

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

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Muhteber GÜNAL**

İSTANBUL, 2007

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

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Muhter GÜNAL
Öğrenci No:
050746009

Danışman:
Yrd.Doç. Dr. Sevda ERGENEKON

İSTANBUL, 2007

YEMİN METNİ

Sunduğum Yüksek Lisans Tezimi Akademik Etik İlkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığına and içerim. 26/10/2007

Muhteber GÜNAL

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

26/10/2007

Enstitümüz İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 050746009 numaralı Muhteber Günel'in "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin" ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ**" başlıklı Tezini/Projesini, Yönetim Kurulumuzun 26.09.2007 Tarih ve 2007/48 sayılı toplantısında seçilen ve Fakülte binasında toplanan biz jüri/izleme komitesi üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45.) dakika süre ile aday tarafından takdim edilmiş ve sonuçta adayın tezi hakkında Oybirliği/Oy Çokluğu ile **Kabul** kararı verilmiştir.

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

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. SEVDA ERGENEKON

ÜYE
YRD. DOÇ. DR.RIZA HALUK KUL

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ÇİĞDEM MERCANLIOĞLU

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ

Tezi Hazırlayan: **Muhteber GÜNAL**

ÖZET

Sağlık sektörü son yıllarda önemli bir değişim içindedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların varlıklarını sürdürebilmek, kar etmek ve rekabet edebilmek için hizmet kalitesi ve hasta tatminine önem vermesi gerekmektedir. Böylece sağlık hizmeti sunumundan memnun kalanlar ihtiyaç duyduğunda yine aynı kuruma yönelecektir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta tatmin düzeyinin ölçümüne değinilmiştir. Uygulama olarak Çatalca Devlet Hastanesinde 561 hasta üzerinde yüz yüze anket çalışması yapılarak polikliniğe başvuran hastaların tatmin düzeylerinin ölçülmesi, buna bağlı olarak hasta tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesi ve öneri geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma sonucu elde edilen bulgulara göre, araştırma grubunun hasta tatmin düzeylerinin değiştiği ve hastanenin bazı eksik yönleri olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Hizmeti, Hastane, Kalite, Hasta Tatmini

THE QUALITY AND PATIENT INDEMNIFICATION IN HEALTH SERVICES

Presented by : **Muhteber GÜNAL**

ABSTRACT

In recent years, the health sector is in an important transformation. In order to gain, compete, and keep their existence, it is necessary that the institutions giving health services have to attach importance to service quality and patient indemnification. Thus, when the people need, who satisfied from health services, they will go towards again the same institution. In this thesis, it was mentioned about the measurement of level of quality in health services and patient indemnification. As an application, it is purposed to improve the proposal, measure the level of patient indemnification who applied for polyclinic and dependently analyse the factors which effect the patient indemnification by making face to face questionnaire work about 561 patients in Çatalca State Hospital. According to obtained findings as a result of investigation, it was determined that the level of patient indemnification in the research group is changing and the hospital has some incomplete sides.

Key Words: Health Service, Hospital, Quality, Patient Indemnification

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	
SINAV TUTANAĞI.....	
ÖZET.....	
ABSTRACT.....	
İÇİNDEKİLER	I
TABLolar LİSTESİ	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	V
GİRİŞ.....	1

I. BÖLÜM 3

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR 3

1. Sağlık Tanımı.....	3
2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	4
3. Sağlık Hizmetlerinin Önemi	6
4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	11
5.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri:	12
5.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:	14
5.3.Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri:.....	15
6. Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar.....	15
6.1.Yataklı Sağlık Kuruluşları (Hastaneler).....	17
6.2.Yataksız Sağlık Kuruluşları (Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlar).....	17

II. BÖLÜM	19
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	19
1. Kalitenin Tanımı	19
2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı.....	21
3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi.....	22
4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	23
5. Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları	25
5.1.Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları	25
5.2.Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi Boyutları.....	28
5.3. Donabedian'a Göre Hizmet Kalitesinin Boyutları	33
6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri	36
6.1.Kalite Kontrol.....	36
6.2.Kalite Güvence Sistemi.....	37
6.3.Toplam Kalite Yönetimi (TKY).....	40
III. BÖLÜM	47
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA TATMİNİ	47
1. Müşteri (Hasta) Kavramı	47
2. Hasta Tatmin Kavramı.....	48
3. Hasta Beklentileri.....	51
4. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	54
5. Hasta Tatminin Önemi.....	60
6. Hasta Tatmini Ölçüm Yöntemleri	63

IV. BÖLÜM	66
ARAŞTIRMA	66
1. Araştırmanın Yöntemi	66
1.1.Araştırmanın Amacı.....	66
1.2.Araştırma Yöntemi	66
1.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklem.....	67
1.4.Problem Cümlesi	67
1.5.Alt Problemler	67
1.6.Verilerin Toplanması	69
1.7.Verilerin Analizi.....	69
1.8.Araştırma Sınırları	70
1.9.Araştırma Varsayımları.....	70
1.10.Araştırma Hipotezleri.....	71
2. Verilerin Analizi Ve Bulgular	72
3. Sonuç Ve Öneriler	112
KAYNAKÇA.....	117
POLİKLİNİK HİZMETLERİ DEĞERLENDİRME ANKET FORMU.....	120
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Muayene Olunan Polikliniğe Göre Frekan ve Yüzde Değerleri.....	72
Tablo 2: Cinsiyetlere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	73
Tablo 3: Yaşlara Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	74
Tablo 4: Medeni Durumlara Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	75
Tablo 5: Eğitim Seviyelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	76
Tablo 6: Meslek Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	78
Tablo 7: Sosyal Güvence Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	79
Tablo 8: Yaşadıkları İlçelere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	80
Tablo 9 : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	81
Tablo 10:İlk Başvurulan Sağlık Kurumuna Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	82
Tablo 11: Bu Hastaneyi Tercih etme Nedenine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri.....	84
Tablo 12: Toplam Muayene Süresine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	85
Tablo 13: Doktorun Muayenede Gösterdiği Özene Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	86
Tablo 14: Doktorun Muayene Süresine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	87
Tablo 15: Likert Ölçeği Sorularının Tanımlayıcı Tablosu.....	89
Tablo 16: Likert Ölçeği Sorularının Değerlendirilmesi.....	94
Tablo 17: Likert Memnuniyet Puanına Frekans ve Yüzde Değerleri.....	95
Tablo 18: DOE Ana Etken İkili Etkileşimlerin Etkisi Minitab Ekranı.....	97
Tablo 19: Doktor Muayene Durumu İle Muayene Süresi Crosstabs Karşılaştırma	100
Tablo 20: Doktor Muayenesi ile Muayene Süresi Kikare İlişki Analizi Sonuçları.....	102
Tablo 21: Doktor Muayenesi ile Muayene Süresi Korelasyon Analizi Sonuçları	102
Tablo 22: Hastane Hizmet Memnuniyet Puanı ile Hastaneyi Tekrar Tercih etme Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları	103
Tablo 23: Hastane Hizmet memnuniyet Puanı ile Hastaneyi Tavsiye Etme Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları	103
Tablo 24: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları.....	104
Tablo 25: Hastaneyi Tavsiye Etme ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları.....	105
Tablo 26: Poliklinik Adı ve Kodları	106
Tablo 27: Öneri Kodları ve açıklamaları	110

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	4
Şekil 2:Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri.....	11
Şekil 3:Sağlık Hizmetleri	12
Şekil 4:Hizmet Kalitesi Modeli	26
Şekil 5:Hizmet Kalitesi Modeli	31
Şekil 6:Kalite Güvencesi ve Toplam Kalite Yönetimi Arasındaki Farklılıklar	43
Şekil 7:Toplam Kalite Yönetimi İle Sağlanacak faydalar.....	45
Şekil 8:Global, Dış ve İç Müşteriler	48
Şekil 9:Tatmin Oluşumu	50
Şekil 10:Hasta Beklentilerini Etkileyen faktörler.....	52
Şekil 11:Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci	54
Şekil 12:Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler.....	57
Şekil 13:Kalite ,Tatmin ve Sadakat Arasındaki ilişki.....	61
Şekil 14: Hastaların Muayene Oldukları Polikliniklere Göre Dağılımı.....	73
Şekil 15: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	74
Şekil 16: Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı.....	75
Şekil 17:Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	76
Şekil 18:Hastaların Eğitim Seviyelerine Göre Dağılımı.....	77
Şekil 19:Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı	78
Şekil 20: Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı	79
Şekil 21:Hastaların Yaşadıkları İlçelere Göre Dağılımı	81
Şekil 22: Hastaların Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	82
Şekil 23: Hastaların İlk Başvurdukları Sağlık Kurumuna Göre Dağılımı	83
Şekil 24:Hastaların Hastaneyi Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı	84
Şekil 25: Hastaların Toplam Muayene Sürelerine Göre Dağılımı	86
Şekil 26: Hastaların Doktorun Muayenedeki Özenine Göre Dağılımı	87
Şekil 27: Hastaların Doktorun Muayenesine Göre Dağılımı	88
Şekil 28: Likert Ölçeği Memnuniyet Ölçüm Anketi Cevapları Dağılımları.....	93
Şekil 29: Likert Genel Memnuniyet Puanlarının Dağılımı	95
Şekil 30: Likert Puanlarının Kolmogorov-Smirnov Normallik Test sonucu	96

Şekil 31: En Uygun Modeldeki Ana Etkenlerin ve İkili Etkileşimlerinin Etkilerini Gösteren Pareto Analiz Diyagramı	98
Şekil 32: Faktör Analizi En Uygun Model Artık Analizi Grafikleri	98
Şekil 33: Doktor Muayenesi Muayene Süresi İçin Kolmogorov-Smirnov Normallik Test Sonuçları.....	99
Şekil 34: Doktor Muayene Durumu İle Muayene Süresi Arasındaki İlişkinin Gösterim Grafiği	101
Şekil 35: Polikliniklere Göre Tekrar Tercih etme Toplam Puanları.....	106
Şekil 36: Tekrar Tercih Etmenin Ortalamalarının Polikliniklere Göre Dağılımı.....	107
Şekil 37: Polikliniklere Göre Tavsiye Etme Toplam Puanları	108
Şekil 38: Tavsiye Etme Ortalamalarının Polikliniklere Göre Dağılımı.....	109
Şekil 39: Hasta Önerilerinin Dağılımı	111

GİRİŞ

Sağlıklı olma ve sağlıklı kalma hakkı insanın temel ve vazgeçilmez haklarından biridir. Bu hakkın kullanılması topluma sunulan sağlık hizmetleri yolu ile karşılanır. Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar özeld bireyin genelde toplumun sağlık sorunları ile ilgilenen ve ekonomik boyutu olan sosyal kuruluşlardır. Tüm bu kuruluşlar ülkenin sağlık sistemi olarak ifade edilen bir çerçevede faaliyet gösterir.

Ülkemizde son yıllarda sağlık sektöründe önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Bir yandan özel sağlık kurumlarının sayısı hızla artmakta ve bu nedenle rekabet yoğunlaşmakta, diğer yandan da yapılan düzenlemelerle hastaların gerek özel hastanelerden gerekse kamunun diğer sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almasının yolu açılmaktadır. Ayrıca; Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında hizmet sunanların kurumun döner sermaye gelirlerinden yararlanabilmelerine imkan sağlanması, rekabete ayrı bir boyut getirmiştir. Böyle bir ortamda üstünlük sağlayabilmek ve bunu sürdürebilmek maksadıyla sağlık hizmetlerini sunanlar için hizmet kalitesi ve hasta tatmini önem kazanmıştır. Hizmet kalitesi ve hasta tatmini birbirleriyle ilintili kavramlar olmalarına rağmen, ayrı ayrı incelenmeleri gerekmektedir.

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunarak hastaların sağlıklı bir yaşama dönmelerini ve bunu sürdürebilmelerini sağlamak sağlık kurumlarının temel amaçlarını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerden en iyi sonucu alabilmek için sürekli çaba göstermeyi ve sağlık politikalarının bu amaç doğrultusunda geliştirilmesini gerektirmektedir.

Sağlık kurumlarının sundukları sağlık hizmetlerinin kaliteli olması beraberinde hasta tatminini getirecektir. Hasta tatmin düzeyinin yüksek olması hastaların daha sonraki ihtiyaçlarında da aynı sağlık kurumunu tercih etmelerine veya başkalarına tavsiye etmelerine ve buna bağlı olarak da o sağlık kurumunun sadık bir müşterisi haline gelmelerine sebep olacaktır. Bu da sağlık kurumunun kar marjını arttıracaktır. Bu kapsamda, hasta tatmin düzeylerinin en büyük etkeni durumunda olan sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının incelenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Bu araştırma ile elde edilen sonuçlar polikliniklerde hasta tatminsizliğini önleme konusunda yapılacak araştırmalara yön verecek, iş gücü, zaman ve maddi kayıpları en aza indirmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca kamu hastanelerin yöneticilerine yol gösterici olacaktır.

Çalışma, dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar üzerinde durulmaktadır. Bu kapsamda alt başlıklar olarak; sağlığın ve sağlık hizmetlerinin tanımı, sağlık hizmetlerinin önemi, özellikleri, sınıflandırılması ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar incelenmiştir. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinde kalite üzerinde durulmakta olup; sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı, tarihçesi, özellikleri, sağlık hizmet kalitesi boyutları ve kalite sağlama sistemleri alt başlıklar olarak incelenmiştir. Üçüncü bölümde konu olarak hasta tatmini; müşteri (hasta) kavramı, hasta tatmini kavramı, hasta beklentileri, hasta tatminini etkileyen faktörler, hasta tatmininin önemi ve ölçüm yöntemleri alt başlıkları altında incelenmiştir. Dördüncü ve son bölümde ise, önceki bölümlerde incelenen bilgilerin hastanede uygulama alanı ve işleyişinin tespitine yönelik araştırma yer almaktadır. Uygulama bölümünde, bir kamu hastanesine başvuran poliklinik hastaları incelenmiştir. Uygulamanın amacına yönelik olarak, bahse konu hastalara sosyodemografik bilgilerini de ihtiva eden 37 soruluk bir anket uygulanmıştır.

I. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. Sağlığın Tanımı

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 yaşayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, hizmet hekimlerin sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir.¹

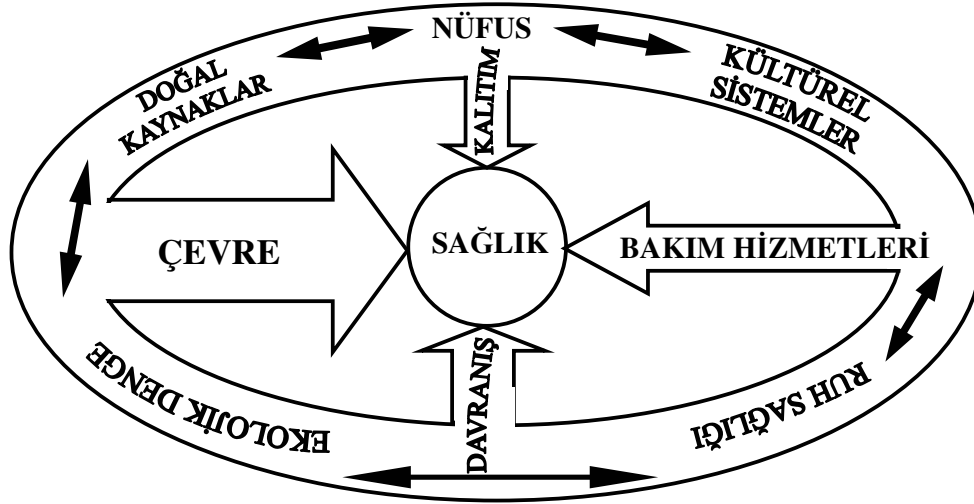
Sağlığın çeşitli tanımları yapılmışsa da bugün en yaygın kullanılan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, “Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir.”²

Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir. Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum, sağlık durumunu 4 temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Şekil 1’de görülen okların genişliği, faktörlerin sağlığa olan göreceli etkisinin büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. Örneğin akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünüdür. Akraba evlilikleri, genetik sorunları ve sakatlıkları bulunan yeni kuşakların ortaya çıkmasa yok açabilir. Kültürel sistem, bireylerin

¹ Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.18.

² World Health Organization, Basic Documents, 35th ed., Geneva, 1985

yaşam tarzını da biçimlendirmektedir; beslenme tarzı, spor yapma, alkol ve sigara alışkanlıkları kültürün etkisiyle biçimlenmektedir.³



Şekil 1:Sağlığı Etkileyen Faktörler

Kaynak:Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.19.

Tanımdan da anlaşılacağı gibi, bir kişinin sağlıklı olabilmesi için sadece hastalığın bulunmaması ve herhangi bir sakatlığının olmaması yeterli değildir. Kişinin sağlıklı olması durumunda gerek bedensel ve ruhsal gerekse sosyal yönden, kısacası günlük yaşamında her yönüyle iyi olması durumunda, sağlıklı olduğundan söz etmek mümkündür. Eğer kişi bedensel, ruhsal veya sosyal yönlerden herhangi birisinden şikayetçi ise, bu durumda sağlık sorunundan söz edilebilir. Sağlıksız kimselerin sağlıklı hale getirilebilmesi için sağlık hizmetlerine gereksinim vardır.⁴

2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

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,

³ Kavuncubaşı,a.g.k.,s.18

⁴ Gündüz, E., Akar,Ç., Özgülbaş, N., Önce S., Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, Ed.Banar,K., Eskişehir, 2003, s.2.

hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”.⁵

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlanmaktadır.⁶

Sağlık hizmetleri, insanları hastalıklardan korumak, hastalandıkları zaman tedavi etmek ve tedaviden sonra tekrar hastalanmalarını önleyebilmek için yapılan faaliyetlerdir. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti herhangi bir malzeme ve donanım kullanarak veya kullanmadan hastanın iyileşmesinde etkili ve yararlı olan tüm faaliyetleri içermektedir.⁷

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri “kişilerin sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi, bakım” olmak üzere, iki ana grupta toplanmaktadır. Sağlık Hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir.

- Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulanmayı zorunlu kılabilir.

- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim (mübadele) sürecinin kâr amacı taşıması ya da taşıması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir.⁸

⁵ Karabulut, K., Yapraklı,Ş., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi –Erzurum’da Bir Uygulama-”, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt.15, Mart 2001, Sayı 1-2, s.118.

⁶ Karabulut, Yapraklı, a.g.m., s.118.

⁷ Martin Boekholdt, “Management of Patient Care: Professionals and Managers in Search of New Alliances”, European Health care Management Association, 1987,s.2.

⁸ Odabaşı,Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2004, s.25

Kısaca sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarınca hastalıkların teşitisi, tedavisi ve insan sağlığının korunması için sunulan hizmetlerin tümü olarak tanımlayabiliriz.

3. Sağlık Hizmetlerinin nemi

Hizmetleri zorunluluk derecelerine göre de sınıflandırdığımızda sağlık hizmetleri birinci derecede zorunlu hizmetler sınıfında yer almaktadır.⁹

Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu hizmetlerin yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara ve kentlerde oturanlara değil, toplumdaki herkese sosyal adalet anlayışı çerçevesinde eşit olarak verilmesi gerekmektedir. Toplumda yaşayan insanların eğitimi ve bilinçli olması, kendi sağlıklarına verdikleri önem ve sağlığın onlar için taşıdığı değer, doğrudan doğruya toplum sağlığını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, insanlardan oluşan toplumlarda bireyler kendi sağlıklarından sorumlu oldukları kadar toplum sağlığından da sorumludurlar.¹⁰

Sağlık hizmetlerinin önemini artıran bir başka özelliği, “sağlığın, sosyal bir olgu” olmasıdır. İnsan ve onun mutluluğu için var olan ve yapılan her şey aynı zamanda onun sağlığı için demektir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, sadece “sağlık sektörü” tarafından yürütülemeyecek kadar geniş kapsamlı olup, birçok sektörün işbirliğini gerektirmektedir. Eğitim, gıda, ilaç, kanalizasyon, temiz su ve sanitasyon gibi ürün ve hizmet sektörlerinin katılımı ve işbirliği sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve devamlılığını arttırabilmektedir. Bununla birlikte, ülkeler arasında sağlık düzeyi yönünden mevcut olan eşitsizlikler, uluslararası politik, sosyal ve ekonomik işbirliği ve desteklemeyi gerektirmektedir.¹¹ Anayasamızın 56. maddesinde, “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir¹²” denilmektedir. İnsanların sağlıklı olması, toplumun sağlıklı olmasının en önemli etkenidir.

⁹ Karahan, K., Hizmet Pazarlaması, İstanbul, 2006, s.31

¹⁰ ztek, Z., “Temel Sağlık Hizmetleri,” Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını, 86/33, Kısa dizi No:1, Ankara,1986, s.14.

¹¹ ztek, a.g.m., s.14.

¹² T.C. Anayasası, Madde 56.

Sağlık hizmetlerinin amacı¹³;

- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,
- Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını – adaptasyonlarını sağlama olarak sıralanabilir.

Sağlık hizmetlerinden insanlar çok sayıda fayda elde ederler. Bu faydaları genel olarak iki başlık altında incelemek mümkündür¹⁴.

a. Sağlık Hizmetlerinden Elde Edilen Ekonomik Yararlar: Sağlık hizmetleri sonucu bireyin üretici gücünün korunması ya da artırılması, ileride ortaya çıkacak bir hastalık sonucu katlanılacak masrafların şimdiden bu hizmetler vasıtasıyla önlenmesi gibi etkiler sağlık hizmetlerinin ekonomik yararlarıdır.

b. Sağlık Hizmetlerinden Elde Edilen Ekonomik Olmayan Yararlar: Bireyin bir kısım şüphe, acı ve ızdıraplarından sağlık hizmetleri vasıtasıyla kurtulması, bu hizmetlerin ekonomik olmayan yararlarıdır. Sağlık hizmetleri ile sağlanacak yararların artırılması için bu hizmetlerin kaliteli olması önem arz eder.

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Yaşamın insanlara bahşedebileceği en değerli nimetin sağlık, sağlığı korumak ve iyileştirmekle ilgili faaliyetlerin de insan emeğinin en kutsalı olduğuna kuşku yoktur. Bunun bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde en büyük yatırımın

¹³ Sözen,C., Özdevecioğlu, M., Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 2002, s.2.

¹⁴ Karabulut, K., Yapraklı, Ş., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi –Erzurum’da Bir Uygulama-”,İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt.15, Mart 2001, Sayı 1-2, s.11.

sağlık sektörüne yapılması ve sağlık hizmetlerine ulusal gelirden çok önemli bir payın ayrılması bu nedenledir¹⁵.

4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerini bilmek gerekir. Bu özellikleri kısaca şöyle açıklayabiliriz.¹⁶.

a) Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü: Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık hizmetlerinin hizmete sunulması ile daha çok karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın alınan getireceği riskin büyük olması sağlık hizmetlerinin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir. Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Halbuki aldığımız bir deterjandan hoşnut kalmaz isek, bir daha o markayı satın almayabiliriz.

b) Tüketicilerin Akılcı Olmayan Davranışları: Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise, üç önemli konuda akılcı olmayan önemli davranışlara rastlanmaktadır:

- Bir çok tüketici, hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar.

- Akıl hastaları gibi gruplar, serbest iradeleri ile seçim yapabilme yeteneğine sahip değildirler.

¹⁵ Sarvan, F., “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Dergisi, C.1, No:1, Eskişehir, 1994, s. 210.

¹⁶ Odabaşı, Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2004, s.28-29

- Acil sağlık hizmet talebinde bulunan hastalar tercihlerini belirtemeyecek durumdadır.

Yukarıda söz edilen akılcı olmayan davranışlarda, diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalmaktadır.

c) Tıp Mesleğinin Kuralları: Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsura bağlıdır. Ancak, tıp hizmetini sunanlar üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır.

d) Ürün ve Kalite Belirsizliği: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumunu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumunu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılığlarını en aza indirmek için başta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır.

e) Dış Etkenler: Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğ u gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğ inden daha fazla olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gereklidir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini

taşınamaması durumunda toplum ve birey sağlığı üzerinde arzulan etkileri yaratamayacağı söylenebilir. Etkili sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır¹⁷ :

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

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

3) Süreklilik (Continuity):Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği sağlık hizmetlerinin entegre olması ile başarılabilir.

4) Verimlilik (Efficiency):Verimlilik sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ussal kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri şekil 2 de görölmektedir.

¹⁷ Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.64-67.

	<p>Kalite Mesleki Yeterlilik, Kişisel Kabuledilebilirlik, Kural,Norm ve standartlara uygunluk</p>	
<p>Kolay Kullanılabilirlik Kişisel Kolay Kullanılabilirlik, Hizmetlerin Bütünlüğü, Miktar Olarak Uygunluk</p>	<p>ETKİLİ SAĞLIK HİZMETİ</p>	<p>Süreklilik Kişiyeye Odaklanmış - Hizmet, Sağlığı Eşgüdümleyen Birimler, Eşgüdümlü Hizmetler</p>
	<p>Eşit Finansman Yeterli Ücret Etkili Yönetim Verimlilik</p>	

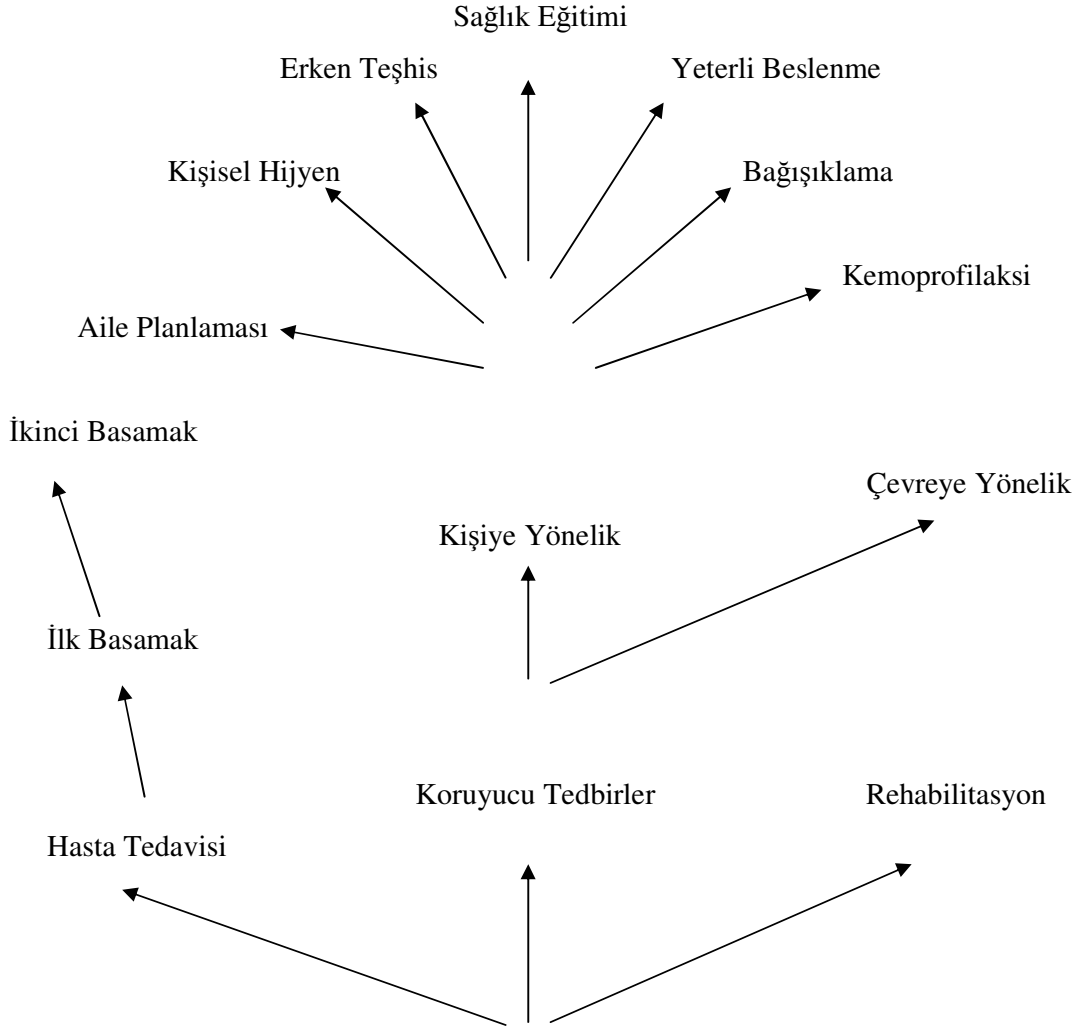
Şekil 2:Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri

Kaynak:Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.65.

5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır¹⁸. Bu hizmetler aşağıdaki biçimde sınıflanır.

¹⁸ Hayran, O., “Sağlık Hizmetleri”, Ed.Hayran,O., Sur,H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.17



Şekil 3:Sağlık Hizmetleri

Kaynak: TUGU, A., Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir SSK Hastanesi Polikliniğinin Reorganizasyonu için Uygulama Önerisi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 1997, s.7

5.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır.¹⁹

¹⁹ Hayran, O., "Sağlık Hizmetleri", Ed.Hayran,O., Sur,H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.17

• Primer Koruma: Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

• Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

• Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Koruyucu sağlık (hekimlik) hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır.²⁰

a) Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektedir. Bu hizmetlere çevre sağlığı (environmental health) hizmetleri denir. Çevre sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülen hizmetlerin bir kısmı aşağıda sıralanmıştır.

- ✓ Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- ✓ Katı atıkların denetimi
- ✓ Zararlı canlılarla (haşere) mücadele
- ✓ Besin sanitasyonu
- ✓ Hava kirliliğinin denetimi
- ✓ Gürültü kirliliğinin denetimi
- ✓ Radyolojik zararlıların denetimi
- ✓ İş sağlığı

b) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü hizmetlerdir. Bu hizmetler şunlardır:

- ✓ Bağışıklama

²⁰ Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.36.

- ✓ Beslenmeyi düzenleme
- ✓ Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- ✓ Ana çocuk sağlığı hizmetleri
- ✓ Aşırı doğurganlığın denetimi
- ✓ İlaçla koruma
- ✓ Kişisel hijyen
- ✓ Sağlık eğitimi,

5.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:

Bireye ve çevreye yönelik olarak yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen sağlığı bozulan, kendini hasta hisseden veya sağlık kontrolünden geçmek isteyen kişilerin muayene, teşhis ve tedavileri ile ilgili hizmetlerdir. Bu hizmetlerin çoğunluğu yataklı tedavi kurumlarında – hastanelerde – yerine getirilir²¹. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılır.

a) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sistemidir²². Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı örnekleridir²³.

b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir.²⁴ Devlet hastaneleri, resmi ve özel tüm hastaneler (özel dal hastaneleri hariç) ikinci basamak sağlık hizmeti üreten – sunan kuruluşlardır. Hastanelerde hasta yatırılarak yapılan tedavi ikinci basamak, ayaktan yapılan poliklinik hizmetleri de birinci basamak tedavi hizmetlerini oluşturmaktadır.²⁵

²¹ Sözen,C., Özdevecioğlu, M., Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 2002, s.4.

²² Eren,N., Öztekin, Z., Sağlık Ocağı Yönetimi ,Ankara, 1993, s.23.

²³ Hayran, O., “Sağlık Hizmetleri”, Ed.Hayran,O., Sur,H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.18

²⁴ Hayran, a.g.k, s.18

²⁵ Sözen, Özdevecioğlu, s.4

c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir²⁶. Üniversite hastaneleri ile doğumevlerinin özel konumları vardır. Bu iki hastane birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetini birlikte sunmaktadırlar²⁷.

5.3.Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri:

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerde iki şekilde verilmektedir:

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelerde protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirilmesi çalışmaları bazı örneklerdir.

b) Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmalarını kapsar.

6. Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Sağlık hizmetleri dediğimiz sağlık bakım sistemleri incelendiğinde, dünyanın hemen her ülkesinde başlıca üç sektörün sağlık hizmeti verdiği görülmektedir. Bunlar²⁸;

²⁶ Hayran, a.g.k., s.18.

²⁷ Sözen, Özdevecioğlu, a.g.k., s.5.

²⁸ Hayran, a.g.k., s 15-16.

- Folk Sektör:

Bu sektör, sağlık ve hastalık konusunda resmi bir eğitim-öğrenim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle toplumca uzman kabul edilen ve sağlık sorunlarına çare için başvurulmuş kişilerden oluşmaktadır. Kırıkçı-çıkıkçılar, üfürükçüler, dişçiler, ara ebeleri, bel çekenler, bu sektörde hizmet verenlere örnektir. Folk sektörü, bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen ve yasal olmayan bir sektördür. Ancak, hemen her toplumda bulunmaktadır ve üstelik bilimsel gelişmenin arttığı son yıllarda bu tür uygulamaların da arttığı görülmektedir.

Bilimsel ve resmi tıp sektörü yok saysa da varlığını sürdürmesi hatta güçlendirmesi nedeniyle bu sektörün iyi incelenmesi gerekir. Folk sektördeki bazı uygulamaların binlerce yıllık geçmişi olabildiği, örneğin akupunktur gibi bir uygulamanın günün birinde profesyonel sektör tarafından benimsenebildiği görülmektedir.

- Popüler Sektör:

Sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim-öğretim görmemiş, dolayısıyla uzmanlığı olmayan, ancak yaşları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır. Hemen her insan, bedeninde normal dışı bir durum gördüğünde ya kendi kendine bir önlem, ilaç alır ya da güvendiği bir kişiye açılır. Bu kişi, ana, baba, ailedeki yaşlı bir kişi ya da her hangi bir arkadaş olabilir. Çoğu zaman bu danışmalardan alınan cevaplar tatmin edici bulunur ve uygulamaya konulur. Örneğin, çocuğunun öksürüğü olan bir anne hemen bir hekime gitmek yerine, güvendiği birilerine ne yapması gerektiğini danışarak yerine göre önerilen bir ilacı ya da önlemi uygular. Bunun yetersiz kalması durumunda ise kültürüne uygun olarak uzman kişilerden hizmet arar.

- Profesyonel Sektör:

Özel bir eğitim-öğretim görerek uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür. Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist, ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatla

belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedirler. Toplumlar içerisinde üretilen ve tüketilen toplam sağlık hizmetinin pek azı bu sektör tarafından verilmektedir.

İnsanların sağlıklarını korumak veya bozulan sağlığını yeniden kazanabilmek için başvurdukları, profesyonel sektör tarafından sunulan, sağlık kuruluşları yataklı ve yataksız sağlık kuruluşları olmak üzere ikiye ayrılır.

6.1.Yataklı Sağlık Kuruluşları (Hastaneler)

Yatakta sunulan sağlık hizmetleri, muayene tanı ve tedavi faaliyetlerinden oluşur. Ayakta tedavi hizmeti sunan kurumlarda tedavi olanakları bulunmayan hastaların, yataklı sağlık kuruluşları olan hastanelerde sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır.³⁰

6.2.Yataksız Sağlık Kuruluşları (Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlar)

Yataksız sağlık kuruluşları; birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Bu kuruluşlar gelişmiş ülkelerde oldukça etkin bir biçimde işlevini gerçekleştirmelerine karşın az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin çeşitli nedenlerle (sağlık insan gücü, ekonomik ve gerekli politikaların oluşturulmaması gibi) örgütlenememesi, bu hizmetlerin istenilen düzeyde yürütülmesini engellemektedir.³¹

Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar özelde bireyin, genelde toplumun sağlık sorunları ile ilgilenen ve ekonomik boyutu olan sosyal kuruluşlardır. Tüm bu kuruluşlar bir ülkenin “sağlık sistemi” olarak ifade edilen bir çevrede faaliyet gösterirler. Bu sistemin genel amaçları;

- Yaşamı uzatmak veya erken ölümü önlemek
- Hastalıkları önlemek ve tedavi etmek
- Sağlıklı yaşamı teşvik etmek

³⁰ Tugu, A., Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir SSK Hastanesi Polikliniğinin Reorganizasyonu için Uygulama Önerisi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.s.11

³¹ Tugu, a.g.k., s.14

- Bireyin çevre ile olan ilişkisindeki tatmini arttırmak olarak sıralanabilir.³²

Sağlık hizmetleri, sağlık kurumlarının temel ürünü niteliğindedir. Sağlık hizmetleri hastaların talebi üzerine ve kurumun üstlendiği amacı yerine getirebilmesi için sunulur. Sağlık hizmetlerine olan talep herhangi bir unsura bağlı değildir. Sağlık hizmetleri; işgücünün, madde/malzemenin ve maddi kaynakların yapılandırılmış bir ortamda bir araya getirilmesi sonucunda hastalara sunulabilir.³³

³² Kavas,A.,Güdüm,G., “Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması” , Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy,Y., I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Aydın, 1994, s.219.

³³ Gündüz, E., Akar,Ç., Özgülbaş, N., Önce S., Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, Ed.Banar,K., Eskişehir, 2003, s.2.

II. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1. Kalitenin Tanımı

Bugünün yoğun rekabet ortamında örgütlerin başarıya ulaşabilmeleri ve ürettiklerini satabilmeleri için, müşterilerini tatmin etmeleri gereklidir. Müşterilerini tatmin edebilmeleri için ise, örgütlerin en iyiyi üretmeleri ve müşterilerine en iyiyi sunmaları gerekli hale gelmiştir. En iyiyi üretme çabaları içinde; kaliteli üretim esas alınmalı, müşteri isteklerine mümkün olan en kısa sürede cevap verebilecek şekilde yeterli esnekliğe sahip olunmalı ve çalışanların tam katılımı sağlanmalıdır.³⁴ Görüldüğü gibi, en iyiyi üretme çabaları içinde kalite en önemli unsur olarak yer almaktadır.

Kalite herkesin farklı algıladığı subjektif bir kavramdır. Kalite kavramının ne olduğu, ne ifade ettiği ile ilgili pek çok tanım geliştirilmiştir. Bu tanımlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Türk Standartlar Enstitüsü ISO 9000 kalite sözlüğünde kalite, “bir ürün yada hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı”³⁵ olarak ifade edilmekte ve bir bütün olarak her şeyi içine alan bir kavram olarak tanımlanmaktadır.

Bir başka tanıma göre kalite, bir ürünün tasarlanan amacı yerine getirebilme kapasitenin en az maliyetle üretilmesidir. Bu tanımda kalitenin maliyet unsuru vurgulanmaktadır.

Kaliteyi, “amaca uygunluk derecesi” olarak da tanımlamak mümkündür. Buna göre üretim yönetiminin amacı sadece en iyiyi üretmek değil, bununla beraber, müşteri olarak

³⁴ Pekdemir,I.,“Değişen Yönetim Anlayışı, En İyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yönetim Dergisi, Sayı:22, Yıl:6,İstanbul, 1995, s.27-28.

³⁵ Peşkiroğlu, N., “Toplam Kalite Yönetimi ve İSO 9000 Standartları”, Verimlilik Dergisi, Ankara,1994, s.96.

ürün veya hizmeti satın alan “toplumu ve devleti, o ürünü veya hizmeti kullananları ya da kendi süreçlerine girdi olarak alan kişi veya kuruluşları yani o üründen veya hizmetten olumlu sonuç sağlayanları ve o ürün veya hizmetin üretildiği işletme içindeki departmanları ve çalışanları da” memnun etmeyi kapsamaktadır³⁶.

Kalite, uygulamaların kabul edilmiş prensip ve standartlarla tüketicinin ihtiyaçlarına uygunluk ve uygun kaynak kullanımıyla ulaşılabilir sonuçlara erişme derecesi olarak da tanımlanmaktadır³⁷.

Bir başka şekilde, kaliteyi gerçek (beklenen) kalite ve algılanan kalite şeklinde incelemek mümkündür. Bir ürün veya hizmeti sunan kişi veya örgütün, ürün veya hizmeti sunmak için sarf ettiği çaba ve katlandığı harcamaların onun spesifikasyonlarına ulaşması durumunda elde edilen kalite gerçek kalitedir. Kalitenin geleneksel tanımı da bu şekilde yapılmaktadır. Algılanan kalite ise, subjektif bir kavramdır ve müşterinin algıladığı kalitedir. Bir ürün ve hizmet müşterilerin beklentilerini karşıladığı zaman algılanan kaliteye ulaşılmış olunur. Buna göre kalite, ihtiyaçları karşılama derecesidir³⁸.

Kaliteyi, D.J.M.J Uran; “kullanıma uygunluktur”, P.B.Crosby ; “şartlara uygunluktur”, İshikawa; “kalite kontrolü uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımını yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmet vermektir”, Taguch; “ürünü sevkiyatından itibaren üründen dolayı topluma yansıyan en az kayıptır”, Deming; “herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam tatmin eden en ucuz değerdir”³⁹ şeklinde tanımlamışlardır.

Kalite kavramı geçmişte olduğu gibi sadece müşteri memnuniyeti veya şikayetsizliği olarak değil, günümüzde üretilen mal ve hizmetlerin taşıdığı özellikler, bu mal ve hizmetleri üreten kişiler, bu mal ve hizmetleri tüketen ve yararlanan insanlar ve önemli ölçüde değişen yönetim anlayışı ile ilgili olarak farklı anlamlar taşımaktadır. Buna

³⁶ Faritous, Z, “Hastane Yönetiminde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmininin Hizmet Pazarlamasındaki Rolü ve Dört Farklı Statü Hastanede Kadın Doğum Bölümünde Doğum Yağmı Hastaların Hizmetlerden Duydukları Tatmin Derecelerini Ölçümü İle İlgili Bir Araştırma”, Doktor Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, 1996, s.24.

³⁷ V.N.Slee, “Quality Management Assurance”, Journal of Nursing Administration, 21 (5), 1991, s.9.

³⁸ Pekdemir, I., “İşletmelerde Kalite Yönetimi”, İstanbul, 1992, s.7-8.

³⁹ Biçkes, M., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, Yıl.39 Sayı.458, İstanbul, 2000, s.30.

göre üretilen mal ve hizmetlerin üretim amacına uygun olarak taşıdığı özellikler ve müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde eksiksiz ve kusursuz olması, kalite kavramının unsurlarını oluşturmaktadır.

2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Sağlık sektöründe kalite çalışmalarının getirdiği yararlar fark edildikçe son yıllarda sağlık sektöründe de kalite anahtar sözcük haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramını tanımlamadan önce; sağlığın alınıp satılabilen bir “mal” olmadığını ve olmayacağını, bu nedenle herhangi bir ürünün kalitesi ile eşdeğer tutulamayacağı gerçeğini unutmamak gerekir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ne olduğunu açıklamak ve standartlar oluşturmak çok zordur⁴⁰. Kalite, çoğu kez, hastaların istek ve gereksinimlerini, hastane kaynaklarını verimli bir şekilde kullanarak ve en az bir tüketim gerçekleştirmek olarak tanımlanır.⁴¹.

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak tanımlanabilir.⁴².

Bazıları ise kaliteyi, müşterinin beklentilerini tam olarak karşılamak ve hatta beklentilerden daha fazlasını vermek olarak değerlendirir.⁴³

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri

⁴⁰ Paul P.Fahey ve Stephen Ryan , “Quality Begins and Ends with Data”, Quality Progress ,1992, s.75.

⁴¹ Bruno Holthof, “Total Quality in Acute Care Hospitals”, Health Policy , 18, Elsevier Science Publishers B.V. ,1991, S.32.

⁴² Zorlutuna Y., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler , 6. Ulusal Kalite Kongresi, 1997, s.85.

⁴³ Clifton N.Orme, Robert J.Parson ve Glen Z.McBride, “Customer Information and the Quality Improvement Process” , Hospital and Health Services Administration, 37:2 , 1992, s.199.

ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürebilmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir. İnsana ait en önemli varlıklardan olan sağlığın korunması ve sürdürülebilmesinde kaliteli sağlık hizmeti sunulması hizmetin sunanların sorumluluğu, sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır⁴⁴.

Bireylerin kendilerine sunulan hizmetin kalitesi hakkında giderek artan ölçüde haberdar olmaları ve kalitenin yükselmesi yönündeki baskılar, kalite iyileştirme kavramı sağlık hizmetlerinin gündemine sokmuştur. Hizmetlerden en iyi sonucu alabilmek için kalite ile ilgili sürekli çaba göstermek ve sağlık politikalarını bu amaca yönelik olarak geliştirmek gereklidir.

3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar oldukça eskilere dayanmaktadır. Paris Louvre Müzesinde bulunan Babil Kralı Hammurabi'ye ait metinde “doktor, gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse 10 sikke, eğer hasta köleyse 2 sikke alır, fakat apse açılırken neşterin körlüğünden hasta örme duygusunu kaybederse doktorun eli kesilir” denilmesi tıbbi bakım konusundaki bir takım beklenti ve yaptırımların İ.Ö. 2000 yıllarına dayandığını belgelemektedir.

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta sonuçların ne olduğuna yönelik bu tür çalışmalar ile bir anlamda kalite kontrolü olarak tanımlayabileceğimiz girişimler, sağlık harcamalarındaki hızlı artışın da etkisiyle bundan sonra uygulanacak hizmetlere ait yapı oluşturmuştur⁴⁵.

1950 ile 1965 yılları arasında, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile

⁴⁴ Asunakutlu, T., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, www.canaktan.or/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf, (13.03.2007)

⁴⁵ Akgün, S., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme”, Satndard Ekonomik ve Teknik Dergisi, Yıl.44, Sayı.527, İstanbul, 2005, s.75.

ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların, özellikle ABD’de hızla ortaya çıktığı görülmektedir. Müşteri odaklı olmayan ve genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımına dayalı düzenlemeler yapan bu organizasyonlar, hekimler tarafından gösterilen direnç nedeniyle, yeterli düzeyde bir başarı sağlayamamışlardır. Deming, Crosby, Juran gibi araştırmacılar tarafından tanımlanan ve daha önceki yıllarda sanayi kuruluşlarında başarıyla uygulanmış olan Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sağlık sektörüne adapte edilmesini amaçlayan proje çalışmaları başlatıldı. 1987 yılında, Harvard Üniversitesi öncülüğünde yürütülen National Demonstration Project ve daha küçük ölçekli diğer benzer projelerde elde edilen başarılar, Sürekli Kalite İyileştirmenin (SKİ) sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmasını sağladı⁴⁶.

Özellikle 1990 yıllarında sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir atışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların öncelikle Amerika Birleşik Devletlerinde Ortaya çıkmasını sağlamış, daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımını gerçekleştirmiştir. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının eleştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir.⁴⁷

4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlıkta kalite seçim değil, zorunluluktur. Üretim ve hizmet sektörlerinde yapılan hatanın bir şekilde telafisi mümkündür. Örneğin defolu üretilen bir malın yenisi üretilebilir, hatalı bir davranış özür dileyerek düzeltilebilir. Buna karşılık insan sağlığı gibi önemli bir konuda verilen hizmetin sonucu doğrudan insanın yaşam hakkını etkilediği için telafisi mümkün değildir. Sağlıkta kalite zorunluluğunun nedenlerine kısaca göz atarsak:

- ✓ En değerli varlık olan insanın, en değerli varlığı, “sağlığı” ile ilgili hizmet alıyor olması,
- ✓ Yüz yüze veya bire bir hizmet sunulması,
- ✓ Hasta insanların kaygılı ve ön yargılı olmaları,

⁴⁶ Akgün, a.g.m., s.75.

⁴⁷ Akgün, a.g.m., s.75.

- ✓ En önemlisi telafi edilememesi gibi örneklemeler verilebilir⁴⁸.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için aşağıdaki konular önem taşımaktadır⁴⁹.

a) Mesleki Yeterlilik: Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olabilmesi ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir. Mesleki yeterlilik, nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesiyle sağlanabilir.

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

c) Kalitenin Uygunluğu: Verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır.

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özellikleri belirtilmiştir. Sözü edilen rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın⁵⁰;

- ✓ Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- ✓ Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- ✓ Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını aranması,

⁴⁸ Tanrıku, S., "Sağlıkta Kalite Seçim Değil, Zorluluktur", Standard ve Ekonomik Teknik Dergis, Yıl.43, Sayı.505, İstanbul, 2004, s.79-80.

⁴⁹ Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.66.

⁵⁰ Devebakan, N., "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006, s.129

- ✓ Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmasına,
- ✓ Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- ✓ İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- ✓ Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireyin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

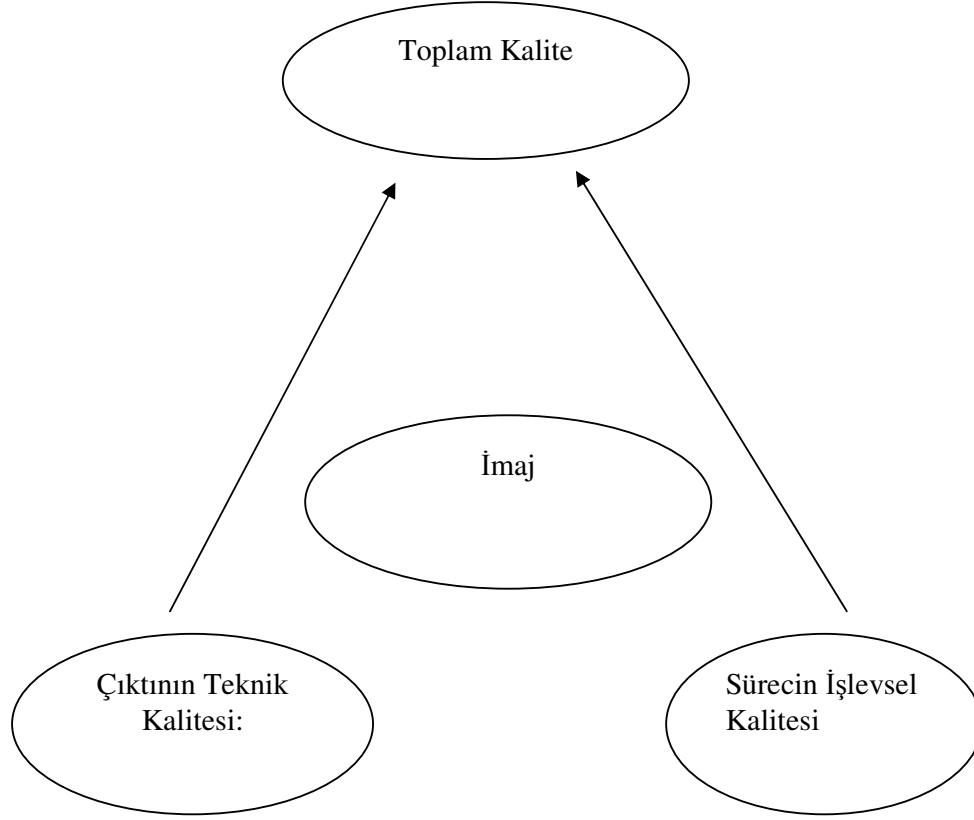
5. Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları

Sağlık hizmet kalitesini kavrayabilmek ve yönetebilmek için hizmet kalitesini çeşitli bileşenlere ayırmak gerekir. Böylece bir olguyu daha somut hale getirmek mümkün olabilir. Hizmet kalitesinin hangi boyutlarda nasıl değerlendirileceği konusunda değişik görüşler vardır. Ancak, bu görüşler arasındaki farklılık tutarsızlık olarak değil, zenginlik ve farklı değerlendirilebilme olarak algılanmalıdır.

5.1.Christian Grönroos Tarafından Açıklanan Kalite Boyutları

Gronroos'a göre, hizmet kalitesinin teknik kalite, işlevsel kalite ve imaj olmak üzere üç temel unsuru vardır ve kalite algılamaları buna göre şekillenir⁵¹.

⁵¹ Odabaşı, Y., “ Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Eskişehir, 2004, s.135.



Şekil 4:Hizmet Kalitesi Modeli

**Kaynak: Grönroos, Christian.,” Service Management and Marketing,”
Massachusetts: Lexington Books, 1990, s.38.**

Teknik kalite bir hizmet sonucunda tüketicinin ne elde ettiği ilgilidir. Genellikle, ancak her zaman değil, kalitenin teknik boyutu müşteriler tarafından daha objektif olarak ölçülebilir. Çünkü bu müşterilerin bir problemine teknik bir çözümü ifade eder⁵². Müşterinin hizmet örgütüyle etkileşimi sonucu ne elde ettiği, kalite değerlendirmesinde önemlidir. Ancak 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 şansına sahip olmayabilir veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir.⁵³

⁵² Öztürk, A.S., “Hizmet Pazarlaması”, Ankara, 2006, s.139.

⁵³ Devedbakan, N., “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006, s.131

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır⁵⁴

Gronroos'un ikinci temel kalite boyutu işlevsellikle ilgilidir. Başka bir ifadeyle sağlık hizmetinin hastaya nasıl ulaştırıldığı, sunulduğuyla ilgilidir⁵⁵. Doktorların ve hemşirelerin hastalara karşı tutumları, temizlik, hastane yemeğinin kalitesi gibi faktörler sağlık işletmelerinin işlevsel kalitesini etkilemektedir⁵⁶.

Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri göz önüne alındığında, daha çok hizmet süreçleri ile ilgili olan işlevsel kalite, hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını önemli ölçüde şekillendirecektir. Bir başka ifade ile sağlık işletmelerinde hastalar ve diğer müşteriler, verilen hizmetin teknik kalitesine değer biçemediklerinden, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin “nasıl” sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır. Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır. Örneğin kliniğimizin camlarını ve yerlerini bir özel temizlik şirketine temizlettikten sonra ne derece iyi bir iş yaptıklarını kolayca değerlendirebiliriz. Öte yandan hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması (bu konuda uzman olmaması halinde) mümkün değildir Sağlık hizmetlerini satın alanlar hizmet kalitesini değerlendirmek için teknik olmayan özellikleri (örneğin çektikleri acı, süreç için bekleme süresinin uzunluğu gibi) kullanabilir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği gibi hiçbir teknik uzmanlık da gerektirmemektedir⁵⁷.

Gronroos'a göre üçüncü kalite unsuru imajdır. İmaj; teknik ve işlevsel unsurların yanı sıra kurum dışından alınan kurum hakkındaki mesajlar aracılığıyla oluşmakta ve tüketicinin hizmeti sunan kurumu nasıl algıladığını belirtmektedir⁵⁸.

⁵⁴ Devedbakan, a.g.m, s.131

⁵⁵ Odabaşı,Y., “ Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Eskişehir, 2004, s .135.

⁵⁶ Devedbakan, a.g.m., s.131

⁵⁷ Devedbakan, a.g.m, s.134

⁵⁸ Odabaşı, a.g.k., s.135

5.2.Parasuraman, Zeithaml ve Berry Tarafından Açıklanan Hizmet Kalitesi Boyutları

Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesinin değişik pazarlar için genelleştirilebilecek beş temel boyutu olduğunu öne sürmüştür. Bunlar; güvenilirlik, tepki (karşı) verebilmek, güvence, örgütün kendini müşterinin yerine koyabilmesi (empati) ve fiziksel varlıklardır⁵⁹.

Bu beş faktör dört farklı hizmet grubunu kapsayan kapsamlı bir araştırmanın sonucunda çıkan (Odak Grup) hizmet kalitesinin (SERQUAL) hasta tatmini ile ilişkili 10 boyutunu aşağıda sunulduğu biçimde belirlemiştir⁶⁰:

- **Güvenilirlik:** Hizmetin doğru, güvenilir ve zamanında yerine getirilmesiyle ilgilidir. Hastaya ilişkin kayıtların doğru tutulması, hizmet bedelinin doğru faturalanması, tetkiklerin doğru yapılması ve sonuçların belirtilen tarihte teslim edilmesi gibi.

- **Karşılık Verebilmek:** Hizmeti sunan tarafın, hizmetin sunumu için hazır ve istekli oluşuna karşılık gelebilir. Örneğin, hastaneye gelen bir hastanın teşhis ve tedavi hizmetleri bir yana, ulaşmak istediği servisi ararken, hastanın bu sunumuna karşın personelin yaklaşımı bile kalite algılamalarında bir belirleyici olabilecektir.

- **Yetkinlik:** Hizmeti yerine getiren tarafın, hizmetin sunumu için gerekli bilgi ve beceriye sahip olması anlamındadır. Sağlık hizmetlerinde, tıbbi uzmanlık gerektiren konularda çalışanların, örneğin; doktorların, hemşirelerin almış oldukları eğitimin, hizmetin sunumu için gerekli bilgi ve beceriyi onlara sağlayacağı düşünülebilir. Ancak uzmanlık alanlarındaki gelişmeleri yakından takip ederek bilgi ve becerilerini arttırmaları gerekir.

- **Ulaşılabilirlik:** Hizmeti elde etmede aksaklıklar olmadan, hizmetin sağlanmasına karşılık gelir. Bir sağlık biriminde hastanın olağan bir kayıt, hasta yatış hatta tahlil işleminde dahi yoğun bürokratik işlemlerin olması, bu işlemleri gerçekleştirecek birimlerin dağınıklığı aldığı hizmetin ulaşılabilirliği konusunda sorunlar olduğunu gösterir. Hastaların telefonla randevu almasını olanaklı kılan bir hizmet sistemi geliştirilmesi güzel bir uygulama olabilir. Ancak bu hizmet için ayrılan hatlar yetersizse, hasta her aradığında meşgul sesiyle karşılaşıyorsa yine ulaşılabilirlik bir sorun olmaktadır.

⁵⁹Öztürk, A.S., “Hizmet Pazarlaması”, Ankara, 2006, s.143.

⁶⁰ Odabaşı, Y., “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Eskişehir, 2004, s.136-137.

- **Nezaket:** Hizmetin alıcısına, hizmeti sunan kişinin göstereceği incelik, saygı, anlayış ve dostluğu tanımlar. Bir hastanede sadece danışmadaki kişinin değil kayıt biriminden, servislere değin tüm birimlerdeki görevlilerin hastaya yaklaşımının dostça olması gerekmektedir. Gösterilecek dostlukta hastayla temasın gerçekleştiği noktanın bizzat hizmetin sunulduğu yer olmasına gerek yoktur. Başka bir deyişle bir hastanede görevli sağlık destek personeli, sadece görevini icra ettiği birimde değil, hastanenin tüm ortamlarında aynı nezaketi, dostça yaklaşımı sergileyebilmelidir. Sözgelimi asansörde; göz temasını sağlamak ve “Merhaba” demek, tekerlekli sandalye vb. araçları onların geçişine yardım etmek, çıkacakları katın düğmesine basmayı önermek gibi davranışlar hiç de yapılamayacak davranışlar değildir.

- **İletişim Hizmet Bileşeni:** Özellikle sağlık hizmetlerinde daha da önem kazanmaktadır. Müşterilere anlayabilecekleri bir dilde bilgi vermek olarak açıklayabileceğimiz iletişim bileşeni söz konusu olan disiplin tıp olunca biraz zor gibi görünebilir. Ancak her hastanın anlayabileceği düzeyde, sade ve anlaşılabilir bir dille, izlenecek süreci, uygulanacak tedaviyi anlatmak, onun güvenini ve desteğini kazanmak açısından önemlidir.

- **İtibar ya da Kredibilite Bileşeni:** Hizmetten yararlanan tarafın, hizmeti sunan tarafın inanılabilirliği, dürüstlüğü konusundaki algılamalarına karşılık gelir. Kuruluşun nasıl tanındığı, nasıl bir imaj ve ünü olduğu itibarın şekillenmesine yardımcı olur.

- **Güvenlik:** Gerek fiziksel anlamda, gerekse finansal ve kişisel mahremiyet anlamında hastanın kendini güvende hissetmesiyle ilgilidir. Fiziksel güvenlik, hastanın fiziksel anlamda kendini güvende hissetmesi, tehlike ya da risk algılaması ile sağlanır. Finansal güvenlik ise, hastanın tüm finansal faktörler itibariyle (ödemeler, indirimler, faturalama vb.) kendini güvende hissetmesini gerektirir. Hastanın teşhis ve tedavi sürecine ilişkin bilgilerin gizliliği ise kişisel mahremiyet güvenliği ile ilgilidir.

- **Müşteriyi Anlamak:** Hizmeti talep eden tarafın ihtiyaç, istek ve beklentilerine endişe, umutsuzluk, korku gibi duygularına saygı göstererek, hastayı anlamaya ve ona yardımcı olmaya çalışmak, hem hastayı rahatlatarak, hem de algılamalarını olumlu etkileyecektir. Hastalığı için yapılan tetkiklerini merakla ve belki de korkuyla bekleyen bir hastayı anlamaya çalışmak yerine, hergün bu hastalıktan birçok kişinin öldüğünü söylemek, empatiden son derece uzak bir davranış olacaktır.

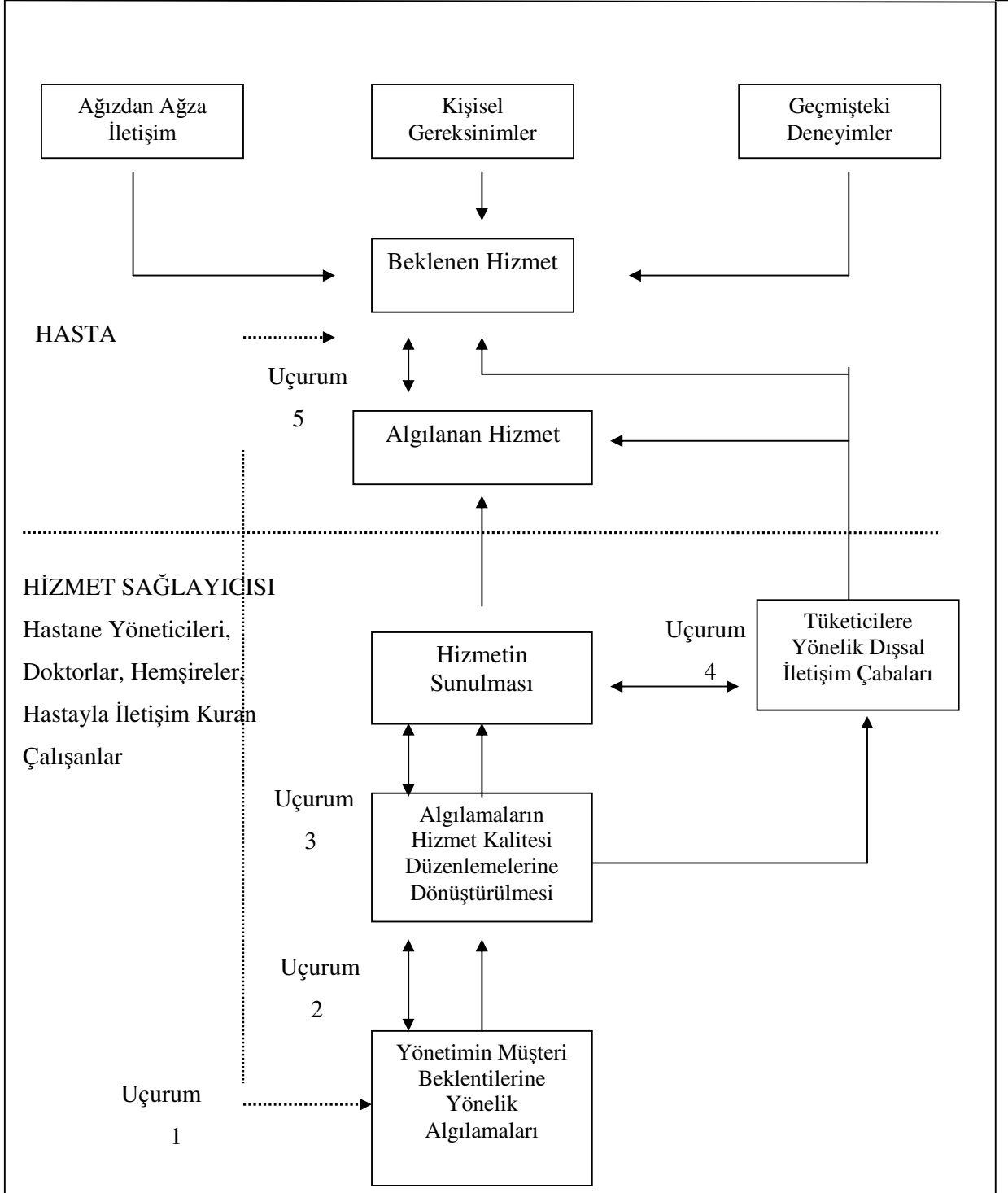
- **Fiziksel Olanaklar:** Hastanedeki binalar, birimler, ekipman, personel ve yazılı malzemelerin nasıl görüldüğü ve algılandığına karşılık gelir. Hastaneyi tanıtan bir broşür,

servis ve poliklinikleri gösteren işaretler, bekleme salonunun renk, mobilya vb. açısından görünüşü, personelin kılık kıyafeti, hizmeti sunmayı kolaylaştıran araçlar hatta diğer hastalar hepsi hastanın, hizmete ilişkin kalite algılamalarını etkileyecektir.

Hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmelerde Parasuraman, Zeithaml ve Berry'in geliştirdikleri SERVQUAL ölçeğinden sıkça yararlanır. Ölçek müşteri beklentileri ve müşterinin performans algılamalarının karşılaştırılmasına dayanır. Başka bir deyişle hizmet kalitesi modeli güvenilirlik, iletişim, fiziksel varlıklar gibi ele aldığımız hizmet boyutlarının ışığında yapılacak değerlendirmelere dayanır. Tüketici bunların ışığında hizmet performansına ilişkin algılamalarını şekillendirir ve bu performans algılamalarını hizmet beklentileriyle karşılaştırarak bir tutum geliştirerek hizmet kalitesini değerlendirir.

Şekil 5 de görülebileceği gibi, hastanın hizmete yönelik beklentilerini ağızdan ağza iletişim, hastanın gereksinimleri ve geçmişteki deneyimleri şekillendirmektedir. Bir sağlık hizmeti konusunda değerlendirme yaparken sıkça çevremizdekilerle iletişim kurar ve onların görüşlerini alırız. Ayrıca bir sağlık kuruluşu örneğin; bir hastane hakkında basında çıkan yazılar, kuruluşun çeşitli toplumsal konuları destekleme faaliyetleri (örneğin; lösemili çocuklara yönelik bir kampanyada aktif rol alma gibi) bizlerde hastane konusunda bir imaj oluşmasına yardımcı olur⁶¹.

⁶¹ Odabaşı,a.g.k., s.138



Şekil 5: Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Odabaşı, Y., "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Eskişehir, 2004, s.138

Bir hastane ile daha önceden bir ilişkimiz olmuşsa, kazandığımız deneyimin beklentilerimizi yönlendireceğimizi düşünebiliriz. Örneğin; daha önceki deneyimimiz bizde tatmin yaratmışsa bu tatmin ışığında beklentilerimizi şekillendirerek yine aynı hastaneyi düşünürüz. Bazen de tam tersi hoş olmayan bir deneyimimiz nedeniyle, yeni arayışlara yöneliriz.

Kişisel gereksinimler her bir hastanın beklentilerini yönlendiren içinde bulunan sağlık durumuyla yakından ilgilidir. Acil müdahale gerektiren bir durum, uzun süreli tedaviyi gerektiren (hastanede ya da evde olabilir) bir hastalık, hastanın gözetiminde tutulmasını gerektiren bir rahatsızlık gibi çeşitli sağlık durumları hastanın kişisel gereksinimlerini yönlendirecektir. Ayrıca hastanın yaşı, hastalığın ciddiyeti, hastanın eğitim düzeyi, sigorta kapsamı gibi unsurlar da hastanın tıbbi durumunun bir fonksiyonu olarak hastane tercihlerini ve beklentilerini etkileyecektir.

Modelde hastanın hizmet kalitesi algılamalarını etkileyen dört uçurum söz konusudur. Bu uçurumlar;⁶²

- 1) Tüketicilerin beklentileri ile yönetimin bu beklentilere ilişkin algılamaları arasında,
- 2) Yönetimin tüketici beklentilerine ilişkin algılamalarıyla hizmet kalitesi düzenlemeleri arasında,
- 3) Hizmet kalitesi düzenlemeleriyle sunulan hizmet düzeyi arasında,
- 4) Tüketicilere sunulan hizmet düzeyi ile tüketicilere hizmete ilişkin olarak gönderilen mesajlar arasında, oluşabilmektedir. 5. uçurum bu dört uçurumun sonucunda oluşmakta, beklenen hizmet kalitesi ile gerçekleşen hizmet performansı arasında ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle 5. Uçurum ancak diğer dört uçurumun kapatılmasıyla çözümlenecektir.

Modeldeki birinci uçurum hastane ya da diğer sağlık kuruluşlarının hastaların ihtiyaç, istek ve beklentilerini, hizmeti sunanların yeterince anlamamaları durumunda ortaya çıkar. Hastaların beklentileri hakkında düzenli, bir şekilde bilgi elde etmek, bunun için araştırmalar yapmak önem kazanır. Yönetimin hasta beklentilerine ilişkin algılamaları

⁶² Odabaşı,a.g.k., s.139

bu sistematik araştırmalara dayanmıyorsa ve yeni hizmet dzenlemelerine dnuşmüyorsa ikinci uçurum ortaya ıkacaktır. Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımı hem müşteri odaklı bir yaklaşım olması nedeniyle müşteriyi bilmeye, anlamaya öncelik vermesinden, hem de süreçlerde ve ıkıtlarda kontrolü kolaylaştıran hizmet standartları oluşturma, ölçümleme ve sürekli geliştirmeye verdiği önemden dolayı uğurumların kapatılmasında son derece önemli bir rol oynayabilir. Hastaların beklentilerine ilişkin değerlendirmeler hangi hizmet alanlarında sorunlar olduğunu görmeye ve buna yönelik hizmet dzenlemeleriyle standartlar oluşturmayı kolaylaştırır. Eğer bu dzenlemeler yapılmıyorsa, hizmetin sunumunda sorunlar ortaya ıkacak ve üçüncü uçurum oluşacaktır. Örneğin bir servisteki uzun kuyruklar, o servisin talebi karşılamasında bazı sorunlar olduğunu gösterebilir ve hizmet sunumunda aksaklıklara yol açabilir. Dördüncü uçurum ise tüketicilere iletilen planlanmış mesajlarla ilgilidir. Bir işletmenin iletişim araçlarıyla gönderdiği mesajlardaki vaatler sunulan hizmetle uyumlu değilse yine sorun ortaya ıkacaktır. Bu durumda işletmenin vaatlerinde gerçekçi olması, abartıya kağmaması önerilir. Çünkü abartılı vaatler, tüketicinin beklenti düzeyinin daha da, yükselmesine, normal koşullarda kabul edebileceği bir performans düzeyini abartılı vaatler nedeniyle kalitesiz olarak algılanmasına neden olabilecektir⁶³.

5.3. Donabedian'a Göre Hizmet Kalitesinin Boyutları

Avedis Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üçe ayırır. Bunlar; teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve sağlık hizmetlerinin konfor yönüdür⁶⁴.

Hizmet kalitesinin teknik yönü, tıbbi bir problemin tanımlanmasından çözümlenmesine değin gereken bilgi ve teknolojiye karşılık gelmektedir. Bir hastanedeki hizmetlerin teknik kalitesi denildiğinde, uzman doktorlar, birikimleri, teknik donanımlarla sağlık sorununun tatmin edici bir şekilde ele alınması ve çözümlü akla gelecektir.

Hizmet kalitesinin kişiler arası iletişim yönü ise sağlık hizmetini sağlayan tarafın hastayla olan ilişkisinde psikolojik ve sosyal etkileşime verilen önemi tanımlar. Hizmetin

⁶³ Odabaşı,a.g.k., s.140

⁶⁴ Turnel D. Paul and Louis G. Poll, "Beyond Patient Satisfaction", Journal of Health Care Marketing, 1995, Fall Vol:15, No:3, s.45

sağlanmasında yer alanların ki bu doktor, hemşire, kat görevlisi, kayıt görevlisi vb. de olabilir, hastaya nasıl yaklaştığı, ilgilendiği, iletişim kurduğu, hastanın hizmet kalitesine ilişkin algılamalarını ve tatminini etkileyen bir unsurdur.

Konfor yönü ise sağlık hizmetinin sunulduğu fiziksel ortamın tatmin ediciliğiyle ilgilidir. Bekleme salonunun, hastanın kaldığı odanın ferahlığı, dekorasyonu, mobilyaları, telefon vb. olanaklarından lezzetli yiyeceklerin sunumuna kadar, çekici ve rahatlık sağlayan unsurlardan oluşur.

Donebedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bu değişkenler, hizmetlerin kaliteli olup olmadığını ortaya koymada yol gösteren temel özellikler olarak kabul edilebilir. Donebedian'ın ortaya koyduğu yedi kalite özelliği aşağıda açıklanmıştır⁶⁵.

- Etkenlik (Efficacy): Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder.
- Etkililik (Effectiveness): Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir.
- Verimlilik (Efficiency): etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.
- Optimal Olma (Optimality): Optimallik, kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.
- Kabul Edilebilirlik (Acceptability): Kabul edilebilirlik, verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelir.

⁶⁵ Kavuncubaşı, Ş., "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim"i, Ankara, 2000, s.273-276.

- Yasallık (Legitimacy): Yasallık, verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.
- Eşitlik (Epuity): Eşitlik, tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Hizmet kalite boyutlarının tanımlanmasına yönelik daha birçok çalışma bulunmaktadır. Bunlardan bazılarını kısaca şöyle sıralayabiliriz. Sasser, Olsen ve Wkckoff (1978) hizmet kalite boyutları olarak personel düzeyi, tesisler düzeyi ve materyal düzeyi olmak üzere üç boyut tanımlamışlardır. J.R.Lehtinen ise, hizmet kalitesini, fiziksel kalite, şirket kalitesi ve etkileşimci kalite olarak tanımlamıştır.⁶⁶

Hayes ise; elinde hazır bulundurabilme, müşteri isteklerine karşılık verebilme, uygunluk, zamanında yapabilme olmak üzere dört boyutta tanımlarken⁶⁷, Efil ,para, pazar, bilgi, insan,yönetim ve malzeme olarak altı boyutta tanımlamıştır⁶⁸.

