hastalara karşı güler yüzlü ve şefkatli olabilmeyi becerebilmelidir³.

¹ B. N. Şehsuvaroğlu, Tıbbi Deontoloji, İstanbul, 1986, s. 40

² G. Özaltın, Hemşirelikte İletişim ve Kişilerarası İlişkiler, Psikiyatri Hemşireliğinin Değişen Rolü, Sivas, 1998, s. 10

³ Uludağ, s. 20

Hemşire tarafından kendisine içten güler yüzlü davranıldığını gören hastanede yatan hastalar aldıkları hizmetten daha memnun olacaklardır.

Nezaket, ilgi, zaman, uyum, hastanın rahatlatılması, kural ve yaklaşımlara özen gösterilmesi, hasta da güven duygusunu geliştirmektedir¹. Gülümseme ve hoşgörü aslında çok ciddi bir çaba sonucu oluşabilecek kavramlardan değildir. Bunlar az bir çabayla gerçekleştirebilecek sorun çözme yöntemlerinin en kolaylarından. Hastalara nazik davranan hemşireler hastalar tarafından sevilmektedir.

2.8.6. Sabırlı Olma

Hasta ve yakınları muhtemel bir hastalık hele de acil ve ölümlü durumlarda çok fazla sinirli ve saldırgan olabilirler. Bu gibi durumlarda sabırlı olabilmenin başarıldığı bir durumda, sayısız karşılaşılabilecek sorunların başlamadan sona ereceği bir gerçektir. Hemşirelerin bu nedenle çok sabırlı olması, hastayla yaşanabilecek muhtemel olumsuzlukların önüne set çekmektedir. Bu nedenle hemşireler sabırlı olabilmelidir. Bu çerçevede sağlık personeline düşen görev, hastasına zaman ayırarak sabırla ve yaratıcı bir düşüncenin ışığı altında onu dinlemesidir².

2.8.7. Fiziksel Koşullar

Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları, bireylerin ilgilendikleri ve önem verdikleri tatmin boyutlarından birisidir. Bakımsız bir hastane, düzensiz ve yetersiz hasta odaları, rahatsızlık verici ortam, hastaların şikâyet nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercihlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel ortam, hizmet satın alımı öncesinde aranan ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır³.

¹ N. Eren-Z.Öztek, Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 1991, s. 81

² F. Yüncü, Kişilerarası İlişkiler, Ankara, 1995, s. 89

³ A. Yanık, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, YDT, İstanbul, 2000, s. 79

Hastanenin ve hastanede yaşanan odanın fiziksel koşulları, bireylerin çok üzerinde durdukları, önem verdikleri tatmin boyutlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Yetersiz oda koşulları, bakımsız bir hastane, hastaların mutlaka şikâyet nedeni, tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercih edilme şansını yitirmektedir. Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesindeki aradığı ip uçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır¹.

Yapılan bir araştırmada, yaşlı hastaların hastanenin fiziksel çevre düzenlenmesine yönelik yaşadığı rahatsızlıklarının başında; yetersiz temizlik gelmektedir. Hasta dolaplarının yetersiz olması, gürültünün fazla olması, geceleri lambaların sürekli yanması, yatakların rahat olmaması ve ortamın çok sıcak ya da çok soğuk olması gibi rahatsızlıklar izlemektedir². Ayrıca bir kuruma çeşitli amaçlarla gelen kişiler kurum hakkındaki görüşlerini ilk olarak insan ilişkilerine verilen öneme, kurumun temizlik ve düzenine dayandırılırlar³. Hemşirelik hizmetlerinden yatan hastaların memnuniyet düzeyi fiziksel koşulların yeterliliğiyle de ilgilidir. Yönetici hemşireler yatan hastaların bulunduğu yerlerde fiziksel koşulların yeterliliği konusunda gereken kontrolleri yapmalı, eksikliklerin giderilmesi konusunda üstlerini bilgilendirmelidir.

