



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞL-YL-2014-0002**

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA BEKLENTİLERİ KONUSUNDA BİR UYGULAMA

(Aydın Devlet Hastanesi zerine Bir alışma)

**HAZIRLAYAN
şükran BURÇOĞLU KARACA**

**TEZ DANIşMANI
Yrd. Doç. Dr. Esin SAYIN**

AYDIN - 2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞL-YL-2014-0002**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ VE
HASTA BEKLENTİLERİ KONUSUNDA BİR UYGULAMA**

(Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma)

**HAZIRLAYAN
Şükran BURÇOĞLU KARACA**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Esin SAYIN**

AYDIN - 2014

EK 3: Kabul ve Onay Sayfası Örneği

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN**

İşletme Ana Bilim Dalı İşletme Programı öğrencisi Şükran BURÇOĞLU KARACA tarafından hazırlanan Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama başlıklı tez, 22/04/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı :

(Başkan) Prof.Dr.Feriştah SÖNMEZ

Yrd.Doç.Dr.Necmiye CÖMERTLER

Yrd.Doç.Dr.Esin SAYIN

.....

.....

Kurumu :

Nazilli İ.İ.B.F.

Nazilli İ.İ.B.F.

Nazilli İ.İ.B.F.

.....

.....

İmzası:

.....
.....
.....
.....

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu ... (Tezin Türü) tezi, Enstitü Yönetim Kurulununsayılı kararıyla(Tarih) tarihinde onaylanmıştır.

Unvanı, Adı Soyadı
Enstitü Müdürü
Doç.Dr.Fatma Neval GENÇ

Bu tezde görsel, işitsel ve yazılı biçimde sunulan tüm bilgi ve sonuçların akademik ve etik kurallara uyularak tarafımdan elde edildiğini, tez içinde yer alan ancak bu çalışmaya özgü olmayan tüm sonuç ve bilgileri tezde kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı : Şükran BURÇOĞLU KARACA

İmza :

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA BEKLENTİLERİ KONUSUNDA BİR UYGULAMA

(Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma)

ÖZET

Günümüzde, hizmet yarışının öne çıktığı işletmelerde, artan rekabet sonucu, sağlık işletmelerinde de, kalitenin önemi daha da artmıştır. İnsanları hastalıklardan korumak ve hastalıkları tedavi etme görevini üstlenmiş olan hastaneler açısından sağlık alanında giderek artan özel girişimler sonucunda yoğun bir rekabet ortamı doğmuştur. Sağlık kurumlarında, hizmette kalitenin en önemli göstergesi hasta memnuniyetidir.

Hasta memnuniyetini arttırmak için, hastaneler hizmette kaliteyi de her geçen gün arttırma ve iyileştirme yoluna gitmektedirler.

Hasta tatmininin kaliteli sağlık hizmeti sunumu ile sağladığı gerçeği göz önüne alınırsa kaliteli sağlık hizmeti üretebilen hastane öncü olabilme özelliklerinden birine sahip olacaktır. Sağlık işletmelerinin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve sürekliliği için hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve bu doğrultuda hizmet kalitesinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, araştırmanın teorik alt yapısını oluşturan kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti kavramları üzerinde durulmuştur. Bu çalışma Aydın Devlet Hastanesi'nden rastgele seçilen 500 kişi üzerinde, hastaların hastane hizmet kalitesine ilişkin beklentilerini ilgili kaynaklar taranarak; hastaların bilgi alma, kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih hakkını kullanma, tıbbi hizmetler ve yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerine yönelik anket çalışması yapılmıştır. Söz konusu ölçekten anlamlı sonuçlar çıkarabilmek, literatüre katkı yapabilmek amacıyla ölçeğin güvenilirlik boyutu dikkate alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin yeri ve önemi incelenmiştir. Uygulanan anketle Aydın Devlet Hastanesi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin ne ölçüde yeterli olduğu, hastaların hizmet alımı sonrasında aldıkları hizmetten ne kadar tatmin oldukları ve memnuniyet dereceleri, hangi alanlarda sorunlarla karşılaştıkları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler. Hastane, hasta, hizmet, kalite, beklenti

HEALTH SERVICES QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT EXPECTATIONS OF AN APPLICATION

ABSTRACT

As a result of ever-increasing competition businesses where the race for service takes the lead, the importance of quality in health institutions has become even more obvious. Undertaken the task of treating people with illnesses and diseases, protect the health field in terms of hospitals increasingly intense competitive environment as a result of private initiatives emerged. The indicator of quality in health institutions is the satisfaction of patients.

So as to increase the satisfaction of patients, hospitals seek to increase their quality of service day by day.

Hospitals that satisfies patients expectations are generally customers first choice. In this way these hospitals can make a difference from others to be chosen . For the competitive advantage and stability of health institutions, the definition, measurement and development of the quality of service is of utmost importance.

This study stressed the concepts of quality, which formed the theoretical infrastructure of this study, quality in healthcare services and patient satisfaction. This study Aydin State Hospital from the randomly selected 500 people from over, the patients' expectations regarding the quality of hospital services should be compiled and all the patients to obtain information, and prefer them to participate in decisions about the right to use, to the expectations of medical services and administrative services survey was conducted. The reliability dimension of the scale of satisfaction has been considered in order to draw meaningful conclusions from the said scale. The survey, which was conducted, aimed at determining the degree of sufficiency of the healthcare service provided by Aydin State Hospital, the extent of satisfaction by the patients following the service they have received, and their satisfaction degrees, and the fields they encountered with problems.

Key Words: Hospital, patient, service, quality, expectation

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, tez çalışmasının her aşamasında yardımcı ve önerilerini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esin SAYIN' a , yine bir dönem tez danışmanım olan Yrd. Doç. Dr. Eymen GÜREL' e, teşekkürü borç bilirim.

Çalışma boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, eğitim ve tez çalışmamda desteklerini esirgemeyen İşletme Bölüm Başkanım Prof. Dr. Feriştah SÖNMEZ' e müteşekkirim.

Tez çalışmama fikirleriyle çok büyük katkılar sağlayan İktisat Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Necmiye CÖMERTLER' e, İşletme bölümü Öğretim Üyeleri Yrd. Doç. Dr. Mustafa DOĞANER' e , Yrd. Doç. Dr. Ece ARMAĞAN' a, Arş. Gör. Gülşah SEZEN AKAR' a ve Arş. Gör. Engin ÇAKIR' a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca eğitimime devam edebilme imkânı sağlayan Aydın Sağlık Müdürlüğü Yönetici ve çalışanlarına, ayrıca İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi Op. Dr. Ömer SARILAR' a ve İdari ve Mali Hizmetler Müdürü Bahtiyar USTAOĞLU' na teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen dostlarım Işıl OK ve Fatma TETİK ve Fatih LAL'e teşekkür ederim.

Ayrıca, bana akademik hayata atılma konusunda destek olan, bu noktaya gelmemde çok büyük emekleri olan anne ve babama, huzurlu bir çalışma ortamı ve kendimi geliştirme imkanlarını tanıyan çalışma arkadaşlarıma, bana her zaman destek olan kardeşlerime, yaşama sevinci veren sevgili kızım Elif Selin KARACA' ya teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER	xiii
GRAFİKLER	xiv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	2
1. KALİTE KAVRAMI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	2
1.1. KALİTE KAVRAMI	2
1.2. KALİTE KAVRAMININ GELİŞİMİ.....	4
1.3. KALİTE GÜVENCESİ	6
1.4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAVRAMI	7
1.5. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TEMEL İLKELERİ.....	8
1.5.1. Üst Yönetimin Liderliği	8
1.5.2. Müşteri Odaklılık/Müşteri Tatmini	9
1.5.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması:	10
1.5.4. Çalışanların Eğitimi	11
1.5.5. Hata Önlemeye Dönük Yaklaşım:	12
1.5.6. Sürekli Gelişme:	12
1.6. TOPLAM KALİTE YONETİMİNİN BAŞLICA ÖZELLİKLERİ VE AMAÇLARI	13
1.7. KALİTE YÖNETİMİNİN EKONOMİK YÖNÜ	13
1.8. TKY'DE KULLANILAN BAZI KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ.....	14
1.8.1. Akreditasyon	15

1.8.2. ISO 9000	16
İKİNCİ BÖLÜM	18
2. HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE KAVRAMLARI	18
2.1. HİZMET KAVRAMI	18
2.2. HİZMET SEKTÖRÜNÜN ÖZELLİKLERİ.....	19
2.2.1. Soyut Olma	19
2.2.2. Eş Zamanlı Üretim/Tüketim (Ayrılmazlık)	20
2.2.3. Standartlaştırılmama.....	20
2.2.4. Stoklanamama	21
2.2.5. Talep Değişkenliği	21
2.2.6. İnsan Odaklılık	22
2.2.7. Belirli Bir Aracıyla Kullanıcıya Ulaşma.....	22
2.2.8. Sahiplik Olmaması.....	22
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	22
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ	26
2.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	26
2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	27
2.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	28
2.7.1. Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	28
2.7.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	29
2.7.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	30
2.7.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	30
2.7.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	31
2.7.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Göre Sınıflandırılması	31
2.7.2.1. Serbest Başvuru Yöntemi İle Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	31

2.7.2.2. Sevk Zinciri Yöntemi İle Sağlık Hizmetleri Sunumu	32
2.7.3. SAĞLIK HİZMETİ TALEBİNE GÖRE SINIFLANDIRMA.....	33
2.7.3.1. Kişisel Sağlık	33
2.7.3.2. Toplumsal Sağlık	33
2.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI	34
2.9. HASTANE TANIMI	35
2.10. HASTANE İŞLETMELERİNİN FONKSİYONLARI.....	36
2.10.1. Sağlık Hizmetleri Üretimi	36
2.10.2. Eğitim.....	36
2.10.3. Araştırma.....	36
2.10.4. Diğer Fonksiyonlar	37
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	38
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ	38
3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI.....	38
3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	38
3.2.1. Etkenlik	39
3.2.2. Etkililik.....	39
3.2.3. Verimlilik	39
3.2.4. Optimal Olma.....	40
3.2.5. Kabul Edilebilirlik:.....	40
3.2.6. Yasallık	40
3.2.7. Eşitlik	40
3.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	41
3.4. KALİTELİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ:	42

3.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİN ÖNEMİ.....	43
3.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE İLKELERİ.....	45
3.7. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YÜRÜTÜLEN TOPLAM KALİTE ÇALIŞMALARI.....	46
3.8. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE ÇALIŞMALARININ BAŞARIYA ULAŞMA ŞARTLARI.....	49
3.9. SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNDE GERÇEKLEŞECEK YENİLİKLER	50
3.9.1. Hasta Odaklı Yönetim:.....	51
3.9.2. Yönetim Anlayışında Değişim:.....	51
3.9.3. Ekip Çalışması, çalışanların Tam Katılımı ve Sıfır Hata:.....	51
3.9.4. Yöneticilik Anlayışında Değişim:.....	51
3.9.5. Yetkilendirme ve Örgüt Yapısı:	51
3.9.6. Ücret Politikasında Değişim:	52
3.9.7. Öncelik Sıralamalarında Değişim:	52
3.10. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİM UYGULAMALARININ SONUÇLARI	52
3.11. HASTA MEMNUNİYETİ	52
3.12. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ	54
3.12.1. İnsancıl Nedenler:	54
3.12.2. Ekonomik Nedenler:	54
3.12.3. Pazarlama Nedenleri:	55
3.12.4. Etkilik nedenleri:	55
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	57
4. BİR DEVLET HASTANESİNDE (AYDIN DEVLET HASTANESİ) HASTA MEMNUNİYETİNİN ARAŞTIRILMASI	57

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ VE YÖNTEMİ	57
4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	57
4.1.2. Araştırmanın Yöntemi.....	57
4.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	58
4.1.4. Sayıtlılar	58
4.1.5. Araştırmanın Sınırlılığı	58
4.1.6. Anket Sorularının Belirlenmesi	58
4.1.7. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler	59
4.1.8. Hipotezler.....	59
4.2. VERİLERİN ANALİZİ.....	60
4.2.1. Güvenilirlik Analizi	60
4.2.2. Tanımlayıcı Bulgular	61
4.2.2.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları	61
4.3. BEKLENTİLER ARASI KORELÂSYON	70
4.3.1. Alternatif Hipotezler	70
4.3.2. Korelasyon Analizi.....	71
4.3.3. Kruskal-Wallis Testi:	73
4.3.4. Faktör Analizi.....	81
4.3.5. Beklentiler ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki.....	81
4.3.5.1. Yaş - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki.....	82
4.3.5.2. Eğitim Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki.....	89
4.3.5.3. Cinsiyet Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki	93
4.3.5.4. Meslek Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki.....	95
4.3.5.5. Gelir Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki	101

4.3.5.6. Hastaneye Müracaat Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki	108
4.3.6. Araştırma Sonuçları	111
4.4. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	114
4.5. KAYNAKLAR	116
4.6. İNTERNET KAYNAKLARI.....	124
ÖZGEÇMİŞ.....	125
EK- HASTA MEMNUNİYETİ ANKET FORMU	126

TABLOLAR

Tablo 1. Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	61
Tablo 2. Cinsiyetin Yüzde Dağılımı	61
Tablo 3. Eğitim Durumu Yüzde Dağılımı	62
Tablo 4. Meslek Durum Yüzde Dağılımı.....	63
Tablo 5. Yaş Grupları Yüzde Dağılımı	64
Tablo 6. Gelir Durumunun Yüzde Dağılımı	65
Tablo 7. Başvuru Durumu Yüzde Dağılımı	66
Tablo 8. Katılımcıların İfadeler Verdikleri Cevapların Yüzdeleri.....	67
Tablo 9. Katılımcıların İfadelere Vermiş Oldukları Yanıtların Tanımlayıcı Bulguları.....	69
Tablo 10. Beklentiler Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	72
Tablo 11. Yaş Dağılımına Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri.....	74
Tablo 12. Yaş Dağılımına Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları	75
Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri	76
Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.....	76
Tablo 15. Cinsiyet Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri.....	77
Tablo 16. Cinsiyet Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları	77
Tablo 17. Meslek Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri	78
Tablo 18. Meslek Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.....	78
Tablo 19. Gelir Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri.....	79

Tablo 20. Gelir Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları	80
Tablo 21. Hastaneye Başvuru Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri	80
Tablo 22. Hastaneye Başvuru Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.....	81
Tablo 23. KMO Testi	81
Tablo 24. 15-25 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	82
Tablo 25. 26-35 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	84
Tablo 26. 36-45 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	85
Tablo 27. 46-55 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	86
Tablo 28. 55 Yaş Üstü Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	87
Tablo 29. İkokul Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	89
Tablo 30. Ortaokul Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	90
Tablo 31. Lise Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	91
Tablo 32. Üniversite Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	92
Tablo 33. Kadın Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	93
Tablo 34. Erkek Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	94
Tablo 35. Mesleği Memur Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	95
Tablo 36. Mesleği İşçi Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	96
Tablo 37. Emekli Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	98
Tablo 38. Evhanımı Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi.....	99
Tablo 39. Serbest Meslek Sahibi Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	100
Tablo 40. Geliri 500 TL ve Altı Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	101

Tablo 41. Geliri 501 TL – 1000 TL Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	103
Tablo 42. Geliri 1001 TL – 1500 TL Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	104
Tablo 43. Geliri 1501 TL – 2000 TL Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	105
Tablo 44. Geliri 2001 TL Ve Üzeri Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	106
Tablo 45. Hastaneye Sık Sık Müracaat Eden Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	108
Tablo 46. Hastaneye Nadiren Müracaat Eden Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	109
Tablo 47. Hastaneye Düzenli Olarak Belli Aralıklara Müracaat Eden Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi	110

ŞEKİLLER

Şekil 1. Kalite Anlayışının Gelişimi	5
Şekil 2. Sağlığın Girdileri	25
Şekil 3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	31

GRAFİKLER

Grafik 1. Cinsiyetin Yüzde Dağılımı	61
Grafik 2. Eğitim Durumu Yüzde Dağılımı	62
Grafik 3. Meslek Durum Yüzde Dağılımı	63
Grafik 4. Yaş Grupları Yüzde Dağılımı	64
Grafik 5. Gelir Durumunun Yüzde Dağılımı	65
Grafik 6. Başvuru Durumu Yüzde Dağılımı	66

GİRİŞ

Son yıllarda giderek küreselleşen dünyada insanları hastalıklardan korumak ve hastalıkları tedavi etme görevini üstlenmiş olan hastaneler açısından sağlık alanında giderek artan özel girişimler sonucunda yoğun bir rekabet ortamı doğmuştur. Türkiye’de son 10 yıl içerisinde özellikle büyük şehirlerde özel hastane işletmeciliği girişimlerinin artmasıyla birlikte artan rekabet ortamı hastane hizmetleri ve hizmet ekibinden beklentileri ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ile hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin tesisi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır. Aynı zamanda hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların etkin kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır.

Hasta tatmininin kaliteli hizmet üretimi ve sunumu ile gerçekleştiği göz önüne alınırsa sağlık hizmetleri alanında artan rekabet ortamı doğrudan doğruya daha fazla hasta tatmininin sağlanması yönünde olacaktır. Aynı zamanda kaliteli sağlık hizmeti üretebilen hastane öncü olabilme özelliklerinden birine sahip olacaktır. Bununla birlikte, sadece hastalıkların özelliklerine değil, aynı zamanda hasta istek ve ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmeti üretebilen hastane hasta tatminini sağlayarak öncülüğü elde edebilecektir. Dolayısıyla, müşteri yönlü olma özelliği gösterebilen hastane, kaliteli sağlık hizmeti üretimi ile hasta tatmini sağlayarak bir sonraki ihtiyaçta tercih edilen hastane konumunda olup, üstünlüğü elde edebilecektir.

Bu çalışmanın birinci bölümünde; Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi açıklanmıştır. İkinci bölümde; Hizmet, Sağlık Hizmetleri ve Hastane kavramları üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde ise Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yöntimi ve Hasta Memnuniyeti kavramları açıklanmaya çalışılmıştır. Dördüncü bölümde; Aydın ili merkezde hizmet veren Aydın Devlet Hastanesi polikliniklerindeki ayaktan tedavi gören hastalara, hastanelerdeki hizmet kalitesi ile ilgili beklentilerini ölçmek için uygulanan anketin analizine yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KALİTE KAVRAMI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. KALİTE KAVRAMI

Günümüzde kalite kavramı, klasik anlamından oldukça farklı algılanmakta, sadece ürün ya da hizmet kalitesi göz önünde bulundurulmamaktadır. Kalitenin içinde olduğu süreç ile sürecin yönetiminin kalitesine bağlı olduğu kabul edilerek yönetim kalitesi de öne çıkmış, böylece kalite teknik bir kavram olmaktan çıkarılarak stratejik bir kavram özelliğine kavuşturulmuştur. Kalite farklı algılanmalardan dolayı çeşitli özellikler açısından ele alınmaktadır. Bu özellikler şöyle özetlenebilir (Özdemir, 1995:217) :

- Günümüz üretim ve hizmet anlayışlarında müşterinin gereksinimleri ve beklentileri en belirleyici unsurların başında gelmektedir,
- Kalite amaçlara uygunluktur,
- Kalite sürekli iyileştirme ve başarı demektir,
- Kalite üretilen bir malın ya da sunulan hizmetin kusursuz üretilmesi ya da kusursuz bir hizmet sunmak demektir,
- Kalite ölçülebilmektedir.

Tüm örgütlerin ve işletmelerin en başta gelen hedeflerinden biri olan gelişme olgusu örgütleri ve işletmeleri mevcut durumları ile yetindirmeyerek, kendilerini sektördeki rakiplerinden ya da kendilerinden devamlı olarak farklılaştırmak amacıyla sonsuz bir çalışmaya yönlendirir. Gelişme hedefi doğrultusunda farklılaşmanın ve amaca ulaşmanın yolu da, üretimin hizmetin ve ilişkilerin kaliteli olmasından geçmektedir (Esatoğlu,1997:4).

Günümüzde ‘kalite’ başarının temeli olan bir kavram olarak kullanılmaktadır. Küreselleşme ile hızla gelişen ve değişen teknoloji; ekonomik, toplumsal ve yönetsel değerler, zorlu rekabet koşullarında kalite kavramı giderek büyük önem kazanmıştır (Kanbur ve Kanbur,2008:1)

Maliyet, karlılık, örgütün yaşamını sürekli kılması, örgütsel imaj yaratma gibi konularda rekabet avantajı yaratabilmede kalite kavramının rolü giderek artmaktadır (<http://www.merih.net/m1/wusah03.htm>,29.04.2012).

Kalite kavramı, insanların ve sistemlerin hata yapmaması ve mükemmele ulaşma isteğinden ortaya çıkmıştır. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen “Qualis” kelimesinden türetilen “Qualitas” kelimesiyle ifade edilmiştir (Şimşek, 1998:5).

Kalite sözcüğü farklı anlamlarla da kullanılabilmektedir. Genelde insanlara göre kalite “lüks”, “pahalı”, “az bulunur”, “üstün nitelikli” ve benzeri kavramlar olarak algılanmaktadır. Kalite “istenen özelliklere uygunluk” diye de tanımlanabilmektedir (Kavrakoğlu, 1993:12).