Yukarıda açıklanan modellerde de görüleceği üzere sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi belirleyicisi önemli ölçüde insan faktörüdür. Bunlar; doktorlar, hemşireler, destek hizmeti veren diğer personel (hasta kabul, kayıt v.b) hastaların hizmet kalitesi algılamaları, sağlık hizmetinin sunumunda rol alan personelin bilgi, beceri v.b özelliklerine dayanarak olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde optimum bir kalite olgusundan söz edebilmek için sunulan hizmetlerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun olması, diğer taraftan da hizmetlerin hastalar tarafından yüksek kalitede algılanması gerekmektedir.

⁶⁶ Ardıç, K., Baş, T., “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin Ölçülmesi : Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama” Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 1302, İstanbul, 2001, s.71

⁶⁷ Bob Hayes, Measurin Customer Satisfaction: Development and Use of Questionnaires, Wisconsin ASQ Quality Press, 1992, s.6

⁶⁸ Efil, İ., Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye ulaşmada Önemli Bir Araç: ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Bursa, 1995, s.27

6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri

Kalite sistemlerinin tarihsel gelişimi, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi olan kalite kontrolü ile başlamıştır. Daha sonra sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapıldığı faaliyetler olan kalite güvencesi ile devam etmiştir. Tarihsel gelişimin son evresi ise, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini ve müşterilerin memnun edilmesini hedefleyen toplam kalite yönetimi ile devam etmiştir.

6.1.Kalite Kontrol

Uluslararası standartlar organizasyonu (ISO) Kalite Kontrolünü kaliteyi oluşturmak, korumak, geliştirmek ve üretimi müşteriye tatmin edecek en ekonomik seviyede sürdürmek için üretici tarafından uygulanan işlemler dizisidir şeklinde tanımlamaktadır⁶⁹.

Kalite kontrol kavramının yanlış ya da eksik anlaşılması, farklı yorum ve tanımlara neden olmaktadır. Kalite kontrolün en yaygın kullanımı, ürün veya hizmetin kalitesini sağlamak için yapılan son muayene ve testler anlamına getirilmesidir⁷⁰.

Muayeneye dayanan bir yöntem olup önceden saptanmış standartlara ulaşmayı hedeflerken Kalite Kontrol, maliyetleri düşürüp ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayarak mükemmelle ulaşmayı ve bu amacı benimsemiş iş gücü yaratmayı amaçlar⁷¹.

Kalite Kontrolü, gerçek kalite performansının ölçülerek kalite hedefleriyle (standartlarıyla) karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan farkı düzeltici bir faaliyettir. Endüstriden kaynağını alan kalite kontrolü faaliyeti, gerçekte pasif bir kontroldür. Çünkü kalite performansı, ürünü satın alan müşteri tarafından değerlendirmekte ve düşük kaliteli bir ürün karşısında müşteri kayba uğramışsa farkı düzeltici faaliyet olarak ürünün değiştirilmesini istemektedir. Kalite kontrolü birincil olarak düşük kalitenin iktisadi sonuçlarına ait bir faaliyettir. Kalite satıştan sonra sadece tüketici tarafından

⁶⁹ Kovancı, A., “Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?”, İstanbul, 2004, s.5.

⁷⁰ Özalp, İ., Kopal, C., Berberoğlu, G., “Yönetim ve Organizasyon”, Eskişehir, 2000, s.320.

⁷¹ Uz, H., “Hastanelerde Kalite Yönetimi”, Ed.Hayran,O., Sur,H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.119

değerlendirildiği için meydana gelen müşteri tatminsizliğini yada rahatsızlığını temelde önleyemeyen ve kurumu zarara uğratan bir yaklaşımdır. Bu durumun sağlık hizmetlerindeki karşılığı ise yanlış tedavi sonucu hastanın dava açması ya da en azından o kurumun müşterisi olmaktan vazgeçmesi olarak düşünülebilir⁷².

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite özelliklerinin ölçülmesi zordur. Bu yüzden başlangıçta daha çok yapı üzerinde durulmuştur. Kalitenin; personel, araç, gereç, malzemeyle, diğer olanaklar ve bunların özellikleri ölçülmeye çalışılmış; böylece kaliteli sağlık bakım hizmeti verilebileceği düşünülmüştür. Ancak; sağlık bakım hizmetlerinin de bir üretim ve dolayısıyla bir süreç olduğu kabul edilmesiyle birlikte, yapısal özelliklerinin yanı sıra hizmetin üretim sürecine ilişkin özellikleri de belirlenmeye başlanmıştır. Yine de bu yaklaşım daha çok çıktılar üzerinde yoğunlaşmıştır. Genel ya da hastalığa özgü hizmetler ve görevler için nitel ölçütler geliştirilmiştir. Böylece; hastalık oranları, hastalıkların iyileşme oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, yatak sayısı ve yatak işgal oranı gibi oranlar ölçülerek kalite değerlendirilmeye çalışılmıştır⁷³.

6.2.Kalite Güvence Sistemi

Globalleşen dünyada yoğun rekabet ortamında istikrarlı bir üretim yapabilmek için kalite güvenceli olarak sürekli korunmasının önemi ve bunun büyük çabalarla gerçekleştirilebilecek bir yönetim işi; başka bir deyişle sistem olmanın gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu gerçekten yola çıkarak birçok ülkenin bilimsel ve teknik nitelikli araştırmacıları, sistem modelleri üzerinde araştırmalar yapmışlar ve bu çalışmaların sonucunda Kalite Güvence Sistemini geliştirmişlerdir⁷⁴.

TS 9005 Kalite Sözlüğünde Kalite Güvencesi “ürün ya da hizmetin kalite için belirlenmiş gereklilikleri karşılamada yeterli güveni sağlayacak planlı ve sistematik faaliyetler bütünüdür”⁷⁵ olarak tanımlanmıştır.

⁷² Yanık, A., “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma”, Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Ana bilim Dalı, İstanbul, 2000, s.18.

⁷³ Sarvan,F., Berk, O., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, Sayı.24 (2), s.16.

⁷⁴ Kavakoğlu, İ., Toplam Kalite Yönetimi” 2.ed, İstanbul, 1994, s.54

⁷⁵ Şimşek, M., Kalite Yönetimi, İstanbul, 2004 , s.349.

Kalite güvence sisteminin amacı tüm kurumu, kaliteyi doğrudan veya dolaylı etkileyen süreçler zinciri olarak ele alıp, kalitenin sürekliliğini sağlamak ve kurumun hedeflenen kalite düzeyini asgari maliyetle elde edebilmesini sağlayacak çabaları başlatmak, eşgüdümü sağlamak ve sonuçları sürekli izleyerek, gereken önlemleri almaktır⁷⁶.

Kalite güvencesi, kaliteyi etkileyen tüm faaliyetler üzerinde kontrol hakimiyetinin kurulması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi yolu ile kuruluşun yönetimi için belirli kalite hedeflerine uygun olarak kalite fonksiyonunun işlerliğine ilişkin güvence sağlarken, bir yandan da çeşitli amaçlarla (belgelendirme vb.) dışarıya karşı kalite sisteminin işleyişi ile ilgili olarak, sunulan mal ve hizmetlerin kalite düzeylerinin beklentileri karşılayacağına dair güvenceleri ve bunların delillerini oluşturur. Sağlık bakım hizmetlerinin özelliklerinden dolayı, kalite kontrolü sağlık sektöründe uygulanamayan bir yaklaşımdır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde kalite sağlama kavramı kalite güvencesi adı altında başlamış ve sağlık sistemiyle bütünleşmiştir⁷⁷.

Kalite güvencesi, sağlık hizmetlerinde, sorunları bulup çözmeyi içeren bir sistemdir. Sorunlar belirlendikten sonra nedenlerinin araştırılması ve bulunması, birlikte kararlaştırılan önlemlerin uygulamaya konulması ve izlenmesi, belirlenen göstergelerin standartlara oranlanarak değerlendirilmesi, sistemin esasını oluşturmaktadır. Kalite güvencesi sisteminin ilkelerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür⁷⁸ ;

- ✓ Kalite Güvencesi sisteminin uygulanması ihtiyacı ve gereğinin, kurumun üst yönetim kurulunca benimsenmesi, sahiplenmesi ve sürekli olarak izlenmesi.
- ✓ Kurumda çalışan tüm personelin kalite güvencesi uygulaması hakkında bilgi sahibi olmaları.
- ✓ Birimler arasında koordinasyon, işbirliği ve iletişimin geliştirilmesi ve devamlılığın sağlanması.

⁷⁶ Kavakoğlu, İ. a.g.k., s.54

⁷⁷ Sarvan,F., Berk, O., "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi", İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, Sayı.24 (2), s.16.

⁷⁸Mithat Çoruh, "Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde Kalite Güvencesi Uygulaması", I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy,Y., Aydın, 1994, s. 340.

- ✓ Kalite Güvencesi sisteminin devamlı yenilik, yaratıcılık ve uzun bir zaman sürecine odaklanması gereğinin tüm çalışanlarca iyi anlaşılması.
- ✓ Takım çalışmalarında Maliyet/Fayda/Etkinlik bazında hareket edilmesi gereğine önem verilmesi.
- ✓ Takım çalışmalarında tartışma ve birlikte karar almanın öneminin anlaşılması.
- ✓ Yapılacak işlerin plan ve programlarının hazırlanması ve zamanında uygulama becerilerinin geliştirilmiş olması.
- ✓ Saptanan sorunlara birlikte karar verilerek uygulamaya konulan önlemlerin etkinliğini izlemek ve gereken düzeltmeleri yapma disiplini.

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite güvencesi işleyiş unsurları; hizmetlerin gözetimi, sorunların tespiti ve kalitenin düzeltilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Kalite güvencesi, temelde geriye dönük olarak kayıtların incelenmesiyle yapılan bir gözden geçirmedir. Kalite kontrol sistemi istenilen standart ya da normlara uygunluğun sağlanması iken, kalite güvencesi sistemi, süreç ve çıktı değerlerinin değerlendirmesi yaklaşımıdır. Böylece belli bir örgütlenme içinde sağlık örgütlerinde oluşturulan sağlık güvencesi komiteleri aracılığıyla istenmeyen olaylar izlenmiş ve değerlendirilmiştir. İstenmeyen olaylar dışındaki her prosedür istenmiş ve uygun kabul edilmiştir. Standartlar ise, çoğunlukla kabul edilebilir ve edilemez uygulamalar şeklinde her hastanenin kendi keyfiyetinde oluşturulmuştur. Bu nedenle toplanan veriler kalitesizlik üzerinde yoğunlaşmıştır⁷⁹.

Kalite güvencesi, hasta tatmini üzerinde de profesyonel anlamda durmaktadır. Bilimsel yaklaşım yanında kişilerarası ilişkileri ele almakta ve bakımın sanatsal yönünü de değerlendirmektedir. Hasta tatmininin kalite güvencesi faaliyetlerinde üç önemli rolü bulunmaktadır; kaliteyi onaylayan ve istenilen bir sonuçtur, kalite göstergesidir, yüksek kalite için hedeflenen bir ölçüttür. Hasta tatmin olmadığı sürece yüksek kaliteden söz edilemez⁸⁰.

⁷⁹ Sarvan,F., Berk, O., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, Sayı.24 (2), s.17.

⁸⁰ Yanık, A., “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma”, Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Ana bilim Dalı, İstanbul, 2000, s.20.

6.3. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Kalite güvencesi sistemi 1970’li yıllarda uygulanıp eleştirilirken, o yıllarda Japonya’da kalite ile ilgili önemli gelişmeler olmuştur. Japon yönetim anlayışına göre kalite mal ve hizmetin içine monte edilmelidir. Kalite sağlamanın temelinde iyi bir yönetimin unsuru olan iyi bir planlama yatmaktadır. İlk olarak Japonların uyguladığı bu sisteme sürekli iyileştirme süreci adı verilmektedir. Tüm faaliyetlerde daha iyi olmak için sürekli olarak yeni imkan ve fırsatlar aramak anlamına gelen ve Japonların “kaizen” olarak adlandırdığı bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde kalite sağlama çabalarına esas teşkil etmektedir⁸¹.

Günümüzün ve geleceğin dünyasında başarılı olabilmek, Kalite Güvence Sistemi’nin de ötesinde geniş çaplı bir çabayı gerektirmektedir. Bu çabaya, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) denmektedir.

TKY’nin tek, her örgüte uyan bir tanımı olmayıp, değişik yazarlarca farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Ülkemizde Toplam Kalite Yönetimi anlayışının yerleşmesinde öncü rolü oynayan KALDER (Kalite Derneği), Toplam Kalite Yönetimini (TKY) şöyle tanımlanmaktadır: Bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm çalışanların kesin aktif katılımıyla çalışanlar, müşteriler ve toplumun memnun edilerek kârlılığa ulaşılmasıdır⁸².

TKY, her görevin, her işin ilk seferde ve her zaman doğru olarak yapılmasına dayanan bir yönetim anlayışı olup herkesi ilgilendirmektedir⁸³.

TKY, bireylerin yerine örgütsel sisteme ve denetim yerine sürekli iyileştirmeye odaklanır. Örgütlerde TKY’de spesifik adımlar; bir gelişme fırsatının seçimi, spesifik bir sorunun tanımlanması, sorunun temel sebebinin ortaya çıkarılması ve alternatif geliştirme fırsatları arasından uygun olanı seçmek, inceleme ve düzeltici bir uygulamayı içerir. TKY;

⁸¹Şener, F., “Çağdaş Kalite Anlayışı (Önce İnsan)” I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy,Y., Aydın, 1994, s. 306.

⁸² Odabaşı,Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2004, s.132.

⁸³Hayran,O., Uz,H., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed. Hayran,O., Sur,H., İstanbul, 1998, s.153.

müşteriyi dikkate alan, katılımcı, dinamik esnek, sürekli gelişen, bilgi donanımlı, planlı bir yönetim anlayışıdır, denilebilir⁸⁴.

TKY'nin kalite, uyulması gereken standartlara göre değil, müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerine göre tanımlanır. Bu nedenle, müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini tam ve sürekli olarak karşılamayan mal ve hizmetler, ne kadar iyi olursa olsun kaliteyi tam olarak sağlayamaz⁸⁵.

TKY yalnızca ürün hizmet kalitesi ile ilgili değildir; aynı zamanda, günümüzün çağdaş bir yönetim anlayışıdır. Her duruma uydurulabilecek bir teknik veya araç olarak görülmemelidir. Ancak tüm öğeleri ile benimsenip uygulandığı takdirde tutarlı, başarılı ve kalıcı olabilmektedir. TKY "insan'a en ön sırada değer vermeyi gerektirmekte; ilimselliği her faaliyette şart koşmaktadır. Uygulanması iyi bir değerlendirme, kararlılık, bilgi ve beceri gerektirmektedir⁸⁶.

Sağlık hizmetleri; arzının pahalılığı, talebin tüketici tarafından belirlenememesi, bir bölümünün toplumsal olması, sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüfiliği ve talep esnekliğinin katı olması gibi bir takım özelliklere sahiptir. Gerek sağlık hizmetlerinin bu özellikleri, gerek ortalama yaşamın uzaması ile ekonomik anlamda tüketici konumunda olan yaşlı nüfus artışı gibi nüfus yapısı değişiklikleri, sağlık-insangücü-teknoloji maliyetinin artışı gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine mali ulaşılabilirliğin azalması ve gerekse hizmetin sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğrulabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde TKY'nin gerekliliğini artırmaktadır. İşte bu yüzden, ülkeler sağlık politikalarını belirlerken; kalite, etkinlik, verimlilik, harcanan değer olma gibi kavramlar sağlık sektöründe de tartışır ve hatta uygulanır hale gelmişlerdir⁸⁷.

⁸⁴ Margarete Arndt, Barabara Bigelow, "The İmplementation of Total Quality Management in Hospital:How Good is the Fit?", Healt Care Management Review ,fall 1995 ,20(4), s.7.

⁸⁵ Kovancı, A., " Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?", İstanbul, 2004, s.79.

⁸⁶ Kavakoğlu, İ., Toplam Kalite Yönetimi 2.ed, İstanbul, 1994, s.54.

⁸⁷ Biçkes, M., "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, Yıl.39, Sayı.458, İstanbul, 2000, s.30.

Toplam Kalite Yönetiminin dört temel ögesi vardır. Buna göre Toplam Kalite Yönetimi⁸⁸ ;

- a) Müşteri odaklı bir yönetim anlayışıdır,
- b) Üst yönetimin liderliğini ve sorumluluğunu gerektirir,
- c) Grup odaklı bir yönetim anlayışı olarak herkesin katılımını öngörür,
- d) Sürekli gelişme ve hedeflere göre yönetime dayanır.

TKY'nin sağlık hizmetleri sektöründe de uygulamaya başlaması, TKY ile diğer kalite yönetim teknikleri arasındaki farklılıkların neler olduğu sorusunu gündeme getirmektedir. Her şeyden önce TKY, kalite güvencesi ve kalite kontrol tekniklerinin kavramsal olarak farklı bir yaklaşımdır. Kalite kontrolü, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir. Kalite güvencesi ise, sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve gerektiği zaman değerlendirme sonuçlarına göre bu hizmetlerin sunumunda gerekli düzenlemelerin yapılmasıyla ilgili faaliyetlerdir. Kalite güvencesi, standartlar, bu standartlara mevcut durumun karşılaştırılması ve standartlarla karşılanamayan faaliyetleri düzeltici üç temel unsurda oluşmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi ise, kalitenin sürekli gelişmesi için, planlama ve uygulama aşamalarında, örgüt genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu bir örgütsel kültürü yaratma yolundaki çabaların tümünü kapsayan, yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesidir⁸⁹.

⁸⁸ Üzgül, A., "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti", <http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/gazihass.htm> (28/02/2007)

⁸⁹ Tugu, A., Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir SSK Hastanesi Polikliniğinin Reorganizasyonu için Uygulama Önerisi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.s.34

Kalite Güvencesi	Toplam Kalite Yönetimi
Standartları karşılar	Sürekli Gelişme
Geriye dönük performans analizi	Hizmet sunulurken performans analizi
Katı planlama	Esnek planlama
Mesleki otorite	Katılım
Liderler zorlayıcıdır	Liderler destekleyicidir
Hata çalışanlardadır	Hata sistemden kaynaklanır
Kalite maliyetlidir.	Kalite tasarruf ağılar
Müşteriler problem yaratır	Müşteri tatmini esastır
Kararlar tahminlere dayanır	Kararlar verilere dayanır.
Departman içinde gelişme	Departmanlar arası gelişme
Bireysel sorumluluk	Ortak sorumluluk
Hataların düzeltilmesi	Hataların önlenmesi

Şekil 6: Kalite Güvencesi ve Toplam Kalite Yönetimi Arasındaki Farklılıklar
Kaynak: Kocadağ, Z., Özgen, H., “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için Bir Model Önerisi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994, s.327

Toplam kalite yönetimiyle sağlanacak faydaları aşağıdaki gibi açıklamak mümkündür⁹⁰:

- Hizmetin yönetim kalitesi artırılarak kötü kalite maliyeti azaltılır ve üretkenlik artırılır. Oysa bazı tartışmalar TKY'nin maliyeti arttıracığı yönündedir. TKY, işin ilk yapılışında doğru yapılacağını garantileyerek işi tekrar yapmanın maliyetini ortadan kaldırır. Endüstrideki uygulamalar kötü kalitenin, maliyetin %10 – 25'ini oluşturduğu görülür. Sağlık sektöründe de bunun da aşağı olduğu söylenemez.

⁹⁰ Kocadağ, Z., Özgen, H., “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için Bir Model Önerisi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994, s.327-328

- Personel için iş daha kolay, az karmaşık ve daha memnun edici olur. Personel gelişmeleri kendisi takip eder, planlar ve uygularsa, bu kaliteyi yükseltmek için onları teşvik eder.

- Kötü tanınma nedeniyle müşteri kaybı olur. Bu da düşük gelir elde etmektir. İngiltere’de yapılan bir araştırma hastanın en azından %10’unun şikayet etmeyerek başka sağlık kuruluşlarına yöneldiğini göstermiştir. Hizmetten memnun olmayanların bunu yakınlarına söylemesi sonucu da kaybedilen müşteri sayısı artacaktır. Kalite yükseltilerek müşteri kaybı engellenir.

- Profesyonellere değer verir ve profesyoneller arası işbirliğini artırır. Mesleki denetim profesyonel personelin önemini kabul eder ve profesyonel kalitedeki artış profesyoneller arasında daha iyi koordinasyon ve haberleşme demektir.

- Rekabet avantajı yaratır.

Ovretveit tarafından kalitenin yükseltilmesinin sağlayacağı faydalar, Şekil 2’de gösterildiği gibi açıklanmaktadır⁹¹.

⁹¹ Kocadağ, Z., Özgen, H., “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için Bir Model Önerisi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994, s.328

2.Daha düşük maliyet

Daha yüksek verimlilik

1. Kaliteyi arttırır.

5. Motivasyon artışı

Kaliteyi geliştirmeye daha fazla ilgi

Tasarruflar ve daha yüksek gelir

nedeniyle kaliteye daha fazla yatırım

3. Daha memnun müşteri

Daha az şikayet

Tekrar gelen müşteri

Daha fazla müşteri

Daha yüksek gelir

Daha iyi tanınma

4. Daha memnun personel

İşle övünme

İşlemlerin daha doğru

yapılabileceği beklentisi

Eğer iş ortamı rekabetli

ise daha kolay personel

temini

Enerji ve yaratıcılığı

arttırır.

Sürekli Gelişim

Şekil 7:Toplam Kalite Yönetimi İle Sağlanacak Faydalar

Kaynak: Kocadağ, Z., Özgen, H., “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için Bir Model Önerisi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994, s.328

Toplam kalite yönetimi kavramı organizasyon kültürüne ve geleneksel yönetim felsefesine önemli değişiklik getirmiştir. Bu değişiklikleri şöyle özetlemek mümkündür: Çalışanları kontrol etmek değil, yönlendirmek ve yardımcı olmak gerekmektedir. Kararları vermek için fikirler değil, veriler kullanılmaktadır. Problemlerin tespiti (saptama) yerine onların önlenmesi için çalışma yapılmaktadır. İşleri doğru yapmak yerine, doğru işleri yapmaya yoğunlaşmaktadır. Bireysel faaliyetler yerine ekip faaliyetleri öne çıkmaktadır. Kuşku ve şikayet yerine güven ve inanca dayalı bir atmosferin gelişmesine yardımcı olunmaktadır.⁹²

Toplam kalite yönetiminin üretim sektöründe uygulanması, hizmet sektörüne göre daha kolaydır. Sağlık hizmetlerindeki uygulamalar çok daha zor ve uzun bir çalışmayı gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta bakımı en son bilgi, dengeli yüksek standarttaki beceri ile uygulanmalıdır. Sağlık hizmeti bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilmeli hassas ve değişken çevre koşullarına uyum sağlayabilmelidir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmeti, hastanın tatminini sağlamaya yönelik olmalı ve hasta tatmini ile ilgili çalışanlara ağırlık verilmelidir. Hastanın fiziksel, psikolojik ve tıbbi beklentilerine cevap verebilmeli ve her konuda tatmin olması sağlanmalıdır.

⁹² Kocadağ, Z., Özgen, H., "Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için Bir Model Önerisi", 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994, s.319-320

III. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA TATMİNİ

1. Müşteri (Hasta) Kavramı

Sağlık sektöründe başlayan TKY uygulamalarında, hasta tatmini sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır. TKY öncesi, müşterilerin ürün veya hizmetle ilgili şikayetleri bulunmadığı takdirde müşterilerin tatmin oldukları kabul edilmekteydi. Bugün ise, TKY felsefesiyle, müşterilerin tepki vermeleri beklenmeden çok daha önce onların gerçek arzu ve ihtiyaçlarının anlaşılması ve yerine getirilmesi amaçlanmaktadır⁹³.

Sağlık alanında, hizmetin tüketimiyle ortaya çıkan performans mevcut beklentileri en azından karşılıyor ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı, buna karşın beklentilerin altında kalıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir. Beklentiler zaman içinde değiştiğinde duyulan tatmin düzeyi de değişecektir. Buna bağlı olarak geçmişte yeterli olarak algılanan bir hizmet daha sonra yetersiz olarak düşünülebilir. Ayrıca, bireylerin değer yargıları da zaman içinde değişmekte olup, değişen değer yargılarının gerisinde kalan hizmetler de tatminsizlik yaratacaktır⁹⁴.

Sağlık yönetiminde son yıllarda oluşan kavram değişikliklerinden en çok tepki göreni “müşteri” kavramıdır. Sağlık kuruluşlarına farklı tepkilerle gelen insanlara, müşteri gözüyle bakılmasının, etik açıdan kabul edilebilirliği birçok tartışmaya konu olmuştur. Ancak genel olarak bir hizmet sektörü olan sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların müşteri olarak görülmesinin işin doğası gereği olduğu ve etik sakıncasının bulunmadığı sonucuna varılmıştır⁹⁵.

⁹³ Yanık, A., “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma”, Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Ana bilim Dalı, İstanbul, 2000, s.27.

⁹⁴ Kardeş, S., “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1995, s.233.

⁹⁵ Hayran, O., Sur, H., “Sağlık Hizmetleri El Kitabı”, İstanbul 1998, s.29.

Modern yönetim yaklaşımlarında, bir organizasyon içinde görev alıp çalışan bireylerin, profesyonel (mesleki) tutum ve davranışları açısından sorumlu oldukları üç temel müşteri grubu tanımlanmaktadır⁹⁶.

1- Global Müşteri	Tutum ve davranışlarımızdan dolayı olarak etkilenen kişi ve Kuruluşlardır.(Toplum, Tıbbi Etik, Sağlık Bakanlığı vb)
2- Dış Müşteri	Mesleki faaliyetlerimiz sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır. (Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, Sigorta kuruluşları vb.)
3- İç Müşteri	Mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır.(Hekim, Yönetim, Çalışma Grubu vb.)

Şekil 8:Global, Dış ve İç Müşteriler

Kaynak: Engiz, O., “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, Hastane Yöneticiliği, Ed. Hayran, O., Sur, H., İstanbul, 1997, s.61.

Günümüzde sağlık kurumlarının müşterisi (hasta) olarak, sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar kabul edilmektedir.

2. Hasta Tatmin Kavramı

Hasta tatmini; hastanın sağlık hizmeti veya ürününden beklediği performans ile tüketim tecrübesi sonucunda ulaşılan sağlık hizmetinin gerçek performansı arasında algıladığı farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Tatmin düzeyinin sağlık hizmetinden beklenen fayda (performans) ile elde edilen fayda arasındaki orana bakmak suretiyle belirlenmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir.⁹⁷

⁹⁶ Engiz, O., “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, Hastane Yöneticiliği, Ed. Hayran,O., Sur,H., İstanbul, 1997, s. 61.

⁹⁷ Ak, B., “Hasta Deneyiminin Ölçümü”, Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, Sayı: 486, İstanbul, 2002, s.62.

Vuori'ye göre, hasta tatmini, yasal ve arzulan bir sonuç ve kaliteli bakımın bir tutumu olarak kalite güvence değerlendirmelerini içermektedir.⁹⁸

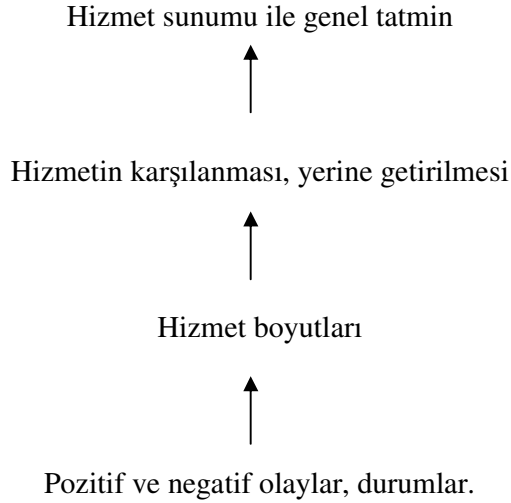
Hasta tatmini, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir.⁹⁹ Hasta tatmini, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirmektedir.

Şekil 9'da, Steiber ve Knowinski'nin, oluşturdukları hasta tatmininin oluşumu gösterilmektedir. Birbirinden farklı beklentileri ile sağlık örgütüne gelen hastalar, hizmetin sunumu sırasında, beklentilerine kavuşan hastaların tatmin oldukları ifade edilmektedir. Beklediği hizmeti hastaneden alamayan hastaların ise genel tatminlerinin daha düşük olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir.¹⁰⁰

⁹⁸ Brian Williams, "Patient Satisfaction: A Valid Concept?", Soc. Sci. Med., 1994, 38 (4), s.510

⁹⁹ Tükel,B., Acuner,A.M., Önder,Ö.R., Üzgül,A., "Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Sayı:4, 2004, s.206.

¹⁰⁰ Steven R. Steiber; "William J. Krowinski, Measuring and Managing Patient Satisfaction", AHA American Hospital Publishing, inc., 1990, s.17.



Şekil 9:Tatmin Oluşumu

Kaynak: Steven R. Steiber, William J. Krowinski, Measuring and Managing Patient Satisfaction, AHA American Hospital Publishing, inc., 1990, s.17.

Tatmin, beklentilerin bir fonksiyonudur. Beklentiler; aynı ya da benzer durumdaki geçmiş tecrübelerle ilgili olarak oluşmaktadır. Bu nedenle; hastanın önceki tecrübelerinden elde ettiği tatmin düzeyinin onun beklentilerinin şekillenmesinde ve buna bağlı olarak kendisine sunulan sağlık hizmetinden tatmin duyup duymamasında ve tatmin gücünün belirlenmesinde etkisi vardır. Beklentiler zaman içinde değiştikçe duyulan tatmin düzeyi de değişmektedir. Buna bağlı olarak geçmişte yeterli olarak algılanan bir sağlık hizmeti daha sonra yetersiz olarak düşünülebilir. Ayrıca hastaların değer yargıları da zaman içinde değişmektedir. Değişen değer yargılarının gerisinde kalan sağlık hizmetleri de tatminsizlik yaratacaktır. Burada göz önünde bulundurulması gereken bir hususta sağlık hizmetleri sunan sağlık kurum ve kuruluşlarının performansı ile sadece tatmini etkilemekle kalmadığı, aynı zamanda yeni beklentiler de yaratacağıdır ki bunlar da gelecekteki tatmin düzeyini etkileyecektir¹⁰¹.

Hasta tatminsizliği sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanabileceği gibi, genel refah düzeyine bağlı olarak da değişiklik gösterebilir. Refah düzeyi arttıkça diğer konularda olduğu gibi sunulan sağlık hizmetlerinde de hastaların beklentileri de değişecektir. Sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan tatminsizlik sağlık işletmelerinin kontrolü dışındadır. Bununla beraber tüketici tatmini üzerine yapılan

¹⁰¹ Ak, B., "Hasta Deneyiminin Ölçümü" Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, sayı: 486, İstanbul, 2002, s.62.

çalışmalar bu tür bir tatminsizliğin azınlıkta olduğunu, buna karşılık pazarlama hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan tatminsizliğin ise çoğunlukta olduğunu göstermektedir¹⁰².

Sağlık hizmetleri sağlayıcıları için hasta tatmini, yüksek oranda hastaların elde tutulması, olumlu kulaktan kulağa iletişim ve yüksek kârlılık, hastanın doktor tarafından kendisine verilen tavsiyelere ve isteklere uyma eğilimini artırması gibi olumlu sonuçlar doğurucu etkiler yaratır. Bu nedenlerden dolayı, hasta tatmininin bilinmesinin sağlık kurumları açısından büyük yararları bulunmaktadır.¹⁰³

3. Hasta Beklentileri

Beklentiler, müşterinin (hastanın) kullanacağı ürün performansına yönelik tatmin ve inançlardır. Bir başka tanıma göre beklentiler, müşterinin (hastanın) bir ürünün ya da hizmetin özelliklerine ilişkin ya da gelecekteki bir zamanda tercih etmesi konusundaki inançlarıdır¹⁰⁴.

Genel olarak, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini etkileyen faktörleri şöyle özetleyebiliriz.¹⁰⁵

- Hastaların Tıbbi ihtiyaçları; sağlık sorunlarını yavaşlatma, tedavi olma ya da belirli bir hastalığın ilerlemesini önleme ihtiyaçları hastaların beklentilerinin belirlenmesinde önemlidir.
- Mevcut ve diğer sağlık örgütlerinden edinilen tecrübeler; hastaların sağlık bakım hizmeti ile geçmişteki karşılaşmalarından elde ettikleri deneyimlerdir.
- Teknoloji ve çevre bilgisi; hastaların sosyo-kültürel durumlarına göre, mevcut hizmet çeşitlerini, hizmet faaliyetlerinin risklerini ve hizmetlerin teknolojik düzeyini

¹⁰² Ak, a.g.m., s.62.

¹⁰³ Dursun,Y., Çerçi,M., “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:23, 2004, s.3-4

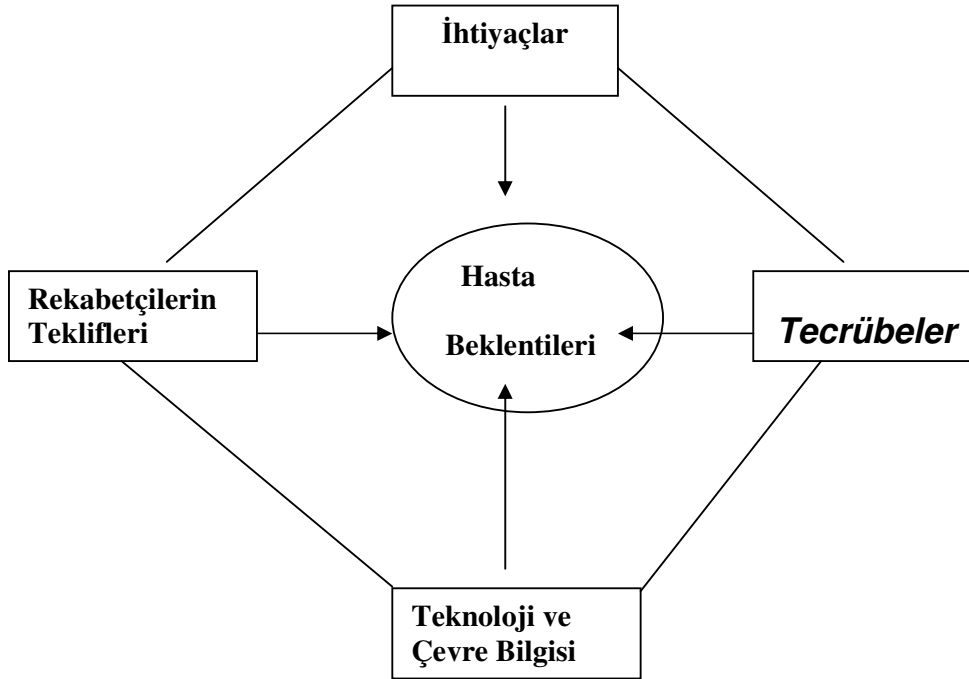
¹⁰⁴ Devedbakan, N., “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006, s.123

¹⁰⁵ Vincent K.Omachonu, Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991, s.34-35.

bildikleri belirtilmektedir. Ayrıca hastaların yakınları, arkadaşları ve ziyaretçileri gibi diğer kişilerin tecrübelerinden elde ettikleri bilgileri önemlidir.

- Rekabetçilerin tavsiyeleri; diğer sağlık bakım örgütlerinin tavsiyelerini ya da tavsiye vaatlerini bilmek hasta beklentileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Ayrıca hastaların psikolojik durumları ve zihinlerinde oluşan kalite olgusu da hastaların hizmetlerden beklentilerini etkileyen faktörlerdir.



Şekil 10:Hasta Beklentilerini Etkileyen faktörler

Kaynak: Vincent K.Omachonu, “Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations”, American Society for Ouality Control, Wisconsin, 1991, s.43.