2.8.8. Otorite

Otorite yönünde davranan hemşireler çoğu zaman istemedikleri sonuçlarla karşılaşabilmektedir. Bir kişi, diğerinin isteğine gönüllü olarak uyar ve arzusuna uyduğu kişinin kendisinden bunu isteyebileceğine inanırsa aradaki bu ilişki otorite ilişkisi olmaktadır. Hemşire ve hastadan meydana gelen iletişimde hemşire alıcı ve kaynak durumunda bulunmaktadır. Hemşire ne durumda olursa olsun, hasta tarafından otoriter ve yetkili bir insan olarak değerlendirilmektedir. Bu güç otoritesinin varlığından dolayı hastada endişe, kaygı ve korku olabilmektedir. Bu nedenle hemşire-hasta arasında sağlıklı iletişim kurulamaz. Eğer hemşire kendini güç

¹ Esatoğlu, s. 62

² Ş. Artut, “Yaşlı Hastaların Hastanenin Fiziksel Çevre Düzenlenmesine Yönelik Yaşadığı Sorunlar ve Beklentilerinin Belirlenmesi” IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, Kasım 1995, s. 21

³ Ş. Şafak, “Hastane Yönetiminde Ev İdaresinin Önemi” 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı (Ed. E. Göktürk – Y. Odacıoğlu), 16-18 Ekim, Eskişehir, 2002, s. 53

otoritesi kullanmakta haklı görürse hastadaki endişe, kaygı ve korkuyu arttırmaktadır. Bunun tam tersi olursa da yani hemşire aşırı hoşgörülü, sevecen ve yumuşak davranırsa, bu durumda da hasta hemşirenin önerilerini dikkate almama davranışı gösterebilmektedir¹. Hemşireler mesleklerinin kendilerine sağladığı otoriteyi kullanmalıdır. Hemşireler otoritelerini kullanırken hastaları kırıcı şekilde kaba davranışlardan kaçınmalıdır. Hemşirelerin hastalara müşteri odaklı bakış açısı geliştirerek müşteri memnuniyetini artırmaları gerekmektedir.

2.8.9. Bilgilendirme

Hemşireler hastaları öğrenme tercihlerini, dinsel ve kültürel değerlerini, okuma ve dil becerilerini dikkate alarak bakım kararları ile bakım süreçlerine katılma ve onay formları hakkında bilgilendirilmelidir. Yapılan eğitimler taburcu sonrası süreçte kapsamalıdır. Bakım sürecinde ve sonrasında, ilaçların ve tıbbi cihazların güvenli kullanımı, ilaç ve yiyecekler arasındaki olası etkileşimler, beslenme kılavuzları ve rehabilitasyon teknikleri hakkında da hasta bilgilendirilir. Hasta ve yakınlarının hemşireler tarafından; yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, alacağı tedavi konusunda, hekimle beraber karar vermesi, kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirtilmiştir². Hastaların çoğu tanı-tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıkları için genellikle verilen tedaviye uyum gösterememekte, bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir³.

2.8.10. Yardım Edici İletişim

Hastanın yararına yardım edici iletişim becerisi; bireysel özelliklerden, iletişimi kolaylaştıran yöntemleri kullanabilmeden, tepkiye hazır oluşumuzdan, hasta

¹ Ö. Köknel, Genel ve Klinik Psikiyatri, İstanbul, 1989, s. 9

² N. Köşgeroğlu, ve diğ., “Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.6, S.2, Sivas, 2005, s.77

³ H. Bulut, “Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi” Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.12, S. 4, 2006, İstanbul, s.298

ile ilişkide karşılaşılan sorunlardan, iletişimi başlatma - sürdürme - sonlama şeklinden etkilenir. Bu nedenle yardım edici - hasta yararına iletişim kurabilmek için; hemşirelerin kendi değerlerini duygularını, sorumluluklarını tanıması, iletişimi kolaylaştıran teknikleri ve problem çözme yöntemlerini bilmesi, güven oluşturabilmesi, empati yapabilmesi, iletişimi başlatma, sürdürme, sonlamadaki sorumluluklarını bilmesi, ilişkideki sonuçları değerlendirebilmesi gerekmektedir¹. Hemşirelerin empati kurabilmesi, hastaların ihtiyaçlarını anlayabilmesi ve yardım edebilmesi açısından önem taşımaktadır. Empatik beceriye sahip hemşireler karşısındaki hastanın isteklerini anlayarak hastanın isteklerine daha hızlı cevap verebilirler. Hastanın yerine kendini koyarak hastaya gereken değeri ve hizmet kalitesini sunabilirler. Hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin araştırılması ve bu konuda hemşirelerin empatik becerilerinin geliştirilmesi için gereken çalışmaların yapılması hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır.