Kalite ile ilgili yapılan diğer bazı tanımlar şunlardır:

Kalite, kullanıcıların ürün veya hizmet ihtiyaçlarının tatmin düzeyinin ifadesidir (Düren, 2000:17).

Kalite, gelişim sürecinde çok farklı şekillerde algılanmış ve tanımlanmıştır. Rekabet edebilirlik yeteneğine sahip olabilme, standartlara uygun ürün ya da hizmet üretebilme ve en iyi olabilme özelliğini sürdürebilme kalite olarak tanımlanırken, kaliteyi üreten örgüt açısından kalite, müşterilerin beklentilerini ve isteklerini sürekli karşılayacak şekilde ürün ve hizmet üretmek olarak tanımlanmaktadır” (Şimşek, 1998:7).

Kalite, müşterilerin ihtiyaçlarını ve mantıklı beklentilerini, sürekli ve tam olarak karşılayabilecek ürün ve hizmetleri, en düşük maliyetli bir şekilde üretmektir (Kovancı,2003:3).

Kalite; bir mal ya da hizmetin tüketicinin istek ve ihtiyaçlarını en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan tasarım, uygunluk ve kullanım niteliklerinin tümüdür (Doğan, 1985:343).

Kalite kavramı, bir ürünün tatmin etmeyi amaç edindiği tüketici ihtiyaçlarına uygunluk derecesi veya kısaca kullanıma uygunluk anlamına gelmektedir.

1.2. KALİTE KAVRAMININ GELİŞİMİ

Kalite kavramının ilk başta ne zaman uygulamaya başladığı bilinmemekle beraber kavramın geçmişi çok öncelere dayanmaktadır. Eramlar gibi dünya şaheserlerinin yapımında, Mimar Sinan'ın eserlerinde, eski sağlık müesseselerinde ve Topkapı Sarayı'nda kalite olgusu açıkça görülmektedir. Tarihte ilk olarak M.Ö. 3000 yıllarında Babil'de Hammurabi Kanunları'nda kaliteye referans verildiği görülmüştür. Bu kanunlarda “ Eğer bir adam ev yaparsa ve bu ev çökerse ve ölen olursa yapan da öldürülmelidir.” hükmüne yer verilmiştir. Fakat işletmelerde kalite olgusu yakın bir tarihte ortaya çıkmıştır (Özevren, 1997:6). Bir kavram olarak ise konuşulmaya 19. yy.da başlanmıştır (Şahin, 2011; 173).

Osmanlı Ahilik Teşkilatına baktığımız zaman, teşkilatta hem dış hem de iç müşteri istek ve ihtiyaçlarının belirlenerek en üst düzeyde karşılanması esastır. Ahilikte kaliteli ve standart üretim yapabilmek için geliştirilen yöntem ve kurallar, günümüzde uygulanan kalite ve otokontrol sisteminin ilk hayata geçirilişidir (Demir, 2001; 82). 13.yüzyılda çıraklık ve esnaf odaları geliştirilmiştir. Ustalar, hem eğitici hem de muayene elemanları olmuşlardır. Ustalar, kaliteli iş yapmaları için başkalarını eğitmekteydiler (Bozkurt, 1994; 115).

19.yüzyıla gelindiğinde birçok bilim adamı bu konuyla ilgilenmeye başlamıştır. Yüzyılın ilk yarısında genellikle üzerinde durulan konu, üretim süreçlerini kontrol altına almak olmuştur. Bu çabalar, süreçleri düzeltmekten çok, onun iyi işleyip işlemediği, başka bir deyişle, ne kadar hatalı çıktı ürettiği ile ilgili olmuştur (Yamak, 1998; 87).

19. yy.da modern sanayi sisteminin ortaya çıkmasıyla iş planlaması işçilerin ve nezaretçilerin ellerinden alınıp mühendislerin eline verilmiş ve böylece bilimsel yönetimin ön plana çıkması sağlanmıştır. 20. yy.da Henry Ford'un imalat ortamında hareketli montaj hattını kullanmaya başlaması, faaliyetlerin karmaşıklığından kurtulup sadeleşmesini ve düşük maliyetle yüksek kaliteli mamullerin üretimini sağlamıştır. Meydana gelen teknolojik gelişmeler neticesinde üretim ölçeği büyümüş, uzmanlaşma artmış ve bu gelişmeler de formen kalite kontrol anlayışını ortaya çıkarmıştır (Bircan ve Özcan, 2003; 10).

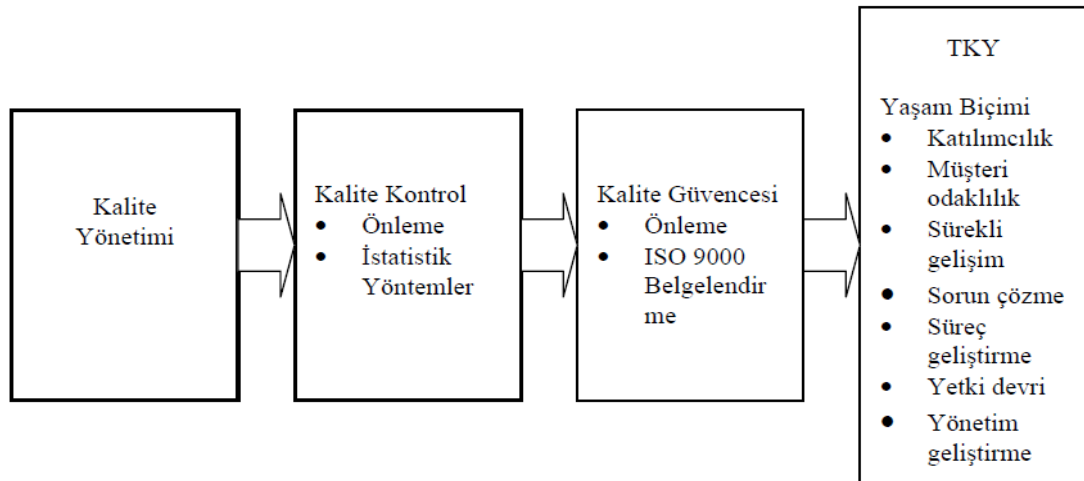
1920'li yıllarda ilk kez süreçlerde kontrol şemaları kullanılmaya başlanmıştır. 1924'te Dr. Shewhart tarafından geliştirilen bu şemalar sayesinde, bir sürecin ne

kalitede çıktı ürettiği, ne denli güvenilir olduğu ve kontrol altında olup olmadığı anlaşılabilir hale gelmiştir. Buna karşın, çıktıların değil, bizzat sürecin kendisinin önemli olduğu, ancak; 1950'lerden sonra A.B.D.'li kalite uzmanı William Edwards Deming tarafından öne sürülmüş ve bu görüş sonraki yıllarda yaygınlık kazanarak benimsenmiştir (Yamak, 1998; 88).

II. Dünya Savaşı'nın başlamasıyla birlikte büyük miktarlarda kitle üretim ihtiyacının ortaya çıkması muayene faaliyetlerinin geliştirilmesine sebep olmuştur. Böylece kalite kontrol faaliyetleri üretim bölümünün kontrolünden çıkarak bağımsız bir birim halinde işletme içinde yer almıştır (Bircan ve Özcan, 2003; 10).

Tüketici ve müşteri odaklılığını üzerinde barındıran pazarlama anlayışının işletmenin bütünü tarafından özümzenmesini sağlamak ve diğer taraftan, uygulamaların denetimini de belirli kriterlere bağlamak amacıyla 50'li ve 60'lı yıllarda Philip Crosby, Edward Demings, Arnord Feigenbaum, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa ve Genichi Taguchi başta olmak üzere çeşitli kişilerce yapılan çalışma ve ortaya atılan fikirler küreselleşme olarak tarif edilen sürecin ortaya çıkmasıyla birlikte kalite konusunu tüm işletme faaliyetlerine yön veren bir temel kavram haline gelmesine yardımcı olmuştur. (Bumin ve Erkutlu, 2002: 83).

Şekil 1. Kalite Anlayışının Gelişimi



Kaynak: Türkmen, 1996:146

Kalite 1980'li yıllarda rekabete yeni bir boyut getirmiş, pek çok açıdan tatmin olan kitleler ucuz ve bol ürünlere artık doymuş olduklarından bu kitleler, ucuz

ürünlerden daha çok kaliteli ürünlere yönelmişlerdir. Kalitenin rekabet üstünlüğüne etkisinin hissedildiği 1980’li yıllardan sonra rekabette kalitenin yanı sıra hız ve hizmet üstünlüğü de gündemdeki yerini almıştır. Böylece hizmet sektörlerinde de kaliteden söz edilmeye başlanmıştır” (Kavrakoğlu,1996:27).

1.3. KALİTE GÜVENCESİ

Kalite güvencesi bir ürün veya hizmetin kalite konusunda belirtilmiş gerekleri yerine getirmesinde yeterli güveni sağlamak için uygulanan planlı ve sistematik etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Temelinde ürün ya da hizmetin geçtiği tüm aşamalardaki talimatlar, görev ve sorumluluk tanımları vb. ile belgelendirmesi, çalışanların eğitilmesi ve kalite konusunda bilinçlendirilmesi ile kalitenin planlanan düzeyde en az kaynak kullanımıyla korunması yatmaktadır. Kullanıcının gereksinimleri tam olarak ve belirlendiği şekilde karşılanmadığı sürece kalite güvencesi sistemi tanımlanmış sayılmaz
(http://www.kmtso.org.tr/girisimci_rehber/iso9000.doc,26.04.2012).

1960’lı yıllardan itibaren kalite anlayışı hata bulmadan, hata önlemeye doğru kaymaya başlamıştır. Çünkü hata bulmaya yönelik olan sistem, bir yığın hurdaya ve yeniden işlemeye neden olmaktaydı. Bu nedenle hataları daha çıkmadan belirleyerek önleyecek bir sistem ihtiyacı doğmuş, önemli olanın gelen ürünlerin tümünün kabul edilebilir nitelikte olması gerekliliği anlaşılarak “kalite güvencesi” gündeme gelmiştir.

Kalite Güvencesi, sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve gerektiği zaman değerlendirme sonuçlarına göre bu hizmetlerin sonunda gerekli düzenlemelerin yapılması ile ilgili faaliyetleri içerir” (Özer, 1999:60).

Kalite Güvencesi, uzman bir kuruluşça, belirlenen kalite şartları, uygun yöntemler ve standartlar ile uygulamanın bunlara ne ölçüde uyduğunu belirlemek amacıyla yapılan inceleme ve değerlendirmelerdir. Kalite güvencesinde temel üç unsur vardır (Demirkan, 1998:220):

- Üzerinde görüş birliğine varılmış standartlar,
- Bu standartlarla mevcut durumun karşılaştırılması,
- Standartları karşılamayan faaliyetleri düzeltici faaliyetlerdir.

1.4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAVRAMI

Toplam Kalite Yönetimi, iç ve dış müşteri beklentilerinin aşılmasını temel amaç olarak alan, çalışanların bilgilendirilip yetkilendirilmesini ve takım çalışmalarıyla tüm süreçlerin sürekli iyileştirilmesini hedefleyen bir yönetim felsefesi olarak tanımlanabilir (<http://www.tasviye.com/makaleler/toplam-kalite-yoenetimi/75-toplam-kalite-yoenetimi.html>, 23.04.2012). Bu tanım içerisinde kalite, müşteri beklentilerinin karşılanması ve aşılması, kalitesizlik ise topluma verilen toplam zararı ifade eder.

Toplam Kalite Yönetimi üzerine yapılan tanımlamaların bazıları şunlardır:

“Toplam Kalite Yönetimi, insan unsurunu en değerli kaynak olarak ön plana çıkaran, yönetim dâhil her türlü faaliyette katılımcılığı, ekip çalışmasını, zamanla birlikte diğer bütün kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını, işin ilk seferde doğru yapılmasını esas alan, eğitimi sürekli gelişmenin temeli olarak gören ve örgüt politikalarına kalite olgusunun yön vermesini benimseyen kültürün hâkim olduğu bir yönetim şeklidir”(Çetin, 1998:31).

TKY, uzun vadede müşterinin tatmin olmasını, başarmayı, kendi personeli ve toplum için avantajlar elde etmeyi amaçlayan, kalite üzerinde yoğunlaşmış ve tüm personelin katılımına dayanan bir yönetim biçimidir. Üst kademe yöneticilerin, işin içine sürekli ve etkili bir şekilde girmesi ve tüm personelin sürekli eğitiminin sağlanması bu modelin başarısı için kaçınılmazdır. Bu anlamda müşterinin söylenen veya söylenmeyen potansiyel ihtiyaçlarının karşılanması gerekir (Efil, 2006: 61).

TKY, kuruluştaki herkesin kontrolleri altındaki süreçlerin sürekli ve asla sonu olmayan bir şekilde iyileştirilmesine katılmasıdır. Temel amaç iç ve dış müşterileri tatmin etmektir. TKY de birçok şekilde ekip çalışması uygulamaları yapılır, iş görenler sürekli eğitim programlarına katılarak geliştirilir, kurumdaki herkesin katılımcılığı cesaretlendirilir, müşteri ve tedarikçiler iyileştirme sürecine dâhil edilir (Bozkurt ve Eşit, 2003:7).

Müşteri, örgütsel süreçlerin ürettiği ürün ya da hizmeti kullanan kimsedir. Bunlardan organizasyon içinde yer alanlara iç müşteri, bu ürün ya da hizmetleri satın alanlara ise dış müşteri denmektedir” (Gürsoy ve Büyükbaş, 2002:3).

Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluş içinde kaliteyi odak alan, kuruluşun bütün üyelerinin katılımına dayanan, müşteri memnuniyeti yoluyla uzun vadeli başarıyı amaçlayan ve kuruluşun bütün üyelerine ve topluma yarar sağlayan yönetim yaklaşımıdır”(Özveren, 2000:11).

Toplam Kalite Yönetimi sadece ürün ve hizmet kalitesi olarak düşünülmemelidir. Temeli insana dayanan çağdaş bir yönetim anlayışıdır. Toplam Kalite Yönetimi müşteri memnuniyeti ve sürekli iyileştirmeyi esas alan bir yönetim anlayışıdır. Bu yönetim anlayışı her alanda sürekli bir iyileştirmeyi esas almaktadır.

Tüm bu tanımlara bakarak, Toplam Kalite Yönetiminin temel özelliklerini sıralayacak olursak

(<http://www.gumushanedefterdarligi.gov.tr/dosyalar/tky/tkylanım.htm>, 29.04.2012) ;

- Sürekli iyileştirme gayesi vardır.
- Müşteri memnuniyetini esas alır, insan odaklıdır.
- Herkes işini ilk defada doğru ve zamanında yapmalıdır.
- Takım çalışması esastır, her kademede grup çalışması yapılmalıdır.
- Her kademede yönetimin katılımcılığı gerekmektedir.
- Kalite anlayışı yaygınlaştırılmalı ve çalışanlar sürekli kaliteyi yükseltme çabasında olmalıdır.
- Sadece ürün kontrolünü değil süreç kontrolünü esas alır.

1.5. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TEMEL İLKELERİ

Modern bir yönetim tarzı olan Toplam Kalite Yönetimi birbirini tamamlayan bir dizi ilkeler bütünüdür. Bu ilkeleri şöyle sıralayabiliriz (Küçük,2009:18):

1.5.1. Üst Yönetimin Liderliği

Kalite çalışmaları üst yönetimin liderliğinde başlatılarak sürdürülmelidir. Toplam Kalite Yönetiminde üst yönetimin önderliğine büyük önem verilir. Toplam Kalite Yönetimi ilkelerinin uygulanabilirliği büyük ölçüde yöneticinin liderlik özelliklerine bağlıdır.

Kalitede öncülük ve önderlik üst yönetimin liderliği altındadır. Toplam Kalite Yönetimi faaliyetlerinin başarıya ulaşması, öncelikle üst yönetimin buna gönülden inanması ve kelimenin tam anlamıyla tutkuyla bağlanmasını gerektirmektedir.

Yönetim kademesinde yer alan her ferdin iki temel görevi vardır.

Bunlar:

- Kuruluşun performansını yükseltmeye imkan veren sistemleri kurmak ve geliştirmek,
- Mevcut sistemi, belirlenen hedefler doğrultusunda çalıştırmak.

Bu anlamda yönetimin sorumluluğu sistem geliştirmek ve sistem içinde çalışmaktır.

Toplam Kalite Yönetimi başarı ile uygulanabilmesi için Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin üst yönetim tarafından benimsenerek uygulanması gerekir. Lider rolünü taşıyan yöneticiler yargılayıcı değil, yapıcı ve eğitici yaklaşımlar geliştirmelidir.

Toplam Kalite Yönetiminde, yönetimin sorumluluğu sistemi geliştirmektir. Sistemin geliştirilerek kullanılması gereken en önemli ögesi insan unsurudur. Toplam Kalite Yönetimi dinamik bir süreçtir. Sürekli kalite iyileştirme anlayışının korunabilmesi için Toplam Kalite Yönetiminin tüm çalışanlarca benimsenmesi gerekmektedir. Tüm çalışanlarda motivasyonun en üst seviyede olması Toplam Kalite Yönetimi anlayışının başarı ile uygulanabilirliğini sağlayan en önemli şartlardan biridir. “Toplam Kalite Yönetimi’nde insan ögesinin sahip olması gereken en önemli özellik yüksek motivasyondur. Gerçekten de başarılı, yüksek rekabet gücüne sahip kurumlar incelendiğinde temel ögenin “yaratıcılık”, bunu sağlayan özelliğinde “motivasyon” olduğu görülmüştür” (Kavlakoglu, 1996:62.)

1.5.2. Müşteri Odaklılık/Müşteri Tatmini

Toplam Kalite Yönetimi müşteri isteklerinin tam olarak, zamanında, kaliteli, hızlı ve ucuza sürekli olarak karşılama düşüncesine dayanır. Günümüzün rekabet ortamında üreticiler müşterinin isteklerini esas alan kaliteli yeni ürünler üretmek zorunluluğu içindedir.

Müşteri denince akla genelde ürün ya da hizmetlerin son kullanıcıları gelmektedir. Bu tanımlama tamamıyla yanlış olmamakla birlikte eksiktir. Toplam kalite yönetiminin çekirdeklerinden en önemlilerinin "ilk seferinde işi doğru yapma" ve "hata ortaya çıkmadan önce önleme" olduğu unutulmamalıdır. İş ilk seferinde yapacak ve hatayı ortaya çıkmadan önleyecek unsur da insandır, çalışandır , iç müşteridir . Unutulmamalıdır ki, ürünün şekillenmesinden başlayarak üretimin muhtelif aşamaları; test etme, paketlenme, gönderme, saklama, satış, faturalama, yerleştirme (kullanılabilir hale getirme), servis sunma, ödeme alma gibi uzun bir faaliyetler zincirinden oluşmaktadır. Bu faaliyetlerden her biri, bir veya birkaç kişi tarafından gerçekleştirilir ve bir faaliyetin çıktısı (sonucu) aynı zincirde bir başkası tarafından kullanılır. Bu çıktının her alıcısı da bir müşteridir ve dışarıdaki müşteri veya son kullanıcı gibi düşünülmelidir. Diğer bir deyişle, işletmenin çıktısını kullanan herkes ister işletmenin içinde, ister dışında olsun işletmenin müşterisidir (<http://www.celenkgumruk.com.tr/index.php?option=content&task=view&id=86&catid=43&Itemid=77> 25.02.2014).

Toplam Kalite Yönetimi'nin temel prensibi müşteri tatminidir. Müşteriyi tatmin edebilmek için ne istediğini iyi bilmek gerekir. Her müşterinin beklentisi farklıdır. Bu nedenle en az maliyetle müşterinin gereksinimlerini nasıl karşılayabileceğimiz belirlenmelidir (Özveren, 2000:65).

Müşteri tatmini, memnuniyet düzeyinde artış, şikayetlerin azalması ve müşterilerin kaybedilmemesi olarak tanımlanabilir. Toplam Kalite Yönetimi organizasyonunun dikkatini müşterinin kalite ihtiyaçlarını karşılama üzerine yoğunlaştırır. Bu yaklaşımı kalite müşterinin söylediğidir şeklinde ifade etmek doğrudur (Halis, 2000:129).

1.5.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması:

Toplam Kalite Yönetimi tüm çalışanları kapsayan bir yaklaşımdır. Toplam Kalite Yönetiminde herkesin etkin katılımı önemlidir. Katılım sadece sürekli kalite iyileştirme için değil bu süreçte ortaya çıkabilecek sorunların çözümü içinde büyük önem taşır. Tam katılım personelin motivasyonunu yükseltir. Yükselen personel motivasyonu beraberinde yüksek verimi getirir. Toplam Kalite Yönetimi anlayışı çerçevesinde personelin gerekli ve uyumlu katılımı takım çalışmaları ile sağlanabilir.