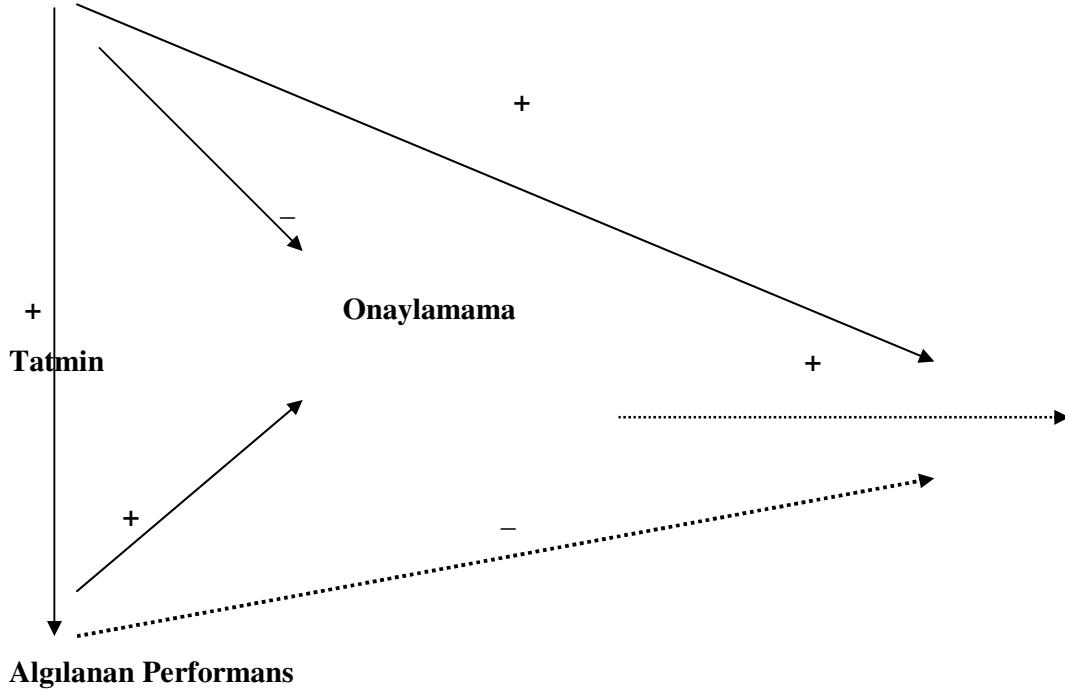
Müşteri tatmininin oluşumu hakkında literatürde birbirinden farklı kurmalar geliştirilmiştir. Söz konusu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması, Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki), Benzeşim, Benzeşim – Karşıtlık, Denkserlik, Atfetme, Kıyaslama Düzeyi ve Uyumlaştırma kuramlarıdır. Ancak bu alanda en çok kabul gören kuram; Beklentinin Onaylanmaması Kuramı’dır¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Devebakan, N., “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006, s.124

Richard Oliver'in beklentinin onaylanmaması kuramı'na göre, müşteriler satın alma ve kullanma öncesinde, ürünün kullanım anında göstereceği performansa yönelik beklentilere girerler. Burada beklenen sonuç tatmindir. Söz konusu kurama göre, müşteri satın alma eylemine beklentileriyle girmekte ve satın alma veya kullanma sonucunda algıladığı performans ile satın alma öncesindeki beklediği ürün performansını kıyaslamaktır. Kıyaslama sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir. Şekil-11'de görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin yargılarının beklentiler ve beklentilerle algılanan performans kıyaslaması sonucu oluşan onaylamamanın tatmin, negatif onaylamama ise tatminsizlik şeklinde duygusal tepkilere neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ürünün performansı, beklenenden daha iyi, aynı ve çok daha kötü çıkabilir¹⁰⁷ .

¹⁰⁷ Devedbakan, a.g.m., s.125

Beklentiler



Şekil 11: Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci

Kaynak: Devebakan, N., "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006, s.125

4. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Hastaları tatmin etmek, onların istek ve beklentilerini karşılamak için yöneticinin, hasta tatminini etkileyen faktörleri belirlemesi gereklidir. Böylece yöneticiler, hasta tatminini yükseltmek için neler yapılması gerektiğini belirleyebilirler. Çok boyutlu bir kavram olan hasta tatminini hangi faktörlerin etkilediği konusunda tam bir görüş birliğinin bulunmadığı gözlenmektedir.

Wolley hasta tatmini üzerinde etkili olan temel faktörleri dört grup altında toplamıştır. Bunlar ;¹⁰⁸ Çıktılardan memnuniyet, hizmetlerde devamlılık (süreklilik), hasta beklentileri, doktor-hasta ilişkileri.

¹⁰⁸Üzgül,A., "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti", <http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/gazihass.htm> , (28/02/2007)

Steiber ve Krowinski ise, hastaların hastane tecrübelerine yönelik olarak yapılan hasta tatmini araştırmasının sonucunda, hastaların belirttikleri bakım boyutlarını 11 başlık altında tatmin ortalaması en yüksek olandan en düşük olana doğru şöyle sıralamışlardır¹⁰⁹: Temizlik, ziyaretçi politikası, doktor bakımı, hemşire bakımı, oda hizmetleri, personel hizmetleri, genel bakım, giriş ve taburcu hizmetleri, park hizmetleri, beslenme hizmetleri ve bakım maliyeti.

Pitzpatrick ise, hasta tatmininde altı grupta topladığı sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve bulunabilirliği, hasta, doktor ve personel ilişkisi, hasta bakım kalitesi mesleki beceri, bakımın örgütsel yönü, devamlılık hastanın kişilik yapısı değişkenlerinin incelenmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir¹¹⁰.

Jones ve arkadaşlarının, hasta tatmini ile ilişkilendiren bu faktörleri, dört ana grupta topladıkları izlenmektedir. Bunlar:¹¹¹

- Sağlık Statüsü, hizmet beklentileri ve sosyo-demografik ayrıntıları içeren hasta özellikleri,
- Bakımın teknik ve sanatsal (fonksiyonel) yönünü ve personelin özelliklerini içeren hizmeti sunanların özellikleri,
- Hasta ve hizmeti sunanlar arasında iletişim açıklığı ve bütünlüğüne dayanan, sürekli bir ilişki içeren doktor-hasta ilişkisinin durumu,
- Hizmetin oluşturulmasını, yapısını ve kabul edilebilirliğini içeren çevresel faktörler.

Carey ve Seibert, yatan hastalar ve ayaktan tedavi gören hastaların belirttikleri tatmin boyutlarını ayrı olarak incelemişlerdir. Yatan hastaların tatmin boyutları; doktor bakımı, hemşire bakımı, tıbbi sonuç, nezaket, beslenme hizmetleri, konfor ve temizlik, kabul/faturalama ve dini bakımdır. Ayaktan tedavi olan hastaların tatmin boyutları ise;

¹⁰⁹ Steven R. Steiber, William J. “Krowinski, Measuring and Managing Patient Satisfaction”, AHA, American Hospital Publishing, inc., 1990, s.13.

¹¹⁰Üzgül,A., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/gazihass.htm> , (28/02/2007)

¹¹¹ R.B. Jones, H. Whlie Carnon, A.J. Hedley, “How do we Measure Consumer Opinions of Outpatient Clinics?”, Public Health, 1993, V.107, s..235.

doktor bakımı, hemşire bakımı, tıbbi sonuç, kuruluş özellikleri, bekleme zamanı, tetkik hizmetleri ve kayıt sürecidir¹¹².

Foletti ve meslektaşları, Avusturyalı hastalarla yaptıkları araştırmalarında, beklentilerle sonuçları karşılaştırarak, iletişim, bakım ve güven, profesyonel tutumlar ve davranışlar, hastanın çalışanlara itimadı, doktora güven ve doktorun teknik yeteneğini içine alan altı tatmin boyutu belirlemişlerdir¹¹³.

Greenfiend ve Attkisson da, birincisi “çalışanların davranış ve becerileri” ve ikincisi “hastaların algıladığı bakım sonucu” olmak üzere birbiriyle ilişkili iki nosyon halinde hasta tatmini belirtmektedirler. Birincisi, çalışanların davranışları, bilgi ve yeteneği, genel tatmin, dinlenme ve anlama kabiliyeti, doğruluk ve gerçeklerin güven verici bir şekilde saklanması olmak üzere altı temel unsurda toplanmaktadır. İkincisi ise, hastalık belirtilerinin iyileşmesini sağlamak ve iyi bakımın sürekliliği ya da hastalığı önleme olarak ifade edilmektedir.¹¹⁴

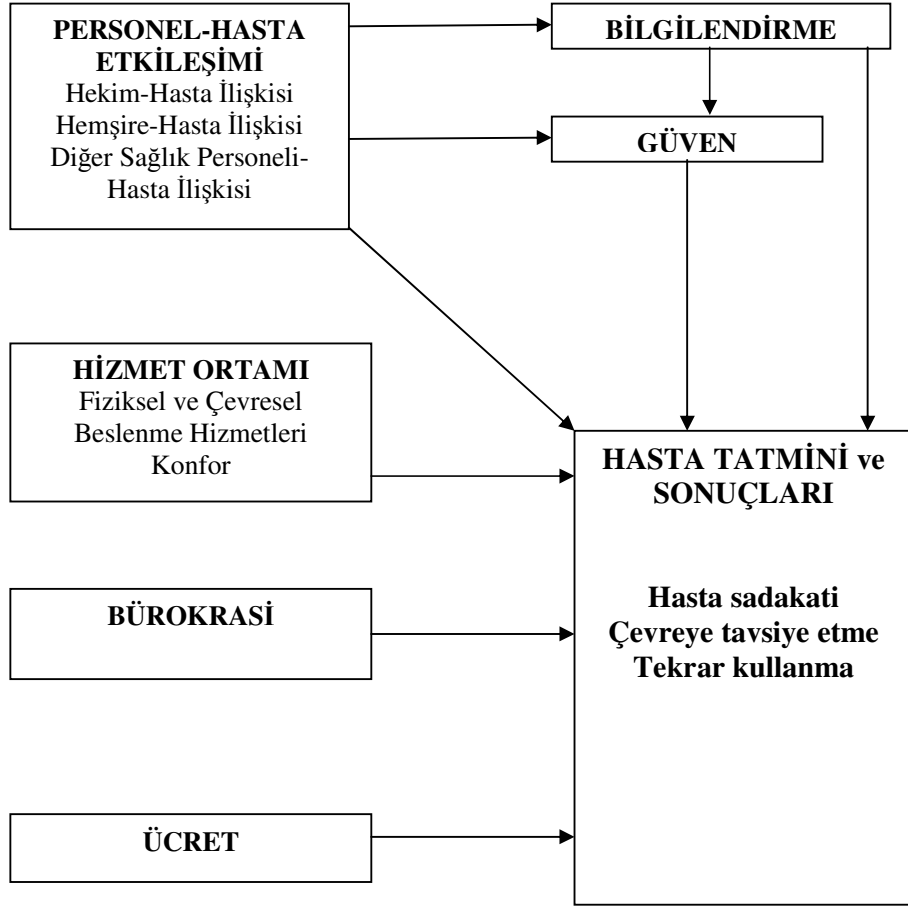
Bir kısmı yukarıda belirtilen ve hasta tatmini araştırmalarının en çok üzerinde durdukları, önemli bulunan ve şekilde de gösterilen tatmini boyutlarından bazıları aşağıda açıklanmaktadır.¹¹⁵

¹¹² Raymond . Carey; Jerry H. Seibert, “A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity”, Medical Care, 31(9), 1993, s.839.

¹¹³ Lewis.J.R., “Patient Views on Quality Care in General Practice :Literature Review”, Social Science And Medicine ,1994, 39 (5), s.656.

¹¹⁴ Lewis.J.R., “Patient Views on Quality Care in General Practice :Literature Review”, Social Science And Medicine ,1994, 39 (5), s.656.

¹¹⁵ Kavuncubaşı,,Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.297-302.



Şekil 12:Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.298.

a) Personel Hasta Etkileşimi

Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimi ve hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkililiği üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır.

✓ **Doktor- Hasta İlişkisi:** Hekimlerin kişilerarası ilişki (interpersonal relationship) becerisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar. Kavuncubaşı, Esatoğlu ve Ersoy tarafından yapılan araştırmaya göre; yaşlı hastalar, doktorlardan, hastalara karşı yakın ve arkadaşça davranmalarını,

hastalara yeterli zaman ayırmalarını, hastaları dinlemelerini, yardımı ihtiyaç duyduklarında hemen yanıt vermelerini ve yeterli teknik bilgiye sahip olmalarını istemektedir.

Hekim davranışı, hasta tatmini yanında, verilen hizmetin etkililiğini de arttırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler.

✓ **Hemşire-Hasta Etkileşimi:** Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör hemşire hasta etkileşimidir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süreci boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel grubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire personelin davranışlarının hasta tatminine önemli etkisi bulunmaktadır. Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan araştırmada, hemşire personelin davranışlarından memnun olan hastaların genel tatmin düzeyinin de yüksek olduğu belirlenmiştir.

b) Bilgilendirme

Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta, durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedir. Hastaların hastalık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarda saptanmıştır.

Bilgilendirme hasta tatmini yanında verilen hizmetlerin etkililik düzeyini de arttırmaktadır. Hastaların, verilen tedavi hizmetinin ayrıntıları konusunda hekimler tarafından aydınlatılmaları onların tedaviye uyum ve bağımlılıklarını arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin hastaları bilgilendirirken, sade, teknik olmayan, anlaşılır ifadeler kullanması gereklidir.

Bilgilendirme, aynı zamanda, temel hasta haklarından birisidir. Türkiye’de uygulanan hasta hakları yönetmeliğinin 15–20 maddeleri, hastaların bilgilendirme haklarıyla ilgili düzenlemeleri içermektedir.

c) Beslenme Hizmetleri

Hastaların tatminlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bir araştırmada, hastaların hastane hizmetleri ile ilgili olarak yaptıkları açıklama ve değerlendirmelerde beslenme hizmetlerine çok yer verdikleri bulunmuştur.

Hastalar yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa, sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler. Kardeş'in araştırmasında, hastaların beslenme hizmetlerinin kalitesi ve sunumundan memnun olmadıkları saptanmıştır.

d) Fiziksel ve Çevresel Koşullar

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

e) Bürokrasi

Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin (resmi işlemler) tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır.

f) Güven

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

g) Ücret

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

5. Hasta Tatminin Önemi

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Sağlık kurumlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedir. Bunlar¹¹⁶:

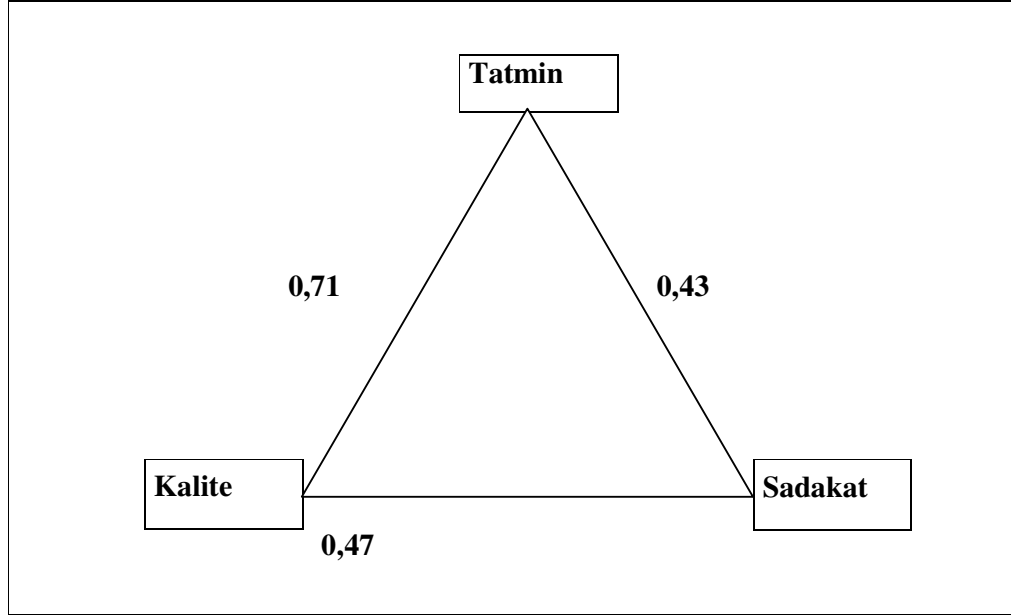
- İnsancıl nedenler: Hastalar hassas durumdadırlar ve fiziksel, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır.
- Etkililik: Memnun olana hizmet vermek daha kolay olmakta; hizmet daha etkili olmaktadır. Çünkü hasta uyumu sağlanabilmektedir.
- Ekonomik Nedenler: İnsanların artık daha çok seçeneği bulunmaktadır. Tercih edilmek için hastayı ve yakınlarını da memnun etmek zorunludur.
- Pazarlama: Hizmet alan hastalar ve yakınları deneyimlerini başkalarına aktarmaktadırlar. Bazı çalışmalar, insanların sağlık hizmeti konusundaki bilgilerini gittikçe artan oranda arkadaşlarından, yakınlarından, çevrelerinden aldığını ortaya koymaktadır.

Sağlık kurumları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklaşmaktadır. Hasta sadakati, hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, diğer yandan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesi” olarak tanımlanabilir¹¹⁷. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır. Çeşitli Araştırma sonuçları, hasta sadakatinin, hastaların demografik ve psikolojik özellikleri, sağlık durumları, hizmetin sunumu gibi faktörlerden etkilenmesi yanında hasta tatmini ile de ilişkili olduğunu göstermektedir. Steiber ve Krowinski, Amerika’da yaptıkları bir araştırmada kalite, tatmin ve hasta sadakati arasında yüksek

¹¹⁶ Donabedian, A. “How can it be assessed?,” The Quality of Care, JAMA, 1998 sayı:260,s.1748

¹¹⁷ Engiz, O., “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, Hastane Yöneticiliği, Ed. Hayran, O., Sur, H., İstanbul, 1997, s.83.

düzye bir korelasyon bulunduğunu belirtmektedirler. Bu araştırmada bulunan tatmin ile kalite arasındaki ilişkinin 0.71, tatmin ve hasta sadakati arasındaki ilişkinin 0.43 ve kalite ile hasta sadakati arasındaki ilişkinin de 0.47 olduğu Şekil 13’da görölmektedir¹¹⁸. Buna göre sağlık işletmesinin sunduğu hizmetlerden tatmin olan hastaların aynı zamanda sunulan hizmetleri de yüksek kaliteli olarak algıladıkları söylenebilmektedir.



Şekil 13:Kalite, Tatmin ve Sadakat Arasındaki ilişki

Kaynak: Steven R. Steiber, William J. Krowinski, Measuring and Managing Patient Satisfaction, AHA American Hospital Publishing inc., 1990, s.21.

Peyrot; Cooper ve Schnapf tarafından yapılan bir araştırmada da hasta tatmini ve hizmet sunucularını başkalarına tavsiye etme isteği, hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar, sağlık işletmesinin hizmetleriyle ilgili tıbbi olmayan açılardan yapacakları değişikliklerle, pazarlama faaliyetinin sonucunu arttırıp arttıramayacaklarını araştırmışlar ve araştırmalarının sonucunda sağlık işletmesinde tıbbi bakımın teknik kalitesi ve ücreti dışındaki özelliklerin (örneğin rahatlık, bilgilendirilme,

¹¹⁸ Steven R. Steiber; William J. Krowinski, "Measuring and Managing Patient Satisfaction", AHA American Hospital Publishing, inc., 1990, s.21.

kişiler arası sıcaklık gibi) iyileştirilmesiyle, hasta tatmininin ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye etme isteğinin artırılabilceğini tespit etmişlerdir ¹¹⁹.

Hastaların sağlık kuruluşuna sadık olmasının yararları ayrıntılı olarak incelendiğinde hasta sadakati adı verdiğimiz davranışın en temel etkisinin hastayı elde tutma olduğu görülmektedir. Sadık hasta sonraki hizmet ihtiyaçlarında aynı tedarikçiyi tercih eder. Hizmetin büyük miktarlarda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım, reklam giderlerinde azalma görülecektir¹²⁰.

Hasta sadakatının diğer bir etkisi de memnun hastaların kurumu ürün/hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesidir. Gerçekten de yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının kuruluşun devamlı hastaların tavsiyeleri ile elde edildiği araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Artık kuruluşlar sadık hastalarla çalıştıklarında, elde edecekleri kazancı hesaplamaktadırlar, örneğin ABD’de hayatı boyunca bir özel hastaneden hizmet alan hastadan (ortalama büyüklükteki ailesi ile birlikte) elde edilebilecek değer 250.000\$ olduğu belirlenmiştir. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin de eski bir hastayı elde tutmaktan 5–7 kez daha fazla olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur¹²¹.

Hasta ile güvenilir bir işbirliği elde edildiğinde, yani sadık bir hasta yaratıldığında, bu hasta kuruluşun sunduğu ürün/hizmete pazardaki diğer ürün/hizmetlerden daha fazla para ödemeye hazırdır. Bu da kuruluşun karına doğrudan etkisi olan bir unsurdur. Tüm bu etkilerin kuruluş için anlamı ise; mevcut ve tekrarlı hastalardan gelir, pazar payındaki artış, hasta kazanma maliyetinde ve işletme giderlerinde azalma, sonuç olarak kuruluşun karlılığıdır¹²².

¹¹⁹ Devecan, N., “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006, s.128

¹²⁰ Engiz, O., “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, Hastane Yöneticiliği, Ed. Hayran, O., Sur, H., İstanbul, 1997, s.83

¹²¹ Engiz, a.g.k., s.83

¹²² Engiz, a.g.k., s.84

6. Hasta Tatmini Ölçüm Yöntemleri

Rekabet gücünü artırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar.

Hizmet kalitesini yükseltmek için tatmin ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmektedir¹²³.

- Genel müşteri tatmininin ölçülmesi,
- Önemli hizmet özelliklerini müşterinin algılamasının ölçümü,
- Hizmet süreçlerindeki anahtar unsurların performansının ölçülmesi.

Birinci ölçüm şeklinde örgüt, herhangi bir sağlık hizmetleri alanında verilmiş olan hizmetin, hastalar tarafından nasıl algılanacağını tüm boyutları ile ölçmek istemektedir. Ölçüm, hizmetin tüm boyutlarını kapsar. Örneğin; dahiliye servisinde 3 gün geçiren hastalara; hizmet sunucular, genel konfor, temizlik, teknik yeterlik, beslenme hizmetleri alanlarında yapılan bir araştırma bu şekilde bir ölçümü kapsamaktadır.

Örgütün, özellikle üzerinde durduğu hizmet birimlerinde yapılan araştırmalar ikinci ölçüm türü içerisine girmektedir. Örneğin; hastalara, sadece doktor hizmetleri konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu araştırma bu tip bir ölçüm şeklidir.

Örgütün temel müşteri grupları üzerinde uyguladığı üçüncü ölçüm türü ise, hizmet süreçlerine ilişkin ölçümlerdir. Örneğin, hastaların hizmet zamanlamasını değerlendirmek için, örgütün kabul, taburcu ve hemşirelik hizmetleri gibi bir kaç anahtar süreci ölçmesidir.

Hasta memnuniyeti ölçümlerinin;

- ✓ Amaçlara uygun hazırlanmış olması
- ✓ Çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması
- ✓ Kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması
- ✓ Sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması

¹²³ Wendy Leebov; Gail Scott, Service Quality Improvement, The Customer Satisfaction Strarey for Health Care, AHA, 1994, s.89.

dikkat edilecek temel kriterlerdir.¹²⁴

Diğer araştırma konularında olduğu gibi, hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında da direkt ve indirekt yöntemler kullanılabilir. Direkt yöntemler, tatmin 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 geribildirimler, gerekse "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Direkt ve indirekt yöntemlerin birbirlerine göre çeşitli avantajları vardır¹²⁵.

Direkt Yöntemlerin avantajları; soru ve yanıtların, amaca yönelik olmasını sağlaması, sorunlara ve iyileştirmeye açık konulara yönlendirme yapması, hastanın duyu ve düşüncelerinin doğrudan öğrenilmesini sağlaması,

İndirekt Yöntemlerin avantajları, müdahale olmadığı için, rahatsız edici olmaması, spontan, yönlendirilmemiş veriler sağlaması, objektif göstergelerin kullanılmasını sağlaması olarak özetlenebilir.

Ölçme ve değerlendirme çalışmalarında kullanılan direkt ya da indirekt yöntemler, kantitatif (nicel) ve kalitatif (nitel) olmak üzere temelde iki farklı veri türü sağlamaktadır. Kantitatif olarak sınıflandırılan sayısal ve istatistiksel veriler, genellikle hasta tatmin düzeyinin, geçerlik ve güvenilirliği test edilebilen ölçüm araçları ile ölçülmesi sonucunda ya da hasta tatmininin indirekt göstergeleri olarak kabul edilen ölçülebilir kalite göstergelerinin izlenmesi ile elde edilmektedir. Kalitatif verilere ise yüz yüze ikili görüşme, telefon görüşmeleri, odak grup görüşmeleri ve gözlem gibi yöntemler ile ulaşılabilmektedir. Kalitatif ve kantitatif verilerin birbirlerine göre çeşitli avantajları vardır¹²⁶.

¹²⁴ Engiz, a.g.k ,s.71

¹²⁵ Türköz, Y., "Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği", <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm> ,22.02.2007

¹²⁶ Türköz, Y., "Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği", <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm> ,22.02.2007

Kantitatif veri sağlayan yöntemlerin avantajlarını; standardizasyon ve kontrol olanağı sağlaması, yanlılık ve sübjektiviteyi azaltması, istatistiksel değeri olması, maliyetin düşük olması, kalitatif veri sağlayan yöntemlerin avantajları; zengin bilgi sağlaması, hasta ile etkileşim olanağı vermesi, hastanın kendisini daha iyi ifade etmesini sağlayacak esnekliğe sahip olması, bireysel farklılıkları daha iyi yansıtmaları olarak belirtilebilir. Farklı yöntem ve veri türlerinin avantajları gözönünde bulundurulduğunda, ancak bunların birarada kullanıldığı entegre bir ölçme ve değerlendirme sistemi ile sağlıklı verilere ulaşılabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır¹²⁷.

Hastalardan geri bildirim toplamayı ve değerlendirmeyi sürekli hale getiren sağlık kuruluşları¹²⁸;

- Verimliliği, etkililiği ve kaliteyi yakalarlar,
- Sürekli kalite gelişimi içinde olurlar,
- Kalite odaklı kurumsal kültür oluşumunu hızlandırırlar,
- Rekabet güçlerini arttırıp, sektör lideri olurlar.

Sağlık kuruluşları hastaların tatmin düzeylerinin belirlenmesi; hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulmasının sağlanması için hastaların tatmin düzeyini ölçmek ve geliştirmek için uygun sistemler geliştirilmelidir.

¹²⁷ Türköz, Y., "Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği", <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm>, 22.02.2007

¹²⁸ Engiz, O., Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. Hayran, O., Sur, H., Ed. Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997, s.71

IV. BÖLÜM

ARAŞTIRMA

1. Araştırmanın Yöntemi

Bu bölümde araştırmanın amacı, yöntemi, evren ve örneklem, problem cümlesi, alt problemler, verilerin toplanması ve analizi, araştırma sınırları, araştırmanın varsayımları ve hipotezleri ile araştırmada kullanılan analiz yöntemlerine ilişkin gerekli açıklamalar yapılmıştır.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada; 16–27 Temmuz 2007 tarihleri arasında Çatalca Devlet Hastanesi polikliniklerinde tedavi gören hastaların, uygulanan anket sorularına verdikleri cevaplar baz alınarak, hastanenin hizmetlerinden duydukları tatmin düzeylerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Tespit edilen tatmin düzeyine göre ortaya çıkacak tablonun yorumlanması ve hastane için yapılması gereken iyileştirme faaliyetlerinin genel çerçevesinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

1.2.Araştırma Yöntemi

Araştırma için yararlanılacak yöntem yüz yüze (kişisel görüşme) anket görüşmesidir. Yüz yüze anket yöntemi cevaplama oranının yüksek olması ve soru sorulmasına imkan vermesi yönünden tercih edilmiştir.

Verilerin toplanması için “Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu” kullanılmıştır. (Bkz: Ek) Anket formunun hazırlanmasında literatür taraması sonucu elde edilen dokümanlardan, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan “Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu” ndan, orijinali Lawrence’a ait olan ve Taşdemir tarafından çevirisi yapılarak “Ayakta Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi” adlı tezinde kullandığı anket formundan yararlanılmıştır.

Araştırma anket formunda hastalara polikliniklerde almış oldukları hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri ve kişisel tatminleri sorulmuştur. Anket formunda polikliniğe gelen hastaların polikliniklerin hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini içeren sorularda 5'li Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. (5-Kesinlikle katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılmıyorum, 1- Hiç katılmıyorum). Anket formunda ayrıca iki cevaplı, sıralamalı ve açık uçlu sorulara yer verilmiştir.

Çalışmada kullanılan ölçek, memnuniyet seviyesinin tespit edilmesi amacıyla hazırlanan anketlerde en sık kullanılan ve güvenilirliği yüksek (Cronbach's Alpha=0,939) bir ölçektir. Hazırlanan anket sorularının 14 soruluk ilk bölümünde hastaların sosyodemografik bilgilerine ulaşılmak istenmiştir. Anketin diğer kısmında, yani 15–37 soruları arasında, hastanenin verdiği hizmetlerden hastaların duydukları tatmin düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır.

1.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, anketin yapıldığı dönemde tedavi olmak için Çatalca Devlet ve Bölge Trafik Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılacak hastaların seçiminde “rasgele örnekleme yöntemi” kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü 2006 yılında 140.000 olan hasta sayısının %4'ü alınarak tespit edilmiştir. Örneklem içerisinde acil servise başvuranlar, anket formunu yanıtlayamayacak olanlar ve 15 yaşından küçük hastalar hariç bırakılmıştır.

1.4.Problem Cümlesi

Hastaneyi tercih eden hastaların, hastaneden aldıkları hizmetlerden duydukları tatmin düzeylerinin belirlenmesi ve iyileştirme önerilerinin tespit edilmesi istenmektedir.

1.5.Alt Problemler

Anket sonuçlarından elde edilen puanlar ayrı ayrı yorumlanarak hastanenin vermiş olduğu hizmetlerden hastaların duyduğu memnuniyet seviyeleri değerlendirilebileceği gibi, memnuniyet puanlarının aritmetik ortalamalarına göre hesaplanacak olan genel memnuniyet puanına göre de değerlendirme yapılabilecektir.

Bunlara ilave olarak çalışma sonunda yapılmak istenen analizler bulunmaktadır. Bu analizler aşağıdaki başlıklar altında yapılacaktır.

a) Hastaların sosyodemografik özellikleri olan cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları ile sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan sürenin ve genel memnuniyet puanı üzerindeki etkilerinin analiz edilmesi,

b) Hastaların doktorun muayenede gösterdiği ilgiden duydukları memnuniyet ile muayene için muayene odasında kalınan süre arasındaki ilişkinin şiddetinin ve yönünün tespit edilmesi,

c) Hastaların hastane hizmetlerine karşı duydukları genel memnuniyet puanları ile hastaneyi tekrar tercih etmeleri arasındaki ilişkinin şiddetinin ve yönünün tespit edilmesi,

d) Hastaların hastane hizmetlerine karşı duydukları genel memnuniyet puanları ile hastaneyi tavsiye etmeleri arasındaki ilişkinin şiddetinin ve yönünün tespit edilmesi,

e) Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmeleri ile sosyodemografik özellikleri olan cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları ve sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasındaki ilişkinin şiddetinin ve yönünün tespit edilmesi,

f) Hastaların hastaneyi tavsiye etmeleri ile sosyodemografik özellikleri olan cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları ve sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasındaki ilişkinin şiddetinin ve yönünün tespit edilmesi,

g) Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerinin polikliniklere göre dağılımlarının tespit edilmesi,

- h) Hastaların hastaneyi tavsiye etmelerinin polikliniklere göre tespit edilmesi,
- i) Hastaların gördükleri eksik/aksak hususlarla ilgili önerilerinin dağılım grafiğinin tespit edilmesi.

1.6.Verilerin Toplanması

Verilerin düzenli bir şekilde toplanması maksadıyla hazırlanan anketin hastanede uygulanabilmesi için öncelikle İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır. Hazırlanan anketler 15 gün süreyle polikliniklere muayeneye gelen hastalara birebir uygulanmıştır. Toplam 565 hasta üzerinde uygulanan anket içerisinde 561 adedi analizlerde kullanılmıştır.

1.7.Verilerin Analizi

Araştırmada, verilerin analizi bilgisayarda SPSS 13.0 ve MINITAB 15 programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu programlar veri toplama aracı ile elde edilen verilerin istatistiksel olarak çözümlerinin yapılması ve anlamlandırılabilmesi maksadıyla, araştırma alt problemlerinin gerektirdiği istatistik araçlarını (ortalama, standart sapma, ilişki analizleri, bağımlılık testleri, dağılım grafikleri, çözümlene teknikleri vb.) içermektedir. Bu programların yanında veri toplama aracından elde edilen verilerin sağlıklı şekilde girişlerinin sağlanması ve tasniflerinin yapılması maksadıyla Microsoft Office Excel paket programından yararlanılmıştır.

Çalışmada ilk önce araştırmaya denek olarak katılan bireyler hakkında bilgi sağlanması maksadıyla anketin birinci bölümünde yer alan sosyodemografik sorulara ait frekans tabloları ve dağılım grafikleri verilmiştir. Daha sonraki bölümde alt problemlere uygun olarak belirlenen araştırma hipotezleri sırasıyla uygun istatistiksel araçlar kullanılarak test edilmiştir.

Kullanılacak istatistiksel araçların seçimi aşamasında öncelikle testlerin parametrik veya parametrik olmayan olarak belirlenmesi gerekmektedir. Bu maksatla; verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları “Kolmogorov-Smirnov Testi” ile incelenmiştir. Ölçekte yer alan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin normal dağılıma uyanlar için analizlerde

parametrik, normal dağılıma uymayanlar için ise analizlerde parametrik olmayan test araçları kullanılmıştır. Bu araçlar; “DOE” (Design Of Experiment) – Faktöriyel Deney Tasarım Modeli Faktör Analizi, “Pareto Analyze” – Pareto Analizleri, “Residual Analyze Plots” – Model Artık Analizleri, “Correlations Analyze” – Etkenler Arası İlişki Analizi (Korelasyon Analizi), “Bar Chart Graphs” – Yığılımlı Gösterim Grafikleri, “Main Effects Plot” – Ana Etkenler Ortalama Çizelgeleri olarak verilebilir.

1.8.Araştırma Sınırları

Araştırma, Çatalca Devlet Hastanesi’nde bulunan 11 polikliniğe ayakta tedaviye gelen hastalar ile sınırlandırılmıştır. Araştırmada kullanılan anketler sadece polikliniklere gelen hastalara uygulanmış olup, hasta yakınları, refakatçiler ve ziyaretçilere uygulanmamıştır.

1.9.Araştırma Varsayımları

Araştırma süresince yapılan analizlerin anlamlılık kazanabilmesi için, analizler aşağıdaki varsayımlardan hareketle yapılmıştır.

- a) Araştırma süresi olarak belirlenen on beş günlük süreç bir yıllık hasta dağılımını yansıtmaktadır.
- b) Araştırmada denek olarak kullanılan bireyler anket sorularına içtenlikle ve doğru olarak cevap vermişlerdir.
- c) Anket memnuniyet ölçümü için Likert Ölçeği’nin kullanılması uygundur.
- d) Sorulardan hesaplanan memnuniyet puanlarının aritmetik ortalaması “Genel Memnuniyet Puanı”nı vermekte ve bu puan hastane hizmetlerinden duyulan memnuniyeti temsil etmektedir.
- e) Tüm veriler ölçülebilir ve tekrarlanabilir verilerdir.

1.10.Araştırma Hipotezleri

Araştırmada kullanılacak hipotezler aşağıda verilmiştir.

1. Bağımsız değişkenlerin (hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre) genel memnuniyet puanlarına etkisi yoktur.
2. Doktor muayenesi ile ilgili durum ve doktorun muayene süresi arasında ilişki yoktur.
3. Hastaların hastane hizmetlerinden duydukları memnuniyet ile hastaneyi yeniden tercih etmeleri arasında ilişki yoktur.
4. Hastaların hastane hizmetlerinden duydukları memnuniyet ile hastaneyi tavsiye etmeleri arasında ilişki yoktur.
5. Hastaların yeniden tercih etmeleri ile hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasında ilişki yoktur.
6. Hastaların hastaneyi tavsiye etmeleri ile hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasında ilişki yoktur.

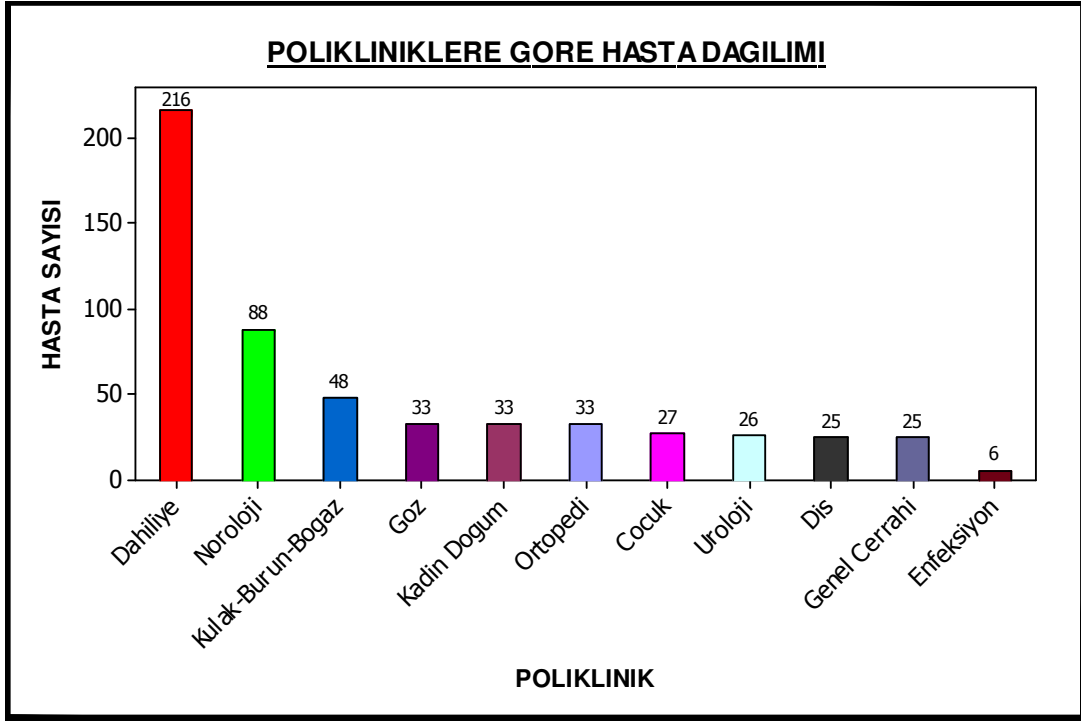
2. Verilerin Analizi Ve Bulgular

Araştırmada bir hastanede incelenen toplam 561 hastaya ilişkin bilgiler aşağıdaki tablolarda ve şekillerde gösterilmiştir. (Grafiklerde ve tablolarda verilen “*” işareti soruyu cevaplamayan hastaları ifade etmektedir.)