¹ G. Terakye, Hemşirelikte İletişim ve İyi Hasta Hemşire İlişkileri, Ankara, 1994, s. 34.

SONUÇ

Sağlık ile ilgili çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Bu tanımlamaların fazla olmasının sebebi, sağlık anlayışının zamanla gelişip ve değişmesidir. Günümüzde de sağlık hizmetleri artık sadece hastalığın tedavi edilmesi olarak değil, buna ilave olarak, tedbir alınması, çevre sağlığı ile ilgili araştırmalar ve klinik araştırmalar yapılması, hasta memnuniyeti gibi kavramlar üzerine yoğunlaşması şeklinde değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetleri sahip olduğu nitelikler sebebiyle günümüzde çoğunlukla kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunun nedeni bu hizmetler olumlu dışsal etkenlere sahip değildir. Bu tür mal ve hizmetlerin özelliklerine baktığımızda kısmen fiyatlandırılabilir ve pazarlanabilir niteliklere sahip olduğu gözlemlenmektedir. Ancak sahip olduğu dışsallıklar bu iki özelliğin önüne geçerek devlet müdahalesini haklı duruma getirmektedir.

Bir ülkenin ekonomisinde, hizmet işletmelerinin yüksek sayıda olması ve ekonomiye katkısı, toplumun gelişmişliğinin göstergesi olarak kabul görmektedir. Çünkü ülkenin yaşam seviyesi yükseldikçe, bu sektörde bulunan işletmelerin hizmetlerine olan talep artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde de kalite olgusuna gereken önem verilerek, bu talebi artırmak ve hasta memnuniyetini yükseltmek mümkündür. Ayrıca; hizmet sektörü ve faaliyet özelliklerinin iyi bilinmesi ve dikkate alınması durumunda hizmet kalitesi çok daha iyi anlaşılabilir.

Sağlık hizmetlerinin hasta odaklı olması gerekmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, hizmetin etkinlik ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır. Hasta odaklı hizmet vermek isteyen hastaneler hastayı tanımalı ve beklentilerini bilmelidir. Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olup, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir. Hasta memnuniyetini artırmak için ise; hasta beklentileri iyi bilinmeli ve buna uygun bir şekilde uygulamalarda bulunulmalıdır. Personelin kişisel özellikleri, hastaya olan davranışı etkilemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu katılımcı olmasını sağlamaktadır. Ayrıca; hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi çevresel ve kurumsal faktörlerde hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Hem devlet, hem özel, hem de üniversite hastanelerinin kalite standartlarını tescil ettirme girişimleri bulunmaktadır. ISO kalite belgeleri alan sağlık kurumları kendilerini rakiplerinden farklı göstermek için çabalamaktadırlar. Böylelikle kalite belgesine sahip olan ve olmayan sağlık kurumları hakkındaki kalite algılamasında ve genel memnuniyet düzeyi üzerinde farklılık olup olmadığı araştırılabilir. Kalite belgelerine sahip hizmet kurumlarının diğerlerinden daha yüksek kalitede hizmet verebilecekleri veya en azından hizmet alanlarca böyle algılanacakları düşünülebilir.

Günümüzde dünyada tartışmasız kabul edilen bir gerçek, sağlık bakımında ve sağlık ekibi içerisinde, hemşirenin önemli ve ana öğelerden biri olduğudur. Hemşireler hastanelerdeki en kalabalık sağlık çalışanlarıdır. Bu sebeple hasta ilişkilerinde birincil sıraya sahiptirler. Hem toplumsal hem de hastanedeki konumlarından dolayı hemşirelerin hasta ile olan ilişkilerinde; tarzı ve nezaketi, teknik kalitesi, iletişim ve işbirliği çabası, ulaşılabilirliği, bakımın sürekliliği ve özel gereksinimlerin dikkate alınması, eğitim ve bilgilendirme gibi faktörler oldukça önemli bir yere sahiptir.