Kalite takımları Toplam Kalite Yönetimi sürecinin başarı ile uygulanması için gereken ortamı sağlarlar. Kalite eğitimi ve kalitenin sürekli olarak iyileştirilmesi iyi planlanmış bir takım çalışması ile yürütülür. Takım çalışmasının amacı süreçle ilgilenen herkesin kalite iyileştirme aktivitelerine katılmasıdır ve bu taraflar arasında iletişimin artırılmasıdır

(<http://www.iyte.edu.tr/~muratgunaydin/TKY3.doc>,29.03.2012).

Çalışanlar kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek, bu konularda fikirlerinin alınmasını talep etmektedirler. Yönetilenlerdeki bu durum değişikliğinin başlıca nedeni, kültür düzeyi ve bilgi seviyesi yükselen çalışanların başkaları tarafından yönetilen bir araç durumunda olmak istememeleridir” (Bozkurt,1998:29).

1.5.4. Çalışanların Eğitimi

Toplam Kalite Yönetimi ilkelerinden biri olan çalışanların eğitimi ilkesi, çalışanlara Toplam Kalite Yönetimi ve diğer konularda sürekli yönetimi esas alır. Bu eğitim faaliyetlerinde süreklilik sağlanmalı ve çalışanlar kurum yöneticileri tarafından eğitilmelidir.

Çalışanların eğitim süreci herkesin işinin bir bölümü olarak görülmeli, konferanslar, uygulamalar şeklinde yürütülerek çalışanların eğitilmesi sağlanmalıdır. Eğitimlerde teknik konuların yanında insan ve insan ilişkileri de ele alınmalıdır. Yönetilen yapılacak eğitim çalışmasına aktif olarak katılmalı, eğitimler mümkün olduğunca alt gruplar düzeyinde indirgenerek yapılmalıdır. Böylece verilen örnek ile yapılan iş uygunluğu sağlanmış olmaktadır. Eğitim çalışmaları yönetim desteğinde hazırlanan bir plan dahilinde uygulanmalıdır.

Örgütsel ortamlarda eğitimin iki boyutu vardır. Bunlardan birincisi çalışanların daha çok mesleki bilgi ve becerisini geliştirmeye yönelik kurum içi veya kurum dışı kaynaklardan sağlanan hizmet içi eğitimlerdir. İkinci boyutu ise çalışanların kendilerini gerçekleştirmeye yönelik, kişisel gelişimlerini sağlayacak türden eğitim hizmetleridir. Çiçekçilik, çocuk bakımı, liderlik, insan ilişkileri, çatışma çözümü, sigara bağımlılığının azaltılması, vb. çok çeşitli konular bu eğitim programlarına dahil edilebilir (Şimşek,2007:135).

1.5.5. Hata Önlemeye Dönük Yaklaşım:

Toplam Kalite Yönetiminin temelinde hataları ayıklamak yerine hataları önlemek yaklaşımı vardır. Toplam Kalite Yönetimi anlayışı kabul edilebilir hata seviyesi anlayışını kabul etmez. Toplam Kalite Yönetimi anlayışı sıfır hata görüşüne dayanır. Hataları önlemede öncelikli unsur planlamadır. Planlamaya harcanan her dakika son derece değerlidir. Planlamada harcanan bir dakika uygulamada aylara hatta yıllara bedeldir.

Toplam Kalite Yönetimindeki hataları önlemeye yönelik yaklaşımın altında öncelikle doğru bir planlama yatar. Yapılacak işin her yönü düşünülmek suretiyle, kapsamlı ve titiz bir planın hazırlanması, tüm hataları ortadan kaldırmaya da, büyük bir kısmını önleyecektir. Aynı zamanda, muhtemel bir hata ihtimaline karşı önceden hazırlıklı olma avantajı sağlayacaktır (Kavrakoğlu,1993:12).

Sonuç olarak yeterli planlama zaman kazandırır. Toplam kalite yönetiminin temelinde hataları ayıklamak yerine hata yapmamak yaklaşımı vardır. Nitekim sanayide kalite devrimi de son muayene ile başlamış, tasarımda kalite aşamasına gelmiştir. Önlemeye dönük yaklaşımın genel bir anlatımı planlamanın doğru yapılması şeklinde özetlenebilir. Her yönü ile düşünülmüş, kapsamlı titiz bir planlama çalışması ile sonradan oluşabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabilir.

1.5.6. Sürekli Gelişme:

Sürekli gelişme felsefesinin benimsenmesi ve uygulanması Toplam Kalite Yönetimi anlayışının vazgeçilmez bir unsurudur. Sürekli gelişme felsefesi Toplam Kalite Yönetiminin uygulanması neticesinde ulaşılan ders ve tecrübelerin analizini esas alır. Böylece kalitenin sürekli iyileştirilmesi hedeflenmiştir.

1.6. TOPLAM KALİTE YONETİMİNİN BAŞLICA ÖZELLİKLERİ VE AMAÇLARI

TKY'nin başlıca özellikleri şunlardır (Penpec ve Bakan, 2004: 332):

- TKY, bir yaşam felsefesidir. Bu yaklaşım yönetim anlayışı, felsefesi, örgüt yapısı ve yöntemleri ile bir bütün olup insan faktörünü ön plana çıkarır ve onun mutluluğunu esas alır.
- TKY'de sürekli gelişme anlayışı esas alındığından, tüm süreçler yeniden gözden geçirilerek daha iyiye ulaşılmaya çalışılır.
- TKY'de iç ve dış müşteri anlayışı esastır ve onların beklentileri karşılanmalıdır. Sadece son ürünü satın alan kişi (dış müşteri) değil, her birim kendinden bir sonraki birimi (iç müşteri) memnun etmek zorundadır.
- TKY'de kalite geleneksel yaklaşımda olduğu gibi sadece bir bölümün değil, işletmenin bütün bölümlerinin, bütün elamanlarının görevidir.
- TKY'de kalite, üretimin nihai çıktılarının kontrolü ile değil “ilk seferinde doğru yap”, “sıfır hata ile üretim” temel ilkelerini uygulamakla elde edilir.
- TKY, herkesin fikrini rahatça söyleyebileceği, yönetime ve kararlara bir biçimde katılabildiği demokratik bir yönetim yaklaşımıdır.
- TKY, paylaşma, katılımcılık ve ekip çalışmalarını esas alan çalışanlarla çift yönlü ve saygılı iletişimin kurulduğu bir yönetim yaklaşımıdır.
- TKY, çalışanların katılımını sağlamak için, insan kaynağının yaratıcılık ve yenilikçiliğini teşvik eden bir sistemdir.

1.7. KALİTE YÖNETİMİNİN EKONOMİK YÖNÜ

İşletmelerin amacı tüketicilerin satın alma gücünden daha çok pay almaktır, daha kaliteli, düşük maliyetli ve kalite güvenilirliğinin sürekli sağlanmasıyla bu gerçekleştirilebilir. Kalite ve kalite maliyetleri arasında denge kurulmalıdır. Bunun için kalite maliyetlerinin bilinmesi ve kalite maliyet verilerinin doğru toplanması gerekir. Bu açıdan muhasebe sistemleri kalite maliyetlerini değerlendirmeye yetecek ölçüde gelişmiş olmalıdır (<http://www.belgeler.com/blg/1bdi/devlet-hastanelerinde-toplam->

kalite-yonetimi-uygulamasi-usak-devlet-hastanesi-ornegi-applications-of-total-quality-management-at-state-hospitals-usak-state-hospital-case, 29.04.2012).

Toplam kalite anlayışı doğrultusunda temel kalite sorunlarının % 80- 90'ının kalite bölümünün dışında aranması gerekir. Çünkü kalitenin oluşumu tasarımdan satış sonrası hizmetlere kadar tüm bölümlerin katılımı ile mümkündür. Kalite maliyeti, meydana gelebilecek hataları önleme amacıyla yürütülen faaliyetlerin, planlı kalite muayenelerinin ve ürünün üretim aşamalarında veya müşteriye tesliminden sonra görülen hataların sonucunda ortaya çıkan maliyetlerdir. İşletmelerde kalite maliyet sisteminin amacı kalite iyileştirme çabalarını kolaylaştırmaktır. Çünkü bu sayede doğrudan başarısızlık maliyetlerini sıfıra indirmek için çalışacak, iyileştirme sağlayıcı önleme faaliyetlerine yatırım yapılacak ve sonuçta değerlendirme maliyetlerini de azaltmak mümkün olacaktır. Bu düşünce tarzının temel fikri ise, her başarısızlığın bir sebebinin olduğu, sebeplerin önlenebileceği ve önlemenin her zaman daha ucuz olduğu şeklinde özetlenebilir (Efil, 2006: 86).

Kalite maliyetleri bilgisi bir yöneticinin kalite iyileştirme konusunda yapılan yatırımların gerekçesini haklı göstermesine ve yapılan çalışmaların etkiliğini izlemesine yardımcı olur. Kalite maliyetleme bir organizasyonun kalite performansının “para” dilinden açıklamasını sağlar (Bozkurt ve Eşit, 2003: 8).

İşletmeler açısından rekabet üstünlüğünü sağlamada kalite maliyetlerinin azaltılması önemlidir. Bu maliyet göstergeleri, kalite ile ilgili çalışmalarının etkinliğinin bir ölçüsüdür. Bir işletme hata önleyici faaliyetlere daha fazla kaynak aktararak ürüne yönelik hata sayısı ve maliyetleri azaltabilir (Penpec ve Bakan, 2004: 345).

1.8. TKY'DE KULLANILAN BAZI KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ

Kalite güvencesi bir ürün ya da hizmetin müşteri ihtiyaçlarını tam ve doğru olarak karşılamasını sağlamak için, tüm işletme fonksiyonlarının aynı amaç doğrultusunda bir araya getirilmesi (Penpec ve Bakan, 2004: 345), bir hizmetin sunumunda mevcut performansın ölçülmesi ve bunun beklenen ya da normatif performans ile karşılaştırılmasıdır (Uz, 1995: 49).

Sağlık kuruluşlarında Kalite Güvencesi Belgeleri sağlık standartlarının iyi olduğunun bir garantisi olarak müşteri tarafından algılanmaktadır. TKY'nin uygulamasına geçiş, kalite güvencesi uygulaması yapılan kurumlarda daha kolay olmaktadır” (Çoruh, 1995: 27).

Bir ürün ya da hizmetin, daha önceden belirlenmiş gereklilikleri karşılaması bu yönde güven telkin etmesi için gerekli olan planlı ve sistematik faaliyetler olan kalite güvencesi, sağlık hizmetlerinde de standartların belirlenmesi, standartların periyodik olarak gözden geçirilmesi anlamına gelmektedir.

Kalite güvencesi; sunulan sağlık hizmetinin kalite düzeyinin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve sağlık hizmeti sunumunda gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır. Kalite güvencesinde ilk önce standartlar belirlenir. Standartlar belirlendikten sonra, bunlara ulaşma yolları ve kuralları ayrıntılarıyla bir program haline getirilir. Amaçlanan kalite düzeyine, bu program aracılığı ile ulaşılır. Kalite güvencesinin üç temel ögesi bulunmaktadır, bunlar (Güzel,1995: 130):

- Üzerinde görüş birliğine varılmış standartlar,
- Bu standartlarla mevcut durumun karşılaştırılması,
- Standartları karşılamayan faaliyetlerin düzeltilmesidir.

Kalite Güvencesi çalışması bir hedef değil, kişi ve kuruluşların başarma, kazanma amaçlarını gerçekleştiren çalışmaları kapsar. Önemli olan kuruluşlarda standartlara uymak için çalışma yerine kalite güvenliği çalışmalarını yaşam için zorunlu hissedecek bilinci oluşturmaktır.

1.8.1. Akreditasyon

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik (genellikle bir sivil toplum örgütü) tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir. Belirli bir sağlık kuruluşu hakkındaki akreditasyon kararı, her iki-üç yılda bir incelemeciler tarafından yerinde düzenli aralıklarla yapılan gözetimlerden sonra verilir. Akreditasyon programlarının hedefleri arasında şunlardan herhangi biri yer alabilir: Toplum sağlığının güven altına alınması, kalitenin idamesi veya geliştirilmesi, sisteme giriş koşullarının oluşturulması, yeni kuruluşların izlenmesi, ulusal halk sağlığı sorunlarının ele alınması

ve dayanak noktası olacak mükemmel örneklerin tanımlanması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005: 121).

Halen dünyadaki en büyük akreditör JCAHO'dur. JCAHO kâr amacı gütmeyen bir komisyondur ve akreditasyon belgesi almak için başvuruda bulunan sağlık kuruluşlarının değerlendirmelerini yaparak belgelendirmektedir.

Türkiye'de birçok özel hastane sağlık kalite standartlarında hizmet verdiğini kanıtlayarak, JCI tarafından hasta bakım kalitesi ve organizasyon yönetimi konusunda akredite edilmiştir. JCI ile akredite olmuş otuz beş hastane sayısı Türkiye, dünyada ikinci sıradadır.

Bu kuruluşlardan bazıları Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul Memorial Hastanesi, Acıbadem Hastanesi, Dünya Göz Hastanesi, Alman Hastanesi , Mesa Hastanesi, Florance Nightingale Hastaneleri, TOBB Etü Hastanesi, Kent Hastanesi gibi hastanelerdir (http://www.turkiyesaglikturizmirehberi.com/akredite_hastaneler.asp, 23.03.2012). Bu hastanelerin hepsi JCIA (Joint Commission International Accreditation) tarafından akredite edilmiştir.

1.8.2. ISO 9000

Standardizasyon, belirli bir faaliyetle ilgili olarak, ekonomik bir fayda sağlamak üzere bütün ilgili tarafların yardımı ve işbirliği ile belirli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemine denir. Standardizasyon sonucu ortaya çıkan belge, doküman veya esere “standart” denir (Engin, 2002: 62).

Sağlık hizmetlerinde standart kavramı ise “belirli hastalıkların tedavisiyle ilgili olarak üzerinde mesleki uzlaşmaya varılmış, gerçekleştirilebilir, ölçülebilir ve arzulanır başarı düzeyi” olarak tanımlanabilir. Her standart, birden fazla kriteri içermekte ve bu kriterlere bakılarak standarda uyulup uyulmadığına karar verilmektedir (Kısa, 2007: 217).

Aşağıdaki üç ISO-9000 kalite güvence standardı, ürün veya hizmet yeterliliğini göstermesi ve yeterliliğin dış kuruluşlar ve kamu tarafından değerlendirilmesi amacı ile hazırlanmıştır (TSE, 2002: 31).

- ISO-9001 Kalite Sistemleri: Tasarım, geliştirme, üretim, tesisi ve servis aşamalarında kullanılmaktadır. (Tasarımdan başlayarak sunulan hizmetin sonuçlandırılmasına kadar olan aşamaları kapsadığından hizmet ve üretim kurumları tarafından sıklıkla kullanılan modeldir.)
- ISO-9002 Kalite Sistemleri: üretim, tesis ve servis aşamalarında
- ISO-9003 Kalite Sistemleri: Son muayene ve deney aşamalarında kullanılan maddeleri kapsamaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE KAVRAMLARI

2.1. HİZMET KAVRAMI

Literatür incelendiğinde hizmet kavramıyla ilgili çok sayıda tanım yapıldığı gözlenmektedir. Hizmetin değişik yazarlar tarafından yapılan bazı tanımları şöyledir:

Hizmetler, soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşididir (Kotler ve Armstrong, 2001: 291).

Hizmetler, zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından fayda sağlayan ekonomik faaliyetlerdir (Parasuraman vd. 1985: 41).

Hizmet “bir kişi veya kuruluşun bir diğer kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulamaz bir faaliyet veya yarar” olarak tanımlanmaktadır (Karafakioglu, 1998: 100).

Hizmet, başka biri için iş icra etmektir (Goetsch ve Davis, 1998: 104).

Hizmet, üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay ve çaba olarak tanımlanabilir (Uyguç, 1998: 8).

Hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünlerdir (Karahan, 2000: 21).

Amerikan Pazarlama Birliğine göre hizmet, satış amacıyla sunulan veya ürünlerin satışı ile bağlantılı olarak ortaya konulan eylemler, faydalar veya tahminlerdir. Bu tanım uzun yıllar genel kabul görmesine rağmen mal ve hizmetler arasında belirgin bir ayrım yapmamasından ötürü etkisiz hale gelmiştir. Bu eksikliği gideren bir tanıma göre ise hizmet, ayrı ayrı teşhis edilebilen, istekleri tahmin eden ve gerçekte fiziksel olarak dokunulması mümkün olmayan (soyut) faaliyetlerdir (Cowell, 1991: 22).

Amerikan Pazarlama Birliği hizmeti 10 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar (Öztürk, 1998: 2) :

- a. Sağlık hizmetleri,
- b. Finansal hizmetler,
- c. Profesyonel hizmetler(avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- d. Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- e. Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- f. Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- g. Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- h. Telekomünikasyon hizmetleri,
- i. Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

2.2. HİZMET SEKTÖRÜNÜN ÖZELLİKLERİ

Hizmet genel anlamıyla, insanların gereksinimlerini gidererek yarar ve/veya doyum sağlayan, soyut faaliyetler bütünüdür. Hizmet sektörünün özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

2.2.1. Soyut Olma

Hizmetin en önemli özelliği soyut olmasıdır. Hizmet, davranışlarla sunulan bir faaliyettir ve fiziki bir varlığı yoktur. Buna bağlı olarak hizmetler (Cemalcılar, 2001: 293; Dinçer, 1998: 435);

- Miktar belirten herhangi bir ölçü birimiyle ifade edilemez (metre, litre, kilogram gibi).
- Beş duyu organıyla algılanamaz. Dolayısıyla, elle tutulamaz, görülemez, duyulamaz, paketlenemez, patenti alınamaz, teşhir edilemez, depolanamaz ve taşınamaz bir özelliğe sahiptir.
- Bölünemez. Kendini oluşturan ve anlam veren unsurlarıyla bir bütündür ve bu bütünü oluşturanlar birbirinden ayıramazlar. Sunulacak olan hizmet nasıl tanımlandıysa aynen sunulur ve üzerinde yapılacak değişiklik, hizmeti de değiştirir.

Hizmetler soyut olduğu için bir hizmet satın alındığında genellikle onu temsil edecek somut bir durum yoktur. Müşterinin hizmetin kullanılabilirliğini ve faydasını görebilmesi için hizmetin somutlaştırılması gerekir. Örneğin sağlık hizmetleri, hizmeti sunan kişilerin hastalara ve yakınlarına yönelik, muayene, teşhis ve tedavisini kapsar. Teşhis ve tedavi bittikten sonra bile hasta yerine getirilen hizmeti tamamıyla kavrayamaz (Öztürk, 1998: 8).

2.2.2. Eş Zamanlı Üretim/Tüketim (Ayrılmazlık)

Hizmetlerde üretim ve tüketim sıkı bir şekilde birbirine bağımlıdır ve aynı zamanda gerçekleşir (İslamoğlu, 1999: 357). Bu bağımlılık hizmetin ayrılmazlık özelliğini oluşturur. Hizmetler onu sunandan ayrılamaz ve onun bir parçası olur. Hizmeti veren (örneğin, avukat, sigortacı) hizmetinin kendisine has olduğunu hizmet alana hissettirmeye çalışır (Erkut, 1995: 34; Mucuk, 1994: 321).

Hizmet işlemlerinde hizmetin üretimi, satın alınması ve tüketimi eş zamanlı olarak gerçekleşir. Bu nedenle işletme ile müşteri üretim ve sunum süreci boyunca etkileşim halindedir ve müşteri üretim sürecine katılır (Altunışık vd. 2004: 156). Örneğin, bir kişinin bir yere seyahat etmesi o kişinin bizzat katılımını gerektirmektedir (Yazgan, 2009: 10) ya da doktorun verdiği hizmette hasta orada hazır bulunmalıdır ve bu da eş zamanlı üretim/tüketime örnektir.

2.2.3. Standartlaştırılmama

Hizmetler birbirinden farklı (heterojen) olduğu için standartlaştırılması zordur (İslamoğlu, 1999: 357). Hizmetlerin temel üretim şekli insan davranışları veya performansı olduğu için kişinin üretip sunduğu hizmetler bile birbirinden oldukça farklı olabilmektedir. Hizmetin her bir birimi aynı hizmetin diğer birimlerinden farklıdır. Örneğin, bir havayolu şirketi her uçuşta aynı hizmet kalitesini tutturamayabilir (Tek, 1997: 430). Hizmet, hizmeti sunan kişiye, kişinin değişkenlik gösteren kalite kapasitesine, iş performansına, kuaförün aynı gün içinde farklı kişilere sunduğu saç kesim modeli aynı model olsa bile hizmetin kalitesi değişebilmektedir. Bu da sunulan hizmetin günden güne hatta saatten saate değiştiğini gösterir. Çünkü hem hizmeti alanlar, hem hizmeti sunanlar hem de zaman değişiktir. Hizmet; özü, kalitesi, kapsam ve kapasitesi bakımından değişiklik gösterir. Bu değişiklik zamandan zamana, müşteriden

müşteriye, üretici ile tüketici arasındaki ilişkiye ve içinde bulunulan duruma göre oluşmaktadır (Dinçer, 1998: 436; Erkut, 1995: 35).