Araştırmada incelenenlerin; 216’sının (% 38,5) “Dahiliye”, 88’inin (% 15,7) “Nöroloji”, 48’inin (% 8,6) “Kulak-Burun-Boğaz”, 34’ünün (% 6,1) “Kadın Doğum”, 33’ünün (% 5,9) “Göz”, 33’ünün (% 5,9) “Ortopedi”, 27’sinin (% 4,8) “Çocuk”, 26’sının (% 4,6) “Üroloji”, 25’inin (% 4,5) “Genel Cerrahi”, 25’inin (% 4,5) “Diş”, 6’sının (% 1,1) “Enfeksiyon” polikliniğine başvurduğu tespit edilmiştir. Tablo 1 ve Şekil 14’de hastaların muayene oldukları polikliniklere göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 1: Muayene Olunan Polikliniğe Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

MUAYENE OLUNAN POLİKLİNİK	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Dahiliye	216	38,5	38,5	38,5
Genel Cerrahi	25	4,5	4,5	43,0
Kadın Doğum	34	6,1	6,1	49,0
Üroloji	26	4,6	4,6	53,7
Çocuk	27	4,8	4,8	58,5
Göz	33	5,9	5,9	64,3
Kulak-Burun-Boğaz	48	8,6	8,6	72,9
Nöroloji	88	15,7	15,7	88,6
Ortopedi	33	5,9	5,9	94,5
Diş	25	4,5	4,5	98,9
Enfeksiyon	6	1,1	1,1	100,0
Toplam	561	100,0	100,0	

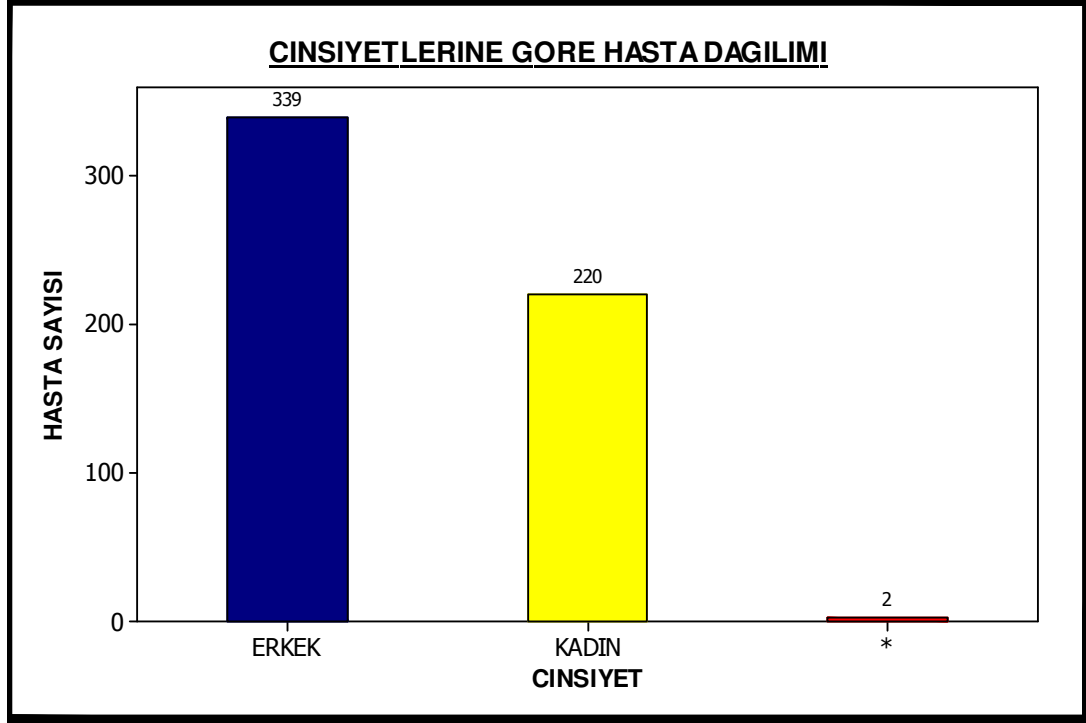


Şekil 14: Hastaların Muayene Oldukları Polikliniklere Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 339'unun (% 60,4) "Kadın", 220'sinin (% 39,2) "Erkek" olduğu tespit edilmiştir. Tablo 2 ve Şekil 15'de hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 2: Cinsiyetlere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

CİNSİYET	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Kadın	339	60,4	60,6	60,6
Erkek	220	39,2	39,4	100,0
Toplam	559	99,6	100,0	
Cevaplamayan(*)	2	0,4		
Genel Toplam	561	100,0		

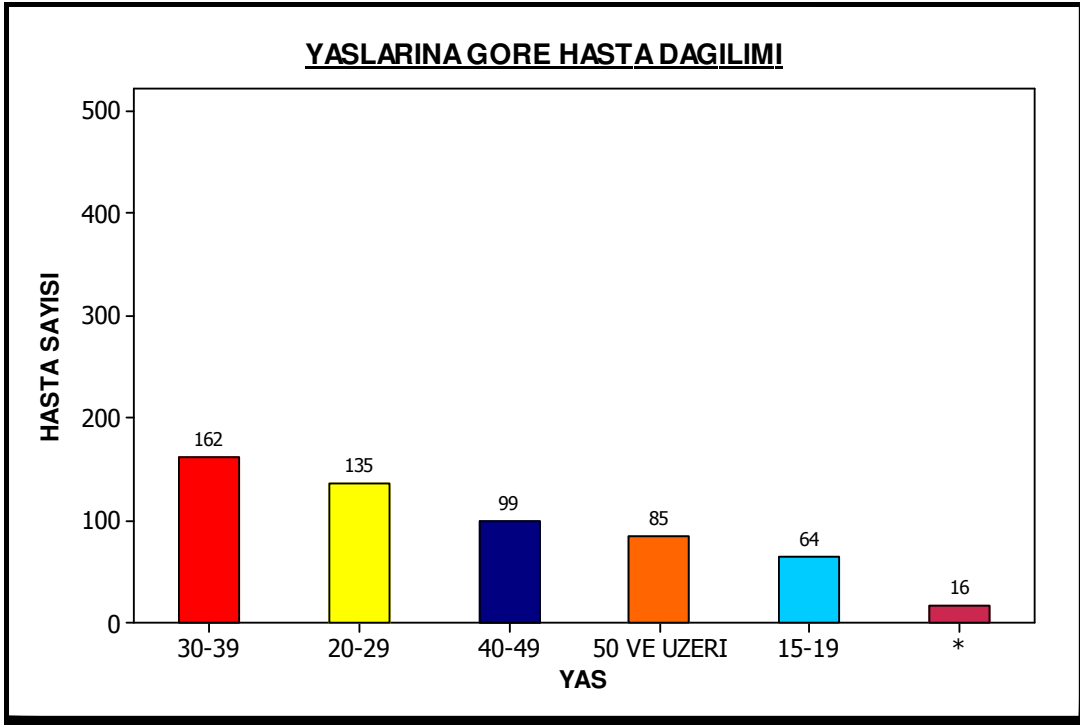


Şekil 15: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 162'sinin (% 28,9) "30-39", 135'inin (% 24,1) "20-29", 99'unun (% 17,6) "40-49", 85'inin (% 15,2) "50 ve üzeri", 64'ünün (% 11,4) "15-19" yaş aralıklarında olduğu ve 16'sının (% 2,9) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 3 ve Şekil 16'de hastaların yaş aralıklarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 3: Yaşlara Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

YAŞ	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
15-19	64	11,4	11,7	11,7
20-29	135	24,1	24,8	36,5
30-39	162	28,9	29,7	66,2
40-49	99	17,6	18,2	84,4
50 ve üzeri	85	15,2	15,6	100,0
Toplam	545	97,1	100,0	
Cevaplamayan(*)	16	2,9		
Genel Toplam	561	100,0		

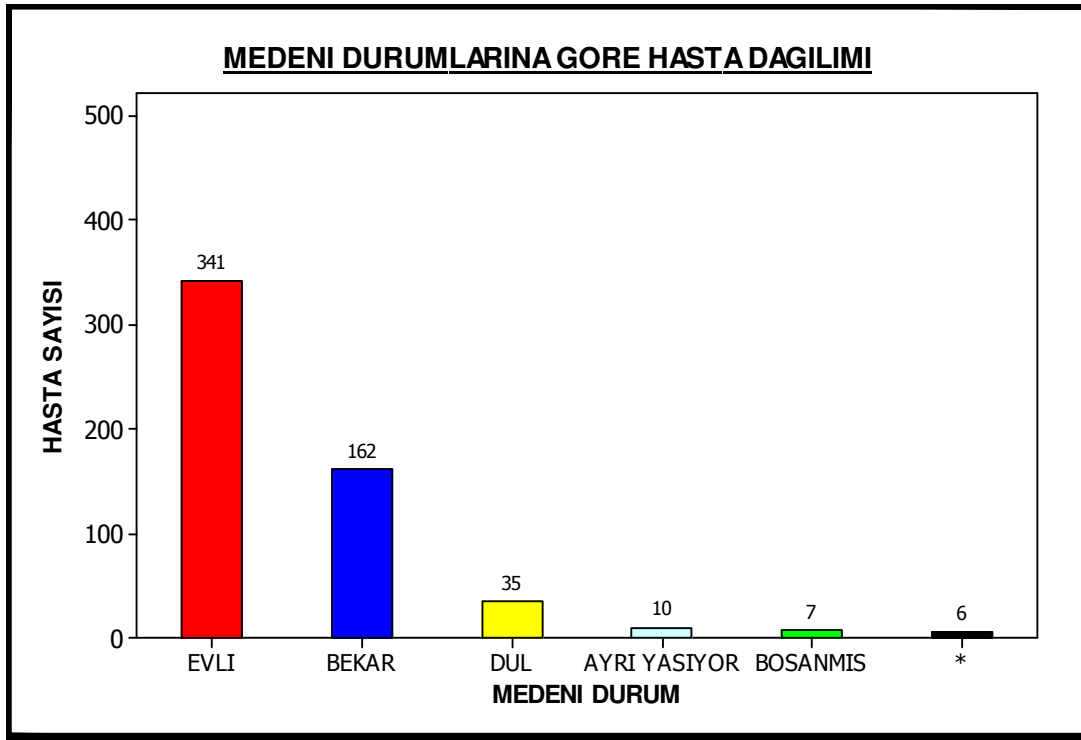


Şekil 16: Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 341'nin (%60,8) “Evli”, 162'sinin (% 28,9) “Bekar”, 35'inin (% 6,2) “Dul”, 10'unun (% 1,8) “Ayrı yaşıyor”, 7'sinin (% 1,2) “Boşanmış” olduğu ve 6'sının (% 1,1) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 4 ve Şekil 17'de hastaların medeni durumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 4: Medeni Durumlara Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Medeni Durum	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Bekar	162	28,9	29,2	29,2
Evli	341	60,8	61,4	90,6
Dul	35	6,2	6,3	96,9
Boşanmış	7	1,2	1,3	98,2
Ayrı yaşıyor	10	1,8	1,8	100,0
Toplam	555	98,9	100,0	
Cevaplamayan(*)	6	1,1		
Genel Toplam	561	100,0		

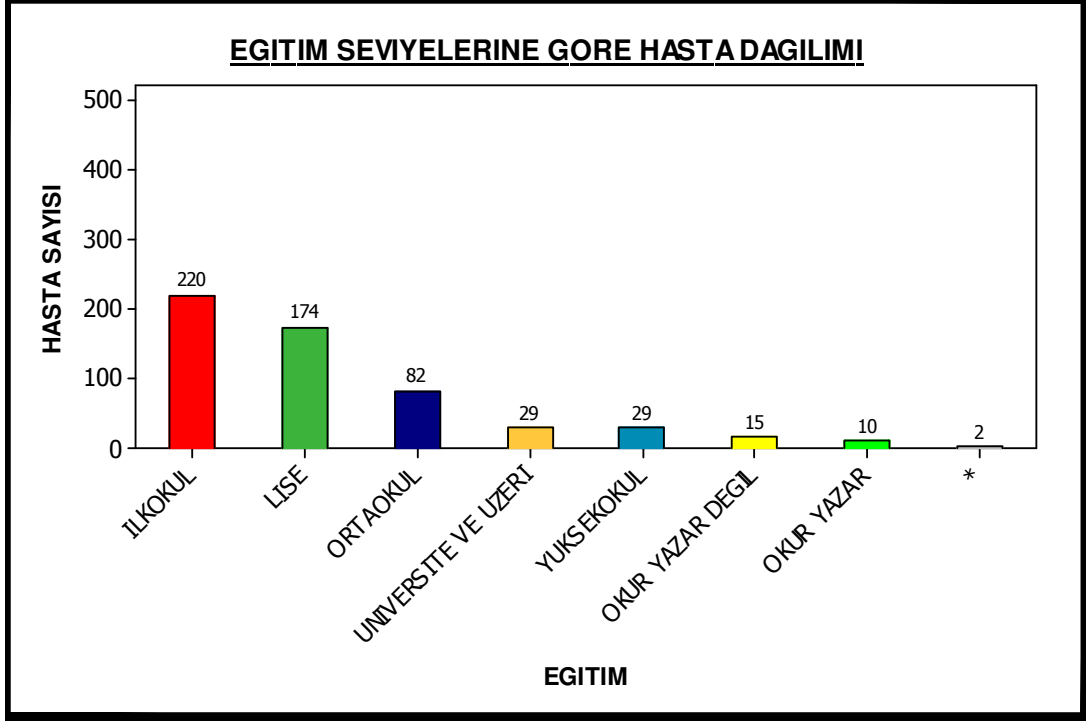


Şekil 17: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 220'sinin (% 39,2) "İlkokul", 174'ünün (% 31,0) "Lise", 82'sinin (% 14,6) "Ortaokul", 29'unun (% 5,2) "Yüksekokul", 29'unun (% 5,2) "Üniversite ve üzeri", 15'unun (% 2,7) "Okur Yazar değil", 10'unun (% 1,8) "Okur Yazar" eğitim düzeyine sahip olduğu ve 2'sinin (% 0,4) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 5 ve Şekil 18'de hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 5: Eğitim Seviyelerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Eğitim Durumu	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Okuryazar değil	15	2,7	2,7	2,7
Okuryazar	10	1,8	1,8	4,5
İlkokul	220	39,2	39,4	43,8
Ortaokul	82	14,6	14,7	58,5
Lise	174	31,0	31,1	89,6
Yüksekokul	29	5,2	5,2	94,8
Üniversite ve üzeri	29	5,2	5,2	100,0
Toplam	559	99,6	100,0	
Cevaplanmayan(*)	2	,4		
Genel Toplam	561	100,0		

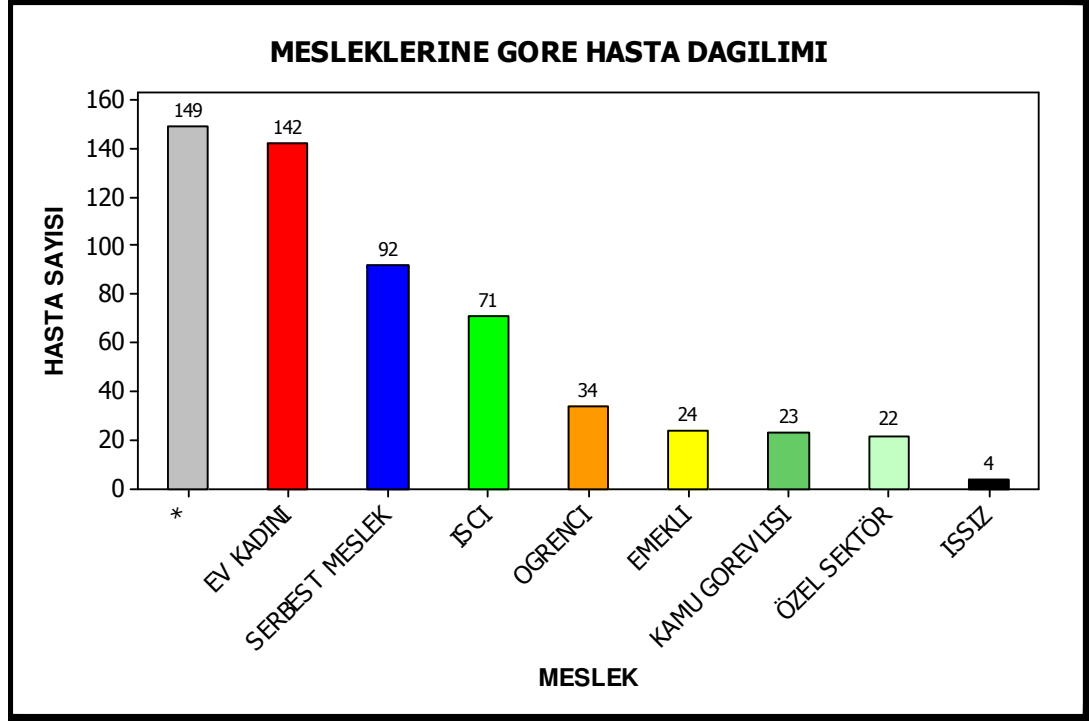


Şekil 18:Hastaların Eğitim Seviyelerine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 142’sinin (% 25,3) “Ev Kadını”, 71’inin (% 12,7) “İşçi”, 92’nin (% 16,4) “Serbest Meslek”, 34’ünün (% 6,1) “Öğrenci”, 24’ünün (% 4,3) “Emekli”, 23’inin (% 4,1) “Kamu Görevlisi”,22’sinin (%3,9) “Özel Sektör” ,4’nün “İşsiz” oldukları tespit edilmiştir. İncelenen hastaların 149’u (% 26,6) soruya cevap vermemiştir. Tablo 6 ve Şekil 19’de hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 6: Meslek Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Meslek Durumu	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
KAMU GOREVLISI	23	4,1	5,6	5,6
SERBEST MESLEK	92	16,4	22,3	27,9
ÖZEL SEKTÖR	22	3,9	5,3	33,3
EV KADINI	142	25,3	34,5	67,7
İSCI	71	12,7	17,2	85,0
EMEKLİ	24	4,3	5,8	90,8
OGRENCİ	34	6,1	8,3	99,0
ISSIZ	4	,7	1,0	100,0
Toplam	412	73,4	100,0	
Cevaplamayan(*)	149	26,6		
Genel Toplam	561	100,0		

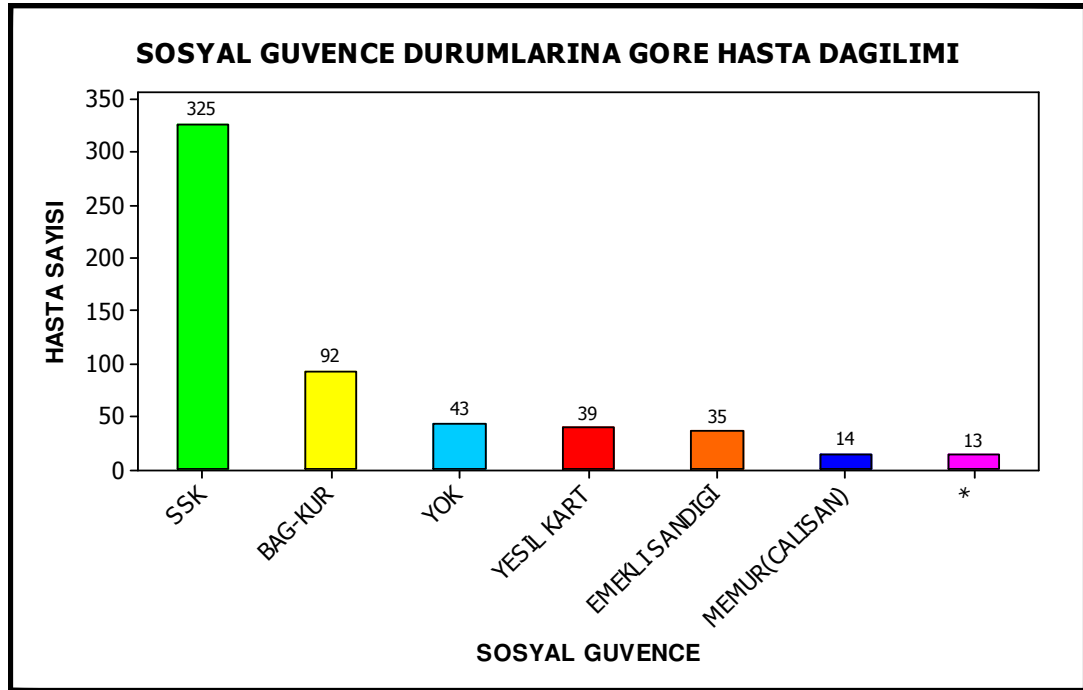


Şekil 19: Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 325'inin (% 57,9) "SSK", 92'sinin (% 16,4) "Bağ-Kur", 43'ünün (% 8,1) "Yok", 39'unun (% 7,0) "Yeşil Kart", 35'inin (% 6,2) "Emekli Sandığı", 14'ünün (% 2,5) "Memur Çalışan" sosyal güvencelerinden yararlandığı ve 11'inin (% 2,0) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 7 ve Şekil 20'de sosyal güvence durumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 7: Sosyal Güvence Durumlarına Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Sosyal Güvence Durumu	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Bağ-Kur	92	16,4	16,7	16,7
SSK	325	57,9	59,1	75,8
Emekli Sandığı	35	6,2	6,4	82,2
Yeşil Kart	39	7,0	7,1	89,3
Memur (çalışan)	14	2,5	2,5	91,8
Yok	43	8,1	8,1	100,0
Toplam	550	98,0	100,0	100,0
Cevaplamayan(*)	11	2,0		
Genel Toplam	561	100,0		

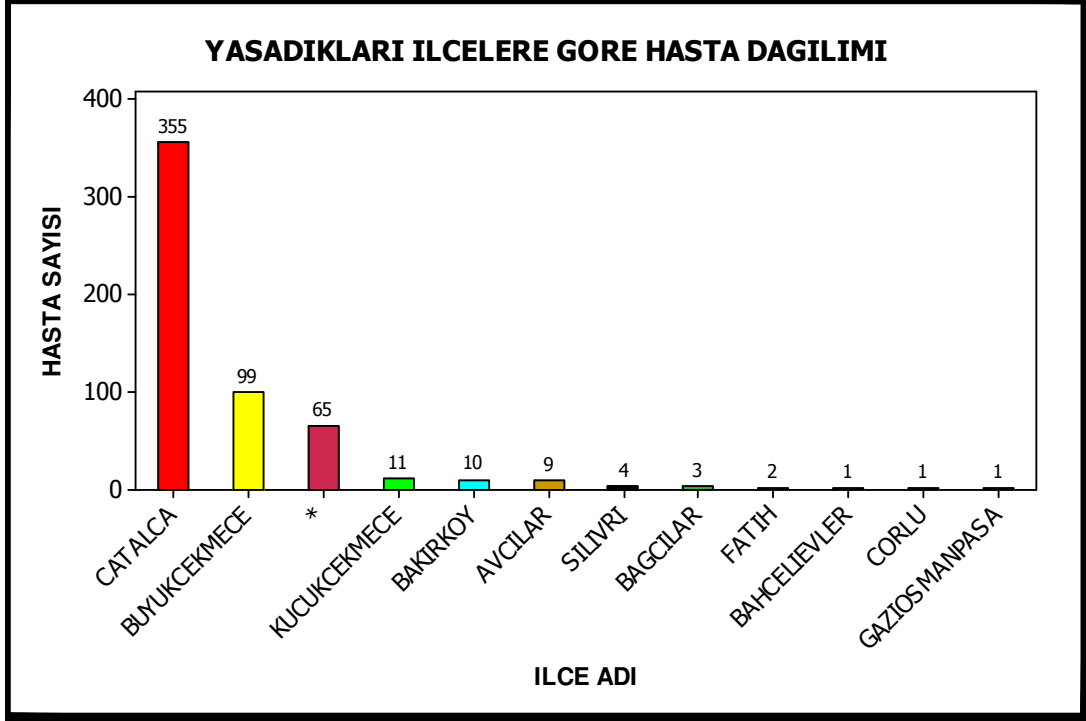


Şekil 20: Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 354'ünün (% 63,1) "Çatalca", 99'unun (% 17,6) "Büyükçekmece", 11'inin (% 2,0) "Küçükçekmece", 10'unun (% 1,8) "Bakırköy", 9'unun (% 1,6) "Avcılar", ilçelerinde ve geriye kanalların ise "Bahçelievler, , Çorlu, Gaziosmanpaşa, Fatih, Bağcılar, Silivri" ilçelerinde ikamet ettiği tespit edilmiştir. İncelenen hastalardan 65'i (% 11,6) soruya cevap vermemiştir. Tablo 8 ve Şekil 21'de hastaların yaşadıkları ilçelere göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 8: Yaşadıkları İlçelere Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Yaşanılan İlçe	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Çatalca	354	63,1	71,6	71,6
Büyükçekmece	99	17,6	20,0	91,5
Avcılar	9	1,6	1,8	93,3
Bahçelievler	1	,2	,2	93,5
Çorlu	1	,2	,2	93,8
Gaziosmanpaşa	1	,2	,2	94,0
Bakırköy	10	1,8	2,0	96,0
Fatih	2	,4	,4	96,4
Küçükçekmece	11	2,0	2,2	98,6
Bağcılar	3	,5	,6	99,2
Silivri	4	,7	,8	100,0
Toplam	496	88,4	100,0	
Cevaplamayan(*)	65	11,6		
Genel Toplam	561	100,0		

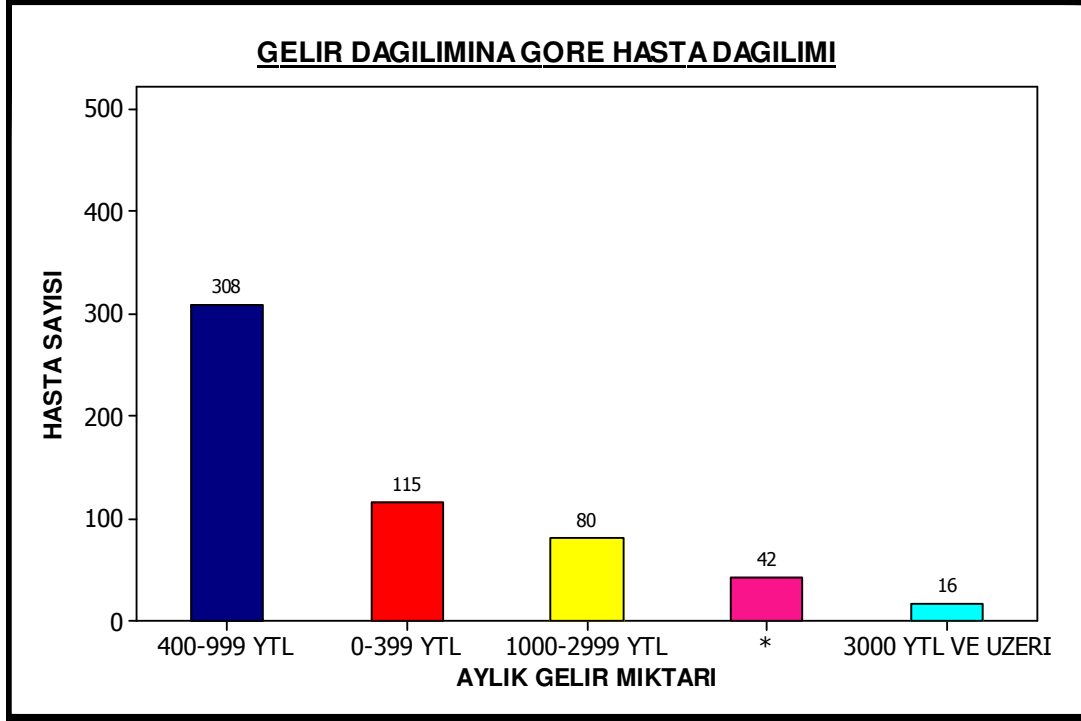


Şekil 21:Hastaların Yaşadıkları İlçelere Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; 308'inin (% 54,9) "400–999 YTL", 115'inin (% 20,5) "0–399 YTL", 80'inin (% 14,3) "1000–2999 YTL", 16'sininin (% 2,9) "3000 YTL ve üzeri" aylık gelir düzeyine sahip oldukları ve 42'sininin (7,5) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 9 ve Şekil 22'de hastaların aylık gelir düzeylerine g göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 9 : Aylık Gelir Düzeylerine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Aylık Gelir Miktarı	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
0–399 YTL	115	20,5	22,2	22,2
400–999 YTL	308	54,9	59,3	81,5
1000–2999 YTL	80	14,3	15,4	96,9
3000YTL ve üzeri	16	2,9	3,1	100,0
Toplam	519	92,5	100,0	
Cevaplamayan(*)	42	7,5		
Genel Toplam	561	100,0		

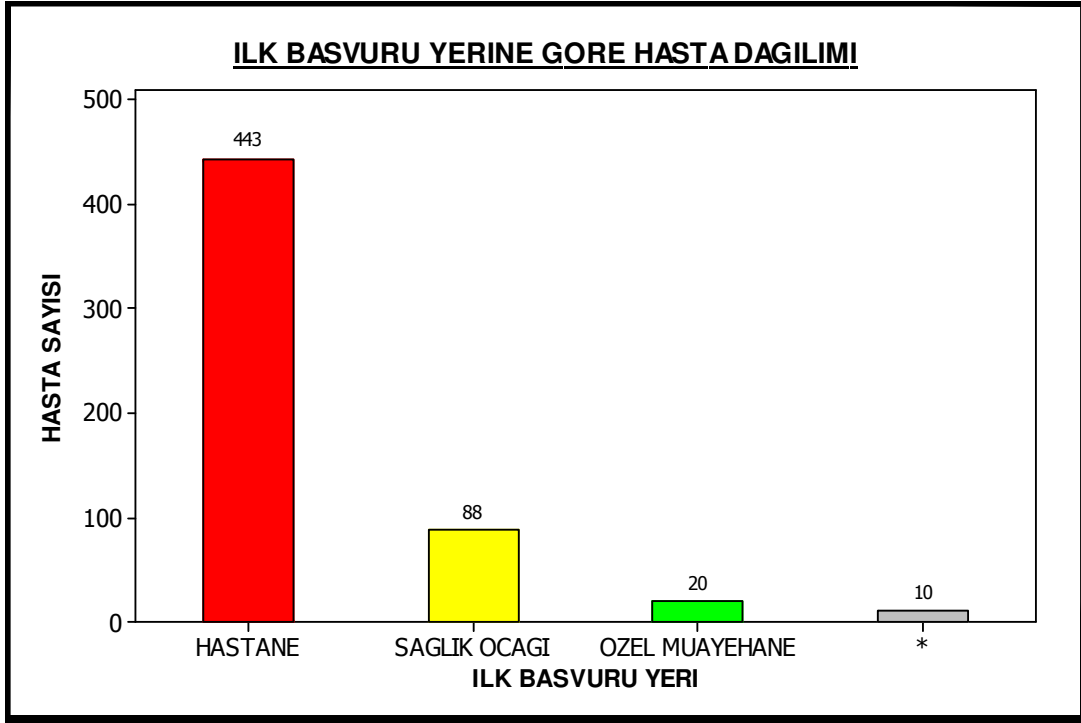


Şekil 22: Hastaların Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; ilk muayene için 443'ünün (% 79,0) "Hastane"yi, 88'inin (% 15,7) "Sağlık Ocağı"nı, 20'sinin (% 3,6) "Özel Muayenehane"yi tercih ettikleri ve 10'unun (% 1,7) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 10 ve Şekil 23'de hastaların ilk başvurdukları sağlık kurumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 10: İlk Başvurulan Sağlık Kurumuna Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

İlk Başvurulan Sağlık Kurumu	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Sağlık Ocağı	88	15,7	15,9	15,9
Hastane	443	79,0	80,0	95,8
Özel Muayenehane	20	3,6	3,6	99,5
Toplam	554	98,3	100,0	
Cevaplamayan(*)	10	1,7		
Genel Toplam	561	100,0		

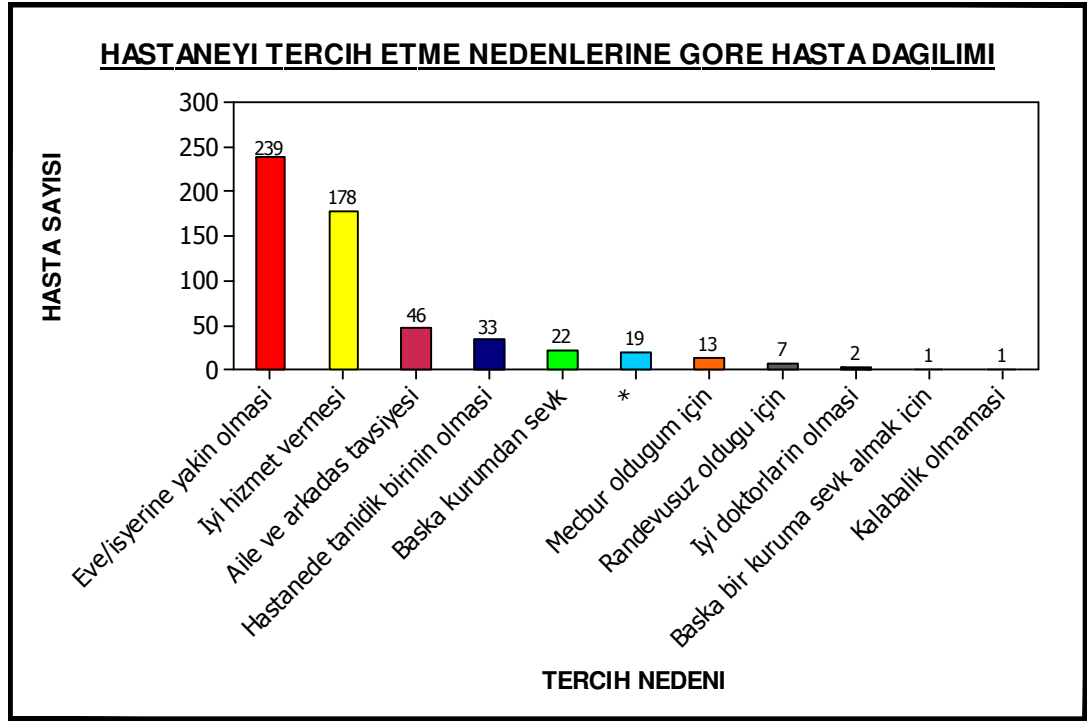


Şekil 23: Hastaların İlk Başvurdukları Sağlık Kurumuna Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; bu hastaneyi tercih etme sebebi olarak 239'unun (% 42,6) "Eve/işyerine yakın olması"nı, 178'inin (% 31,7) "İyi hizmet vermesi"ni, 46'sının (% 8,2) "Aile ve arkadaş tavsiyesi", 33'ünün (% 5,9) "hastanede tanıdık birinin olması"nı, 22'sinin (% 3,9) "Başka kurumdan sevk"i, 13'ünün (% 2,3) "Mecbur olduğum için"i, 7'sinin (% 1,2) "Randevusuz olduğu için"i, 2'sinin (% 0,4) "İyi doktor olması"nı, 1'inin (%0,2) "Kalabalık olmaması"nı, 1'inin (%0,2) "Başka bir kuruma sevk almak için"i neden olarak gösterdikleri ve 19'unun (% 3,4) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 11 ve Şekil 24'de hastaların ilk başvurdukları sağlık kurumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 11: Bu Hastaneyi Tercih etme Nedenine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Bu Hastaneyi Tercih Etme Nedeni	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Başka kurumdan sevk	22	3,9	4,1	4,1
Eve/işyerine yakın olması	239	42,6	44,1	48,2
İyi hizmet vermesi	178	31,7	32,8	81,0
Hastanede tanıdık birinin olması	33	5,9	6,1	87,1
Aile ve arkadaş tavsiyesi	46	8,2	8,5	95,6
Mecbur olunması	13	2,3	2,4	98,0
Randevusuz olması	7	1,2	1,3	99,3
Kalabalık olmaması	1	,2	,2	99,4
Başka bir kuruma sevk almak için	1	,2	,2	99,6
İyi doktorların olması	2	,4	,4	100,0
Toplam	542	96,6	100,0	
Cevaplamayan(*)	19	3,4		
Genel Toplam	561	100,0		

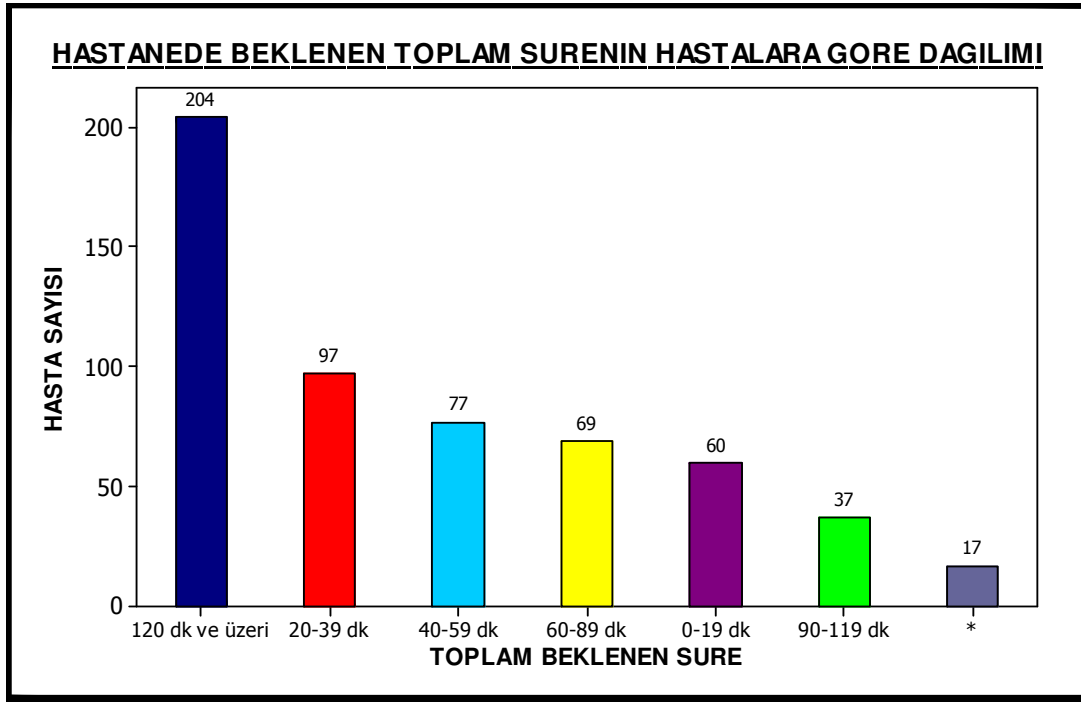


Şekil 24: Hastaların Hastaneyi Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; hastaneye girişlerinden itibaren toplam süre baz alınarak, 204'ünün (% 36,4) "120 dk ve üzeri", 97'sinin (% 17,3) "20–39 dk", 77'sinin (% 13,7) "40–59 dk", 69'unun (%12,3) "60–89 dk", 60'ının (% 10,7) "0–19 dk" 37'sinin (% 6,6) "90–119 dk" aralıklarında muayenelerini tamamladıkları ve 17'sinin (% 3,0) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 12 ve Şekil 25'de hastaların toplam muayene sürelerine göre dağılımları görölmektedir.