Hastanede hastalar özellikle duygusal sorunlarını özellikle hemşirelere iletmektedirler. Hemşireler hastalara bilgi vererek hastaların endişelerini azaltmalıdır. Hemşireler hastalara karşı pozitif bir iletişim içinde olmalıdır. Hemşireler hastalara karşı nazik, onları bilgilendirici, teskin edici şekilde

davranmalıdır. Hastaların hastalıkla mücadelesinde hastaya yardımcı olmalıdır. Yönetici hemşireler hastalarda memnuniyetsizlik yaratan fiziksel koşullardan kaynaklanan eksikleri tespit etmeli ve eksikliklerin giderilmesi için gereken çalışmaları yapmalıdır. Hemşirelerin hastalara karşı sergilediği anlatılan bu davranışlar hastanelerde hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin devamlılığını, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim niteliklerini içeren bir kavramdır. Dolayısıyla hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak görülmektedir. Ayrıca hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitenin tespit edilmesinde bir geri bildirim sağlamaktadır. Bu sebeple hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir. Sağlık hizmetleri kalitesi ve hasta memnuniyeti hususunda üst seviyeye çıkabilmek için hem sayılan yöntemlerin uygulanması, hem de hemşirelerin bu hassas niteliklere sahip olması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Aban, S., Hastanelerde Acil Durumlarla Baş Etmede Hemşirenin Sorumlulukları, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, İstanbul, 1996

Akal, Z., “Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri” VD, Özel Sayı, Ankara, 1995

Akar, Ç. - Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998

Akbayrak, E. H., Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kütüphanesi’nde Hizmet Kalitesi Ölçümü, HÜSBE, YYLT, Ankara, 2005

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara, 2000

Akdur, R., Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006

Akgeyik, T., “Hizmet Sektörlerinde Kalite Yönetimi” İÜ İktisat Fakültesi Mecmuası, C.54, S.2, İstanbul, 2004

Akgün, E., ve diğ. “Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Zor Hasta Olarak Tanımladıkları Hastalarla İletişim Davranışlarının İncelenmesi” Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 2011

Aktan, C. - Saran, U., Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite, Ankara, 2005

Aktan, C. - Işık A. K., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler” 2011 <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>. (08.06.2012)

Aktan, I. www.canaktan.org/ekonomi/saglik.../pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf, (04.06.2012)

Alcan, Z., “Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları” Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu (Ed.M. Çoruh), Ankara, 1997

Altınok, V., “Toplam Kalite Yaklaşımı” Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, S.1 -2, Karaman, 2001

Altıntaş, A., Türkiye’de Hemşireliğin Başlangıcı, Sağlık Alanında Türk Kadını, (Ed. N. Yıldırım), İstanbul, 1998

Arkun, G., “Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler” Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Uygulanması Sempozyumu (Ed. M.Çoruh), Ankara, 1998

Artut, Ş., Yaşlı Hastaların Hastanenin Fiziksel Çevre Düzenlemesine Yönelik Yasadığı Sorunlar ve Beklentilerinin Belirlenmesi, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, 1995

Aslan, D., ve diğ., “Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler” ERCÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, C.13, S.2, Kayseri, 2004

Aslan, H., ve diğ., “İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği” Düşünen Adam Dergisi, C.11 S.2, İstanbul, 1998

Aslan, Ö. - Ünal, Ç., “Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları” Gülhane Tıp Dergisi, C.47, S.3, İstanbul, 2005

Asunakutlu, T., Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Ankara, 2005

Avcı, T. - Nadiri, H. Comparison of Service Quality Expectations and Perceptions of Tourists' in North Cyprus Accommodation Establishments Interms of Demographic Factors. First International Joint Symposium on Business Administration, Çanakkale, 2000

Aydın, K., “Hizmet İşletmelerinde Servqual Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli’ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması” İÜ Dergisi, S.50, İstanbul, 2005

Aziz, A., “Kadın Şiddet İletişim” 1. Ulusal Sosyoloji Kongresi,(Ed. Ç.Dursun), Ankara, 1994

Baltaş, Z. - Baltaş, A., Bedenin Dili. İstanbul, 2002

Bayuk, M. N., “Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma” Akademik Bakış Dergisi, Türk Dünyası Celalabat İşletme Fakültesi SBED, S.10, Celalabat, 2006

Belek, İ., Antalya’da Hekimler, Sınıf ve Statü Konumu Açısından Değerlendirme, Ankara, 2003

Bıçakçı, İ., İletişim ve Halkla İlişkiler, İstanbul, 1998

Biol, L., Hemşirelik Süreci, İzmir, 2000

Bozkurt, R., “Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçümü” Önce Kalite Dergisi, C.6, S.26, İstanbul, 1996