Bu yüzden;

- Hizmetin kalitesi, önceden ve kesin olarak ölçülemez.
- Hizmetin niteliği, hizmeti üreten kişinin beceri ve kapasitesine bağlıdır.
- Hizmette hetorejenliği minimuma indirmek ve standart sağlamak için, personelin titizlikle seçilmesi, eğitilmesi, işe alıştırma programlarının uygulanması, kalite için motive edilmesi ve iyi bir denetim sisteminin kurulması önemlidir (Mucuk, 1994: 322).

2.2.4. Stoklanamama

Hizmetler, saklanamaz, stoklanamaz, iade edilemez ve yeniden satılamaz. Yatakları dolu bir hastanenin veya otelin bekleme salonunda insanlar stoklanamaz, tekrar alıcıya dönecekler önceden yapıp saklanamaz. Hizmetin kapasitesinin istemden fazla olması durumlarında, kullanılmamış kapasite ziyan olur; otellerdeki boş odalar, seyahat firmalarındaki boş koltuklar, yenmeyen yemeklerin dökülmesi, hastanın gelmemesi nedeniyle kullanılamayan doktor randevusu, avukatın herhangi bir nedenle kullanılamayan hizmet zamanı kaybedilmiş kapasitedir (Esin, 2002: 13).

2.2.5. Talep Değişkenliği

Hizmetlerin özelliğine göre, hizmetlere olan talepler, yıllara, mevsimlere, aylara göre hatta günden güne ve saatten saate göre bile değişkenlik göstermekte kısaca dalgalı olmaktadır (Erkut, 1995: 35). Örneğin, ski alanlarının çoğu kar olmaması nedeniyle yazları boş kalırken, golf sahaları da kar olması nedeniyle kışları boş kalmakta ve toplu taşıma araçlarının kullanımı gün içinde dalgalanma göstermektedir (Tek, 1997: 430).

Talep edilen hizmet ile arz edilen hizmet arasında işletme her zaman denge kuramayabilir. Talebin artması durumunda, hizmet arzı yetersiz kalırken; fazla hizmet arzı da talep olmadığı zaman ekonomik kayıplara sebep olur (Dinçer, 1998: 436).

2.2.6. İnsan Odaklılık

Hizmet, insanlar arası ilişkilerle alakalıdır başka bir deyişle, hizmeti üreten ve tüketen arasında yakın ilişki gerektirir. Örneğin hasta ile doktor, işadamı ile bankacı arasında karşılıklı bir iletişim vardır (Cemalcılar, 2001: 294). Hizmet ilişki yoğun ve emek yoğun bir özellik taşıdığı için hizmetteki performans ve kalite, insana bağlıdır.

2.2.7. Belirli Bir Aracıyla Kullanıcıya Ulaşma

Hizmetler belirli bir aracıyla kullanıcılara ulaştırılmaktadır. Örneğin, saç kesiminde kuaför, ulaşım hizmetinde taşıtlar ve personel, yemek yeme hizmetinde garsonlar, danışmanlık hizmetlerinde avukatlar, müşavirler vb. sağlık hizmetlerinde doktorlar ve diğer sağlık personeli, ve eğitim hizmetinde de eğitimciler hizmetleri sunan araçlardır (Altunışık vd., 2004: 157).

2.2.8. Sahiplik Olmaması

Hizmetlerde sahiplik yoktur faydalanma vardır. Bir ürünü alan onun sahibi olurken; hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanma söz konusudur. Hizmeti kullananlar ancak bir kolaylıktan, tesisten belirli bir süre faydalanır, fakat bunları devredemez (Özatkan, 2008: 7).

Ayrıca; hizmet sektöründe personel yönetimi daha büyük önem taşır. Çünkü verilen hizmet kalitesinde insan faktörünün etkisi fiziki ürün kalitesindekine oranla daha fazladır. Bu nedenle personelin seçimi, eğitimi, geliştirilmesi, oryantasyonu ve motivasyonu konularına daha fazla önem verilmesi gerekir.

Nihai müşterilere hizmetler genellikle, kuruluştaki en düşük ücreti alan, banko arkasında çalışanlar tarafından verilir. Bu nedenle kuruluş hiyerarşisinde en altta olanlar, aslında, hizmetin kaliteli sunumunda en fazla öneme sahip olanlar olarak ortaya çıkmaktadır.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Günümüzde “sağlık hizmeti” denince “ Tanı ve tedavi hizmetleri” biraz da “rehabilitasyon hizmetleri” anlaşılmaktadır. Oysa “ tanı ve tedavi hizmetleri” sağlık hizmeti değil “ hastalık hizmeti” dir. Sağlık Hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, muayene ve tedavi edilmesi bedensel, ruhsal yetenekleri

azalanların kendi kendilerine yeterli hale getirilmesi için gösterilen tıbbi çabaların tümüne denmektedir (Fişek,1983:4).

Hizmet üretimi ve pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 24). Ayrıca sağlık hizmetleri, “kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir” şeklinde de tanımlanabilir (Harcar, 1991: 38).

Sağlık Hizmetleri; hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplumun ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesine yönelik gerçekleştirilen tüm faaliyetlerdir (Şener, 2001: 49).

Sağlık hizmetleri kavramını tanımlayan açıklamalardan bazıları şunlardır: Sağlık Hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000: 5).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “Sağlık Hizmetleri” denir (Öztek ve Eren, 1995: 374).

Sağlık Bakanlığı ise sağlıkta servis hizmetlerini; *“Uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, psikolog gibi diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmenin amaçlandığı yataklı tedavi hizmetleri”* olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, SB., (2005), Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005, Sayı: 25806).

Sağlık Hizmetleri kavramı mevzuatta, *”İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan*

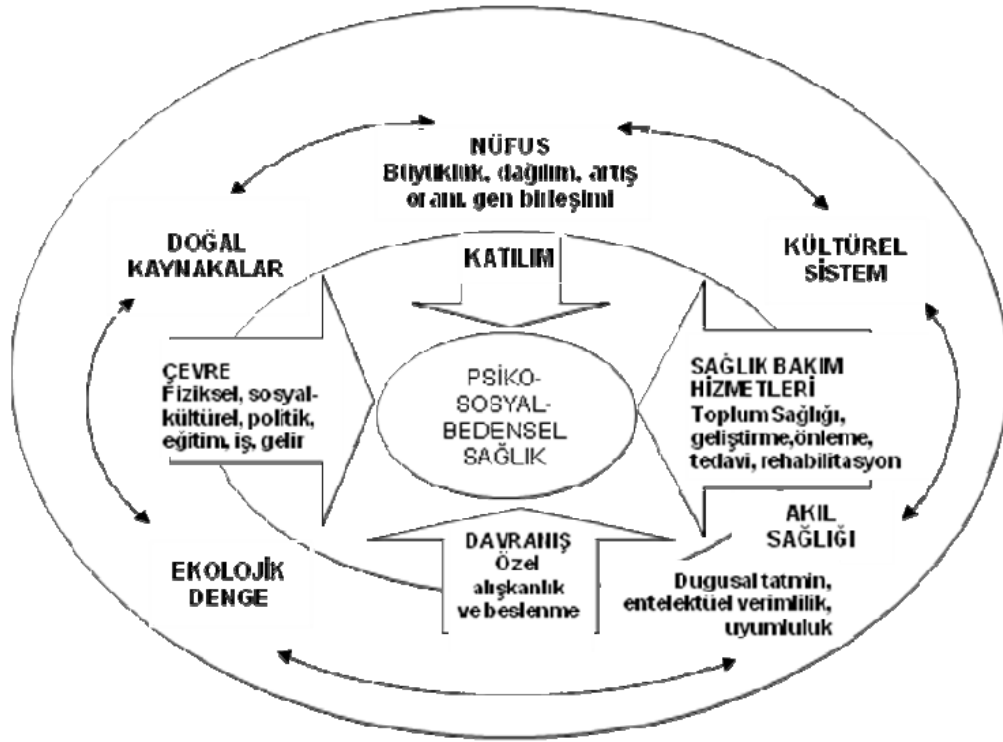
hizmetlerdir” olarak tanımlanmaktadır (SB Temel sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼’n¼n 20.12.2001 tarih ve 8597 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Y¼r¼t¼lmesi Hakkında Y¼nerge Madde 4 B bendi Sayfa 1). Sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıda olup, kurumsallaşmayı gerektirdiğinden her ¼lkenin devlet politikası olmuştur. Hatta bu alanda ¼lkeler arasında sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve toplum sağlığında uygulanacak politikaların belirlenmesi ve tedbirlerin alınması gibi hususlarda ortak hareket etmek ¼zere D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼ (WHO) kurulmuştur (Nizam, 2007: 2).

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da ¼zel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde tanımlanabilir. Bu tanımın ¼zellikleri su şekilde ¼zetlenebilir (Odabaşı, 2001: 25-26):

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların ¼nlenmesi, toplum ve bireyin sağlık d¼zeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler b¼t¼n¼ anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ¼lkelerde ¼st d¼zey kurumsallaşma s¼z konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin ¼rg¼tler tarafından sunulması daha yaygındır. ¼zellikle, sunulan son hizmetlerin bir ekip ile ¼retilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal d¼ř¼nmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilmektedir (Kavuncubaşı,2000:34).

Sağlık kavramına çevresel bakısı ortaya koyan Henrick L.Blum (1974), sağlık durumunu 4 temel fakt¼r¼n etkilediğini; bu d¼rt temel fakt¼r¼n de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri s¼rmektedir. Psikososyal ve bedensel sağlık ya da iyilik halinin girdileri olarak evre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin sağlığı nasıl etkilediği şekil 2.’de g¼sterilmektedir. Bu d¼rt girdinin her biri ekolojik denge, doğal kaynaklar, n¼fus karakteristikleri, k¼lt¼rel sistem ve akıl sağlığı yolu ile diğerlerini etkilemekte, bunlar ayrıca birbirleri ile de etkileşim halindedir.

Şekil 2. Sağlık Girdileri



Kaynak: Schultz ve Johnson, 2003: 18

Türkiye'nin 1978 yılında imza attığı Alma-Ata Bildirgesi Temel Sağlık Hizmetlerini (TSH) öncelleyerek "2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık Amacı"nı hedef almaktadır. Bildirgede TSH şöyle tanımlanmaktadır: "TSH bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık hizmetinin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur. Alma-Ata Bildirgesine göre "Tüm hükümetler temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve bu konuda ulusal politika, strateji ve çalışma planları oluşturmakla yükümlüdürler." Bildirgede yer alan hükümler doğrultusunda devlet en azından halkın sağlık eğitimini, beslenme durumunun geliştirilmesini, temiz su sağlanması ve arıtılmasını, ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı, endemik hastalıkların kontrolünü, sık görülen hastalıklar ve travmaların uygun tedavisini, temel ilaçların teminini sağlamak durumundadır.

Bunu gerçekleştirenken şu 6 ögeyi temel alır.(Öztek,1992:5-6)

- (1) Sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın temel ögesidir.
- (2) Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır.
- (3) Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliği temeldir.
- (4) Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese onların kabul edebilecekleri biçimde ve bütünleştirilmiş olarak verilmelidir.
- (5) Ekip anlayışı içinde hekim dışı personel kullanımına önem, gerekirse öncelik verilmelidir.
- (6) Hizmetlerin her kademesinde o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ

Sağlıklı bir toplumun sağlıklı bireylerle başladığının bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde, en büyük yatırım sağlığı korumak ve iyileştirmekle görevli sağlık sektörüne yapılır ve sağlık hizmetlerine ulusal gelirden önemli bir pay ayrılır (Sarvan,1994:210).

Bireylerin birbirleriyle veya toplumla uyum içinde yaşamaları için bazı şartların yerine getirilmesi zorunludur. Bu şartlar arasında tedavi hizmetleri, sağlıklı konut, dengeli beslenme, eğitim, sosyal güvenlik ve sosyal refah, ekonomik kalkınma, adil gelir dağılımı vb. konular sıralanabilir. Ancak sıralama yapmak gerektiğinde, ilk sırayı sağlık hizmetleri alır. Çünkü beşeri ihtiyaçlarının başında biyolojik ihtiyaçlar, biyolojik ihtiyaçların başında da “sağlıklı olma” ihtiyacı gelir. (Acarözmen,1982:5)

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile birlikte bireysel ve toplumsal olarak herkesin insani hakkı olan sağlık hakkı güvence altına alınmalıdır.

2.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık sektörünün isleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri pazar açısından değerlendirildiğinde hizmetlerin özellikleri aşağıdaki başlıklarda incelenebilir (Ak ve Sevin, 2000: 28–32):

- Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır.
- Sağlık hizmetinin arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetini arz edenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.
- Sağlık hizmetlerinin talebi belirsizdir.
- Alıcılar piyasa hakkında tam bilgiye sahip değildir.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinin fiyatı ile gerçek maliyetleri arasında korelasyon zayıftır.
- Sağlık hizmeti kâr amacı güden ve gütmeyen kurumlar tarafından üretilir.

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık finansman sisteminde yeniden yapılanma sürecinde başlıca iki faktörün rol oynadığı söylenebilir: (Yalçın ve Yıldırım,2001:1)

1. Genel sosyo - ekonomik politikalarda 1980' li yılların başından beri yaşanan değişimler
2. Toplumun daha geniş bir kesimini sağlık güvencesine kavuşturma yönündeki baskılar

Son 20- 30 yıldır sağlık maliyet problemleri ile ilintili olarak veya bu problemlere atıfta bulunularak sağlıkta finansman tartışmaları yapılmaktadır. Son yıllarda çoğu ülkelerdeki sağlık bakım finansmanı ve hizmet sunumu dramatik değişimler geçirmektedir. Politik değişimler, nüfusun yaşlanması, bununla birlikte sağlık hizmetleri gereksiniminin artması, yeni tedavi biçimlerinin ve teknolojilerin yaygınlaşması ve kamuoyunun beklentilerinin yükselmesi, kaynaklar üzerindeki baskıları artıran faktörlerdir (Yalçın ve Yıldırım,2001:1).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin yönetiminde en çok şikâyet edilen konuların başında yetersiz finansman gelmektedir. Çok çeşitli finansman yöntemleri olmasına rağmen uygulamada bunların kombinasyonu görülmektedir ve etkili bir planlama bunların hepsinin analizini gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin iyi işlemesi için öncelikli gerekli olan şey yeterli finansman kaynaklarıdır.

Dünya Bankası' nın 1987 yılında 'Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform' yani "Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Sağlık Finansmanı Reform

Ajandası” adındaki çalışması yayınlanmasından bu yana sağlık sektöründe kaynakların artırılması için alternatifler konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılmaktadır (Yalçın ve Yıldırım,2001:1).

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Bu finansman yöntemlerinden hangilerinin finansal açıdan sürdürülebildiği ve kapsamlı ulaşımı daha iyi sağlayabildiği konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin bir karmasını kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir.

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe hastalara sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel sektör), nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır (Ener ve Demircan, 2008:68).

Mikro düzeyde finansman ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur (Ener ve Demircan, 2008:68).

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan finansman sıkıntılarını ortadan kaldırmak için; çeşitli kurum ve kuruluşlar, sağlık sektörüne ayrılan payların artırılması, sağlıkta önceliklerin dikkate alınarak kaynak tahsislerinin buna göre yapılması, kaynak açığının belirlenmesi çalışmaları, mevcut kaynakların nasıl tahsis edileceğinin belirlenmesi, kaynakların daha etkili ve verimli tahsisi için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır.

2.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri; amaçlarına, hizmetlerin sunumuna, hizmet taleplerine göre üç başlıkta sınıflandırılmıştır:

2.7.1. Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sosyal hizmetler içerisinde de, bireyin sağlığının, kendisine bağlı bedensel ve ruhsal unsurları kapsayan içsel faktörlerin yanı sıra, sosyal ve çevresel unsurları kapsayan dışsal faktörlerden etkilenmesi nedeniyle değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri bireylerin yaşam standartlarını iyileştirmeyi ve yükseltmeyi

amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır. Sağlığın, bireysel ve toplumsal bir sorumluluk olduğu görüşü giderek önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ya da iyileştirme amaçlı olması, değişik hastalık gruplarının bireysel ve toplumsal sonuçları itibariyle hangi finansman kaynaklarından ve ne miktarlarda finanse edilmesi gerektiğinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin amacı, hastalıklardan korunmak, hastalıkların teşhis edilmesi, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesidir.

2.7.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Alma- Ata Bildirgesinde, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır. (Öztek,1986:20)

Aktan ve Işık' a göre Koruyucu Sağlık Hizmetleri, hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Ana ve çocuk sağlığı, Aile Planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılınması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetim ve kontrolü vb. gibi hizmetlerden oluşmaktadır. (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, 23.03.2012)

Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır:

2.7.1.1.1. Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetlerin amacı; çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirilmek üzere yapılan hizmetleri içermektedir.

2.7.1.1.2. Kişiye Yönelik Hizmetler

Kişiye yönelik hizmetler doğrudan hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensuplarının yürüttüğü hizmetlerdir.

Bunlar yedi grupta toplanmaktadır.

- Bağışıklık kazandırma
- Beslenmeyi düzenleme

- Hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlama
- Aşırı doğurganlığın kontrolünü sağlama
- İlaçla koruma
- Kişisel hijyeni sağlama
- Sağlık eğitimi sağlama.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinden farkı özel ve kamusal fayda olarak birleşik ürün yaratmaz, tek ürün toplumda hastalık olasılığının azaltılmasıdır. Koruma hizmetlerinin üretimi kişilerin fizik varlıkları üzerinde değil daha çok çevrede gerçekleşir. Bu hizmetlerle toplumda hastalık görülme olasılığının azaltılması amaçlandığından, ödeme gücü olsun olmasın tüm toplum üyeleri bundan eşit ölçüde yararlanır, yani dışsal yarar söz konusudur. Bir başka deyişle koruyucu sağlık hizmetleri gelir dağılımındaki dengesizlikleri giderici özellik taşır (Çilingiroğlu,1988:46).

2.7.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir

(<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, 23.03.2012).

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (Yıldırım,1994:13). Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun fayda görmesi de kaçınılmazdır. Devletin toplum üyelerine kamu hizmeti olarak sağlayacağı tedavi hizmetlerinin toplam faydası, kişiye sağlanan bölünebilir fayda ile topluma sağlanan bölünmez dış faydanın toplamıdır. Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın etrafı için tehlikeli olma derecesine bağlıdır (Bulutoğlu,1971:4).

2.7.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

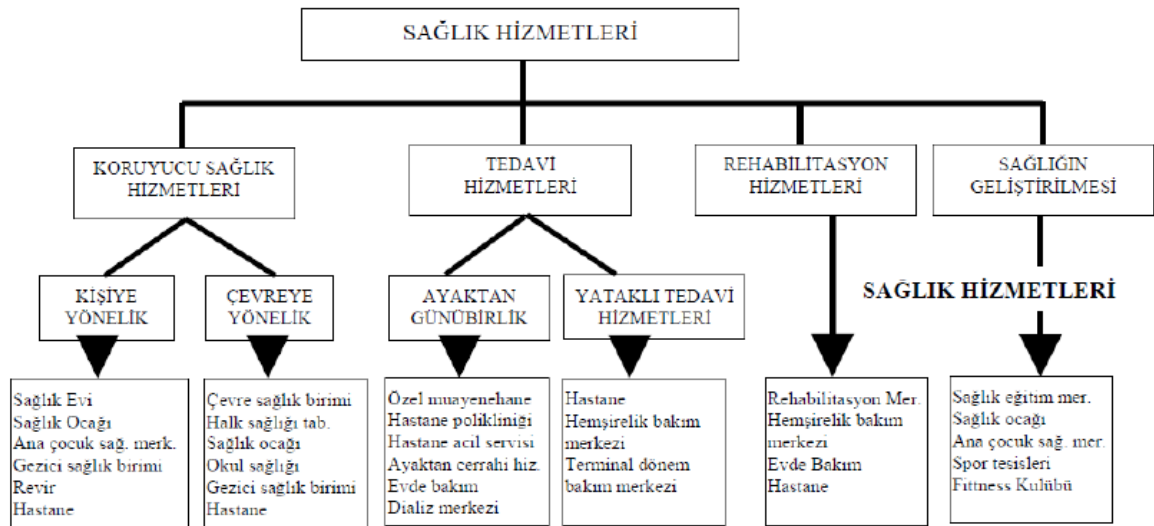
Rehabilitasyon Hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel

olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vs. kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşamaya alıştırmaları ve kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır.

2.7.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 46; Sözen, 2003: 77).