Tablo 12: Toplam Muayene Süresine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

DOKTOR MUAYENE SURESI	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
0-19dk	60	10,7	11,0	11,0
20-39dk	97	17,3	17,8	28,9
40-59dk	77	13,7	14,2	43,0
60-89dk	69	12,3	12,7	55,7
90-119dk	37	6,6	6,8	62,5
120dk ve üzeri	204	36,4	37,5	100,0
Toplam	544	97,0	100,0	
Cevaplamayan(*)	17	3,0		
Genel Toplam	561	100,0		

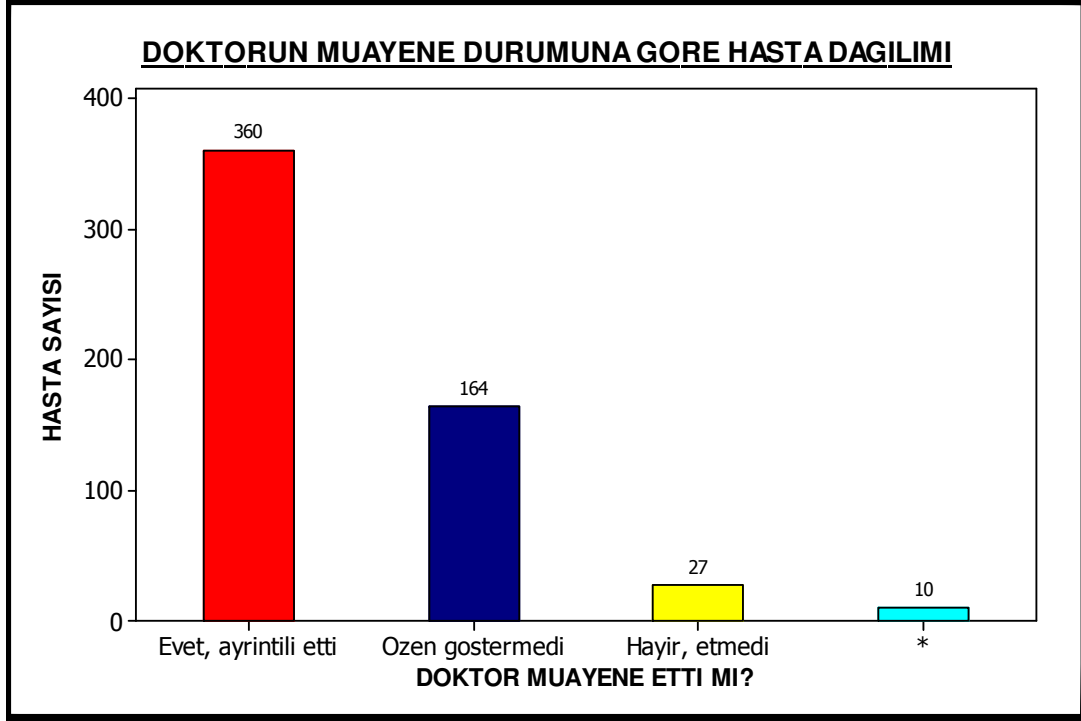


Şekil 25: Hastaların Toplam Muayene Sürelerine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; doktorun muayenede gösterdiği özenle ilgili olarak, 360'ı (% 64,2) “Evet, ayrıntılı olarak muayene etti”, 164’ü (% 29,2) “Evet ama yeterince özen göstermedi”, 27’si (% 4,8) “Hayır, hiç muayene etmedi” görüşünde buldukları ve 10’unun (% 1,8) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 13 ve Şekil 26’de hastaların doktorun muayenede gösterdiği özene göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 13: Doktorun Muayenede Gösterdiği Özene Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Doktor Muayene Durumu	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Evet, ayrıntılı olarak muayene etti.	360	64,2	65,3	65,3
Evet, ama yeterince özen göstermedi	164	29,2	29,8	95,1
Hayır, hiç muayene etmedi	27	4,8	4,9	100,0
Toplam	551	98,2	100,0	
Cevaplamayan(*)	10	1,8		
Genel Toplam	561	100,0		

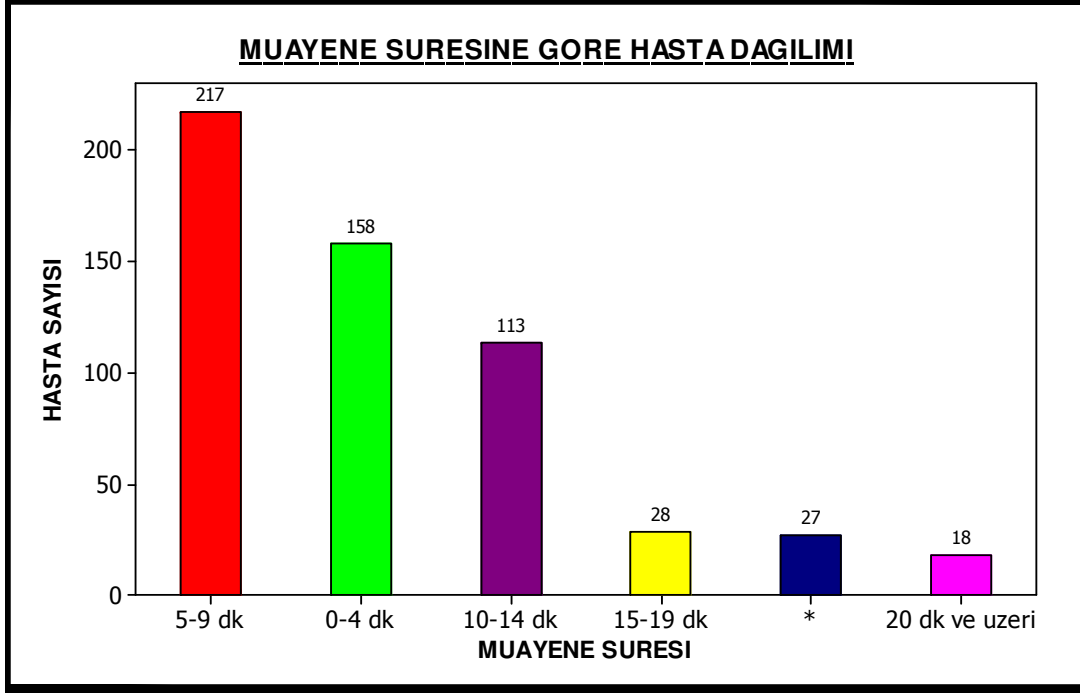


Şekil 26: Hastaların Doktorun Muayenedeki Özenine Göre Dağılımı

Araştırmada incelenenlerin; doktorun muayene süresiyle ilgili olarak, 217'sinin (%38,7) "5–9 dk", 158'inin (%28,2) "0–4 dk", 113'ünün (%20,1) "10–14 dk", 28'inin (% 5,0) "15–19 dk", 18'inin (% 3,2) "20 dk ve üzeri" aralıklarında muayene edildiği ve 27'sinin (% 4,8) soruya cevap vermediği tespit edilmiştir. Tablo 14 ve Şekil 27'de hastaların doktorun muayene süresine göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 14: Doktorun Muayene Süresine Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

DOKTOR MUAYENE SURESI	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
0-4dk	158	28,2	29,6	29,6
5-9dk	217	38,7	40,6	70,2
10-14dk	113	20,1	21,2	91,4
15-19dk	28	5,0	5,2	96,6
20dk ve üzeri	18	3,2	3,4	100,0
Toplam	534	95,2	100,0	
Cevaplamayan(*)	27	4,8		
Genel Toplam	561	100,0		



Şekil 27: Hastaların Doktorun Muayenesine Göre Dağılımı

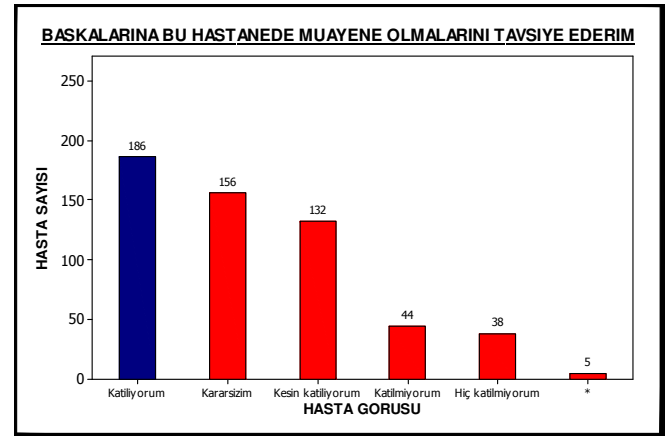
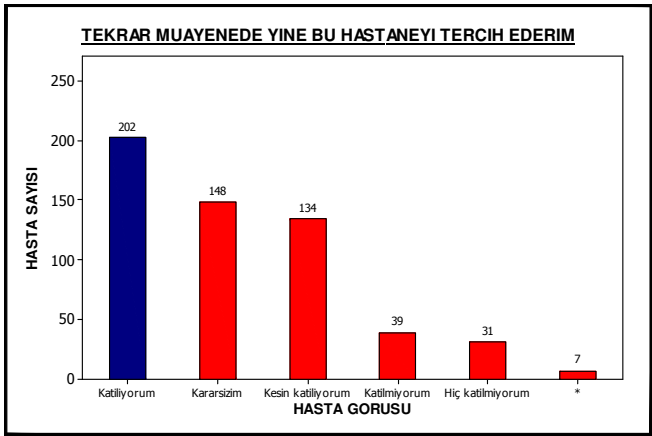
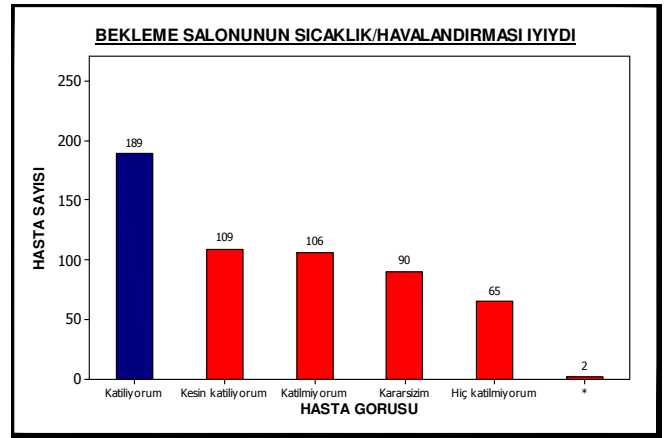
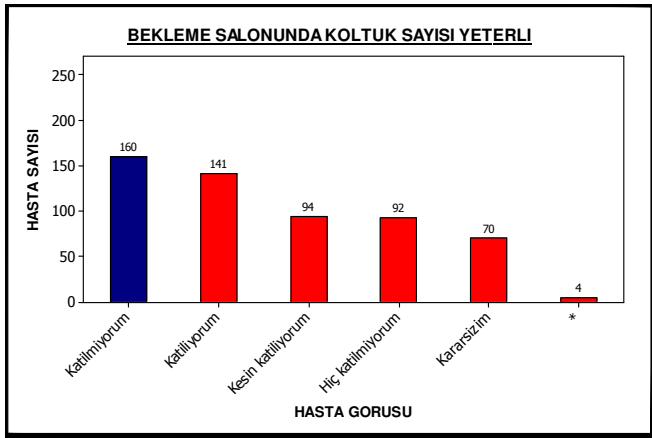
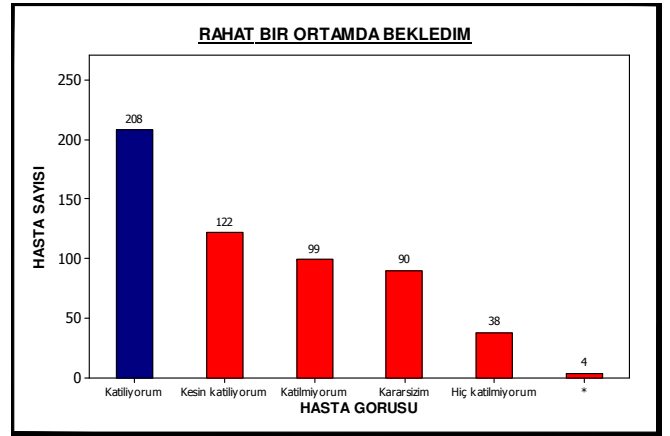
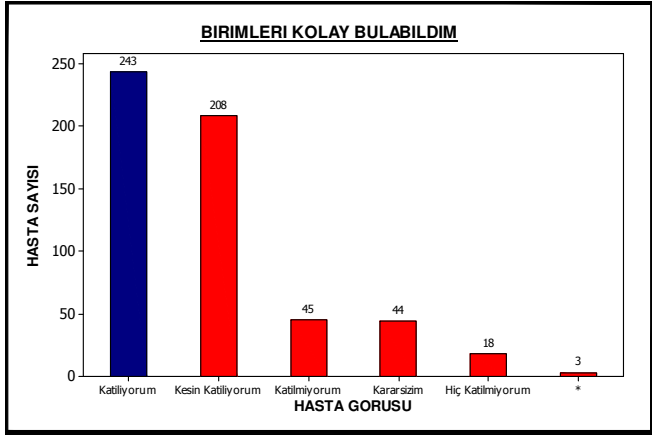
Hastalara uygulanan anketin ikinci bölümünde yer alan sorular, Likert Ölçeğine göre hastane hizmetlerinden hastaların duydukları memnuniyetleri ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Her bir soru verilen bir hizmeti ifade etmektedir. Dolayısıyla her bir sorunun cevaplarının dağılımı da bize o hizmetten duyulan memnuniyetin seviyesi hakkında bilgi verecektir. Tüm sorular ve hastalardan alınan cevapların puan tabloları Tablo 15’da ve şemaları ise Şekil 28 da verilmiştir.

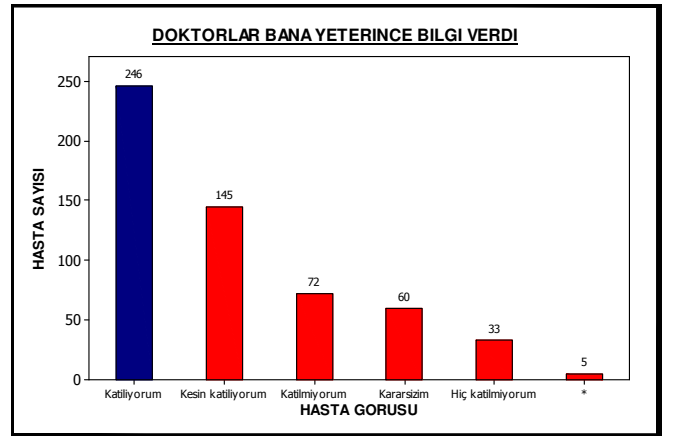
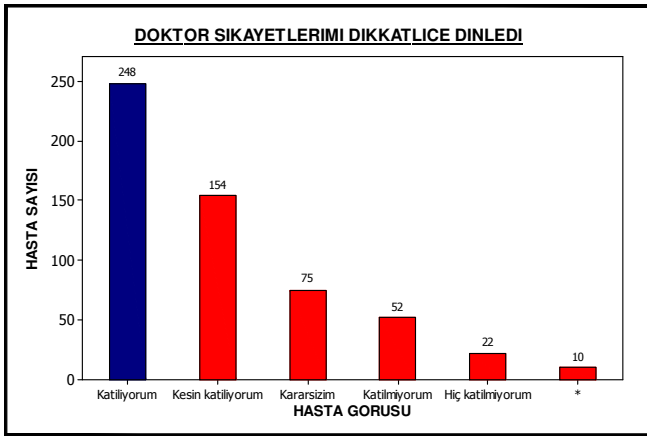
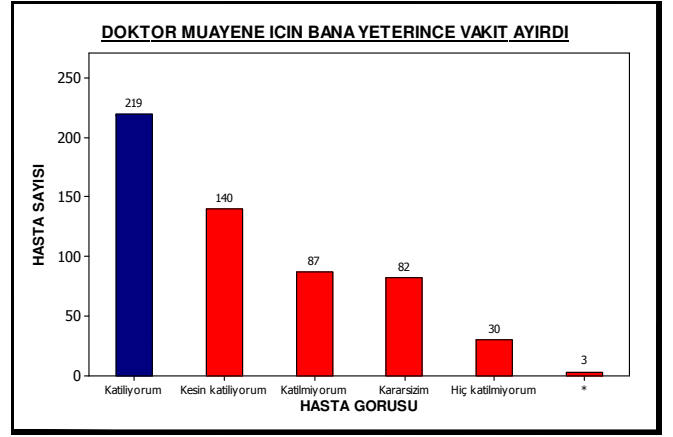
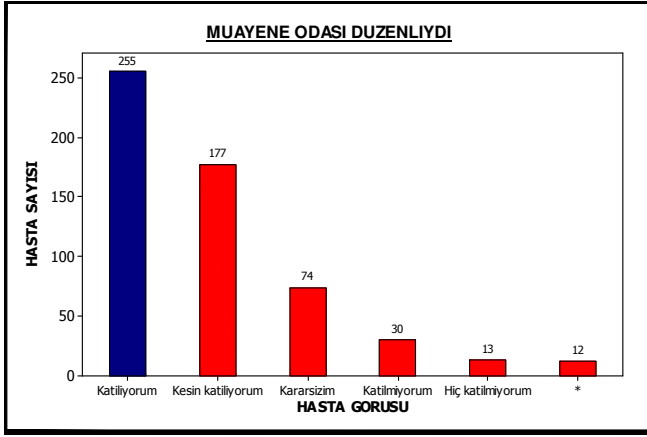
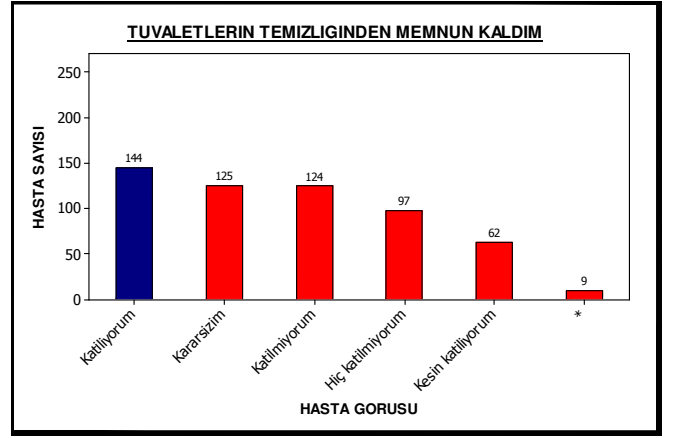
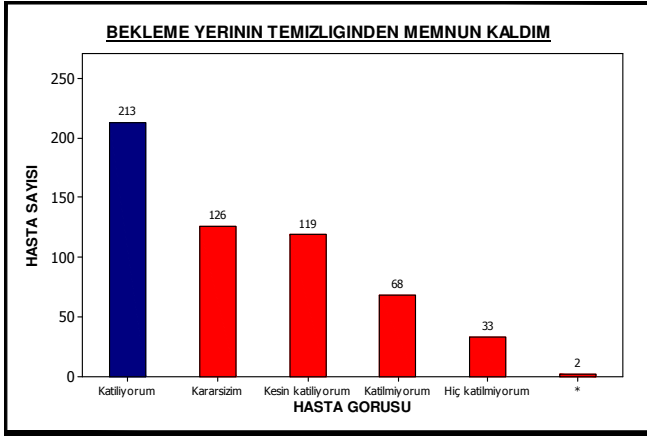
Tablo 15: Likert Ölçeği Sorularının Tanımlayıcı Tablosu

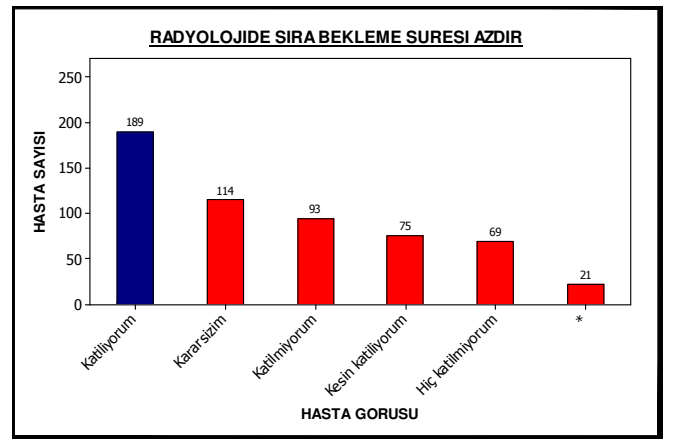
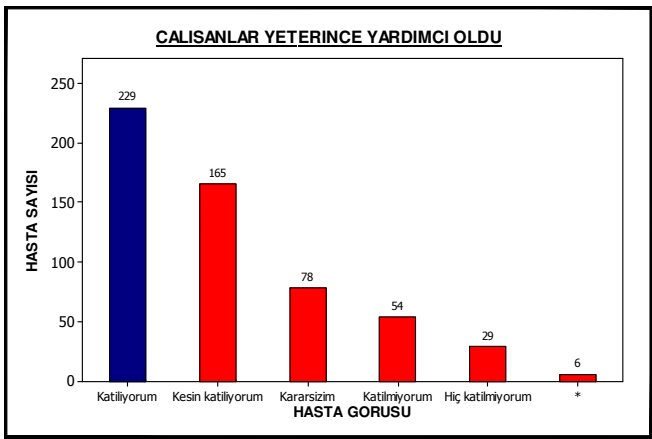
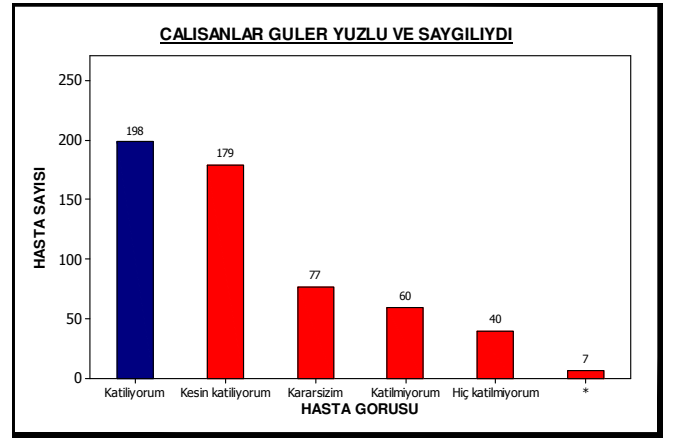
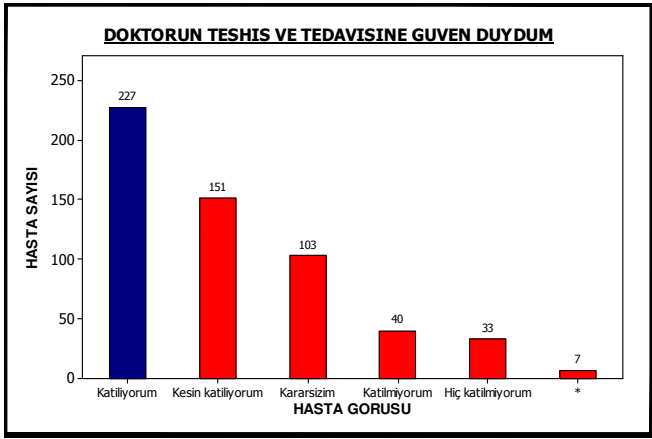
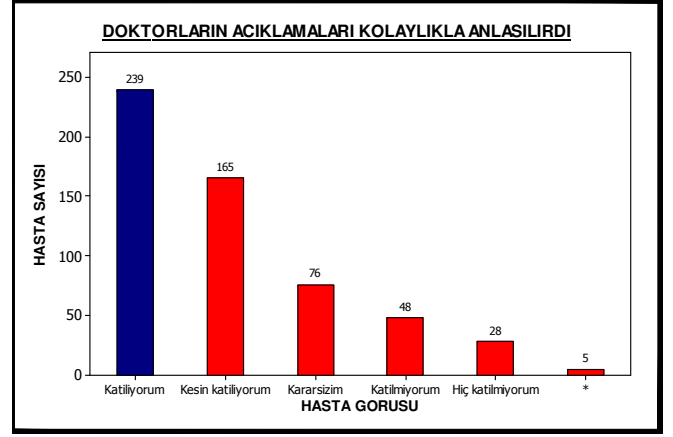
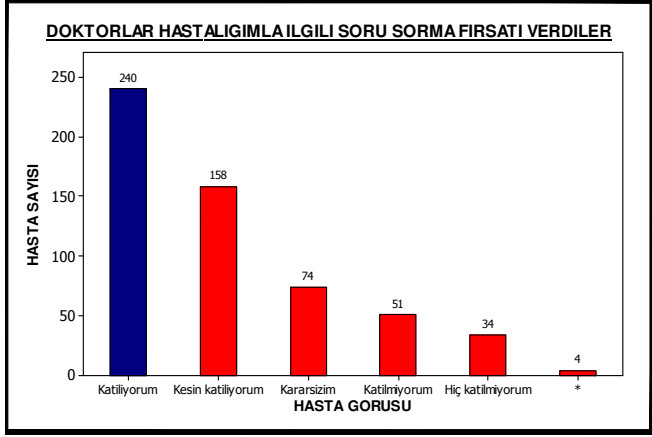
DEĞİŞKEN	N	N*	ORT.	STD.SAPM
Birimleri kolay bulabildim.	558	3	4,0358	1,0321
Rahat bir ortamda bekledim.	557	4	3,4973	1,2064
Bekleme salonunda koltuk sayısı yeterliydi.	557	4	2,9731	1,3707
Bekleme salonunun sıcaklık/havalandırması iyiydi.	559	2	3,3059	1,2970
Bekleme yerinin temizliğinden memnun kaldım.	559	2	3,5671	1,1274
Tuvaletlerin temizliğinden memnun kaldım.	552	9	2,9094	1,2777
Muayene odası düzenliydi.	549	12	4,0073	0,9436
Doktor muayene için bana yeterince vakit ayırdı.	558	3	3,6308	1,1711
Doktor şikayetlerimi dikkatlice dinledi	551	10	3,8348	1,0617
Doktorlar bana yeterince bilgi verdi.	556	5	3,7158	1,1587
Doktorlar hastalığımla ilgili soru sorma fırsatı verdi.	557	4	3,7846	1,1349
Doktorların açıklamaları kolaylıkla anlaşılırdı.	556	5	3,8363	1,0988
Doktorun teşhis ve tedavisine güven duydum.	554	7	3,7635	1,1089
Çalışanlar güler yüzlü ve saygılıydı.	554	7	3,7509	1,2189
Çalışanlar yeterince yardımcı oldu.	555	6	3,8054	1,1233
Radyolojide sıra bekleme süresi azdır.	540	21	3,2000	1,2457
Laboratuarda sıra bekleme süresi azdır.	543	18	3,0552	1,2960
Çalışanlar hastalara iyi davranıyor	558	3	3,7186	1,0942
Poliklinik hizmetlerinden genel olarak memnun kaldım.	557	4	3,6553	1,0592
Bu sağlık kurumunun kalitesini iyi buluyorum	555	6	3,5243	1,0306
Tekrar muayenede yine bu hastaneyi tercih ederim	554	7	3,6661	1,0885
Başkalarına bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim	556	5	3,5935	1,1343
Genel “LİKERT ÖLÇEĞİ” Hasta Memnuniyet Puanı	561	0	3,6203	0,8516

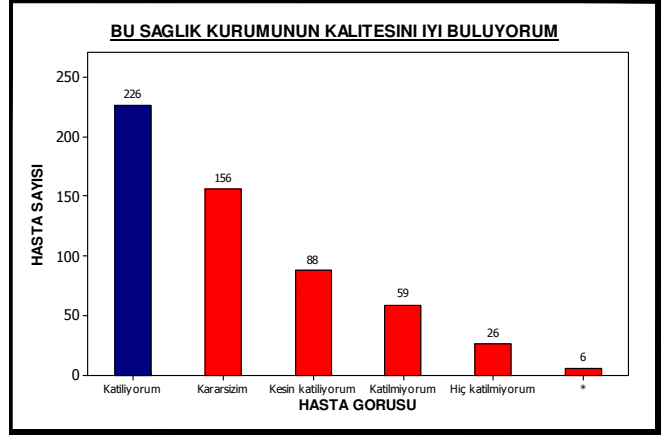
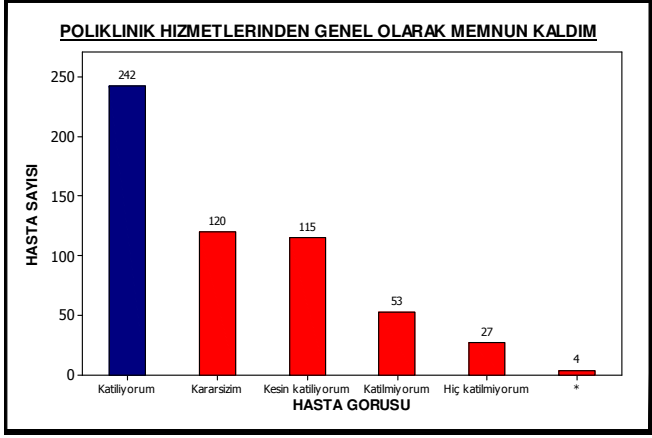
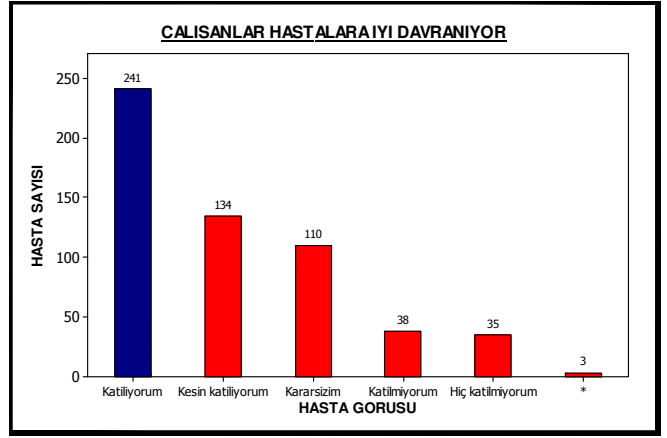
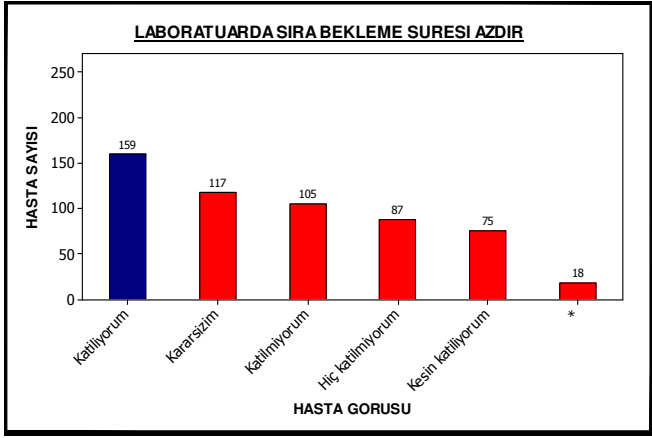
Tanımlayıcı tabloda yer alan N, soruyu cevaplayanların sayısını, N* ise ankete katıldığı halde soruyu cevaplamamış olanların sayısını gösterir. Hesaplanan genel memnuniyet puanlarına karşılık gelen derecelendirme skalası Likert Ölçeği skalasına paralel olarak aşağıdaki skala kullanılmıştır.

Puan	Likert Ölçeği Skalası	Genel Memnuniyet Puanları	Derecelendirme Skalası
5	Kesinlikle Katılıyorum	Çok Memnunum	Çok Memnunum
4	Katılıyorum	Memnunum	Memnunum
3	Kararsızım	Az Memnun	Az Memnun
2	Katılmıyorum	Memnun Değilim	Memnun Değilim
1	Hiç Katılmıyorum	Hiç Memnun Değilim	Hiç Memnun Değilim









Şekil 28: Likert Ölçeği Memnuniyet Ölçüm Anketi Cevapları Dağılımları

Bu skala ışığında yukarıdaki tablo incelendiğinde her bir hizmet alanı için hastaların duydukları memnuniyetlerin düzeyleri rahatlıkla tespit edilebilecektir. Bu amaçla Tablo 16 hazırlanmıştır.