Bozkurt, R., “Örgütsel Mükemmellik Anlayışı. Toplam Kalite Yönetimi” VD, S.1, Ankara, 2001

Bulut, H., “Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi” Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.12, S.4, İstanbul, 2006

Bulutoğlu, K., Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul,2003

Cengiz, M., İstanbul Şükrü Balcı Polis Meslek Yüksek Okulunda Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti, Beykent Üniversitesi SBE, YYL Projesi, İstanbul, 2011

Çakırer, M. A., Devlet Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönteminin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama, Dumlupınar Üniversitesi SBE, YYLT, Kütahya, 2002

Çetin, A. C. - Sağlam, H., “Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Hizmet Sunumuna, Sağlık Çalışanlarına ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma” SBED, C.3, S.5, Isparta, 2007

Çetin, C., ve diğ., Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi (ISO 9000-2000 Revizyonu) İlke-Süreç-Uygulama, İstanbul, 2001

Çırpı, F., ve diğ., Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, 2009

Çiçek, R., ve diğ., “Koyuncu Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma” VD, S.3, Ankara, 2006

Demirbaş, A. R., “Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon” Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, S. 15, Ankara, 2005

Devebakan, N. - Aksaraylı, M., “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması” DEÜ SBED, C.5, S.1, İzmir, 2003

Diken, A., Sanayi ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi, Konya, 1998

Dinçer, C., Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektöründeki Uygulaması, Sakarya Üniversitesi SBE, YDT, Sakarya. 2005

Doğan, B., Örgüt Kültürü, İstanbul, 2003

Doğan, İ. Ö., Tütüncü, Ö. ISO 9001: 2000, İzmir, 2003

Doğan, Ö., “Kalite Uygulamalarının İşletme Rekabet Gücü Üzerine Etkisi” DEÜ SBED, C. 2, S.1, İzmir, 2005

Duran, M., “Ürün ve Hizmet Kalitesinin Bileşenleri” (b.t.). <http://www.danismend.com/kategori/altkategori/urun-ve-hizmet-kalitesinin-bilesenleri/>. (04.06.2012)

Dursun, Y. - Çerçi, M., “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma” ERCÜ, İİBFD, S.23, Kayseri, 2004

Ecer, F., ve diğ., “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma” Standard Dergisi, S. 490, Ankara, 2002

Efil, İ., Yönetimde Kalite Çemberleri ve Uygulama Örnekleri, Bursa, 1997

Efil, İ., Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Bursa, 1999

Ensari, H., 21. Yüzyıl Okulları İçin Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2003

Erdem, A. R., 21.Yüzyıla Girerken Nasıl Bir İnsan Modeli Yetiştirelim, Ankara, 1998

Erdemir, A. D., Hekim Hasta İlişkileri ve Etik Sorunlar, Çağdaş Tıp Etiği, İstanbul, 2003

Erdil, O. - Baydar. M., “Ürün Özelliklerinin Seçimi: İleri Teknoloji Ürün Pazarında Tüketici İhtiyaçları ve Üretici Kalite Geliştirme Harcamalarının Eşzamanlı Optimizasyonu” ZKÜ SBD , C.3, S. 5, Ankara, 2007

Erdoğan, İ., İletişimi Anlamak, Ankara, 2005

Eren, N. - Öztekin, Z., Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 1991

Eroğlu, F., Davranış Bilimleri, İstanbul, 2000

Ersen, H., Topyekün Mükemmelleşme Sürecinde İnsan Kaynakları ve Kalite, İstanbul, 2003

Ersoy, N., “Hemşireliğe Etik Yaklaşımlar” Trabzon Hemşirelik Etiği Sempozyumu, (Ed. O. Yılmaz), Trabzon, 2010

Ertopuz, A. - Akın, B., “Toplam Kalite ve İletişim” 5.Ulusal Kalite Kongresi, İstanbul, 1996

Esatoğlu, A. E., Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. HÜSBE, YDT, Ankara, 1997

Esin, A., ISO 9001:2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite, Ankara, 2002

Gencel, U., “Yüksek Öğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon” DEÜ SBED, C.3, S. 3, İzmir, 2001