Şekil 3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubaşı, 2000:35

2.7.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Göre Sınıflandırılması

Sevk zinciri yöntemi ile sağlık hizmetleri sunumu ve serbest başvuru yöntemi ile sağlık hizmetlerinin sunumu olmak üzere iki başlığa ayrılmıştır:

2.7.2.1. Serbest Başvuru Yöntemi İle Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Bireyler birinci basamak sağlık hizmetlerini çoğu zaman daha üst basamak sağlık merkezlerinden sağlık hizmeti sunumunda sevk zinciri oluşturulmadığı durumlarda almaya çalışmaktadırlar. Bu durum kaynakların etkin kullanımı bozmakta ve irrasyonel kaynak tahsisine yol açmaktadır. Türkiye ‘de bütün SGK’ lılar Emekli Sandığı’na bağlı emekliler, Bağ-kur çalışan ve emeklileri ve yapılan son düzenlemeyle

Yeşil Kart hak sahipleri de başvuru serbestliğine sahiptirler ve çoğu zaman birinci düzey sağlık hizmetlerini almak üzere üçüncü basamak ve referans niteliğindeki sağlık merkezlerine başvurumaktadırlar. Böylece üst düzey sağlık merkezlerinde uzun bekleme süreleri oluşmakta, bu merkezlerden sağlık hizmeti alması gereken bireyler zamanında ve yeterli sağlık hizmeti alamamaktadırlar.

Bu yöntemde kişilerin istedikleri sağlık kuruluşuna herhangi bir sevk ya da yönlendirmeye tabi olmadan başvurmaları esasına dayanmaktadır. Bu yöntemde kişiler birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara direkt olarak müracaat edebilmekte ve ihtiyaçları olan sağlık hizmetini doğrudan başvuruda bulundukları sağlık kuruluşundan talep edebilmektedirler. Bu şekildeki bir sağlık hizmetinin arzı ülke kaynaklarının rasyonel olmayan bir biçimde kullanılmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerin bu şekilde sunumu sonucunda hastanelerde yığılmalar ve zaman kayıpları ortaya çıkmaktadır. Sağlık Ocağında çözülebilecek bir sağlık problemleri için Üniversite Hastanelerine başvuruda bulunulabilmesi durumunda ise üçüncü basamak bir sağlık hizmeti alması gereken bir hasta gereksiz yığılmalardan dolayı sağlık hizmetini zamanında ve yeterli düzeyde alamamaktadırlar.

2.7.2.2. Sevk Zinciri Yöntemi İle Sağlık Hizmetleri Sunumu

Bu yöntemde ise sunulan sağlık hizmetlerinin niteliklerine göre basamaklandırılması ve bu basamaklar arasında geçişin sevke bağlanması ilkesinden hareket edilmektedir. Bu yöntem kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlamak amacıyla kurulmuştur. Bu yöntemde sağlık hizmetleri üç basamak şeklinde belirlenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin hizmet niteliğine göre basamaklara ayrılarak ve bu hizmetlerin bir sevk zinciri oluşturularak arz edilmesi temeline dayanmaktadır. Sevk zinciri etkin kaynak tahsisi ve kaynak kullanımını sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Sevk zinciri gelişmiş ülke sağlık hizmeti sistemlerinde (İngiltere, Almanya gibi) sıklıkla görülmektedir. Türkiye’de yapılan son düzenlemelerle hiçbir sosyal güvenlik kurumunda sevk zincirine uyulmamaktadır.

Sevk zinciri oluşturularak verilen sağlık hizmetlerini değişik düzeylerde incelemek mümkündür. Bu açıdan sağlık hizmetlerini birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Birinci basamak

sağlık hizmetleri; birey ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, sağlık kontrolleri, evde bakım, ilk yardım gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri; tıbbi bilgiler çerçevesinde tanı, tedavi ve rehabilitasyon amacıyla ayakta ya da yatakta sunulan sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; Özel dal Hastaneleri (Onkoloji hastaneleri, Sanatoryumlar, Akıl ve Ruh Sağlığı Hastaneleri gibi), Eğitim Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri'nde verilen sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır.

Ülkemizde sevk zinciri sağlıklı olarak işlememektedir. Gelişmiş ülkelerde ise birinci basamak sağlık hizmetleri sunan Aile Hekimliği Kurumu mevcuttur. Bu ülkelerde aile hekimliği uygulaması ile sevk zinciri işletilebilmektedir.

2.7.3. SAĞLIK HİZMETİ TALEBİNE GÖRE SINIFLANDIRMA

Sağlık hizmeti talepleri kişisel sağlık talepleri ve toplumsal sağlık taleplerine göre hizmet sunulması olarak ikiye ayrılmıştır.

2.7.3.1. Kişisel Sağlık

Sağlık hizmetleri talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandığında en kısa zamanda iyileşerek yaşam süresini uzatmaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kişisel sağlık hizmetleri alanında olmaktadır. Kişisel sağlık hizmetleri talebi en çok tedavi edici sağlık hizmetlerine olmaktadır.

2.7.3.2. Toplumsal Sağlık

Toplumsal sağlık hizmetleri talebi genellikle koruyucu sağlık hizmetleri niteliğindedir. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri alanına; aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler girmektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetlerin kapsamı daha da genişleyerek sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığını koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır.

2.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını su şekilde sıralamak mümkündür (Soysal vd, 1993: 71):

- Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve gereksinim duyanlara sunmak.
- Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınması.
- Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması.

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır (Özgirgin ve Taş, 1996: 34).

Sözen ve Özdevecioğlu'na göre ise tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu hedeften hareketle, sağlık hizmetlerinin amaçlarını su şekilde sıralamak mümkündür (Sözen ve Özdevecioğlu 1999: 1-2):

- Sağlık talebinin oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,

- Erken ölümleri önleyerek, yaşam süresini uzatabilmek,
- Psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaları mümkün olduğunca azaltmak,
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak, hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak,
- Sakatlığı mümkün olduğunca azaltmak, sakat kalanların iyileştikten sonra topluma uyumlarını sağlamak,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişimi sağlamak,
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini sağlayıp, sağlığın korunması yeteneğini oluşturmak,
- Toplum ile ilişkide yüksek bir tatmine ulaşımı sağlamak,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlayabilmek ve artırabilmektir.

2.9. HASTANE TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır (sabem.saglik.gov.tr, erişim 01.04.2012).

T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler; “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği).

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de sunarak bireylerin ve toplumun sağlığı üzerine büyük etkide bulunmaktadırlar. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (Asunakutlu, 2007: 7).

Hastaneler toplumdaki karmaşık ve dinamik kurumlar arasında yer alırlar. Hastane, sağlık ve bakım sisteminin merkezi olarak düşünülür. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi edildikleri merkezler olmaları yanında, toplum sağlığının yükseltilmesinde de önemli rol oynarlar. Hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de önemlidir ve ayrıca bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde büyük etkide bulunmaktadır. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri, maddi, mali ve beşeri kaynaklardan oluşmaktadır (Özgülbaş, 1995: 21).

2.10.HASTANE İŞLETMELERİNİN FONKSİYONLARI

Sağlık işletmelerinin belirgin üç temel fonksiyonu bulunmaktadır:

2.10.1. Sağlık Hizmetleri Üretimi

Hastanelerin ana fonksiyonu hastalara, yaralılarına, sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyenlere ayaktan veya yatarak gözlem, muayene, tetkik, teşhis, dahili ve cerrahi tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmeti üretmektir. Bu hizmetlerin yanında toplum sağlığı ile ilgili bağışıklama, tarama vb. sağlık hizmetleri üretimi ile de uğraştıkları görülmektedir.

2.10.2. Eğitim

Hastanelerde hastane personeline, hastalara ve hasta yakınlarına yönelik eğitim faaliyetleri yürütülür. Özellikle tıp personelinin eğitimi hastanelerin eğitim hastaneleri olarak branşlaşmasına neden olacak derecede önem arz eder. Hekimlerin uzmanlık eğitimi, hizmet içi eğitimleri, diğer sağlık ve yardımcı sağlık personelinin iş başında eğitimleri, idari personelin eğitimi hastanelerin temel fonksiyonları arasında yer alır. Ayrıca hasta ve yakınlarına yönelik sunulan bireysel sağlık, çevre sağlığı, toplum sağlığı gibi eğitimler de hastanelerin vazgeçilmez fonksiyonları arasında yer alır.

2.10.3. Araştırma

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak klinik içinde ve dışında gerçekleştirilen her türlü araştırma faaliyetlerini kapsar. Hastanelerde laboratuvar ve ameliyathaneler tıp araştırmalarının en yaygın olarak yer aldığı ünitelerdir. Bazı hastanelerde yeni hizmet

tasarımları veya teknoloji takibi ile ilgili özgün araştırma ve geliştirme üniteleri de kurulmaktadır.

2.10.4. Diğer Fonksiyonlar

Temel fonksiyonlar olarak adlandırılan yukarıdaki üç fonksiyonun dışında hastanelere ait olarak su fonksiyonların da varlığının bilinmesi gerekir:

- **Yönetim Fonksiyonu:** Tüm hastane hizmetleri ile ilgili planlama, örgütleme, yürütme ve denetim faaliyetlerini kapsar.
- **İdari, Mali ve Teknik Fonksiyonlar:** İdari, mali ve teknik açıdan hastanelere özgü olarak yürütülen pek çok faaliyeti içerir.
- **Sosyal Fonksiyonlar:** Hastanenin sosyal sorumluluk amacından hareket ederek yürüttüğü faaliyetleri içeren bir fonksiyondur. Genellikle sosyal hizmet ve gönüllü faaliyetleri ile ifade edilir (Akar ve Özalp, 1997: 58, 59).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Sağlık Hizmetlerinde kalitenin birçok tanımı yapılmıştır. Her tanım, tanımı yapan kişilerin bakış açılarını ve konuya yaklaşımlarını dile getirmiştir. Bu tanımlardan bazılarını sıraladığımızda:

Sağlık hizmetlerinde kalite genel olarak, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanım da; sağlıkta kaliteli hizmet, kabul edilen standartlarda bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin hizmet değerlendirilmesi ve planlaması yetkisinde ve karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can ve sağlık güvenliğine çok önem ve öncelik vermek, şeklinde yapılmıştır (Benli, 2007:19).

Sağlık Hizmetlerinde kalite; uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır. (Zorlutuna,1997:185)

Sağlık Hizmetleri kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından değerlendiren bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite: Bir hastalık ya da benzer bir durumun fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Bu tanıma göre sağlık hizmetlerinin kalitesi doğru tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir(Sarvan ve Berk, 1995:9-13).

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda çok önemli çalışmalar yapan Avedis Donebedian, Beyrut Amerikan Üniversitesinde doktor olan babasından da etkilenecek aynı üniversitede doktor olur ve siyasi nedenlerle Harvard'a gider ve burada epidemiyoloji alanında ki çalışmalarıyla doktorasını yapar. Akademik kariyerine Amerika'da New York ve Michigan'da 2 farklı medikal kolejde Halk Sağlığı alanında

önemli çalışmalar yaparak devam eder. Öyle ki bu çalışmaların bazıları Tıp Literatüründe yayınlanmıştır. En önemli ve ilk eseri olan Tıbbi Bakımda Kalitenin Değerlemesi adlı kitabı çok ilgi görmüştür. Çalışmaları Halk sağlığına ilk bakış ve derinliği kazandırmış olup, tıbbi evraklama, gözlemlleme ve hasta memnuniyeti gibi yeni bir açı kazandırmıştır. Avedis Donebedian sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesini etkileyen değişkenlikleri 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 açıklanmıştır (Kaya, 2005: 4- 12), (Kavuncubaşı, 2000: 273):

3.2.1. Etkenlik

Etkenlik, gerçekleşen bir sonucun, önceden belirlenen bir ölçüt (standart) ile karşılaştırılması sonucunda elde edilen bir ölçüttür. Bu ölçüt; belirli bir ürünü üretmek için gerekli olan girdilerin ne kadar etkili kullanıldığını gösterir. Sağlık hizmetlerinde ise mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Başka bir anlatımla etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği faaliyetleri içermektedir. Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünüdür.

3.2.2. Etkililik

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, etkili, olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal (en iyi) hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik esas alınarak ölçülür.

3.2.3. Verimlilik

Verimlilik, çıktıların ve bu çıktıları elde etmek için kullanılan faktör girişlerinin toplamına oranı olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ise; etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi, böylece uygun olmayan tedavinin yapılmaması,

bakımın gereksiz şekilde uzatılmamasıdır. Doğru hastaya doğru tedavinin yapılması uygun olmayan tedaviler ile hastanın tedavi sürecinin uzatılmaması hem mali anlamda kazanımı düşük maliyeti hem de hastanın en optimal sürede yeniden sağlığına kavuşması sonucunu beraberinde getirmektedir. Daha kısa sürede sağlığına kavuşan bireyler yeniden sosyal hayatlarına dönmekte ve kendi çalışma hayatlarında yaşanan işgücü kaybını da sonlandırarak üretim hayatına yeniden katılmaktadırlar.

3.2.4. Optimal Olma

Optimallik, belirli amaçlara bağlı olarak bir değişkenin alabileceği en iyi değeri belirten kavramdır. Sağlık hizmetlerinde optimallik ise, hastaya verilen hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır (Kısa, 2007: 217). Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile faydaları arasında en iyi dengenin kurulduğu noktadır.

3.2.5. Kabul Edilebilirlik:

Kabul edilebilirlik, verilen hizmetin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bir hizmetin kabul edilebilir olması için hastaların hizmete kolayca ulaşabilmesi ve kullanabilmesi, hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması, hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi, hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması, hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumun uzaklığı, ulaşımın maliyeti, sağlık kurumunun acık olduğu saatler, hastanın sağlık sigortasının olup olmaması, hastaların etnik veya dini tercihleri ulaşılabilirlik kapsamındadır.

3.2.6. Yasallık

Verilen hizmetlerin, toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.

3.2.7. Eşitlik

Sağlık hizmetlerinde eşitlik; tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olmasıdır. “Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanacağını ifade eder. Her

birey hasta olarak eşit haklara sahiptir. Herkes hak ettiği yani hastalığının gerektirdiği şekilde ve ölçüde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Sağlık hizmetleri adil bir şekilde dağıtılmalıdır”(Çatalca, 2003:18).

3.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, kişileri hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz, bazıları hastalanır. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan; hastaların tedavisi söz konusu olur. Bugünkü bilgilerle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı; sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (Öztek,1995:374).

Toplam Kalite Yönetimi'nin son yıllarda sağlık sektöründe önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel amaç olmalıdır. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir(Ecer vd.,2002:66).

Endüstri ve hizmet sektöründe Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiş ve 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde hızlı bir yayılma göstermiştir.

Sağlık sektöründe ihtiyacın doğmasında rol oynayan başlıca sebepler (Çoruh,1994:2);

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

- Kalite – maliyet çelişkisine çözüm getirerek etkili ve verimli hizmet sunumu sağlanması, olarak gösterilebilir.

Sağlık harcamalarında görülen hızlı artış, bazı tedavi kurumlarında gözlenen gereksiz tetkik ve tahlil işlemleri, sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerin çok hızlı artması ve ödemelerde yaşanan sıkıntılar sektörde kalite iyileştirme çalışmalarını zorunlu hale getirmiştir.

Toplam Kalite Yönetimi son yıllarda dünya sağlık sektöründe yaşanan en büyük değişikliklerden biridir. Üretim sektörünü Toplam Kalite Yönetimi'ne çeken nedenlerin çoğu, sağlık sektörünü de bu yönetim biçimine doğru yönlendiren nedenlerdir. Sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısının artması, sağlık hizmetlerine harcanan paranın artması, buna karşılık hastaların beklediği hizmeti alamaması veya alamadığını algılaması, sağlık çalışanlarının işyerindeki mutsuzluğu ve sağlıkta üretimin düşük seyretmesi gibi nedenler, çözüm arayışı içinde olan bu sektörü kalite güvence sistemlerine yöneltmiştir.

Toplam Kalite Yönetiminin sağlık hizmetlerinde uygulanması çok zor ve uzun bir çalışmadır. Kaliteli sağlık hizmeti sunulmasında tüm personelin katılımı bu noktada başarının en önemli unsuru olarak görülmektedir.

3.4. KALİTELİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ:

Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler şöyle sıralanmıştır (http://www.tusad.net/index.php?option=com_content&view=article&id=46:salik-hizmetlernde-akredstasyon-i&catid=21:salik-sistemleri&Itemid=76 , 23.04.2012):

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması.
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi.

- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlaması, sürekli olması uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması.
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapması ve katılımını sağlamanın yollarının bulunması.
- Tıp Biliminin kabul edilmiş ilkelerine uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması.
- 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 bireylerin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının da yeterince iyi olması gerekir.

3.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİN ÖNEMİ

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

Sağlık hizmetlerinin farklı özellikleri bulunmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptirler. Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfidir ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır. Bireyler hizmetin niteliği ve niceliği hakkında bilgi sahibi değildir ve pazarlık şansları bulunmaz. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak güçtür ve bu hizmetler ikame edilemediği gibi aynı zamanda ertelenemezler. Ayrıca kâr

amacı güden ve gütmeyen kurumlarca sağlanmaktadır ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile fiyatları arasında zayıf bir korelasyonun bulunduğu ifade edilebilir (http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm, 03.05.2012)

Sağlık sistemine etkisi olan tüm unsurların sağlık hizmeti talep eden tarafların ihtiyacını karşılama noktasında eksiksiz olarak hizmet etmesi gerekmektedir. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkisi olan sektörler yüksek kaliteyi en düşük ve en kısa sürede sunarak gerekli desteği sağlamalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda diğer bir önemli nokta I. Basamak Sağlık Hizmetleridir. Bu kademedeki sunulan hizmetin ulaşılabilir, etkili ve kaliteli olması, sağlık hizmeti talep eden tarafların memnuniyetini arttıracak önemli bir konudur. Ayrıca sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bir kesim de evde bakıma muhtaç kişilerdir ve bu hizmetin de profesyonel olarak kaliteli biçimde sunulması sağlıkta kalite açısından büyük önem taşımaktadır.

Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin ölçülmesi oldukça güç ve karmaşık bir süreçtir. İyilik haline erişim, iyilik sonucunu doğuran hizmetlerin kalitesine bağlıdır. "Esasta kalite sözcüğü hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacını taşımaktadır" (<http://iudergi.com/tr/index.php/isletme/article/viewFile/13897/13111> , 01.05.2012).

Ancak iyilik haline yol açan en önemli hizmet alanı olarak sağlıkta iyinin ve kalitelinin ne olduğu konusunda hizmeti alanın bilgi ve değerlendirmesi zaman zaman yeterli olmamakta bunun ötesinde sunulan hizmetin uzun süre memnuniyeti beklenebilmektedir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık personellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir (Kavuncubaşı,2000:270).

Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem

ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir. Bunun sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak “hasta mutluluğu” biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir (Aktan,1999:1).

Günümüzde yaşanan hızlı değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar Toplam Kalite Yönetimi olgusunu gündeme getiren faktörler olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ise; hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, hizmet alanların ve paydaşların tam memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesi, sonuçların dikkate alınması ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi, kalite yönetimi anlayışı ile mümkün olabilecek beklentiler olarak ön plana çıkmaktadır. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması Toplam Kalite Yönetimi konusunun önemini arttırmaktadır.

3.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE İLKELERİ

Sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme faaliyetlerinin başarıya ulaşması için kalite kültürü oluşturulması ve onun ilkelerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu ilkeler;

- Talep karşılanması; hastane çalışanlarının ve hastaların ihtiyaçlarının istenildiği şekilde karşılanması,
- Önleme; sorunları ortadan kaldırmada anlık çözümler yerine tekrar önleyici kalıcı çözümlerin aranması,
- İlk seferde doğru yapmak, hataların tespit edilip sıfırlanması,
- Katılım; çalışanların yetenek ve kapasitelerini en üst sınıra kadar kullanmalarını sağlanması,
- Sürekli gelişme; belli bir standardı tutturmanın ötesinde sürekli ve hızlı bir tempoda gelişmenin devam etmesi,
- Ekip çalışması; bireysel çabaların yerini ekip çalışmalarına bırakması,

- Ölçümleme; hizmetlerin ölçülebilmesi olarak sıralanabilir.(
<http://www.kalitekontrol.org/forum/saglik-hizmetlerinde-kalite-ve-toplam-kalite-yonetimi-tky-t1278.0.html;wap2=,12.07.2012>)

3.7. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YÜRÜTÜLEN TOPLAM KALİTE ÇALIŞMALARI

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından tüm sağlık sektöründe iyileştirme çalışmaları kapsamında Toplam Kalite Yönetimi Koruyucu ve Tedavi Edici sağlık Kurumlarında uygulanma aşamasındadır. Son yıllarda kamu hastanelerinde de işleyişin kalitesinde ve hızında artış sağlamak, bu arada kurum kültürünü oluşturmuş kurumlar arasında rekabet ortamını canlı tutmak amacı ile yapılan çalışmalar çerçevesinde, yataklı tedavi kurumlarında Kalite Yönetimi konusunda adımlar atılmaktadır.

Bu çalışmalar çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'na tüm Yataklı Tedavi Kurumlarına, Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi gönderilerek konu hakkında izlenecek yol belirlenmiştir.

Hastanelerin çok sayıda farklı meslek grubunun çalıştığı bu karmaşık organizasyonlarda çalışanların ortak bir amaca yönlendirilmesi, yetki ve sorumluluk belirlenerek yeniden yapılandırılması ihtiyacını beraberinde getirmiştir. Ülkemizde Devlet Hastanelerinde sağlık hizmetlerinde kaliteyi yükseltmek, verimliliği artırmak ve etkili bir şekilde sunabilmek için çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır.