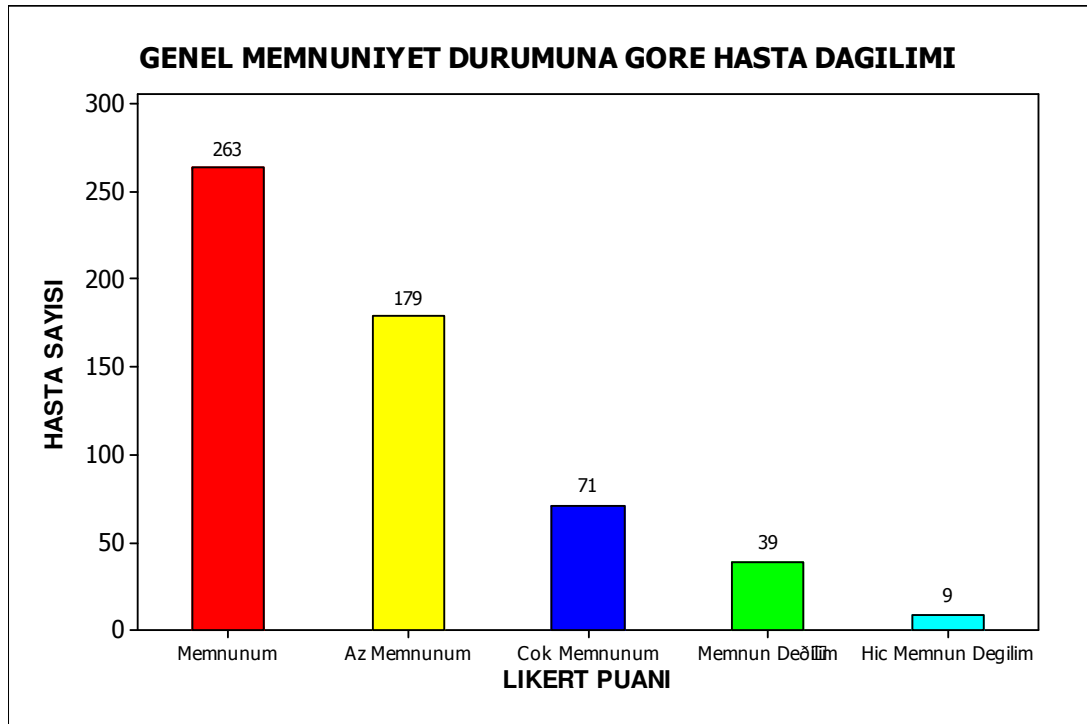
Tablo 16: Likert Ölçeği Sorularının Değerlendirilmesi

DEĞİŞKEN	ORTALA	DEĞERLENDİR
Birimleri kolay bulabildim.	4,0358	Memnun
Rahat bir ortamda bekledim.	3,4973	Az Memnun
Bekleme salonunda koltuk sayısı yeterliydi.	2,9731	Az Memnun
Bekleme salonunun sıcaklık/havalandırması iyiydi.	3,3059	Az Memnun
Bekleme yerinin temizliğinden memnun kaldım.	3,5671	Memnun
Tuvaletlerin temizliğinden memnun kaldım.	2,9094	Az Memnun
Muayene odası düzenliydi.	4,0073	Memnun
Doktor muayene için bana yeterince vakit ayırdı.	3,6308	Memnun
Doktor şikayetlerimi dikkatlice dinledi	3,8348	Memnun
Doktorlar bana yeterince bilgi verdi.	3,7158	Memnun
Doktorlar hastalığımla ilgili soru sorma fırsatı verdi.	3,7846	Memnun
Doktorların açıklamaları kolaylıkla anlaşılırdı.	3,8363	Memnun
Doktorun teşhis ve tedavisine güven duydum.	3,7635	Memnun
Çalışanlar güler yüzlü ve saygılıydı.	3,7509	Memnun
Çalışanlar yeterince yardımcı oldu.	3,8054	Memnun
Radyolojide sıra bekleme süresi azdır.	3,2000	Az Memnun
Laboratuarda sıra bekleme süresi azdır.	3,0552	Az Memnun
Çalışanlar hastalara iyi davranıyor.	3,7186	Memnun
Poliklinik hizmetlerinden genel olarak memnun kaldım.	3,6553	Memnun
Bu sağlık kurumunun kalitesini iyi buluyorum	3,5243	Memnun
Tekrar muayenede yine bu hastaneyi tercih ederim.	3,6661	Memnun
Başkalarına bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim.	3,5935	Memnun
Genel “LIKERT ÖLÇEĞİ” hasta memnuniyet puanı	3,6203	Memnun

Araştırmada incelenenlerin Likert Ölçeği’ne uygun olarak hazırlanmış memnuniyet anket sorularına verdikleri cevaplar baz alınarak hesaplanan Genel Memnuniyet puanlarından; 263’ünün (% 46,9) “Memnunum”, 179’unun (% 31,9) “Az Memnunum”, 71’inin (% 12,7) “Çok memnunum”, 39’unun (% 7,0) “Memnun Değilim”, 9’unun (% 1,6) “Hiç memnun değilim” sonuçlarına varılmıştır. Tablo 17 ve Şekil 29’da Likert genel memnuniyet puanlarının dağılımları görülmektedir.

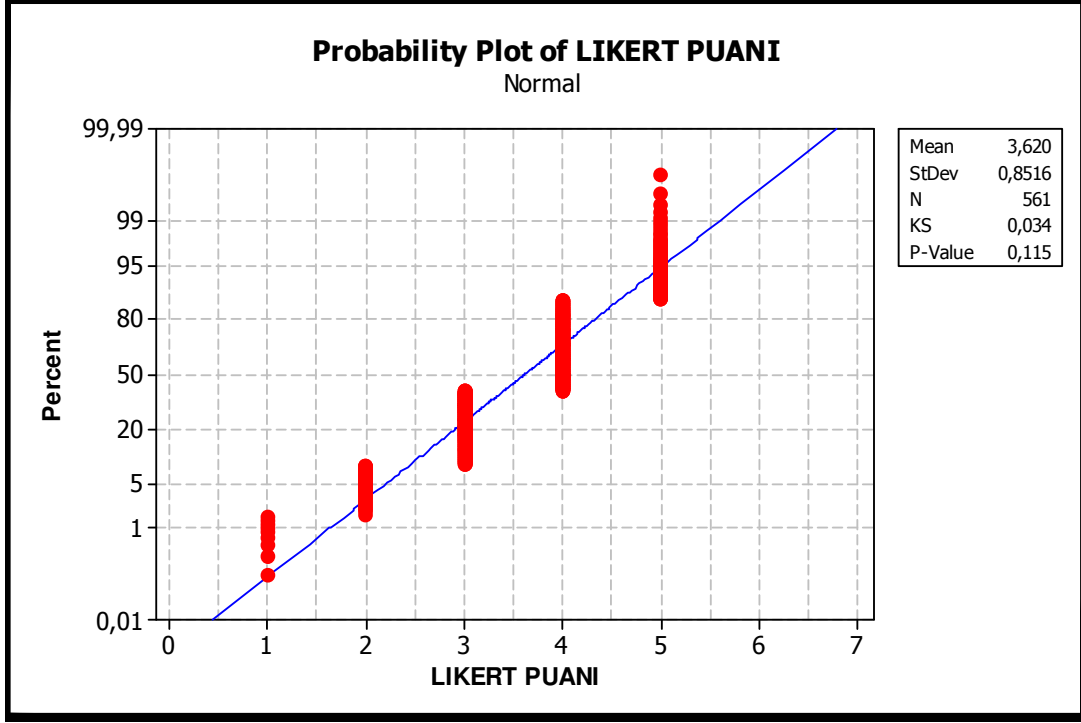
Tablo 17: Likert Memnuniyet Puanına Frekans ve Yüzde Değerleri

MEMNUNİYET DÜZEYİ	FREKANS	%	% GEÇERLİ	YIĞILMALI %
Hiç memnun Değilim	9	1,6	1,6	1,6
Memnun Değilim	39	7,0	7,0	8,6
Az Memnunum	179	31,9	31,9	40,5
Memnunum	263	46,9	46,9	87,3
Çok memnunum	71	12,7	12,7	100,0
Toplam	561	100,0	100,0	



Şekil 29: Likert Genel Memnuniyet Puanlarının Dağılımı

Analizin ilk aşamasında hastaların hastaneden aldıkları hizmetlerle ilgili memnuniyetleri sonucu elde edilen “Genel Memnuniyet Puanları” ile bağımsız değişkenlerimiz (Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen toplam süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre) ile karşılaştırılmaları yapılacaktır.



Şekil 30: Likert Puanlarının Kolmogorov-Smirnov Normallik Test sonucu

Şekil 30’da da görüldüğü üzere; yapılan Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi sonucunda Likert Puanları’nın “normal dağılım” sergilediği görülmüştür.($p>0,05$) Bağımsız değişkenlerimizin memnuniyet puanı üzerindeki etkilerini görmek için “Faktöriyel Deney Tasarım Modeli Faktör Analizlerinden” yararlanılacaktır.

Ana etkenlerin ve ikili etkileşimlerinin genel memnuniyet puanı üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi amacıyla; anlam düzeyi “ $\alpha=0,05$ ” alınarak model en uygun şekline sokulmuştur. En uygun model için sonuçlar Tablo 18’de verilmiştir.

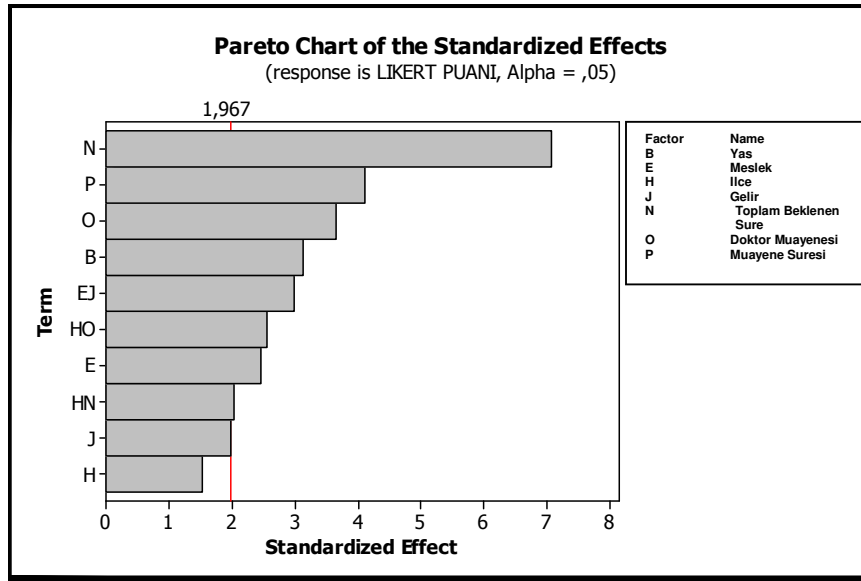
1. Hipotez : “ H_0 : Bağımsız değişkenlerin (hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre) genel memnuniyet puanlarına etkisi yoktur.”

Tablo 18: DOE Ana Etken İkili Etkileşimlerin Etkisi Minitab Ekranı

Factorial Fit: LİKERT PUANI versus Yaş; Meslek; ...						
Estimated Effects and Coefficients for LİKERT PUANI (coded units)						
Term	Effect	Coef	SE Coef	T	P	
Constant		4,4578	0,261919	17,02	0,000	
Yaş	0,1758	0,0879	0,027929	3,15	0,002	
Meslek	-0,1011	-0,0505	0,020406	-2,48	0,014	
İlçe	0,1390	0,0695	0,045696	1,52	0,129	
Gelir	-0,3175	-0,1588	0,080308	-1,98	0,049	
Toplam Beklenen Süre	-0,3591	-0,1796	0,025308	-7,09	0,000	
Doktor Muayenesi	-0,6674	-0,3337	0,091142	-3,66	0,000	
Muayene Süresi	0,3118	0,1559	0,037835	4,12	0,000	
Meslek*Gelir	0,0542	0,0271	0,009023	3,00	0,003	
İlçe*Toplam Beklenen Süre	0,0380	0,0190	0,009288	2,04	0,042	
İlçe*Doktor Muayenesi	-0,1911	-0,0955	0,037413	-2,55	0,011	
S = 0,610544 R-Sq = 44,28% R-Sq(adj) = 42,59%						
Analysis of Variance for LİKERT PUANI (coded units)						
Source	DF	Seq SS	Adj SS	Adj MS	F	P
Main Effects	7	90,574	92,142	13,1631	35,31	0,000
2-Way Interactions	3	6,889	6,889	2,2965	6,16	0,000
Residual Error	329	122,639	122,639	0,3728		
Lack of Fit	305	111,839	111,839	0,3667	0,81	0,784
Pure Error	24	10,800	10,800	0,4500		
Total	339	220,103				

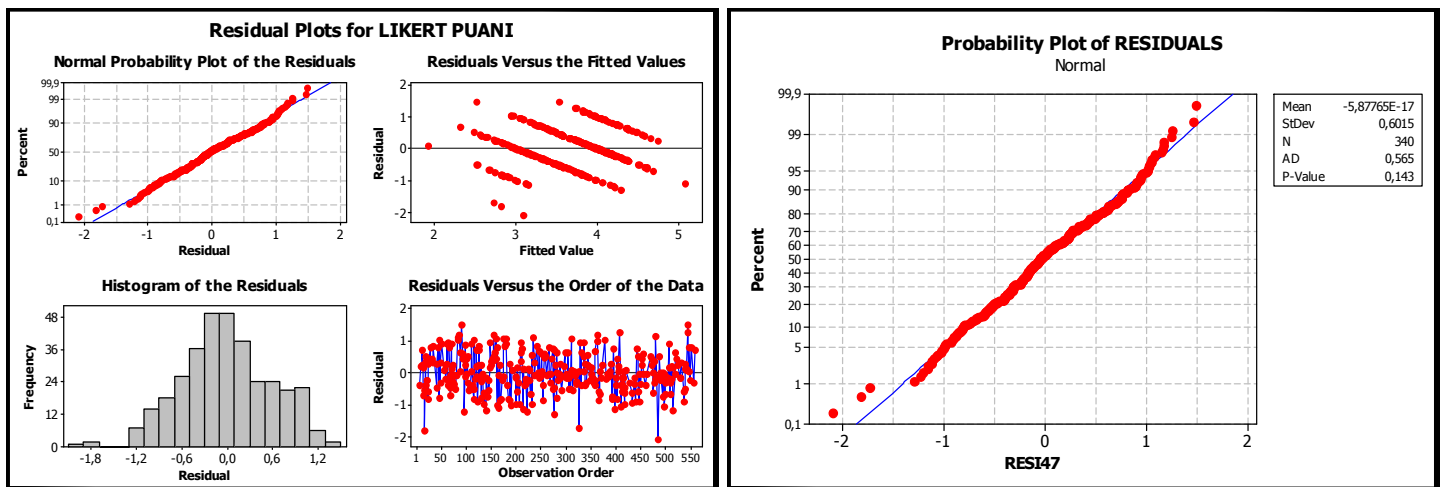
Tablo 18’de görüldüğü üzere; “yaş (T=3,15;p=0,002), meslek (T=-2,48;p=0,014), gelir (T=-1,98;p=0,049), toplam beklenen süre (T=-7,09;p=0,000), doktor muayenesi (T=-3,66;p=0,000), muayene süresi (T=4,12;p=0,000), ana etkenlerin etkisi ikili etkileşimlerin “Meslek*Gelir (T=3,00; p=0,003), İlçe*Toplam Beklenen Süre (T=2,04;p=0,042), İlçe*Doktor Muayenesi(T=-2,55;p=0,011)” p-value değerleri 0,05’ten küçük olduklarından H_0 reddedilir; yani, bahse konu ana etkenlerin ve ikili etkileşimlerin hasta memnuniyetlerine büyük ölçüde etkisi vardır. “İlçe” değişkeninin (T=1,52;p=0,129) p-value değeri 0,05’ten büyük olmasına rağmen ikili ilişkilerde yer almasından dolayı modelde tutulmak zorunda kalınmıştır. Oluşturulan bu etkileşim modeli, verilerin % 44,28 ile örtüşmektedir. (R-sq=% 44,28)

Şekil 31’de gösterilen “Pareto Analizi Diyagramı” modeldeki ana etkenlerin ve onların iki etkileşimlerinin etkilerini göstermektedir.



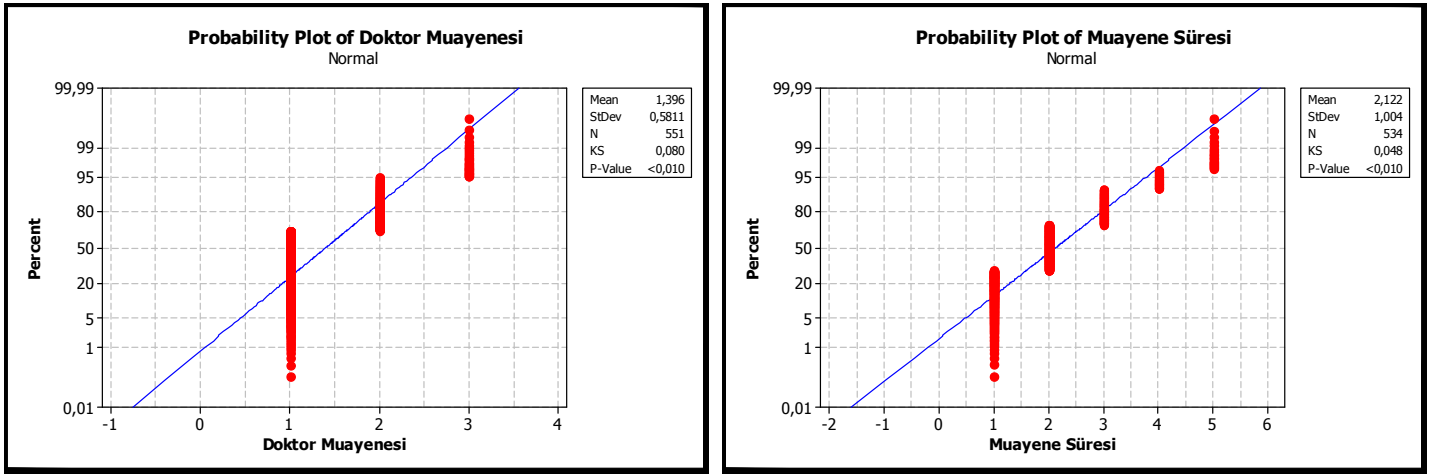
Şekil 31: En Uygun Modeldeki Ana Etkenlerin ve İkili Etkileşimlerinin Etkilerini Gösteren Pareto Analiz Diyagramı

Modelin “Residual (Artık) Analizleri”nin yapılması maksadıyla çizdirilen grafikler Şekil 32’de verilmiştir. Şekillere bakıldığında artıklarının normal dağılım göstermesi (sağdaki şekil-Probability Plot of Residuals), artıkların sıfır etrafında simetrik (solda sağ üst şekil-Histogram of the Residuals) ve rastlantısal (Residuals Versus the Order of the Data) dağılım sergilemesi modelin uygun olduğunu göstermektedir.



Şekil 32: Faktör Analizi En Uygun Model Artık Analizi Grafikleri

Analiz bölümünün bu kısmında “Doktorun Muayenesi İle İlgili Durum” ve “Muayene Odasında Kalınan Süre” karşılaştırılacaktır.



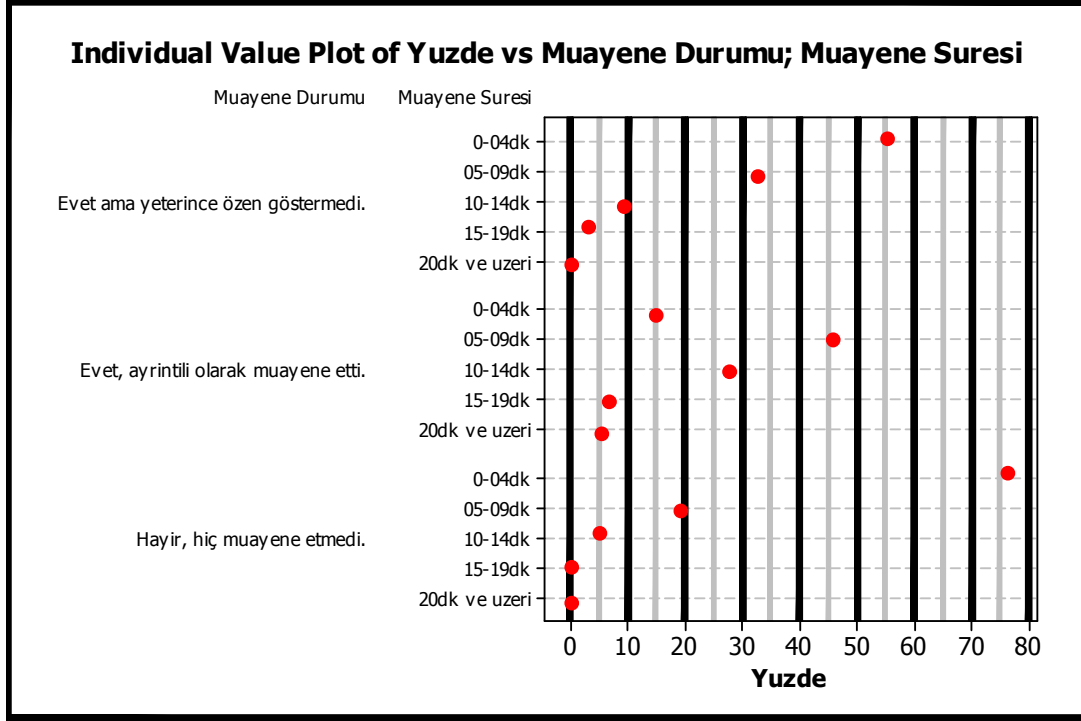
Şekil 33: Doktor Muayenesi Muayene Süresi İçin Kolmogorov-Smirnov Normallik Test Sonuçları

Yukarıda verilen Şekil 33’den de görüleceği üzere değişkenlerimizin her ikisi de ($p_{\text{Doktor Muayenesi}} < 0,01$, $M_{\text{uayene Süresi}} < 0,01$) normal dağılım sergilememektedir. Aralarındaki karşılaştırma “korelasyon” incelemesiyle yapılacaktır.

Eldeki verilerin çapraz tabloları (crosstabs tables), SPSS programı kullanılarak elde edilmiş olup; Tablo 19’de gösterilmiştir. İlişkinin grafiksel ifadesi ise Şekil 34’de verilmiştir.

Tablo 19: Doktor Muayene Durumu İle Muayene Süresi Crosstabs Karşılaştırma

DOKTOR MUAYENE DURUMU- MUAYENE SURESI		Muayene odasında tahmini kaç dakika kaldınız?					TOPLAM
		0-4dk	5-9dk	10-14dk	15-19dk	20dk ve üzeri	
Doktor sizi muayene etti mi?							
Evet, ayrıntılı olarak muayene etti.	FREKANS	51	158	96	23	18	346
	%	14,7%	45,7%	27,7%	6,6%	5,2%	100,0%
Evet ama yeterince özen göstermedi.	FREKANS	90	53	15	5	0	163
	%	55,2%	32,5%	9,2%	3,1%	,0%	100,0%
Hayır, hiç muayene etmedi.	FREKANS	16	4	1	0	0	21
	%	76,2%	19,0%	4,8%	,0%	,0%	100,0%
TOPLAM	FREKANS	157	215	112	28	18	530
	%	29,6%	40,6%	21,1%	5,3%	3,4%	100,0%



Şekil 34: Doktor Muayene Durumu İle Muayene Süresi Arasındaki İlişkinin Gösterim Grafiği

Şekil 34’de görüldüğü üzere “Doktor sizi muayene etti mi?” sorusuna; “Hayır, hiç muayene etmedi” cevabı verenlerin %76,2’sinin muayene süresi sorusuna “0-04dk” cevabı verdiği, “Evet ama yeterince özen göstermedi” cevabı verenlerin %55,2’sinin muayene süresi sorusuna “0-04dk” cevabı verdiği, “Evet, ayrıntılı olarak muayene etti” cevabı verenlerin ise %45,7’sinin muayene süresine “5-9dk” cevabı verdiği tespit edilmiştir.

2 .Hipotez “ H_0 : Doktor muayenesi ile ilgili durum ve doktorun muayene süresi arasında ilişki yoktur.”

Analizlere öncelikle “Kikare (Chi-Square) İlişki Testi” yapılarak başlanmıştır. Test sonucunda, “Pearson Chi-Square = 90,119; P-Value = 0,000”, “Likelihood Ratio Chi-Square = 99,862; P-Value = 0,000” olarak tespit edilmiştir. Bu değerlere bakılarak (p-value=0,000<0,05) **H_0 hipotezi** reddedilmiş, yani doktor muayenesi ile ilgili durum ve doktorun muayene süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde elde edilen neticeler Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: Doktor Muayenesi ile Muayene Süresi Kikare İlişki Analizi Sonuçları

Tabulated statistics: Muayene Durumu; Muayene Süresi

Using frequencies in Yüzde

Pearson Chi-Square = 90,119; DF = 8; P-Value = 0,000

Likelihood Ratio Chi-Square = 99,862; DF = 8; P-Value = 0,000

Analizin ikinci aşamasında ise; yakalanan ilişkinin şiddetinin belirlenmesi amacıyla spearman correlation testi yapılmıştır. Yapılan analiz neticesinde, pearson correlation (-0,401) ve p-value (0,000) değerleri elde edilmiştir. Bu veriler ışığında, doktor muayenesi ile ilgili durum ve doktorun muayene süresi arasında ters yönde kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: Doktor Muayenesi ile Muayene Süresi Korelasyon Analizi Sonuçları

Correlations: Doktor Muayenesi; Muayene Süresi

Pearson correlation of Doktor Muayenesi and Muayene Süresi = -0,401

Hastaların hastaneden aldıkları memnuniyet ile hastaneyi yeniden tercih etme arasındaki ilişki incelenecektir. İlişkinin tespiti için aralarındaki korelasyonun şiddetine bakılacaktır. Elde edilen korelasyon analiz sonuçları Tablo 22’de gösterilmiştir.

3. Hipotez : “ H_0 : Hastaların hastaneden aldıkları memnuniyet ile hastaneyi yeniden tercih etmeleri arasında ilişki yoktur.”

Tablo 22: Hastane Hizmet Memnuniyet Puanı ile Hastaneyi Tekrar Tercih etme Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları

Correlations: LİKERT PUANI; Tekrar Tercih Etme

Pearson correlation of LİKERT PUANI and Tekrar Tercih Etme = 0,729

Korelasyon analizi sonucunda elde edilen Pearson Korelasyon Değeri'nin "0,729" olarak tespit edilmesi, H_0 hipotez reddedildiğini, yani iki değişken arasında pozitif yönde çok kuvvetli bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Hastaların hastaneden aldıkları memnuniyet ile hastaneyi tavsiye etme arasındaki ilişki incelenecektir. İlişki aralarındaki korelasyonun şiddetine bakılacaktır. Elde edilen korelasyon analiz sonuçları Tablo 23'de gösterilmiştir.

4.Hipotez " H_0 : Hastaların hastaneden aldıkları memnuniyet ile hastaneyi tavsiye etmeleri arasında ilişki yoktur."

Tablo 23: Hastane Hizmet memnuniyet Puanı ile Hastaneyi Tavsiye Etme Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları

Correlations: LİKERT PUANI; Tavsiye Etme

Pearson correlation of LİKERT PUANI and Tavsiye Etme = 0,657

Korelasyon analizi sonucunda elde edilen Pearson Korelasyon Değeri'nin "0,657" olarak tespit edilmesi, H_0 hipotezinin reddedildiğini, yani iki değişken arasında pozitif yönde çok kuvvetli bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmesi ile hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen toplam süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasındaki ilişki incelenecektir. İlişki için, aralarındaki korelasyonun şiddetine bakılacaktır.

5. Hipotez “ H_0 : Hastaların yeniden tercih etmeleri ile hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasında ilişki yoktur.”

Analiz neticesinde; Cinsiyet-Tekrar Tercih Etme (p.cor.=0,172), Toplam Bekleme Süresi-Tekrar Tercih Etme (p.cor= -0,291), Doktor Muayenesi-Tekrar Tercih Etme (p.cor.= -0,457), Muayene Süresi- Tekrar Tercih Etme (p.cor.=0,263) arasında anlamlı bir ilişki yakalanmış olup, H_0 hipotezi reddedilir. Elde edilen korelasyon analiz sonuçları Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları

Correlations: Cinsiyet; Yaş; Medeni Durum; Eğitim; Meslek; Sosyal Güven; ...									
	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim	Meslek	Sosyal Güvence	il	İlçe	Gelir
Tekrar Tercih Etme	0,172	0,064	-0,036	-0,070	0,021	-0,015	0,071	0,071	0,026
	İlk Başvuru	Tercih Nedeni	Poliklinik	Toplam Bekleme Süresi	Doktor Muayene Durumu	Muayene Süresi			
Tekrar Tercih Etme	0,016	0,075	-0,109	-0,291	-0,457	0,263			
Cell Contents: Pearson correlation									

Hastaların hastaneyi tavsiye etmesi ile hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen toplam süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasındaki ilişki incelenecektir. İlişki için, aralarındaki korelasyonun şiddetine bakılacaktır. Elde edilen korelasyon analiz sonuçları Tablo 25’de gösterilmiştir.

6.Hipotez “ H_0 : Hastaların hastaneyi tavsiye etmeleri ile hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum,eğitim durumu,meslek , sosyal güvence,yaşadığı yer ,gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre arasında ilişki yoktur.”

Analiz neticesinde; Cinsiyet-Tavsiye Etme (p.cor.=0,133), Toplam Bekleme Süresi- Tavsiye Etme (p.cor= -0,248), Tercih Nedeni-Tavsiye Etme (p.cor=0,119), Doktor Muayenesi-Tavsiye Etme (p.cor.= -0,382), Muayene Süresi-Tavsiye Etme (p.cor.=0,282)

arasında anlamlı bir ilişki yakalanmış olup, H_0 hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen korelasyon analiz sonuçları Tablo 25’da gösterilmiştir.

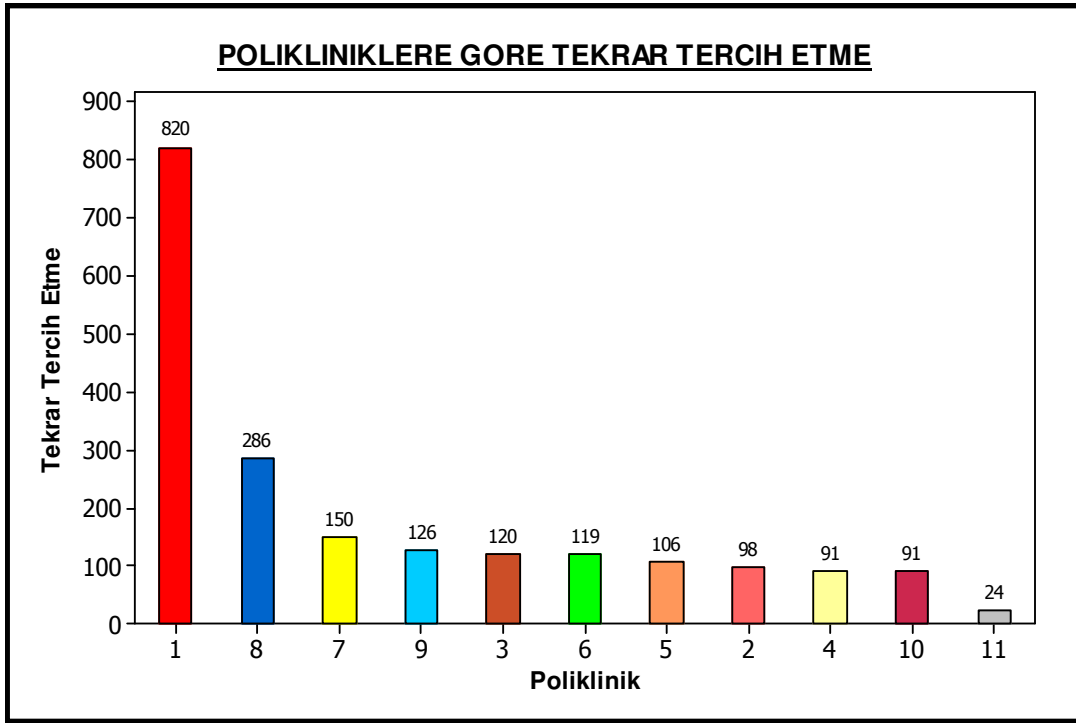
Tablo 25: Hastaneyi Tavsiye Etme ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analiz Sonuçları

Correlations: Cinsiyet; Yaş; Medeni Durum; Eğitim; Meslek; Sosyal Güven; ...									
	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim	Meslek	Sosyal Güvence	İl	İlçe	Gelir
Tavsiye Etme	0,133	0,030	-0,036	-0,026	0,026	0,022	0,089	0,098	0,059
	İlk Başvuru	Tercih Nedeni	Poliklinik	Toplam Bekleme Süresi		Doktor Muayene Durumu		Muayene Süresi	
Tavsiye Etme	0,012	0,119	-0,091	-0,248		-0,382		0,282	
Cell Contents: Pearson correlation									

Araştırmada incelenen hastalar farklı polikliniklere muayene olmaya gitmişlerdir. Anket cevaplarında “Hastanemizi tekrar tercih eder misiniz?” sorusuna verilen cevaplar için toplamda; “Dahiliye” polikliniğine giden 216 hastadan “820 puan”, Nöroloji polikliniğine giden 88 hastadan “286 puan”, “Kulak-Burun-Boğaz” polikliniğine giden 48 hastadan 150 puan, “Ortopedi” polikliniğine giden 33 hastadan “126 puan”, “Kadın Doğum” polikliniğine giden 34 hastadan “120 puan”, “Göz” polikliniğine giden 33 hastadan “119 puan”, “Çocuk” polikliniğine giden 27 hastadan “106 puan”, “Genel Cerrahi” polikliniğine giden 25 hastadan “98 puan”, “Üroloji” polikliniğine giden 26 hastadan “91 puan”, “Diş” polikliniğine giden 25 hastadan “91 puan”, “Enfeksiyon” polikliniğine giden 6 hastadan “24 puan” gelmiştir. Tablo 26’da Poliklinik adı ve kodları Şekil 35’de hastaların muayene oldukları polikliniklere göre tekrar tercih etme puanlarının toplamları gösterilmiştir.

Tablo 26: Poliklinik Adı ve Kodları

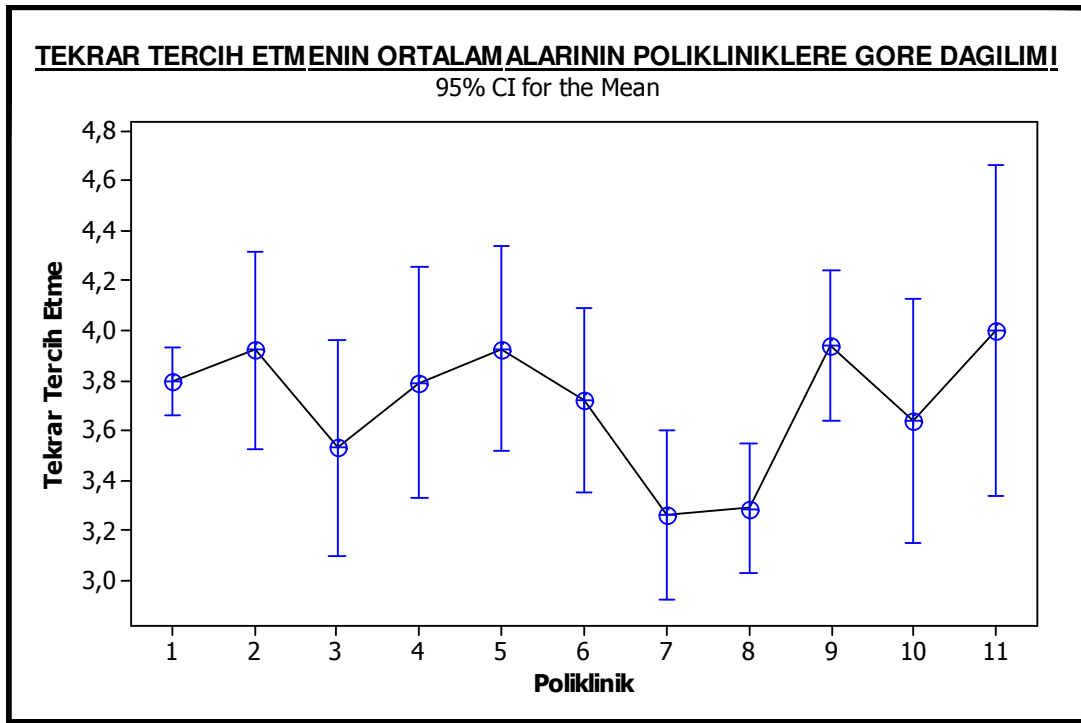
POLİKLİNİK KODU	POLİKLİNİK ADI
1	Dahiliye
2	Genel Cerrahi
3	Kadın Doğum
4	Üroloji
5	Çocuk
6	Göz
7	Kulak-Burun-Boğaz
8	Nöroloji
9	Ortopedi
10	Diş
11	Enfeksiyon



Şekil 35: Polikliniklere Göre Tekrar Tercih etme Toplam Puanları

Her bir polikliniğe giden hasta sayısı eşit olmadığından toplam puanlar üzerinden yorum yapmak yanlış olacaktır. Bu sebepten, polikliniklere giden hastaların ortalama memnuniyet puanları üzerinden karşılaştırma yapılmalıdır. Analiz için görsel araçlardan faydalanacaktır. Şekil 36’de verilen Aralık ve Ortalama Grafiği (Interval Plot) bu maksatla kullanılmıştır.