- Geylan, R., Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Eskişehir, 1991
- Gödek, S., Bürokratik Örgütün, Öğrenen Organizasyona Dönüşüm Sürecinde Liderliğin Rolü. Afyon Kocatepe Üniversitesi SBE YYLT, Afyon, 2001
- Güllülü, U., ve diğ., Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2008
- Gür, J., Kalite Maratonu, Ankara, 1996
- Hacıfazlıoğlu, Ö., Avrupa Birliği Yükseköğretim Kalite Göstergeleri ve Türkiye Örneği. Marmara Üniversitesi SBE, YDT, İstanbul, 2009
- Halis, M., Toplam Kalite Yönetimi ve ISO- 9000 Kalite Güvence Sistemleri ISO-9002 Kalite Belgesi Çalışmaları, İstanbul, 2000
- Hatun, Ş., Hekim Kendisini De Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar, İstanbul, 2002
- Hayran, O. - Sur, H., Sağlık Hizmetleri, Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997
- Hememann, F., Günümüzde Felsefe Disiplinleri (Çev.D.Özlem), İstanbul, 1990
- Irgat, S., Sertifikalı Kalite Yöneticisi Eğitimi, DEÜ SBE, İzmir, 2005
- Ishikawa, K., Toplam Kalite Kontrol (Çev. S. Ordaş), İstanbul 1997
- Işık, B. - Tulunoğlu, O., “Pedodonti Kliniğinde Sedasyon Ünitesi Oluşturulmasında Kalite Çemberleri Yönteminin Etkilerinin Değerlendirilmesi” Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği FD, C. 24, S.1, Ankara, 2007
- İpekgil, D. Ö. - Tütüncü, Ö., Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO9001: 2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama, İzmir, 2003
- Kalender, A. - Uludağ, A., “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü”, Amme İdaresi Dergisi, C.37, S.4, Ankara, 2004

Karabulut, K. - Yapraklı, Ş., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum’da Bir Uygulama” İİBD, C.15, S.1-2,Erzurum, 2001

Karalar, R., İşletme, Temel Bilgiler, İşlevler. Eskişehir, 1998

Karaman Özlü, Z. Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi SBE, YYLT, 2006

Karyağdı, N., Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Vergi İdaresi, Ankara, 2001

Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000

Kaya, S. - Güven, G. “Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması” Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2005

Keçe, F., “Sağlık Hizmetleri” (b.t.). http://www.eskisehirsaglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=263&Itemid=157. (04.05. 2012)

Kesgin, C. - Topuzoğlu, A., Sağlıkın Tanımı; Başaıkma, İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, İstanbul, C.4, S.3, 2006

Kısa, A. - Kavuncubaşı, Ş., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2007

Kobu, B., Üretim Yönetimi, İstanbul, 1999

Koparal, C. - Şahin, M. - Berberoğlu, G.,Yönetim ve Organizasyon, Eskişehir, 2003

Kovancı, A., Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl, İstanbul, 2001

Köknel, Ö, Genel ve Klinik Psikiyatri, İstanbul, 1989

Köksal, A., “Hastane Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik” Ekonomik ve Teknik Standart Dergi, C. 43, S.516, Ankara, 2004

Köşgeroğlu, N., ve diğ., “Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.2, S.6, İstanbul, 2005

Kum, E., “Türkiye’de İlk Hemşire Okulu Açılışından Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Kurumlaşma” III. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Ed. S.İlker), Sivas, 1992

Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998

Kus, M., Kalite Kavramı, Avrupa Birliği Kalite Politikası ve Türkiye’de Ki Kalite Faaliyetleri, T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı-Avrupa Topluluğu Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, 1999

Leebov, W., ve diğ., Service Quality Improvevent – The Customer Satisfaction Straction Strategy For Health Care , 1994

Mucuk, İ., Modern İşletmecilik, İstanbul, 2008

Murat, G. - Çelik, N., “Analitik Hiyerarşi Süreci Yöntemi İle Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Değerlendirme: Bartın Örneği” ZKÜ SBED, C.3, S.6, Zonguldak, 2007

Okay, A., Sağlık İletişimi, İstanbul, 2009

Özalp, S., ve diğ., Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim İle İlişkisi, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi- Bildiriler, 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000

Özaltın, G., Hemşirelikte İletişim ve Kişilerarası İlişkiler, Psikiyatri Hemşireliğinin Değişen Rolü, Cumhuriyet Üniversitesi SBE, YYLT, Sivas, 1998