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması amaçlanmış ancak , sağlık müracaat zinciri kurarak bütün alt yapının verimli kullanımı sağlanarak, genel sağlık sigortasını kurmak, sağlık hizmet birimlerinin işletmecilik anlayışı ile yönetilmelerini sağlayacak şekilde özerkleşmelerini teşvik etmek, özel kesimden sözleşmeli hizmet satın alınmasını sağlamak gibi hedefleri bulunmasına rağmen kanunun tam anlamıyla uygulanması mümkün olmamıştır (Özcan,1996:9).

Bu kanun ile sağlık işletmelerinin etkin verimli ve kaliteli hizmet üretmeleri hedeflenmiştir. Kaynak israfının önüne geçmek hedeflenmiştir. Bu kapsamda hizmet satın alan sağlık işletmeleri planlanmıştır.

Hastane üst yönetimi, amaçların belirlemeli, birey, toplum, kamu/özel kurum/kuruluşların sağlık hizmet ihtiyaçlarını belirlemeli, değerlendirmeli, planlanmalı ve uygulamalıdır. Hizmet ihtiyacının önem sırasına göre tahsisi yapılmalıdır. Birimler arası entegrasyon sağlanmalı, kaliteyi etkileyen proses iyileştirme çalışmaları izlenmelidir. Karar alma mekanizması istatistikî veri kanıtlarına dayalı olarak çalıştırılmalıdır. Birimlerin süreç iyileştirme önerilerini desteklemek, başarılı takımları ödüllendirmek, organizasyonun yapısal gelişimini tanımları, faaliyetlerle ilgili politika ve prosedürlerin yazılı hale getirilmesi, performans ölçüm kriterleri, izleme, değerlendirmelerin düzenli olarak yapılması başarılı bir yönetim ve kaliteli bir sonuç için önemlidir(Benli, 2007:43).

1998 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Şubenin amacı; Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve TKY felsefesinin sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimi sağlamaktır (Doğan ve Kaya,2006:67).

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Yönetimi Sistemi ile ilgili çalışmaların koordinasyonunu sağlamak üzere bir müsteşar yardımcısı başkanlığında tüm birim amirlerinin katılımıyla 12.01.2004 tarihinde Kalite Konseyi kurulmuş ve kalite çalışmalarını planlamak, organize etmek ve yürütmekle görevlendirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur.Kasım 2007 tarihinden itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmüş daha sonra aynı isim ve görevle Eylül 2009 tarihinden itibaren Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını yürütmüştür (kalite.saglik.gov.tr, 24.04.2012).

663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur (<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>, 24.04.2012)

Bakanlık bünyesinde kurulan bir komisyon tarafından, Joint Commission International’ın kalite kriterleri ile TSE ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi kriterleri temel alınarak Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Kriterleri oluşturma çalışmaları devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için başlatılan kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu sağlamak ve ülkemizde ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamak amacıyla önce Sağlık Bakanlığı Kalite koordinatörlüğü kurulmuş, bilahare Performans yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Böylece gündemde yeterince yer almamış bir ihtiyaca öncelik verilmiş ve bu doğrultuda kararlı bir çalışma başlatılmıştır. Daha çok özel sağlık kuruluşlarının gündeminde olan ve sınırlı kalan kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığı önderlik rolünü üstlenmiş ve kamu hastanelerinde kalite çalışmaları hızlanmıştır. Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konulmuştur. Böylece hastanelerimizde sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturulmuştur. Buna göre hastanelerimiz puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir. Cumhuriyet tarihinde ilk kez bütün sağlık yatırımları gözden geçirilerek detaylı bir sağlık envanteri çıkarılmıştır.

TKY ile ilgili hastanelerde yapılacak çalışmaları genel olarak şöyle sıralayabiliriz

(http://skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6&Itemid=2, 6,29/04/2012):

- **Mevcut Durum Analizi:** Hastanedeki, mevcut alt yapı, yönetim şekli, sahip olunan teknik donanım gibi tüm veriler ve eğitim gereksinimleri değerlendirilerek hastanenin durum analizi yapılmalıdır.
- **Kalite Konseyi:** Hastanelerde kalite çalışmalarının sağlıklı yürütülebilmesi için hastane üst yönetimin mutlaka içinde olduğu bir Kalite Konseyi kurulmalıdır.
- **Organizasyon Şeması:** Hastane Organizasyon şeması hazırlanmalıdır. Hastane Kalite Konseyine bağlı alt konseyler oluşturulmalıdır.
- **Kalite Ölçüm ve Değerlendirme Sistemi:** Hastanede mevcut kalitenin değerlendirilmesi için ve sürekli kalite iyileştirmenin istatistiksel olarak sürdürülmesi için bu sistemin kurulması bir zorunluluktur.
- **Eğitim Sistemi:** Sürekli kalite iyileştirmenin sağlanabilmesi için çalışanların eğitimi büyük bir gerekliliktir. Ödüllendirme yöntemlerine de yer verilmelidir.
- **Planlama:** Kısa ve orta vadede stratejik planlar geliştirilmeli, sürekli iyileştirme amaçlanmalıdır.

3.8. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE ÇALIŞMALARININ BAŞARIYA ULAŞMA ŞARTLARI

Hastaların kaliteli hizmet beklentisi, sağlık sektöründe yaşanan değişimin beraberinde getirdiği artan rekabet ortamı sağlık hizmetlerinde kalite odaklı modern yönetim anlayışını zorunlu kılmıştır. Bu zorunluluk toplam kalite yönetimi anlayışının sağlık sektöründe hızla yaygınlaşması sonucunu beraberinde getirmiştir.

Çağdaş yönetim anlayışı olarak kabul edilen Toplam Kalite Yönetimi sadece bireysel başlıklarla ilgilenmemekte, sistemin içerisinde sürekli ilerlemeyi öngörmektedir. Sağlık Yöneticilerinin, Toplam Kalite Yönetimi'ni başarı ile uygulayabilmeleri için öğrenmeleri gereken temel felsefe aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Özgen, 1993:12.)

- Yönetim, kalitenin anlamını bilerek tüketicinin önemini kavramalı ve dolayısıyla bir üretim sürecinde pek çok tüketici olduğunu bilmelidir.

- Üst düzey yönetim, kalitenin sürekli gelişmesini ve iyileşmesini tevsik etmeli, cesaretlendirmelidir. Sistemi geliştirmek için etkin şekilde birlikte çalışan gruplar oluşturabilmelidir.
- Yönetim, analitik düşünmenin anlamını öğrenmelidir. Sistemi sürekli iyileştirecek etkin çalışmayı sağlamak için verilerle nasıl konuşulacağı, standartların nasıl konulacağı, tahminlerin dışındaki kararların nasıl alınacağı, veri analizlerinin, standart araçların (sebeup – sonuç diyagramı, kontrol izelgesi, akış grafiğı vb.) kullanımıyla değışimlerin ve gereksiz karmaşaların nasıl azaltılacağını öğrenmelidir. Yöneticilerin bu araçların kullanımı ile çıkacak sonuçları uygun yönetsel eyleme nasıl çevireceklerini bilmelerinin de bir zorunluluk olduğı düşünölmektedir.

Sağık kurumlarında başarılı kalite çalışması için: Müşteri odaklı yönetim esas alınmalı, ileri görüşlü ve yeniliklere açık bir lider tipi benimsenmeli, çalışanların mutlaka tam katılımı sağlanmalı, mutlaka doktorların kalite çalışmalarına aktif olarak katılımı sağlanmalı, sürekli gelişim esası benimsenmelidir.

3.9. SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNDE GERÇEKLEŞECEK YENİLİKLER

Toplam Kalite Yönetimi, bir sistemin bütününe genel bir sistem anlayışı içinde bakmayı gerektirmektedir. Sağık hizmetinin sunulmasında yer alan klinik, alt yapı ve destek hizmet birimlerinin bir sistem düşünüsü içinde birbirine destek olan bir bütün olarak ele alınmasını sağlamaktadır. Her düzeyde alınan kararların veri ve bilgiye dayandırılması, problem çıktıkça çözüm bulma yerine sorun çıkmasını önleyici önlemler alınması, hatalara sebep olanları aramak yerine, eğitim ve sürekli iyileştirme çalışmalarıyla çalışanların bilgi ve becerisinin artırılması, üretecekleri önerilerle sistemin gelişmesi ile kalite devamlılığı sağlanır. Sağık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının beraberinde getireceğı başlıca yenilikler aşağıdaki başlıklarda özetlenebilir (www.nilgunsarp.com/?p=16:29.04.2012):

3.9.1. Hasta Odaklı Yönetim:

Hasta ihtiyaçlarının önemsenmediği, hasta memnuniyetinin değerlendirme kriteri olarak kabul edilmediği yönetim anlayışı yerini; hasta ihtiyaçlarına ve hasta memnuniyetine odaklanmış bir yönetim anlayışına bırakmaktadır.

3.9.2. Yönetim Anlayışında Değişim:

Yönetim sürekli gelişmeye odaklanmıştır. Eleştirici tepki, yapıcı tepkiye dönüşmüştür. Hiyerarşik katı yönetim, esnek yönetim anlayışına yerini bırakmıştır. Sürekli teftiş ve kontrollerin yerini toplam süreç kontrolü almıştır.

3.9.3. Ekip Çalışması, çalışanların Tam Katılımı ve Sıfır Hata:

Bir işten bir kişiyi sorumlu tutma anlayışı yerini ekip çalışması anlayışına bırakır. Kararlar uzlaşmaya dayalı olarak alınır. Sağlık Hizmetlerinde ekip çalışması anlayışı beraberinde kaliteyi getirir. Ekip çalışması eğitim desteği ve sürekli gelişme anlayışı ile desteklenerek sıfır hatalı üretim gerçekleşmektedir. Hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hata anlayışı hâkimdir. Toplam kalite Yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için kurumda çalışanların tümünün katılımı gerekir.

3.9.4. Yöneticilik Anlayışında Değişim:

Sağlık Hizmetlerinde yönetim kadrosunda görev yapan personel, istek ve arzular doğrultusunda karar verme yerine verilere dayanan yeni bir karar alma süreci içine girmektedir. Otorite, disiplin, itaat beklentisine bürünmüş yönetici anlayışı yerini; çalışmalarda işbirliğine önem veren, destek ve yardım sağlayan liderlik rolüne bırakmaktadır.

3.9.5. Yetkilendirme ve Örgüt Yapısı:

Yetkilendirmede hiyerarşi anlayışı yerini profesyonel uzmanlığa önem veren, daha paylaşımcı bir anlayışa bırakmaktadır. Dikey örgütlenme yerini, yatay örgütlenmeye bırakmıştır. Sorumluluk ekipler arasında paylaştırılmıştır.

3.9.6. Ücret Politikasında Değişim:

Eşit ise eşit ücret politikası yerini performansa dayalı ücret politikası uygulanır. Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödeme yapılmayan ücret anlayışından yüksek performansın ödüllendirildiği başarının takdir edildiği ve ödüllendirildiği bir ücret anlayışına geçilir.

3.9.7. Öncelik Sıralamalarında Değişim:

Kalite en önemli hedef olarak kabul edilirken kamu yararı en önemli hedef olmaktan çıkarılmaktadır.

3.10. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİM UYGULAMALARININ SONUÇLARI

Toplam Kalite Yönetimi anlayışı sürekli iyileşmeye dayalı bir yönetim anlayışı olduğundan hiç bitmeyen bir süreçtir. Bu süreç uygulandığı kurum için bir yönetim felsefesi olarak kabulü gerekli kılmaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının sağlık sektörüne sağlayacağı olumlu katkılar:

Genel performansta iyileşme, çalışanlar arasındaki iliksilerin daha iyi bir düzeye gelmesi, verimliliğin artması, hasta memnuniyetinin artması, pazar payında artış, karlılık oranının yükselmesi, laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması, radyoloji tekrarlarının azalması, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi, hastane enfeksiyon oranının düşmesi, hatalı ilaç verme oranının düşmesi şeklinde sıralanabilir”(Çoruh ve Zorlutuna,1997:178).

3.11.HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır. Başka bir deyişle toplumdaki müşteri merkezli hizmet anlayışı tüm hizmet sektöründe yoğun bir rekabete yol açmış ve sağlık hizmeti alan bireylerin istekleri önem kazanmaya başlamıştır. Bunun dışında son on yılda müşterilerin tutumları da önemli derecede pasif rolden aktif role doğru değişmeye başlamıştır.

Sağlık kuruluşları varlıklarını sürdürebilmek için müşteri beklentilerine odaklanmış, gelişmeleri takip eden ve sürekli gelişen, çalışanlarının tam katılımı ve önce insan anlayışı ile hizmet üreten, çalışanların performanslarını geliştiren, proses yönetimi ve sürekli proses denetimi yapabilen kuruluşlar olmak, kısaca TKY'ni uygulamak ve şirket kültürü geliştirmek zorundadırlar.

Sağlık Kurumlarının temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, hastaların hastane hizmetlerinden bekledikleri performans ile kendilerine sunulan hizmetler arasındaki farkın değerlendirilmesi olarak açıklanabilir (Akgün vd., 1999: 49). Müşterilerin sağlık kurumunda aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kişilik, algılama, motivasyon ve sosyal kültürel özelliklerine (Türkoz vd., 1997: 42), sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılıklar göstermektedir (Uçku vd., 1999: 61).

Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıılarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemektedir.

Hasta memnuniyeti; “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olarak tanımlanabilir” (Yılmaz,2001:69)

Müşteri tatminini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumlarının öncelikle yapması gereken faaliyet, hizmetlerin kullanıcılar tarafından nasıl algılandığını ve memnuniyet durumlarını araştırmak, varsa tatminsizliğin hangi hizmet veya hizmet sürecinden kaynaklandığını tespit etmek, bulunan sorunlara yönelik alternatif çözümler üretmek ve bu doğrultuda uygulamaya geçmektir (Uçku vd., 1999: 65).

Müşteri odaklılık boyutunda, hasta memnuniyeti kavramının anlaşılmasında yararlı olacak ilkeler şöyle sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000:293);

- Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının, karının ve pazar payının artmasında ya da özel hedeflerine ulaşmasında en önemli stratejik unsuru olmaktadır. Bu noktada, hasta memnuniyeti bir program değil, sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çabalar olarak değerlendirilmelidir.

- Sağlık kuruluşlarının rekabette en etkili stratejisi olan hasta memnuniyetinin sağlanması; hastane yönetimi tarafından hasta memnuniyetinin benimsenmesiyle başlamaktadır. Bu nedenle, hastane üst yönetimi tarafından hasta memnuniyetinin tanımlanması gerekir.
- Hasta memnuniyeti için öncelikle hastane yönetiminin stratejik odaklanmayı belirlemesi ve tüm personele benimsetmesi gerekir. Bu açıdan, kurumun misyonunun, vizyonunun, hedeflerinin, değerlerinin belirlenmesi ve örgüt kültürünün oluşturulması gerekmektedir.

3.12. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Sağlık kurumlarında hasta tatmininin sağlanması dört nedenden dolayı önemlidir. Bu nedenler (Kısa, 2007: 280):

3.12.1. İnsancıl Nedenler:

En iyi ve en kaliteli hizmeti almak insanların temel haklarının başında gelmektedir. Ağrılı, endişeli, gerilimli biçimde sağlık kurumuna gelen hastaların en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakkı vardır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de, hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gereklidir. Hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, aynı zamanda hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları, insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Türkiye’de 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur (Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998 Resmi Gazete No: 23420).

3.12.2. Ekonomik Nedenler:

Hizmet alıcısı konumun olan hastalar, içinde bulundukları konum nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler (Engiz, 1999: 425). Diğer yönden sigorta kurumları da, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin

olmalarına önem vermektedir. Sigorta kurumları, müşterilerinin tatminini sağlamak için, sağlık kurumlarına baskı yapmaktadır.

3.12.3. Pazarlama Nedenleri:

Sağlık kurumları müşteri potansiyelini arttırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadır. Hastaların sağlık kurumları hakkındaki olumlu ya da olumsuz düşünceleri , sağlık kurumunun pazar payının gelişmesinde çok önemli bir rol oynayacağından, hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklanmalıdır. “Hasta sadakati”, hastanın ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık kurumunu tercih etmesi ve potansiyel hastalara o kurumu tavsiye etmesidir (Engiz, 1999: 425). Hastalar hizmetten ne kadar çok tatmin olurlarsa, hasta sadakati de o oranda artmaktadır, başka bir deyişle, hasta sadakatinin, en önemli belirleyicisi hasta tatminidir. Kalite, tatmin ve hasta sadakati arasında yüksek düzeyde bir korelasyon bulunmaktadır.

3.12.4. Etkilik nedenleri:

Tatmin düzeyi yüksek olan hastaların tedaviyi uygulama sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği, sağlık ekibi ile ilişkilerini sürdürme eğilimlerinin tatmin düzeyi düşük olan hastalara göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Uçku vd. 1999: 62). Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine ve yönergelerine titizlikle uymakta, randevularına sadık kalmakta, verilen ilaçları gerektiği şekilde kullanılmaktadırlar (Türkoz vd., 1997: 33).

Hastanelerde müşteri memnuniyetinin önemi hasta memnuniyetinin oluşturulması, kontrol edilmesi ve artırılmasına yönelik çeşitli çalışmalar yapılması, kurumun müşteri odaklı yaklaşımının önemli göstergelerindendir. Burada, önemli nokta ise, memnuniyetin göreceli bir kavram olduğudur (Adnan, 2001:421).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli belirleyicilerden biridir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde temel çıktılardan biri olduğu için hizmet sürecinin yapısının değerlendirilmesini sağlamaktadır. Hasta memnuniyeti araştırmalarının sonuçları, sağlık kurumunun sürekli iyileştirme sürecine girdi temel teşkil edecek verilerden biridir. Hizmet süreçlerindeki iyileştirmeye açık

alanlar ve kuvvetli yönler bu sayede hasta gözü ile görülebilecek ve sağlık kurumunun iyileştirilmesi gereken yönleri belirlenmiş olacaktır (Güngör ve Eser 2004:45).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BİR DEVLET HASTANESİNDE (AYDIN DEVLET HASTANESİ) HASTA MEMNUNİYETİNİN ARAŞTIRILMASI

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ VE YÖNTEMİ

4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde, hizmet yarışının öne çıktığı işletmelerde, artan rekabet sonucu, sağlık işletmelerinde de, kalitenin önemi daha da artmıştır. Sağlık hizmetinin, insana özgü bir hizmet olması, hata kabul etmemesi, kaliteli hizmeti zorunlu kılmaktadır. Bu durum, ülkemizde Hastane İşletmelerini etkilemekte olup, hastane işletmelerinin yönetimlerini, mali durumlarını, çalışanlarını ve sağlık hizmeti sunum süreçlerini değiştirmektedir. İlerleyen süreçte, hasta beklentileri, sağlık hizmeti sunumunun belirleyicilerinden biri olmaktadır.

Bu çalışmada; Hasta Haklarına dayanarak, hasta beklenti düzeyini ölçmeye elverişli bir ölçek oluşturmak ve hasta beklentilerini ölçmek amaçlanmıştır.

4.1.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada ilk olarak literatür taraması yapılmıştır. Elde edilen bilgi ve bulgulardan hareketle araştırmanın kuramsal çerçevesi çizilmiştir. Daha sonra kuramsal çerçeveden hareketle bir alan araştırması planlanmıştır.

Verilerin toplanmasında anket yönteminden yararlanılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket tekniği tercih edilmiş olup, araştırmamızda birincil veriler kullanılmıştır.

Bu araştırmada veri toplamak için Doç. Dr. Sedat BOSTAN'IN geliştirmiş olduğu hastaların hizmet kalitesine yönelik beklentilerini araştıran ölçek kullanılmıştır.

Araştırmada, tüm hastanelerden sağlık hizmeti alan hastalar ana kütle olarak değerlendirilmiştir. Ancak, anket soruları çalışmanın amaçlarına göre yeniden düzenlenmiştir. Anket soruları uygulamaya dökülmeden önce de 5 kişi üzerinde test edilmiş, anlaşılamayan veya yanlış anlaşılan anket soruları yeniden düzenlenmiştir. Anket uygulaması için 500 adet anket formu hazırlanmış ve bu formlar Aydın Devlet

Hastanesi polikliniklerinden hizmet alan hastalar üzerinde uygulanmıştır. Kolayda örnekleme yolu ile katılımcılar belirlenmiştir.

Elde edilen anketler SPSS (13,0) programı yardımıyla değerlendirilmiştir. İlk kısımda tanımlayıcı bulgulara yer verilirken, ikinci kısımda bir takım istatistiki testler uygulanmıştır.

4.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Aydın ilindeki bir devlet hastanesinde ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalar arasından tesadüfî örnekleme yöntemiyle seçilen 500 hasta da araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklemin evreni temsil edeceği varsayılmıştır.

4.1.4. Sayıtlılar

Araştırmada aşağıdaki sayıtlılardan hareket edilmiştir.