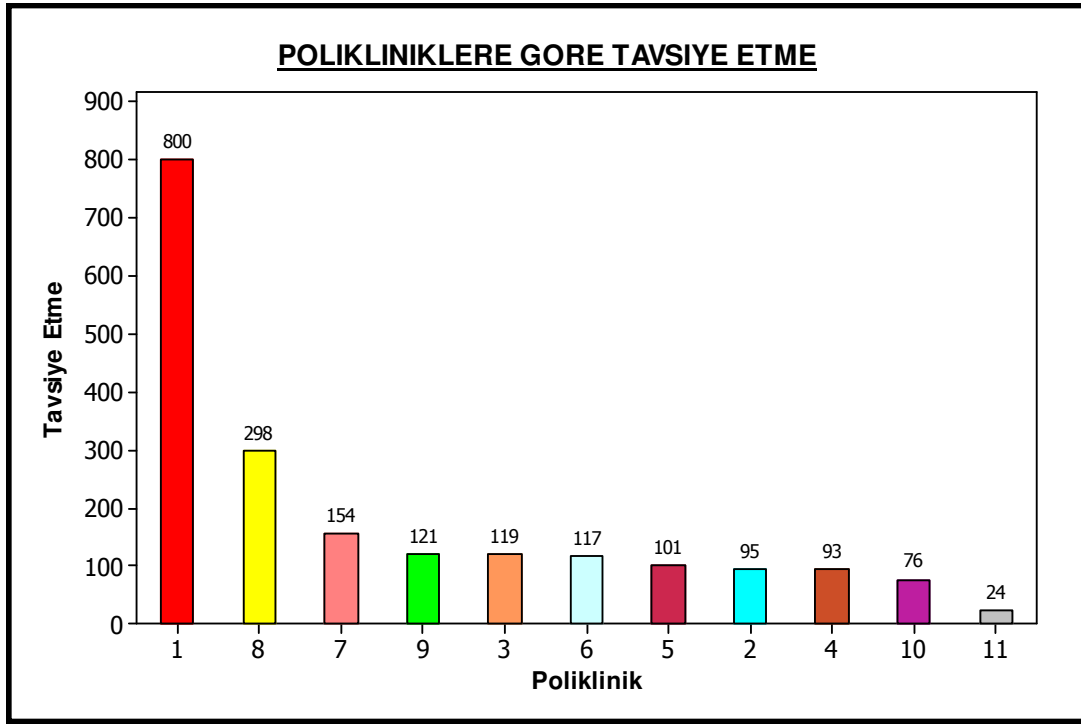
Grafiğe bakıldığında ortalamalarından en yüksek olanı 11 numarayla kodlanmış olan “Enfeksiyon Polikliniği” olarak gözükmetedir. Ardından 9, 5 ve 2 numaralarıyla gelen “Ortopedi, Çocuk ve Genel Cerrahi Poliklinikleri” takip etmektedir. Bu polikliniklere tedavi görmek amacıyla gelen hastalar hastaneyi tekrar tercih etme konusunda olumsuz bir tavır sergilemeyecekleri düşünülebilir. Buna karşılık verilen hizmetten pek memnun kalmayan ve bu hastaneyi tekrar tercih etmem diyen hastaların ise 7 numarayla kodlanmış olan “KBB Polikliniği” hastaları olduğu görülmüştür.



Şekil 36: Tekrar Tercih Etmenin Ortalamalarının Polikliniklere Göre Dağılımı

Araştırmada incelenen hastalar farklı polikliniklere muayene olmaya gitmişlerdir. Anket cevaplarında “Hastanemizi tavsiye eder misiniz?” sorusuna verilen cevaplar için toplamda; “Dahiliye” polikliniğine giden 216 hastadan “800 puan”, Nöroloji polikliniğine giden 88 hastadan “298 puan”, “Kulak-Burun-Boğaz” polikliniğine giden 48 hastadan “121 puan”, “Ortopedi” polikliniğine giden 33 hastadan “119 puan”, “Kadın Doğum” polikliniğine giden 34 hastadan “119 puan”, “Göz” polikliniğine giden 33 hastadan “117 puan”, “Çocuk” polikliniğine giden 27 hastadan “101 puan”, “Genel Cerrahi” polikliniğine giden 25 hastadan “95 puan”, “Üroloji” polikliniğine giden 26 hastadan “93 puan”, “Diş” polikliniğine giden 25 hastadan “76 puan”, “Enfeksiyon” polikliniğine giden 6 hastadan

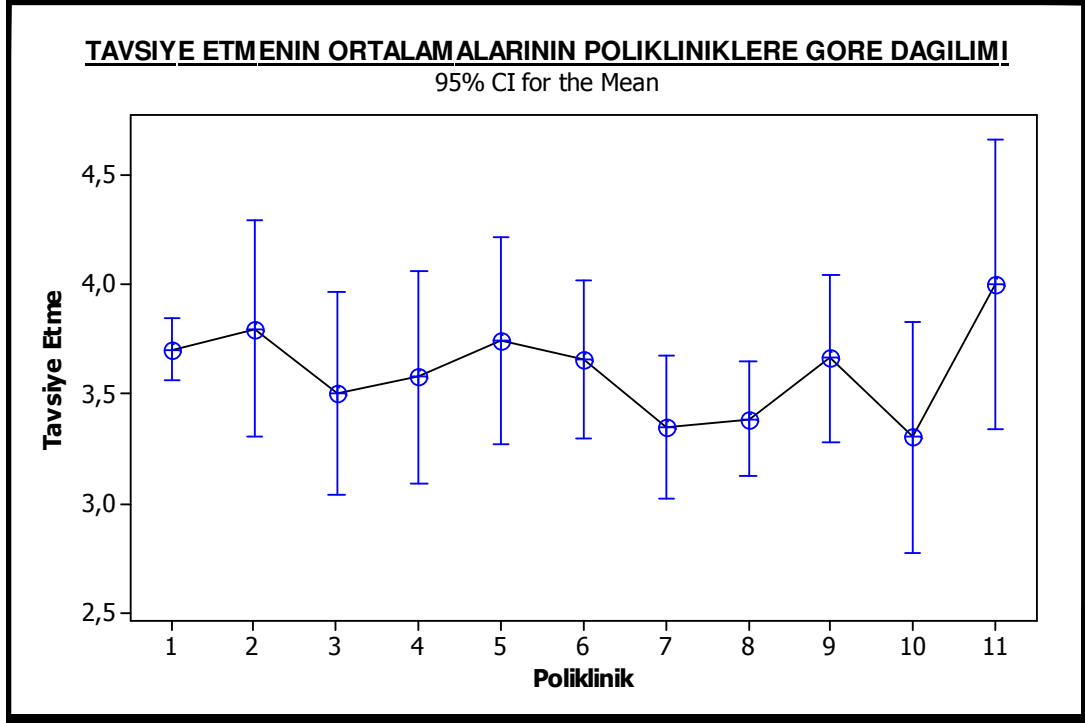
“24 puan” gelmiştir. Şekil 25’de hastaların muayene oldukları polikliniklere göre tavsiye etme puanlarının toplamları gösterilmiştir.



Şekil 37: Polikliniklere Göre Tavsiye Etme Toplam Puanları

Hastaneyi tavsiye etme puanlarında bir önceki analizde uygulandığı gibi; her bir polikliniğe giden hasta sayısı eşit olmadığından toplam puanlar üzerinden yorum yapmak yanlış olacaktır. Bu sebepten, polikliniklere giden hastaların ortalama memnuniyet puanları üzerinden karşılaştırma yapılmalıdır. Analiz için görsel araçlardan faydalanacaktır. Şekil 38’de verilen Aralık ve Ortalama Grafiği (Interval Plot) bu maksatla kullanılmıştır.

Grafiğe bakıldığında ortalamalarından en yüksek olanı 11 numarayla kodlanmış olan “Enfeksiyon Polikliniği” olarak gözükmektedir. Ardından 2, 5 ve 9 numaralarıyla gelen “Genel Cerrahi, Çocuk ve Ortopedi Poliklinikleri” takip etmektedir. Bu polikliniklere tedavi görmek amacıyla gelen hastaların hastanenin başkalarına tavsiye edilmesi konusunda olumsuz bir tavır sergilemeyecekleri düşünülebilir. Buna karşılık verilen hizmetten pek memnun kalmayan ve bu hastaneyi tavsiye etmem diyen hastaların ise 10 numarayla kodlanmış olan “Diş Polikliniği” hastaları olduğu görülmüştür.

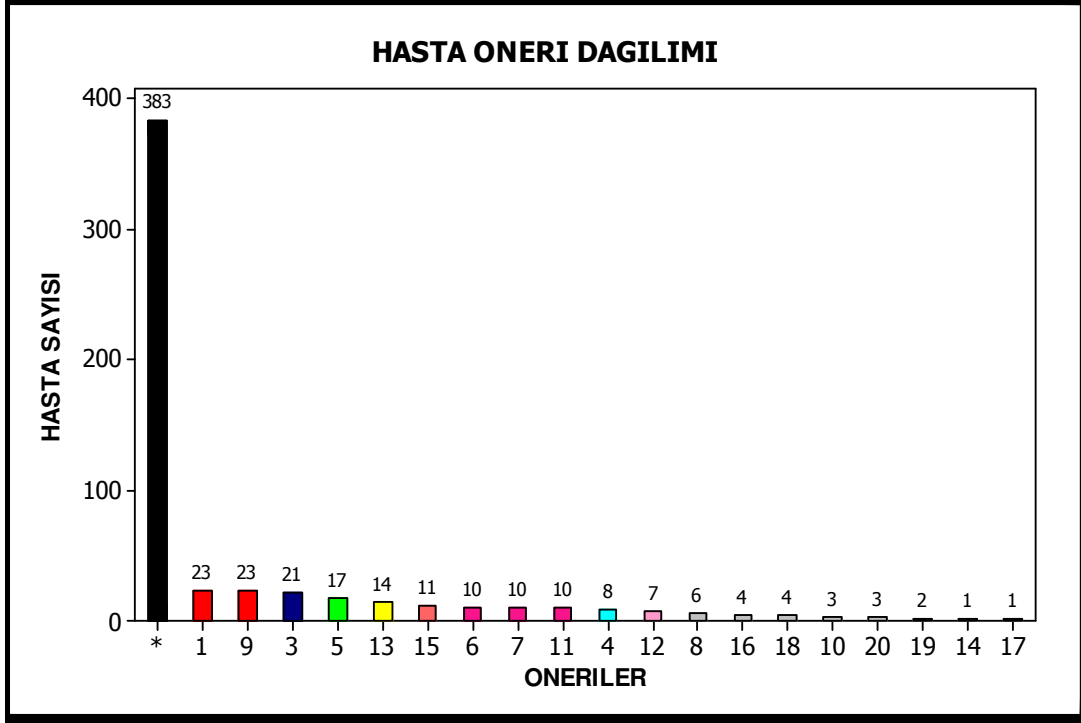


Şekil 38: Tavsiye Etme Ortalamalarının Polikliniklere Göre Dağılımı

Hastaların hastane tarafından verilen hizmetlerde karşılaştıkları eksik/aksak hususların tespit edilmesi ve öneri tekliflerinin alınması amacıyla ankete açık uçlu bir öneri sorusu konulmuştur. Öncelikle; Şekil 39 görüldüğü gibi, hastalar tarafından yapılan önerilerin oluşturulacak Bar Chart ile hangi önerilerde yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Şekilde öneriler belirli kodlamalara göre verilmiştir. Bu kodlamaların açılımı Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27: Öneri Kodları ve açıklamaları

ÖNERİ KODU	ÖNERİ AÇIKLAMASI
1	Doktor hastayla daha fazla ilgilenmeli
3	Eksik branşların tamamlanması
4	İlaç tanıtıcılarının muayene zamanı polikliniklere girmesi
5	Hastaya güler yüz gösterilmesi
6	Daha iyi hizmet verilmeli
7	Tahlil sonuçları daha erken verilmeli
8	Doktor sayısı arttırılmalı
9	Temizliğe daha fazla dikkat edilmesi
10	Daha iyi havalandırma
11	Bekleme yerlerinin düzenlenmesi
12	Kayıt süresinin kısaltılması
13	Bekleme sürelerinin kısaltılması
14	Ultrason için verilen randevu süresinin kısaltılması
15	Tıbbi cihazların tamamlanması (ultrason, tomografi)
16	Hastaların özel muayenehaneye çağrılmaması
17	Randevu sisteminin olması
18	Muayenenin zamanında başlaması
19	Kadın doğum polikliniğine ultrason almalı
20	Personel tanıdıklarının aradan alınmaması



Şekil 39: Hasta Önerilerinin Dağılımı

Hastaların ağırlıklı olarak öneride bulunduğu noktalar 1 “Doktor hastayla daha fazla ilgilenmeli”, 9 “Temizliğe daha fazla dikkat edilmesi”, 3 “Eksik branşların tamamlanması”, 5 “Hastaya güler yüz gösterilmesi”, 13 “Bekleme sürelerinin kısaltılması”, 15 “Tıbbi cihazların tamamlanması (ultrason, tomografi)” 6 “ Daha iyi hizmet verilmeli”, 7 “Tahlil sonuçları daha erken verilmeli”, 11 “Bekleme yerlerinin düzenlenmesi” 4 “İlaç tanıtıcılarının muayene zamanı polikliniklere girmesi” kodlu önerilerdir. Diğer öneriler de grafikte verildiği şekliyle ağırlıklandırılmaktadır.

3. Sonuç Ve Öneriler

Sağlık sektöründe yoğunlaşan rekabet ortamında günden güne daha da önemli duruma gelen hizmet kalitesi ve hasta tatmini kavramları sağlık kurumlarını kendi bünyelerinde iyileştirme yapmaya yöneltmektedir.

Sağlık kurumlarının yapmış oldukları uygulamalar ve bu uygulamalar neticesinde elde edilen veriler, kurumların hangi alanlarda iyileştirme yapmaları gerektiğini ifade etmektedir. Anketlere ve analizlere dayandırılmadan yapılan çalışmalar başarısız sonuçlara sebebiyet vermektedir.

Bu çerçevede yapılan çalışma ile bir kamu hastanesinde hasta tatmin düzeyi incelenmiştir. Hastalara likert ölçeğine göre hazırlanmış olan anketler uygulanmış ve elde edilen veriler istatistiksel analiz programları aracılığıyla anlamlandırılmıştır.

Anket uygulaması neticesinde elde edilen sonuçlar, hangi alanlarda yoğunlaşılması gerektiği yönünde ışık tutmaktadır. On beş günlük zaman zarfında uygulanan anketlerin elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Hastanede yer alan on bir poliklinik içerisinde %38,5'lik dilim ile dahiliye polikliniği hasta sayısı olarak birinci sırada yer almaktadır (Bkz: Tablo-1,Şekil-14). Bu kapsamda; hastane yönetimi tarafından belirlenecek stratejik kararlar çerçevesinde, diğer polikliniklerin hasta sayılarının artırılmasına yönelik önlemler alınabileceği gibi, dahiliye polikliniğine gelen hastaların tatmin seviyelerinin artırılması yoluna da gidilebilecektir. Bu konuda bize yol gösterici olarak düşünülebilecek olan polikliniklere göre tekrar tercih etme (Bkz: Şekil-36) ve polikliniklere göre tavsiye etme (Bkz: Şekil-38) çizelgelerinde gözüktüğü üzere, dahiliye polikliniğinden memnun olma oranındaki düşüklük göze çarpmaktadır. Bu çerçevede,dahiliye polikliniğine gelen hastaların hizmet memnuniyetlerinin artırılmasına yönelik çalışmalar fayda sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Ayrıca, yapılan likert ölçeği sorularının değerlendirilmesi analizi (Bkz: Tablo-16) bize müşteri tatmini üzerinde önemli olan noktaları vurgulamaktadır. Tatmin puanlarına göre; tuvalet temizliği (2,9094), bekleme salonundaki koltuk sayısı (2,9731), laboratuarda

sıra bekleme süresi (3,0552), radyolojide sıra bekleme süresi (3,2000) iyileştirme yapılması gerekli sahaları göstermektedir.

Diğer bir analiz olarak hastanede toplam bekleme sürelerinin % 36,4 'ü 120 dk ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Bkz.: Tablo-12, Şekil-25). Ayrıca, hastaneyi tekrar tercih etme (Bkz.: Tablo-24) ve tavsiye etme (Bkz.: Tablo-25) ile toplam bekleme süresi arasında yapılan korelasyon analizi ters yönde anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Bahse konu bulgular neticesinde, toplam bekleme süresinin azaltılması ile hasta tatmininin artırılacağı değerlendirilmektedir. Bir önceki analizde de belirtildiği üzere, toplam bekleme süresine etkili olduğu belirlenen noktalar laboratuvar ve röntgen sıralarıdır. Öncelikle bu sıralarda bekleme süreleri düşürülerek toplam bekleme süresi azaltılabileceği gibi; sosyal güvence durumlarına göre hasta dağılımı çizelgesine bakıldığında (Bkz.: Tablo-7, Şekil-20) hastaların %57,9'luk oranla SSK'lı oldukları göz önünde bulundurularak, vezne önü bekleme sıraları çeşitlendirilebileceği değerlendirilmektedir. Yani, veznelerinin SSK hastalarına ve diğer kurumlara yönelik olarak iki farklı kategoriye ayrılmasının uygun olacağı; ayrıca yoğun hasta kabul saatlerinde SSK hastalarına vezne sayısının artırılması gerektiği değerlendirilmektedir. Ayrıca sağlık kurumunda uygulamada olmayan hasta randevu sisteminin devreye sokulmasının bekleme sürelerinin azaltılmasında etkili olacağı değerlendirilmektedir.

Randevu sisteminin diğer bir katkısı olarak ise; doktorun muayenede gösterdiği özene göre hasta dağılım çizelgesindeki (Bkz: Tablo-13, Şekil-26), % 29,2'lik "özen göstermedi" cevabın veren hastaların oranı düşürülebilecektir. Çünkü; bu sistemin gereği olarak, hasta muayene süreleri standarda bağlanacaktır.

Hastaların hastaneyi tercih etme nedenlerine göre dağılımları (Bkz.: Tablo-11, Şekil-24) incelendiğinde %31,7 oranla ile iyi hizmet vermesinden dolayı hastanenin tercih edildiği tespit edilmiştir. Ayrıca yaşadıkları ilçelere göre hasta dağılım çizelgeleri (Bkz: Tablo-8, Şekil-21) de hastanenin yerel çevresi haricinde hasta portföyünün geniş olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar çerçevesinde, hastanenin stratejik amacı olarak hastaların hizmet kalitesinden dolayı hastaneyi tercih etme ve tavsiye etme oranı artırılarak çevre ilçelerden de hasta sayısının artırılacağı değerlendirilmektedir.

Hastaneye gelen hastaların genel olarak memnuniyet düzeyleri %46,9 oranı ile “memnun”, % 1,6’lık oranla “hiç memnun değilim” olarak tespit edilmiştir (Bkz: Tablo-17, Şekil-29).

Analizde ifade edilen genel memnuniyet puanı üzerinde hangi bağımsız değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, gelir durumları, sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre, doktor muayenesi ile ilgili durum, muayene odasında kalınan süre) büyük oranda etken olduğu ve bu kapsamda hangileri üzerinde durulması gerektiğinin tespit edilmesi amacıyla yapılan model tasarımı (Bkz: Tablo-18, Şekil-31) bize hastaların yaşlarının, meslek gruplarının, gelirlerinin, toplam beklenen sürenin, doktor muayene süresinin, meslek ve gelir ikili etkileşimlerinin, ilçe ve toplam beklenen süre ikili etkileşimlerinin, ilçe ve doktor muayene süresi ikili etkileşimlerinin etken olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, daha önceki analizler ile iyileştirme önerisinde bulunulmayan yaş, gelir, meslek ve ikili etkileşimler üzerinde durulması gerekmektedir.

Hastaların % 28,9’nın 30-29 yaş ve %24,1’nin 20-29 orta yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (Bkz.: Tablo-3, Şekil-16). Bu çerçevede hasta memnuniyet düzeyinin artırılmasına yönelik olarak geliştirilecek iyileştirme projelerinde bu yaş grupları göz önünde bulundurulmalıdır.

Gelir dağılımına göre hasta portföyü incelendiğinde % 54,9 oran ile asgari ücret düzeyine sahip oldukları, % 22,2’lik oranda bir kısmın ise asgari ücretin altında yer aldığı tespit edilmiştir (Bkz: Tablo-9, Şekil-22). Bu veriler ışığında, hastanenin müşteri portföyünün orta sınıf gelir düzeyinde olduğu değerlendirilmektedir. Yapılan hastaneyi tanıtıcı reklam faaliyetleri bu kesim ağırlıklı yapılmalıdır.

Genel olarak araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastane yönetiminin dikkat etmesi gereken noktaları şöyle sıralamak mümkündür

- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için fiziksel ortam (mekan) hastaların sağlık hizmetlerini satın almasına, satın aldığı hizmetten memnun kalmasına hatta yeniden tercih etmesine ve başkalarına tavsiye etmesinde önemli bir faktördür. Bu nedenle

hastane yönetimi temizlik ve hijyene, özellikle tuvaletlerin temizliğine, gereken önemi göstermeli temizlik şirketinin rutin kontrolü yapılmalıdır.

- Temizlik ve hijyen sadece mekanların temizliği ile sınırlı kalmamalı, kullanılan aletlerin temizliği ile personelin kişisel temizliği ve kılık kıyafet temizliğine gereken önem gösterilmelidir.
- Bekleme salonları hastaları rahat edebilecekleri bir şekilde düzenlenmeli, modern ve ferah olmalıdır. Bazı polikliniklerin alt katta yer alması kasvetli bir görünüm sergilemekte ve hastaların moralini bozmaktadır. Bunun için uygun ışıklandırma ve duvar rengi seçilmeli ,havalandırma için klima konulmalı, koltuk sayısı artırılarak daha modern bir düzenleme yapılmalıdır.
- Bekleme salonlarında uzun süre bekleyen hastalar için okuyabilecekleri birtakım gazete ve dergiler konulabilir hatta bekleme salonlarında hastaları rahatlatacak ve dinlendirecek müzik yayını yapılabilir.
- Bekleme salonlarına para ile çalışan çay ve kahve makinelerinin konulması hastalar üzerinde olumlu etki bırakacak bir uygulama olacaktır.
- Tetkik ve tedaviler için yapılan tahlil sonuçları kısa sürede sonuçlanmalı; sonuçların alınması uzun sürecekse, bunun nedenleri ve süresi hakkında gerekli bilgiler hastaya anlatılmalıdır.
- Hastane oldukça yüksek olan bekleme sürelerini kısaltmak için randevu sistemine geçerek veznelerde, doktor kapısında ve tetkik ve tahliller için beklenen süreyi minimuma çekmelidir.
- Hasta muayene odalarının ve doktor sayısının artırılması yığılmaları önleyeceği gibi hastalara ayrılan zamanı arttıracaktır. İlaç firmalarını belli saatlerde içeriye alınması hastalarının muayenelerinin bölünmeden yapılmasına ve hastaya ayrılan zamanın artmasını sağlayacaktır.

- Hastanenin ihtiyaç duyulduğunda yeniden tercih edilmesinde ve başkalarına tavsiye edilmesinde veya tavsiye edilmemesinde rol oynayan faktörlerin başında personelin ilgisi ve alakası gelmektedir. Dolayısıyla, bir hizmet işletmesindeki çalışanların güler yüzlü ve hoşgörülü olması, ilgi ve yakınlık göstermesi hasta tatmin düzeyini ve hizmetin kalitesini etkileyecektir. Bu nedenle, tıbbi ve tıbbi olmayan bütün personele başta iletişim, hasta ilişkileri ve diyalog konularında rutin eğitimler düzenlenmelidir.
- Hastalarını memnun eden poliklinik çalışanlarına motive edici ödüller verilmelidir.
- Hastane hakkında olumlu bir imaj oluşturulması için sunulan hizmetlerin hastalar tarafından olumlu yönde değerlendirilmelerini sağlayacak iletişim programları oluşturulmalıdır.
- Hasta tatminini etkilemesi bakımından hastanede çalışan personelin motivasyon ve memnuniyetine yönelik araştırmalar yapılmalı sağlık personelinin tatminini etkileyen faktörler ortaya çıkarılmalıdır.
- Yapılan çalışmaların sonuçlarını görmek amacıyla da 6 ayda bir veya her yıl hasta tatmin düzeyinin belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılmalıdır.

Bu çalışma Çatalca Devlet Hastanesinin poliklinik hizmetlerine yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Böyle bir çalışma acil ve yatan hastaların tatmin düzeyini belirlemek için de gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Ak, B., “Hasta Deneyiminin Ölçümü” Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, sayı: 486, İstanbul, 2000
- Akgün, S., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme”, Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, Yıl.44, Sayı.527, İstanbul, 2005
- Ardıç, K., Baş, T., “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin Ölçülmesi : Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama” Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 1302, İstanbul
- Asunakutlu,T., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, www.canaktan.or/politika/kamudakalite/asuna.pdf, (13.03.2007)
- Biçkes, M., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, Yıl.39 Sayı.458, İstanbul, 2000
- Bob Hayes, Measuring Customer Satisfaction : Development and Use of Questionnaires, Wisconsin ASQ Quality Press, 1992
- Brian Williams, “Patient Satisfaction: A Valid Concept?”, Soc. Sci. Med., 1994, 38 (4)
- Bruno Holthof, “Total Quality in Acute Care Hospitals”, Health Policy , 18, Elsevier Science Publishers B.V. ,1991
- Clifton N.Orme, Robert J.Parson ve Glen Z.McBride, “Customer Information and the Quality Improvement Process” , Hospital and Health Services Administration, 37:2 , 1992
- Devebakan, N., “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Sayı.1, Cilt.8, İzmir, 2006
- Donabedian, A. “How can it be assessed?,” The Quality of Care, JAMA, 1998 sayı:260
- Dursun,Y., Çerçi,M., “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:23, 2004
- Efil, İ., Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye ulaşmada Önemli Bir Araç: ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Bursa, 1995
- Engiz, O., “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, Hastane Yöneticiliği, Ed. Hayran, O., Sur, H., İstanbul, 1997
- Eren,N., Öztekin, Z., Sağlık Ocağı Yönetimi ,Ankara, 1993

- Faritous, Z, “Hastane Yönetiminde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmininin Hizmet Pazarlamasındaki Rolü ve Dört Farklı Statü Hastanede Kadın Doğum Bölümünde Doğum Yapmış Hastaların Hizmetlerden Duydukları Tatmin Derecelerini Ölçümü İle İlgili Bir Araştırma”, Doktor Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, 1996
- Gündüz, E., Akar,Ç., Özgülbaş, N., Önce S., Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, Ed.Banar,K., Eskişehir, 2003
- Hayran, O., “Sağlık Hizmetleri”, Ed.Hayran,O., Sur,H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997
- Hayran,O., Sur, H.,” Sağlık Hizmetleri El Kitabı, , İstanbul 1998
- Hayran,O., Uz,H., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed. Hayran,O., Sur,H., İstanbul, 1998
- Karabulut, K., Yapraklı,Ş., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi –Erzurum’da Bir Uygulama-”,İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt.15, Mart 2001, Sayı 1-2
- Karahan, K., Hizmet Pazarlaması, İstanbul, 2006
- Kardeş, S., “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994
- Kavakoğlu, İ., Toplam Kalite Yönetimi 2.ed, ,İstanbul, 1994
- Kavas,A.,Güdümlü,G., “Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması” , Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy,Y., I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Aydın, 1994
- Kavuncubaşı, Ş., “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim”i, Ankara, 2000
- Kocadağ, Z., Özgen, H., “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri için Bir Model Önerisi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın, 1994
- Kovancı, A., “ Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?”, İstanbul, 2004
- Lewis.J.R., “Patient Views on Quality Care in General Practice :Literatüre Review”, Social Science And Medicine ,1994, 39 (5)
- Margarete Arndt, Barabara Bigelow, “The İmplementation of Total Quality Management in Hospital:How Good is the Fit?”, Health Care Management Review ,fall 1995 ,20(4)
- Martin Boekholdt, “Management of Patient Care: Professionals and Managers in Search of New Alliances”, European Health care Management Association, 1987

- Mithat Çoruh, “Başkent Üniversitesi Hastanesi’nde Kalite Güvencesi Uygulaması”, I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy,Y., Aydın, 1994
- Odabaşı,Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2004
- Özalp, İ., Koparal, C., Berberoğlu, G., “Yönetim ve Organizasyon”, Eskişehir, 2000
- Öztek, Z., “Temel Sağlık Hizmetleri,” Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını, 86/33, Kısa dizi No:1, Ankara,1986
- Öztürk, A.S., “Hizmet Pazarlaması”, Ankara, 2006
- Paul P.Fahey ve Stephen Ryan , “Quality Begins and Ends with Data”, Quality Progress ,1992
- Pekdemir,I.,“Değişen Yönetim Anlayışı, En İyiyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yönetim Dergisi, Sayı:22, Yıl:6,İstanbul, 1995
- Pekdemir,I.,“İşletmelerde Kalite Yönetimi”, İstanbul, 1992
- Peşkiroğlu, N., “Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Standartları”, Verimlilik Dergisi, Ankara,1994
- R.B. Jones, H. Whlie Carnon, A.J. Hedley, “How do we Measure Consumer Opinions of Outpatient Clinics?”, Public Health, 1993, V.107, s..235
- Raymond . Carey; Jerry H. Seibert, “A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Realiability and Validity”, Medical Care, 31(9),1993
- Sarvan, F., “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Dergisi, C.1, No:1, Eskişehir, 1994
- Sarvan,F., Berk, O., “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, Sayı.24 (2
- Sözen,C., Özdevecioğlu, M., Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 2002
- Steven R. Steiber, William J. “Krowinski, Measuring and Managing Patient Satisfaction”, AHA, American Hospital Publishing, inc., 1990
- Şener, F., “Çağdaş Kalite Anlayışı (Önce İnsan)” I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan,M., Harmancıoğlu,Ö., Yeğinboy,Y., Aydın, 1994
- Şimşek, M., Kalite Yönetimi, İstanbul, 2004
- T.C. Anayasası, Madde 5

- Tanrıkulu, S., “Sağlıkta Kalite Seçim Değil, Zorluluktur”, Standard ve Ekonomik Teknik Dergis, Yıl.43, Sayı.505, İstanbul, 2004
- Tugu, A., “Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler ve Bir SSK Hastanesi Polikliniğinin Reorganizasyonu için Uygulama Önerisi”, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997
- Turnel D. Paul and Louis G. Poll, “Beyond Patient Satisfaction”, Journal of Health Care Marketing, 1995, Fall Vol:15, No:3
- Tükel,B., Acuner,A.M., Önder,Ö.R., Üzgül,A., “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Sayı:4, 2004
- Uz, H., “Hastanelerde Kalite Yönetimi”, Ed.Hayran,O., Sur,H., Hastane Yöneticiliği, İstanbul, 1997
- Üzgül, A., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/gazihass.htm> (28/02/2007)
- V.N.Slee, “Quality Management Assurance”, Journal of Nursing Administration, 21 (5), 1991
- Vincent K.Omachonu, Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991
- Wendy Leebov; Gail Scott, Service Quality Improvement, The Customer Satisfaction Strarey for Health Care, AHA, 1994
- World Health Oranization, Basic Documents, 35th ed., Geneva, 1985
- Yanık, A., “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine bir Araştırma”, Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Ana bilim Dalı, İstanbul, 2000
- Zorlutuna Y., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler , 6. Ulusal Kalite Kongresi, 1997

POLİKLİNİK HİZMETLERİ DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

Değerli hastamız;

Bu anket formu bu kurumdan almış olduğunuz poliklinik hizmetleri ile ilgili görüşlerinizi öğrenmek ve hizmet kalitesini arttırmak için önerilerde bulunmak amacıyla hazırlanmıştır.

Anket formunu tam ve doğru olarak cevaplandırmanız araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olmasını sağlayacaktır.Elde edilecek bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır.

Bu konuda göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

Muhteber GÜNAL

Beykent Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Hastane ve Sağlık kurumları Yönetimi

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz:

1) Kadın

2) Erkek

2. Yaşınız :

1) 15-19

2) 20-29

3) 30-39

4) 40-49

5) 50 ve üzeri

3. Medeni Durumunuz:

1) Bekar

2) Evli

3) Dul

4)Boşanmış

5) Ayrı yaşıyor

4. Eğitim Durumunuz:

1) Okur yazar değil

2) Okur Yazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Yüksekokul

7) Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz belirtiniz.....

6. Sosyal Güvenceniz:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) Bağ-Kur | <input type="checkbox"/> 2) SSK |
| <input type="checkbox"/> 3) Emekli Sandığı | <input type="checkbox"/> 4) Yeşil kart |
| <input type="checkbox"/> 5) Memur (çalışan) | <input type="checkbox"/> 6) Yok |
| <input type="checkbox"/> 7) Diğer | |

7. Şu anda yaşadığınız yer belirtiniz. İlilçe.....

8. Aylık geliriniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0-399YTL | <input type="checkbox"/> 2) 400-999YTL |
| <input type="checkbox"/> 3) 1000-2999 YTL | <input type="checkbox"/> 4) 3000YTL ve üzeri |

9. Hastalandığınızda ilk nereye başvurursunuz?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) Sağlık Ocağı | <input type="checkbox"/> 2) Hastane |
| <input type="checkbox"/> 3) Özel Muayenehane | <input type="checkbox"/> 4) Diğer |

10. Bu hastaneyi tercih etmenizde en önemli etken nedir?

- 1) Başka kurumdan sevk.
- 2) Eve/işyerine yakın olması
- 3) İyi hizmet vermesi
- 4) Hastanede tanıdık birinin olması
- 5) Aile ve arkadaş tavsiyesi
- 6) Diğer (belirtiniz).....

11. Muayene olduğunuz poliklinik:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) Dahiliye | <input type="checkbox"/> 2) Genel Cerrahi |
| <input type="checkbox"/> 3) Kadın Doğum | <input type="checkbox"/> 4) Üroloji |
| <input type="checkbox"/> 5) Çocuk | <input type="checkbox"/> 6) Göz |
| <input type="checkbox"/> 7) Kulak-Burun-boğaz | <input type="checkbox"/> 8) Nöroloji |
| <input type="checkbox"/> 9) Ortopedi | <input type="checkbox"/> 10) Diş |
| <input type="checkbox"/> 11 Enfeksiyon | |

12. Sağlık kuruluşunun kapısından girip muayene olana kadar beklediğiniz süreyi belirtiniz.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0-19dk. | <input type="checkbox"/> 2) 20-39 dk |
| <input type="checkbox"/> 3) 40-59 dk | <input type="checkbox"/> 4) 60-89dk |
| <input type="checkbox"/> 5) 90-119dk | <input type="checkbox"/> 6) 120dk ve üzeri |

13. Doktor sizi muayene etti mi?

- 1) Evet, ayrıntılı olarak muayene etti.
- 2) Evet ama yeterince özen göstermedi.
- 3) Hayır, hiç muayene etmedi.

14. Muayene odasında tahmini kaç dakika kaldınız.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 0-4dk | <input type="checkbox"/> 2) 5-9dk |
| <input type="checkbox"/> 3) 10-14dk | <input type="checkbox"/> 4) 15-19dk |
| <input type="checkbox"/> 5) 20dk ve üzeri | |

Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini dikkatle okuduktan sonra bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı (kesinlikle katılıyorum-katılıyorum-kararsızım-katılmıyorum-hiç katılmıyorum) ilgili kutucuğun içine (X) işareti koyarak belirtiniz.

15. Bina içerisinde ulaşmak istediğim yerleri (poliklinikleri, muayene odalarını, laboratuvarı) kolay bulabildim.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

16. Rahat bir ortamda bekledim.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

17) Bekleme salonunda koltuk/sandalye sayısı yeterliydi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

18) Bekleme salonunun sıcaklığı,havalandırması iyiydi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

19. Polikliniklerde bulunan bekleme yerlerinin temizliğinden memnun kaldım.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

20. Polikliniklerde bulunan tuvaletlerin temizliğinden memnun kaldım.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

21. Muayene odası düzenliydi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

22. Doktor muayene için bana yeterince vakit ayırdı.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

23. Doktor şikayetimi dikkatlice dinledi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

24. Doktorlar hastalığım ve uygulanacak tedavi hakkında bana yeterince bilgi verdi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

25. Doktorlar hastalığımla ilgili soru sorma fırsatı verdi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

26. Doktorların yaptığı açıklamalar kolaylıkla anlaşılabilirdi.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

27. Doktorların hastalığımla ilgili teşhis ve tedavisine güven duydum.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

28. Doktor dışındaki diğer çalışanlar ilgili , güler yüzlü,saygılı davrandı.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

29. Doktor dışındaki diğer çalışanlar yeterince yardımcı oldu.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

30. Radyoloji (film,röntgen,ultrason vb.) hizmetlerinde sıra bekleme süresi azdır.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
 4) Katılıyorum
 3) Kararsızım
 2) Katılmıyorum
 1) Hiç katılmıyorum

31. Laboratuvar (kan, idrar, tahlil vb) hizmetlerinde sıra bekleme süresi azdır.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

32. Burada çalışanlar hastalara iyi davranıyorlar.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

33. Burada aldığım poliklinik hizmetlerinden genel olarak memnun kaldım.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

34. Genel olarak bu sağlık kurumunun kalitesini iyi buluyorum.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

35. Tekrar muayene olmam gerektiğinde yine bu hastaneyi tercih ederim.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

36) Başkalarına hasta olduklarında bu hastanede muayene olmalarını tavsiye ederim.

- 5) Kesinlikle katılıyorum
- 4) Katılıyorum
- 3) Kararsızım
- 2) Katılmıyorum
- 1) Hiç katılmıyorum

37)

Önerileriniz.....
.....
.....

ÖZGEÇMİŞ

08 Ocak 1971 tarih Bulgaristan doğumluyum. İlkokul ve Ortaokulu Çorlu'da bitirdim. Liseyi İstanbul'da tamamladıktan sonra 1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümüne kaydoldum ve 1999 yılında mezun oldum.

2005 yılında Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim dalında Yüksek Lisans eğitimine başladım.

Şu anda İstanbul'un Çatalca ilçesindeki devlet hastanesinde idareci olarak görev yapmaktayım.