Özkara, Y., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi SBE, YYLT, Antalya, 2006

Öztek, Z., “Sağlıkta Kavramlar” Yeni Türkiye Dergisi, C.7, S. 39, Ankara, 2001

Öztürk, N., “Toplam Kalite Yönetiminde Motivasyon, Eğitim ve Katılımın Önemi” VD, Özel Sayı, Ankara, 1993

Öztürk, S., Hizmet Pazarlaması, Eskişehir, 2002

Özyılmaz, C., “Hemşirelik Bakımında Kalite” Nabız Sağlık Dergisi, (b.t.), <http://nabizdergisi.com/user/details.aspx?id=375>. (01.06.2012)

Pakdil, F., “Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi” VD, S. 3, Ankara, 2003

Pakdil, F., “Kalite Kültürünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Derleme” DEÜ SBED, C.6, S. 3, İzmir, 2004

Pazarcık, O., “Toplam Kalite Yönetim Sistemi Uygulamasının Arkasındaki İnsan Faktörü” VD, C. 23, S.4, Ankara, 1994

Peker, Ö., “Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Hizmetinde Kalite” Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, C. 8, S. 6, Ankara, 1996

Salih, G., Davranış Bilimleri ve Yönetim Psikolojisi Terimler Sözlüğü, Ankara, 1993

Sandıkçı, M., “Müşteri Memnuniyeti Ölçülmesi ve Sandıklı Hüdaî Kaplıcası’nda Bir Alan Araştırması” Afyon İİBFD, C.9, S.11, Afyon, 2007

Sarp, N., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” 2004, <http://www.nilgunsarp.com/?p=19>, (20.05.2012)

Sarvan, F. - Berk, O., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi” İÜ İFD, C. 24, S. 2, İstanbul, 1995

Seçkin, C., “Sorular ve Cevaplar” Önce Kalite Dergisi, S.6-7, İstanbul, 1999

Sert, G., Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları, Marmara Üniversitesi SBE, YYLT, İstanbul, 2004

Sevim, Ş., ve diğ., “Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İnceleme” SDÜ İİBFD, C.13, S.1, Isparta, 2008

Soyak, M., “Hizmet Sektöründe Kalite Ölçülebilir Mi” Sykonsept, C.1, S.5, İstanbul, 2005

Soylu, K., Suer, A. - Suer, Ö., Toplam Kalite Yönetimi Sözlüğü, İstanbul, 1999

Sözen, C., Sağlık Yönetimi, Ankara, 2002

Şafak, Ş., Hastane Yönetiminde Ev İdaresinin Önemi, 5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı (Ed. E. Göktürk –Y. Odacıoğlu), Eskişehir, 2002

Şehsuvarağlı, B. N., Tıbbi Deontoloji, İstanbul, 1986

Şekerkaya, A. K., Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü, Ankara, 1997

Şentürk, S., Hemşirelikle Deontoloji, İstanbul, 1986

Şimşek, M. - Nursoy, M., Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçümü, İstanbul, 2002

Şimşek, M., Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2001

Şimşek, M., Yönetim ve Organizasyon, Konya, 2002

Şimşek, Ş., ve diğ., Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Ankara, 2003

Tarcan, E., Hizmet Yönetiminde Kalite ve Müşteri Tatmini Ölçümü, İstanbul, 2001

Tazeyurt, Y., Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimsel Organizasyonu ve Üniversite Hastanelerinde Bu Konuyla İlgili Sorunlara İlişkin Bir Araştırma, İÜ SBE, YYLT, İstanbul, 1992

Tek, Ö. B., Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım, Türkiye Uygulamaları, İstanbul, 1999

Tekeli, H., Turizm Pazarlaması ve Planlaması, Ankara, 2001

Tekin Taparlı, Z. - Özcanarlan, N., Hasta Memnuniyeti, Clinical Sağlık ve Estetik Dergisi, C. 1, S. 8, 2011

Tekin, F, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, Anadolu Üniversitesi İİBFD, C. 5, S.1, Eskişehir, 1987

Tengilimoğlu, D., Ankara’da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara, 1996

Terakye, G., Hemşirelikte İletişim ve İyi Hasta Hemşire İlişkileri, Ankara, 1994

Timur, N., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi SBE Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2002