1. Ankete katılan hastaların verdikleri yanıtlar, onların gerçek algılarını yansıtmaktadır.
2. Araştırmaya katılan denekler, anketlere istekle cevap vermişlerdir.
3. Araştırma yöntemine uygun olarak elde edilen verileri test etmek için, seçilen istatistikî teknikler araştırmaya uygun olarak seçilmiştir.
4. Bu konuda yapılan literatür taraması, araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği açısından yeterlidir.

4.1.5. Araştırmanın Sınırlılığı

Anket, Aydın merkezde hizmet veren Aydın Devlet Hastanesi' ne gelen ayaktan hastaların, tesadüfî örneklem yoluyla rastgele seçilen 500 kişiyle sınırlıdır.

4.1.6. Anket Sorularının Belirlenmesi

Bu araştırmada veri toplamak için, Öğretim Görevlisi Sedat BOSTAN' ın geliştirmiş olduğu, hastaların hizmet kalitesine yönelik beklentilerini araştıran ölçek kullanılmıştır. Anket, 15 bilgi ve 33 yargı sorusu olmak üzere 48 sorudan oluşmaktadır.

Soruların 11'i nominal ölçekli, 1'i ordinal ve 36'sı ise scale (oranlı) ölçekli olarak oluşturulmuştur.

Veri toplama aşaması; anketlerin dağıtılması ve uygulanması, bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması için, anketler örneklem grubuna dağıtılarak veriler toplanmıştır.

4.1.7. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler

Araştırmada veri toplama aracından bilgi toplamak için frekans (f) tablolarından, aritmetik ortalama ($\bar{x}$), standart sapma, güvenilirlik analizi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini belirlemek için korelasyon analizi, değişkenlerin birbirlerini ne yönde ve ne miktarda etkilediklerinin belirlenmesi için regresyon analizinden, iki bağımsız grubun ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için t testi ve üç ya da daha fazla grup ortalamalarının sınanması için Kruskal-Wallis testlerinden yararlanılmıştır.

4.1.8. Hipotezler

Bu bölümde ankete katılanlarda, hasta haklarına dayanarak, hastaların hizmet kalitesine yönelik hastalık özelliklerine göre farklılık olup olmadığı incelenecektir. Bu amaçla regresyon modeli kullanılacak, ilişkinin varlığı ve yokluğuna dair hipotezler oluşturulacak ve iki değişken arasında ilişki olup olmadığı ve bu ilişkinin ne yönde ve miktarda olduğu belirlenip değerlendirilecektir.

Araştırmaya göre, hasta memnuniyeti ile ilgili hipotezler;

H1: Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri, Hasta Memnuniyetini arttırır.

H2: Hastaların Kendileriyle İlgili Kararlara Katılma ve Tercih Etme Beklentileri Hasta Memnuniyetini Arttırır.

H3: Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri Hasta Memnuniyetini Arttırır.

H4: Hastaların Yönetmelik Hizmetler Konusundaki Beklentileri Hasta Memnuniyetini Arttırır.

4.2. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin bilgisayara işlenmesinden sonra SPSS(13,0) paket programında analiz, tablolaştırma, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik hesaplamaları yapılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracından bilgi toplamak için frekans (f) tablolarından, aritmetik ortalama ($\bar{x}$), standart sapma, güvenilirlik analizi, iki bağımsız grubun ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için t testi, üç ya da daha fazla grup ortalamalarının sınanması için Kruskal-Wallis testi ve beklenti ölçekleri arasındaki ilişkinin derecesini ölçmek için korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

4.2.1. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizinin amacı verilerin rastlantısallığını ölçmektir. Ankete verilen cevaplar rastgele dağılım gösteriyorsa anket sonuçlarının güvenilir olduğuna karar verilir.

Güvenilirlik analizi seçilen örneğin güvenilirliğini, tesadüflüğünü ve tutarlılığını test etmekte kullanılır.

Sonucun güvenilir olup olmadığına Cronbach's Alpha (α) değerine göre karar verilir.

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise yüksek derecede güvenilirdir (Kalaycı, 2009:405).

Anketteki likert sorular için yapılan güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Güvenirlilik Analizi Sonuçları

BOYUTLAR	İFADE SAYISI	CRONBACH ALPHA
A	4	0,675
B	10	0,793
C	3	0,841
D	8	0,789
GENEL	25	0,863

Genel olarak likert sorularının yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

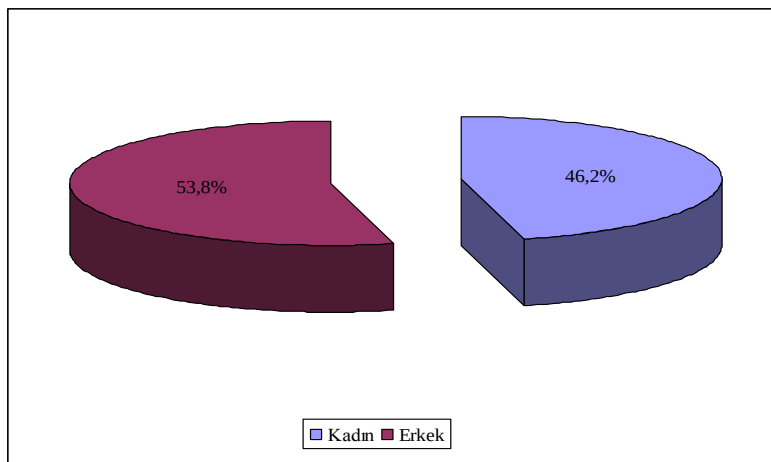
4.2.2. Tanımlayıcı Bulgular

4.2.2.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları

4.2.2.1.1. Cinsiyet

Tablo 2. Cinsiyetin Yüzde Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	%	Geçerli %	Birikimli
Kadın	231	46,2	46,2	46,2
Erkek	269	53,8	53,8	100,0
Toplam	500	100,0	100,0	

Grafik 1. Cinsiyetin Yüzde Dağılımı

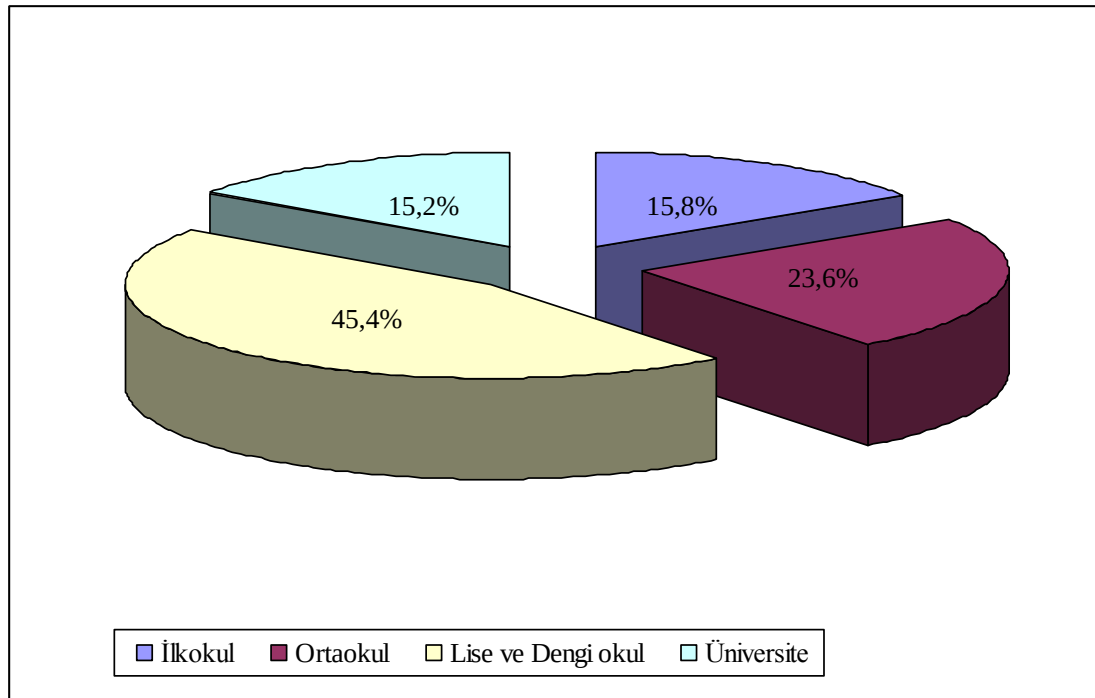
Katılımcıların %53,8'lik çoğunluğu erkek iken, %46,2'si kadındır.

4.2.2.1.2. Eğitim Durumu

Tablo 3. Eğitim Durumu Yüzde Dağılımı

Eğitim Durumunuz;	Frekans	%	Geçerli %	Birikimli
İlkokul	79	15,8	15,8	15,8
Ortaokul	118	23,6	23,6	39,4
Lise ve Dengi okul	227	45,4	45,4	84,8
Üniversite	76	15,2	15,2	100,0
Toplam	500	100,0	100,0	

Grafik 2. Eğitim Durumu Yüzde Dağılımı



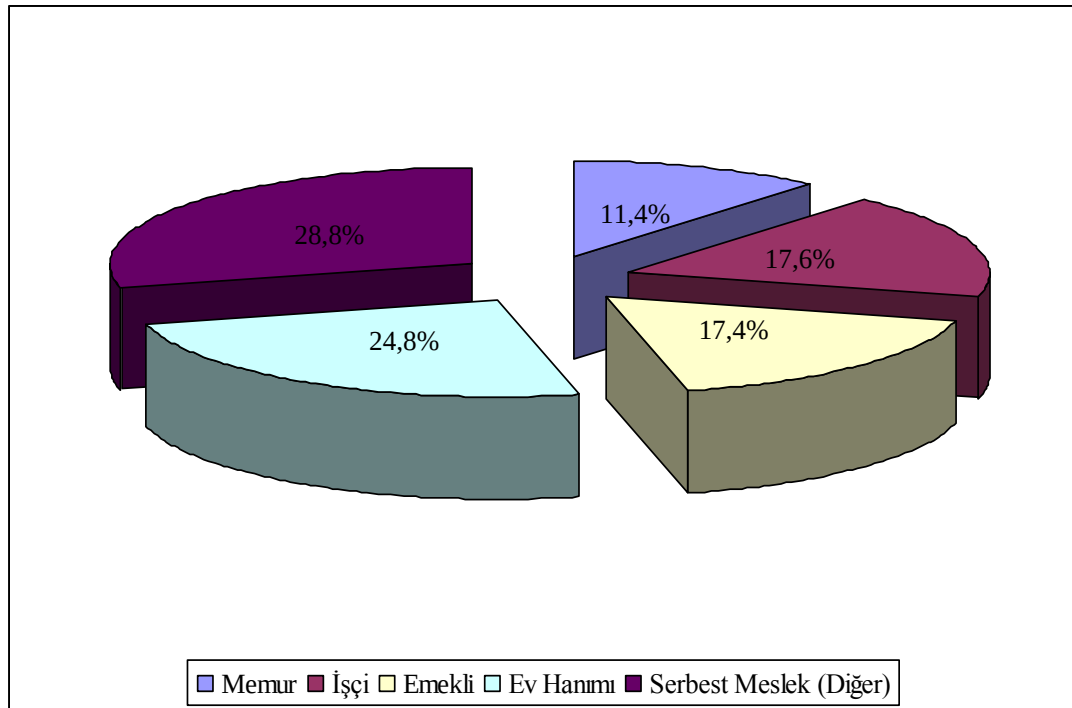
Katılımcıların %15,2'si İlkokul, %23,6'sı Ortaokul, %45,4'ü Lise ve Dengi Okul iken, %15,2'si Üniversite mezunudur.

4.2.2.1.3. Mesleki Durum

Tablo 4. Meslek Durum Yüzde Dağılımı

Meslek;	Frekans	%	Geçerli %	Birikimli
Memur	57	11,4	11,4	11,4
İşçi	88	17,6	17,6	29,0
Emekli	87	17,4	17,4	46,4
Ev Hanımı	124	24,8	24,8	71,2
Serbest Meslek (Diğer)	144	28,8	28,8	100,0
Toplam	500	100,0	100,0	

Grafik 3. Meslek Durum Yüzde Dağılımı



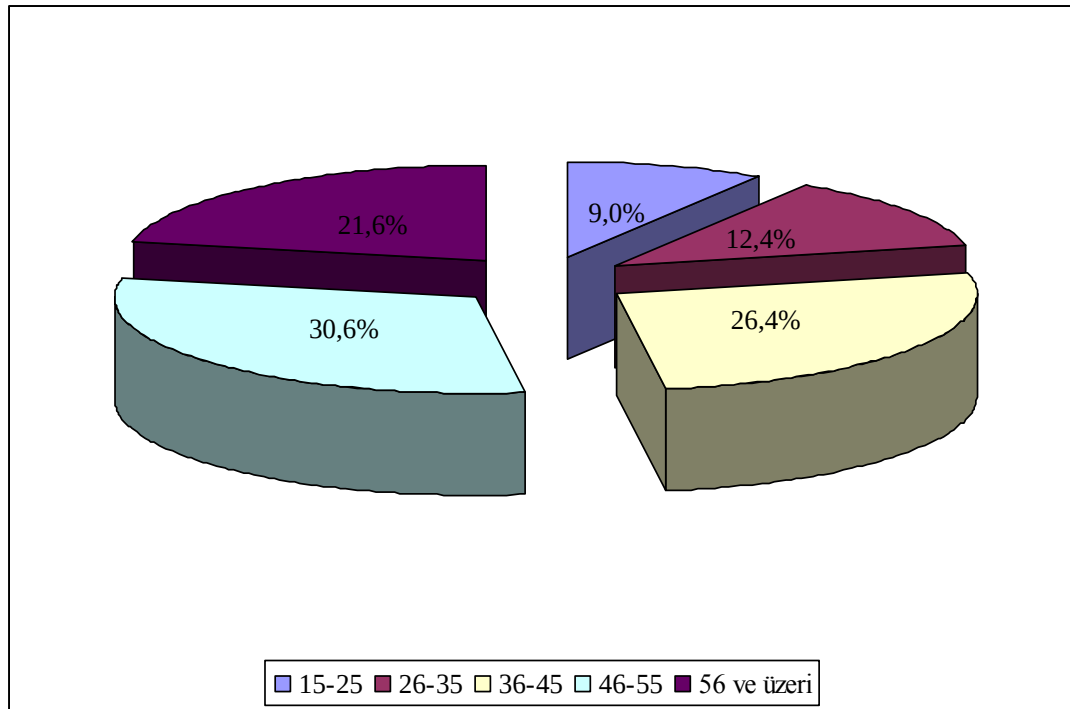
Katılımcıların %11,4'ü Memur, %17,6'sı İşçi, %17,4'ü Emekli, % 24,8'i Ev Hanımı iken %28,8'i Serbest Meslek sahibidir.

4.2.2.1.4. Yaş Durumu

Tablo 5. Yaş Grupları Yüzde Dağılımı

Yaş Grubunuz	Frekans	%	Geçerli %	Birikimli
15-25	45	9,0	9,0	9,0
26-35	62	12,4	12,4	21,4
36-45	132	26,4	26,4	47,8
46-55	153	30,6	30,6	78,4
56 ve üzeri	108	21,6	21,6	100,0
Toplam	500	100,0	100,0	

Grafik 4. Yaş Grupları Yüzde Dağılımı



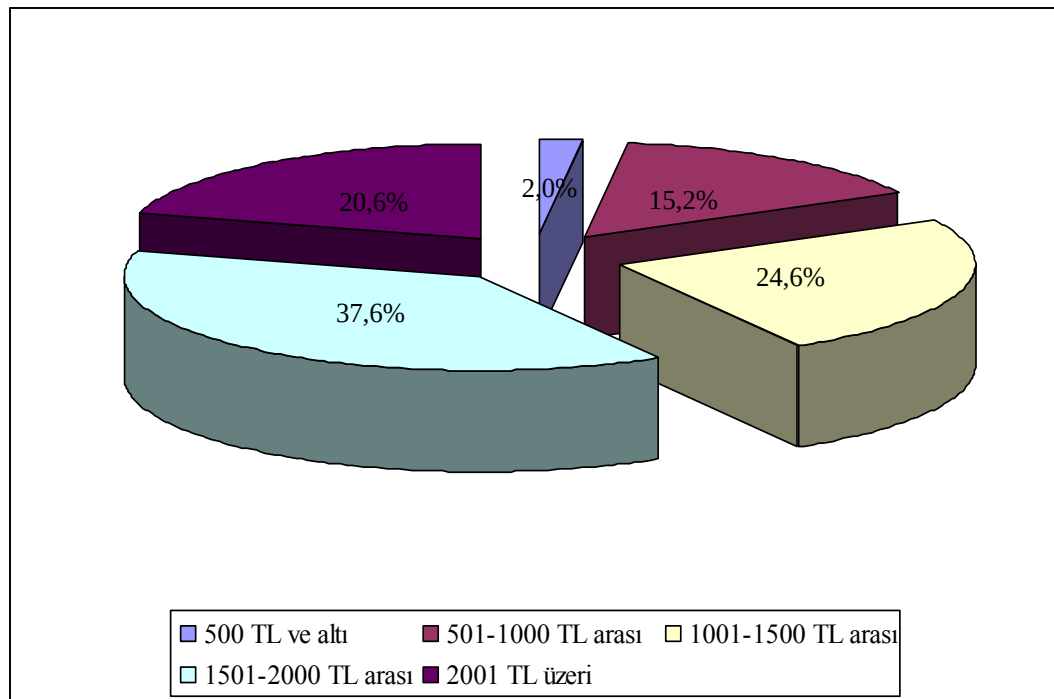
Katılımcıların %9,0'ı 15-25 arası yaş grubunda, %12,4'ü 26-35 arası yaş grubunda, %26,4'ü 36-45 arası yaş grubunda, %30,6'sı 46-55 arası yaş grubunda iken %21,6'sı 56 yaşın üzerindedir.

4.2.2.1.5. Gelir Durumu

Tablo 6. Gelir Durumunun Yüzde Dağılımı

Hanenizin Aylık Geliri;	Frekans	%	Geçerli %	Birikimli
500 TL ve altı	10	2,0	2,0	2,0
501-1000 TL arası	76	15,2	15,2	17,2
1001-1500 TL arası	123	24,6	24,6	41,8
1501-2000 TL arası	188	37,6	37,6	79,4
2001 TL üzeri	103	20,6	20,6	100,0
Toplam	500	100,0	100,0	

Grafik 5. Gelir Durumunun Yüzde Dağılımı



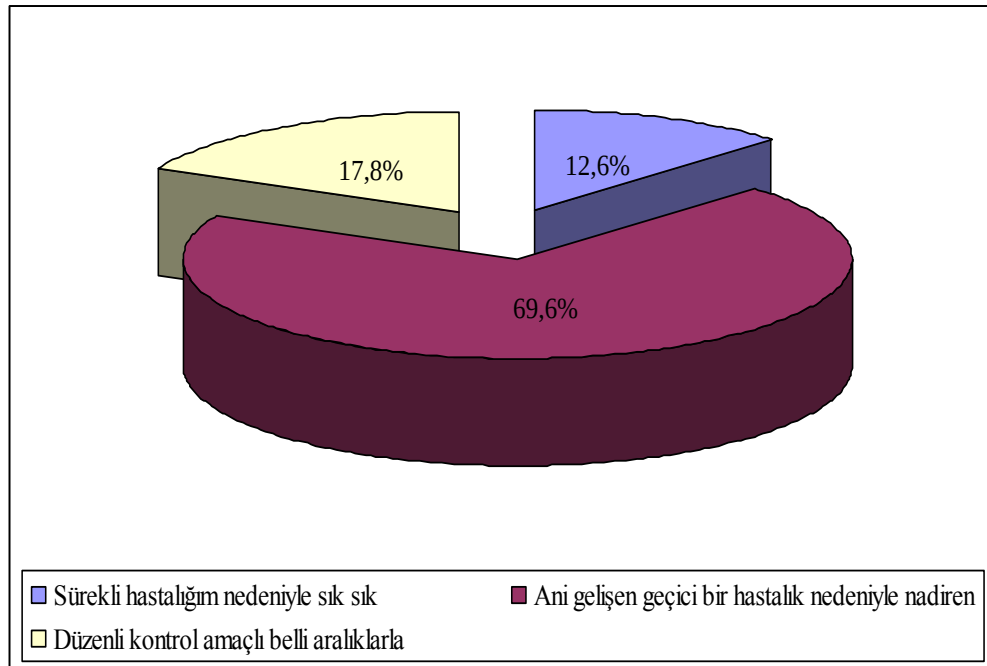
Katılımcıların %2,0'ı 500 TL altı gelir grubunda, %15,2'si 501-1000 TL arası gelir grubunda, %24,6'sı 1001-1500 TL arası gelir grubunda, %37,6' s 1501-2000 TL arası gelir grubunda iken %20,6' s 2001 TL üstü gelir grubundadır