Toğun, İ., Acil Serviste Hasta Memnuniyeti, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2007

Tokol, T., Pazarlama Yönetimi, Bursa, 1998

Tosun, N., “Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü” (b.t.)
www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ic_hastaliklari/files/kitaplar/102.pdf (08.06.2012)

Türk, Z., “Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini ve Sadakati: Servperf Ölçeği” Çukurova Üniversitesi SBED, C. 18, S.1, Adana, 2009

Uludağ, A., Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler: Vatandaş-Sağlık Personeli İletişimi, Selçuk Üniversitesi SBE, YYLT, Konya, 2001

Ulusoy, E., “Algılanan Hizmet Kalitesi Açısından Beklentiler ve İletişim” İletişim FD, S.15, İstanbul, 2002

Ulusoy, M. F. - Görgülü, R. S., Hemşirelik Esasları, Ankara, 1997

Uzkesici, N., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2002

Üzgül, A., Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2006

Velioğlu, P., Hemşirelikte Yönetim, Ankara, 1982

Vural, C., ve diğ., Eğitimde Kalite Ödülü El Kitabı. Ankara, 2005

Yanık, A., Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İÜ SBE, YYDT, İstanbul, 2000

Yetiş, N., Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite yönetimi: Kalite Organizasyonu, Eğitimi ve İnsan Gücü Geliştirme, ISO-9000 ve Kalite Sistemleri Semineri, İstanbul Sanayi Odası, İstanbul, 1993

Yıldırım, H. A., Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi, Ankara, 2002

Yılmaz, C. - Kantarlı, C., “Toplam Kalite Yönetimi Öncesi ve Sonrasında Bir Sanayi Kuruluşu Çalışanlarının Üst Düzey İhtiyaçlarının Karşılama Düzeyinin Ölçülmesi” Manisa Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi, S.5, Manisa, 1999

Yılmaz, M., “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü, Hasta Memnuniyeti” CÜHYD, C. 5, S. 2, Sivas, 2001

Yılmaz, M. K., Stres ve Motivasyonun, Satış Gücünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: Erzurum'daki İlaç Satış Müessesileri Üzerinde Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi SBE, YYLT, Erzurum, 2006

Yükselen, C., Pazarlama, Ankara, 2007

Yüncü, F., Kişiler arası İlişkiler, Ankara, 1995

Yürümezoğlu, H. A., Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin İş Doyumları ve Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinde Memnuniyeti, DEÜSBE, YYLT, İzmir, 2007

Sağlık Bakanlığı. 80. Yılda Tedavi Hizmetleri, Ankara, 2004

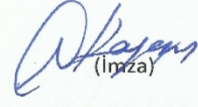
.....,Türk Tabipler Birliği. (b.t.). <http://www.ttb.org.tr/>. (05.06.2012)

.....,Türk Tabipler Birliği. “Sağlık Yönetimi”. (b.t.). http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/19.html. (05.06.2012)

Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İşkence ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele ve Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu, İstanbul,2001,s.11

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.29/12/2012



(İmza)

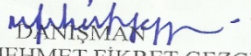
Nesrin Kaygın

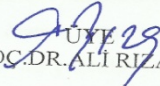
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

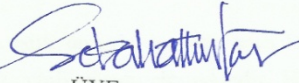
29.12.2012

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 110746285 numaralı *Nesrin KAYGİN*'in "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE,HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTA HEMŞİRE İLİŞKİLERİ" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 11.12.2012 tarih ve 2012/41 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
PROF.DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. ALI RIZA AKTAŞ


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. SEBAHATTİN TAŞ

ÖZGEÇMİŞ

10 Nisan 1973 tarihi, Konya İli Akşehir İlçesi doğumlu..İlk, Orta ve Liseyi yine aynı ilçede tamamladıktan sonra, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine 1991 yılında kaydoldu.Bu bölümden 1995 yılında mezun olduktan sonra, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmaya başladı. 1.5 yıl burada çalıştıktan sonra Antalya İli Kumluca İlçesi Sağlık Ocağında 3 yıl, Finike Sağlık Ocağında 8 yıl çalıştıktan sonra Finike Devlet Hastanesinde göre başladı.Halen aynı yerde görev yapmakta.Evli ve 2 çocuk annesidir.

29/12/2012

Nesrin Kaygın