4.2.2.1.6. Başvuru Durumu

Tablo 7. Başvuru Durumu Yüzde Dağılımı

Hastaneye müracaat sıklığı	Frekans	%	Geçerli %	Birikimli
Sürekli hastalığım nedeniyle sık sık	63	12,6	12,6	12,6
Ani gelişen geçici bir hastalık nedeniyle nadiren	348	69,6	69,6	82,2
Düzenli kontrol amaçlı belli aralıklarla	89	17,8	17,8	100,0
Toplam	500	100,0	100,0	

Grafik 6. Başvuru Durumu Yüzde Dağılımı



Katılımcıların %12,6'sı Sürekli hastalığım nedeniyle sık sık başvuru, 69,6'sı Ani gelişen geçici bir hastalık nedeniyle nadiren başvururken, %12,6'sı Düzenli kontrol amaçlı belli aralıklarla başvuru yapmaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların İfadeler Verdikleri Cevapların Yüzdeleri

	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Kararsızım (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)
Hastanın personeli tanıma hakkı vardır.	2,00	11,80	5,80	61,60	18,80
Hastaya uygulanacak tıbbi tetkikler hakkında bilgi alma hakkı vardır.	0,40	2,40	4,60	67,20	25,40
Hastanın 'hastalığı hakkında bilgi alma hakkı' vardır.	0,20	4,60	8,00	55,60	31,60
Hastanın bilgilerinin izinsiz başkalarına verilmemesi hakkı vardır.	0,60	2,20	2,80	52,40	42,00
Hastane seçme hakkı vardır.	0,40	0,20	0,20	48,80	50,40
Hekim seçme hakkı vardır.	0,40	1,40	2,60	54,20	41,40
Muayene esnasında refakatçi bulundurma hakkı vardır.	1,60	5,60	9,80	56,60	26,40
Hastalığın tedavi yöntemini tercih etme hakkı vardır.	19,20	17,60	14,60	31,20	17,40
Tedaviyi reddetme hakkı vardır.	21,20	16,60	20,00	28,40	13,80
İnançları gereği tedaviyi reddetme hakkı vardır.	30,00	20,80	21,20	17,20	10,80
Vatandaşın devletten sağlık Hizmeti talep etme hakkı vardır.	2,60	1,20	5,40	64,60	26,20
Tıbbi araştırmalarda hastanın rızasının alınması hakkı vardır.	2,00	4,80	7,40	55,80	30,00
Sağlık personelinin tanıma hakkı vardır.	1,40	4,80	5,00	64,20	24,60
Dava açma hakkı vardır.	0,40	1,20	2,40	63,80	32,20
Hastaya muayene esnasında gerekli düzenin gösterilmesi gereklidir.	0,40	0,80	0,60	49,80	48,40
Tedavinin Tıbbi Kurallara uygun olması gereklidir.	0,40	0,40	0,60	49,20	49,40

Tablo 8. Katılımcıların İfadeler Verdikleri Cevapların Yüzdeleri (devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Kararsızım (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)
Tedavi süresince gerekli tıbbi özenin gösterilmesi gerekir.	0,40	0,00	0,00	47,60	52,00
Hastaların iyi muamele görme hakkı vardır.	0,40	0,00	0,00	30,80	68,80
Hastaların evrak işlerinin görevli personelin takibinde olması gerekir.	2,60	10,40	6,80	34,20	46,00
Tıbbi Tahlillerin kısa sürede yapılması gerekir.	1,00	3,40	0,60	38,00	57,00
Hastaların şikayet etme hakkı vardır.	0,40	0,60	1,20	45,80	52,00
Hastaların güvenliği sağlanmalıdır.	0,80	3,60	3,20	47,00	45,40
Hastaların dinlenme mekânlarındaki değişiklikleri talep etme hakkı vardır.	5,80	14,60	12,40	39,00	28,20
Hastalar temizlik hizmetlerinden eksiksiz yararlanmalıdırlar.	0,60	1,20	0,60	46,40	51,20
Hastaların ibadetlerini yapabilmelerine imkan sağlanmalıdır.	0,80	3,00	4,40	52,80	39,00

Tablo 8 değerleri “tamamen katılıyorum” şıkkının artan yüzde sıralamasına göre verilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu bütün yargılar için katılıyorum (4) ya da tamamen katılıyorum (5) şıklarını görüş olarak belirtmişlerdir. Bu durum hasta beklentilerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 9. Katılımcıların İfadelere Vermiş Oldukları Yanıtların Tanımlayıcı Bulguları

	N	Ortalama	Standart Sapma
Hastanın personeli tanıma hakkı vardır.	500	3,4340	1,21185
Hastaya uygulanacak tıbbi tetkikler hakkında bilgi alma hakkı vardır.	500	2,6000	0,92829
Hastanın 'hastalığı hakkında bilgi alma hakkı' vardır.	500	1,5380	0,49905
Hastanın bilgilerinin izinsiz başkalarına verilmemesi hakkı vardır.	500	3,4200	1,36357
Hastane seçme hakkı vardır.	500	3,5960	1,03872
Hekim seçme hakkı vardır.	500	2,0520	0,54945
Muayene esnasında refakatçi bulundurma hakkı vardır.	500	3,8340	0,93391
Hastalığın tedavi yöntemini tercih etme hakkı vardır.	500	4,1480	0,64103
Tedaviyi reddetme hakkı vardır.	500	4,1380	0,76165
İnançları gereği tedaviyi reddetme hakkı vardır.	500	4,3300	0,69431
Vatandaşın devletten sağlık Hizmeti talep etme hakkı vardır.	500	4,4860	0,56074
Tıbbi araştırmalarda hastanın rızasının alınması hakkı vardır.	500	4,3480	0,64165
Sağlık personelinin tanıma hakkı vardır.	500	4,0060	0,85523
Dava açma hakkı vardır.	500	3,1000	1,39495
Hastaya muayene esnasında gerekli düzenin gösterilmesi gereklidir.	500	2,9700	1,36118
Tedavinin Tıbbi Kurallara uygun olması gereklidir.	500	2,5800	1,35620
Tedavi süresince gerekli tıbbi özenin gösterilmesi gerekir.	500	4,1060	0,76677
Hastaların iyi muamele görme hakkı vardır.	500	4,0700	0,86173
Hastaların evrak işlerinin görevli personelin takibinde olması gerekir.	500	4,0580	0,78221
Tıbbi Tahlillerin kısa sürede yapılması gerekir.	500	4,2620	0,60173
Hastaların şikayet etme hakkı vardır.	500	4,4500	0,59684

Tablo 9. Katılımcıların İfadelere Vermiş Oldukları Yanıtların Tanımlayıcı Bulguları (devamı)

	N	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların güvenliği sağlanmalıdır.	500	4,4680	0,57762
Hastaların dinlenme mekânlarındaki değişiklikleri talep etme hakkı vardır.	500	4,5080	0,54638
Hastalar temizlik hizmetlerinden eksiksiz yararlanmalıdırlar.	500	4,6760	0,51726
Hastaların ibadetlerini yapabilmelerine imkan sağlanmalıdır.	500	4,1060	1,08125

Tablo 4 ortalama değerlerin artan sıralamasına göre oluşturulmuştur. Tabloda yer alan şıklar soldan sağa sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 değerleriyle temsil edilmiştir. Yukarıdaki ifadelerin yüzde dağılımında da belirtildiği gibi katılımcılar genel olarak katılıyorum (4) ile tamamen katılıyorum (5) yargıları arasında görüş belirtmişlerdir.

4.3. BEKLENTİLER ARASI KORELÂSYON

Araştırmada beklenti ölçekleri arasında pozitif ilişki olup olmadığını belirlemek için korelasyon analizi tekniğinden yararlanılmıştır

4.3.1. Alternatif Hipotezler

H1: Hastaların bilgi alma hakkı konusundaki beklentileri (A) ile Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih hakkını kullanma konusundaki beklentileri (B) konusundaki beklentileri arasında pozitif ilişki vardır.

H2: Hastaların bilgi alma hakkı konusundaki beklentileri (A) ile Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri (C) arasında pozitif ilişki vardır.

H3: Hastaların bilgi alma hakkı konusundaki beklentileri (A) ile Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri (D) arasında pozitif ilişki vardır.

H4: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih hakkını kullanma konusundaki beklentileri (B) ile Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri (C) arasında pozitif ilişki vardır.

H5: Hastaların Kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih hakkını kullanma konusundaki beklentileri (B) ile Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri (D) arasında pozitif ilişki vardır.

H6: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri (C) ile Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri (D) arasında pozitif ilişki vardır.

4.3.2. Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki veya daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir.

Korelasyon analizinde amaç; bağımsız değişken değiştiğinde, bağımlı değişken ne yönde değişeceğini görmektir (Kalaycı,2009:115).

Araştırmada yer alan dört ölçek türü (A, B, C ve D) arasında doğrusal ilişki olup olmadığını ve eğer varsa bu ilişkinin derecesini görebilmek için “Pearson’ın Korelasyon Testi” uygulanmıştır.

Pearson korelasyon katsayısı r ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında değerler alır. Bu r değeri -1’e ya da +1’a yaklaştıkça ilişkinin derecesi artar. Eksi 1’e yaklaşması negatif doğrusal ilişkinin artması, artı 1’e yaklaşması ise pozitif doğrusal ilişkinin artması demektir. (Kalaycı,2009:115)

İki değişken arasında Pearson korelasyon katsayısının yorumu aşağıdaki gibi yapılır:

R İLİŞKİ

0,00–0,25 Çok Zayıf

0,26–0,49 Zayıf

0,50–0,69 Orta

0,70–0,89 Yüksek

0,90–1,00 Çok Yüksek

Tablo 10. Beklentiler Arasındaki Korelasyon İlişkisi

	A	B	C	D
A	1			
B	,399(**)	1		
C	,191(**)	,234(**)	1	
D	,493(**)	,441(**)	,270(**)	1

Bu korelasyon katsayılarını yorumlamadan önce anlamlı olup olmadığı sınanmalıdır. Bu amaçla yukarıda bahsettiğimiz t testi uygulanacaktır. r hesap / $2; n - 2$ k t t $\alpha - >$ ise sıfır hipotezi reddedilecektir.

H₀ : $\rho = 0$ (Korelasyon katsayısı anlamlı değildir. İlişki yoktur.)

H₁ : $\rho > 0$ (Korelasyon katsayısı anlamlıdır. İlişki pozitifdir.)

Yapılan t Testi sonucunda tüm p (ro) değerleri anlamlı çıkmıştır.

Buna göre,

Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ile “Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katıla ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri” (B) arasındaki ilişki katsayısı 0.399 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ile “Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (C) arasındaki ilişki katsayısı 0,191 çıkmıştır. Bu da iki beklenti arasında aynı çok zayıf ilişki olduğunu göstermektedir.

Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ile “Hastaların Yönetmel Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D) arasındaki ilişki katsayısı 0.493 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katıla ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri” (B) ile “Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (C) arasındaki ilişki katsayısı 0,234 çıkmıştır. Bu da iki beklenti arasında aynı yönlü çok zayıf derecede ilişki olduğunu göstermektedir.

Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katıla ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri” (B) ile “Hastaların Yönetmel Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D) arasındaki ilişki katsayısı 0.441 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (C) ile “Hastaların Yönetmel Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D) arasındaki ilişki katsayısı 0.270 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

A, B, C ve D değeri hastanelerden hizmet alan katılımcıların vermiş oldukları cevapların ortalamaları ile elde edilmiştir. Burada bu ortalamalar arasındaki ilişkinin varlığı incelenmiştir.

4.3.3. Kruskal-Wallis Testi:

Bu analiz sürekli değişkenlere sahip üç ya da daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Değerler sıralı hale çevrilir ve her grup için sıralı ortalamalar karşılaştırılır. Bu bir gruplar arası analizdir (Kalaycı,2009:74)

Tablo 11. Yaş Dağılımına Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri

	YAŞ	N	Ortalama Rank
A	15 - 25	45	184,73
	26 - 35	62	251,25
	36 - 45	132	254,67
	46 - 55	153	276,61
	56 ve üzeri	108	235,38
	Toplam	500	
B	15 – 25	45	244,67
	26 – 35	62	237,01
	36 – 45	132	256,98
	46 – 55	153	243,12
	56 ve üzeri	108	263,21
	Toplam	500	
C	15 - 25	45	273,87
	26 - 35	62	280,31
	36 - 45	132	238,27
	46 - 55	153	230,39
	56 ve üzeri	108	267,09
	Toplam	500	
D	15 – 25	45	181,26
	26 – 35	62	236,10
	36 – 45	132	257,33
	46 – 55	153	288,68
	56 ve üzeri	108	225,19
	Toplam	500	

Tablo 12. Yaş Dağılımına Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	A	B	C	D
Ki-Kare Test İstatistiği	16,240	2,123	10,109	25,441
Sd	4	4	4	4
Asimptotik Anlamlılık	,003	,713	,039	,000

Eğer anlamlılık düzeyi 0,05'ten daha düşükse yaş grupları arasında sürekli değişkenlerin (A, B, C, D) istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklı olduğu söylenebilir. Beş farklı yaş aralığı grubunun ortalama sırası tablo da ortalama rank sütununda kontrol edilebilir. Ortalama rank değerleri yaş gruplarının hangisinin en yüksek beklentiye sahip olduğunu gösterir (Kalaycı,2009:106). Üç farklı beklenti (A, C, D) için anlamlılık düzeyi 0,05 değerinden oldukça küçüktür. B beklentisine göre anlamlı farklılık görülmemiştir.

Bundan dolayı, bu farklı yaş grupları arasında ortalama beklenti düzeyleri bakımından farklılık olduğu söylenebilir. Grupların ortalama rank değerlerine bakıldığında yaş düzeyi arttıkça A, C, D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri

	EĞİTİM	N	ORTALAMA RANK
A	İlkokul	79	235,13
	Ortaokul	118	278,38
	Lise ve dengi okul	227	242,48
	Üniversite	76	247,14
	Toplam	500	
B	İlkokul	79	294,80
	Ortaokul	118	270,03
	Lise ve dengi okul	227	233,46
	Üniversite	76	225,01
	Toplam	500	
C	İlkokul	79	247,29
	Ortaokul	118	226,97
	Lise ve dengi okul	227	250,54
	Üniversite	76	290,26
	Toplam l	500	
D	İlkokul	79	254,91
	Ortaokul	118	273,72
	Lise ve dengi okul	227	250,55
	Üniversite	76	209,72
	Toplam	500	

Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	A	B	C	D
Ki-Kare Test İstatistiği	6,268	15,162	9,862	9,248
Sd	3	3	3	3
Asimptotik Anlamlılık	,099	,002	,020	,026

Tablo ya göre eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık B, C ve D beklentileri için geçerliken ($p<0,05$), A beklentisine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre eğitim seviyesi arttıkça B, C ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Tablo 15. Cinsiyet Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri

	CİNSİYET	N	ORTALAMA RANK
A	Kadın	231	264,04
	Erkek	269	238,88
	Toplam	500	
B	Kadın	231	267,62
	Erkek	269	235,80
	Toplam	500	
C	Kadın	231	250,75
	Erkek	269	250,29
	Toplam	500	
D	Kadın	231	258,81
	Erkek	269	243,36
	Toplam	500	

Tablo 16. Cinsiyet Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	A	B	C	D
Ki-Kare Test İstatistiği	3,920	6,049	,001	1,433
Sd	1	1	1	1
Asimptotik Anlamlılık	,048	,014	,970	,231

Tablo ya göre cinsiyet durumlarına göre anlamlı farklılık A, B, beklentileri için geçerliken ($p<0,05$), C ve D beklentilerine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre cinsiyete göre A ve B beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Tablo 17. Meslek Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri

	Meslek	N	Mean Rank
A	Memur	57	221,39
	İşçi	88	270,61
	Emekli	87	251,29
	Ev hanımı	124	259,42
	Serbest meslek	144	241,57
	Toplam	500	
B	Memur	57	152,56
	İşçi	88	253,70
	Emekli	87	262,16
	Ev hanımı	124	288,84
	Serbest meslek	144	247,25
	Toplam	500	
C	Memur	57	261,09
	İşçi	88	243,41
	Emekli	87	273,69
	Ev hanımı	124	244,07
	Serbest meslek	144	242,17
	Toplam	500	
D	Memur	57	203,75
	İşçi	88	294,64
	Emekli	87	250,61
	Ev hanımı	124	277,08
	Serbest meslek	144	219,08
	Toplam	500	

Tablo 18. Meslek Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	A	B	C	D
Ki-Kare Test İstatistiği	5,245	35,740	3,849	25,380
Sd	4	4	4	4
Asimptotik Anlamlılık	,263	,000	,427	,000

Tablo ya göre meslek durumlarına göre anlamlı farklılık B ve D, beklentileri için geçerliken ($p < 0,05$), A ve C beklentilerine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre meslek durumlarına göre B ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Tablo 19. Gelir Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri

	GELİR	N	ORTALAMA RANK
A	500 tl ve altı	10	247,75
	501 - 1000 tl	76	242,39
	1001 - 1500 tl	123	296,41
	1501 - 2000 tl	188	255,28
	2001 tl üzeri	103	193,19
	Toplam	500	
B	500 tl ve altı	10	275,85
	501 - 1000 tl	76	307,79
	1001 - 1500 tl	123	278,16
	1501 - 2000 tl	188	241,46
	2001 tl üzeri	103	189,24
	Toplam	500	
C	500 tl ve altı	10	200,05
	501 - 1000 tl	76	252,61
	1001 - 1500 tl	123	253,27
	1501 - 2000 tl	188	233,54
	2001 tl üzeri	103	281,49
	Toplam	500	
D	500 tl ve altı	10	276,95
	501 - 1000 tl	76	258,28
	1001 - 1500 tl	123	289,15
	1501 - 2000 tl	188	270,76
	2001 tl üzeri	103	159,05
	Toplam	500	

Tablo 20. Gelir Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	A	B	C	D
Ki-Kare Test İstatistiği	30,237	36,153	9,510	54,732
Sd	4	4	4	4
Asimptotik Anlamlılık	,000	,000	,050	,000

Tablo ya göre gelir durumlarına göre anlamlı farklılık A, B, C ve D, beklentileri için geçerlidir ($p < 0,05$). Bu sonuçlara göre gelir düzeyi arttıkça A, B, C ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Tablo 21. Hastaneye Başvuru Durumuna Göre Beklentilerin Ortalama Rank Değerleri

	Müracaat	N	Ortalama Rank
A	Sık sık	63	231,23
	Nadiren	348	264,38
	Düzenli olarak belli aralıklarla	89	209,89
	Toplam	500	
B	Sık sık	63	260,47
	Nadiren	348	251,97
	Düzenli olarak belli aralıklarla	89	237,69
	Toplam	500	
C	Sık sık	63	242,92
	Nadiren	348	248,30
	Düzenli olarak belli aralıklarla	89	264,46
	Toplam	500	
D	Sık sık	63	223,18
	Nadiren	348	269,83
	Düzenli olarak belli aralıklarla	89	194,26
	Toplam	500	

Tablo 22. Hastaneye Başvuru Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	A	B	C	D
Ki-Kare Test İstatistiği	11,817	1,040	1,198	22,134
Sd	2	2	2	2
Asimptotik Anlamlılık	,003	,595	,549	,000

Tablo ya göre hastaneye başvuru durumlarına göre anlamlı farklılık A ve D, beklentileri için geçerliken ($p < 0,05$), B ve C beklentilerine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Bu sonuçlara göre hastaneye başvuru durumlarına göre A ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

4.3.4. Faktör Analizi

Tablo 23. KMO Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği	,842
Bartlett's Test of Yaklaşık-Ki Kare Sphericity	5208,205
Df	325
Sig.	,000

KMO testi örneklem büyüklüğünün uygunluğuyla ilgilidir. 0,93 bu veriler için faktör analizinin mükemmel bir biçimde kullanılabileceğini gösteriyor (0,7-0,8 iyi, 0,5-0,7 arası orta, en az 0,5 olmalı) 0,5'ten küçükse daha fazla veri toplanmalıdır

Bartlett testi özgün korelasyon matrisi kimlik matrisi (tüm korelasyon katsayıları sıfır) ile aynıdır boş hipotezini test ediyor. Bu test anlamlı olmalı –ki burada öyle- çünkü aksi takdirde değişkenler arasında ilişki olmadığı anlamına gelir.

4.3.5. Beklentiler ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Regresyon analizi, aralarında sebep-sonuç ilişkisi bulunan iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu ilişkiyi kullanarak o konu ile ilgili

tahminler (estimation) ya da kestirimler (prediction) yapabilmek amacıyla yapılır (<http://www.fikretgultekin.com/yukseklisans/Regresyon%20Analizi.pdf> 10.11.2012).

Regresyon analizinde değişkenler arasındaki ilişki doğrusal ise doğrusal regresyon, değil ise doğrusal olmayan regresyon olarak adlandırılır (Kalaycı, s.199)

Araştırmada yapılan regresyon analizi “Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi”dir. Regresyona dâhil edilecek değişkenler:

- **Bağımlı Değişken:** Hasta Memnuniyeti (HM)
- **Bağımsız Değişken:** “Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A)
- **Bağımsız Değişken:** “Hastaların Kendileriyle İlgili Kararlara Katılma ve Tercih Etme Beklentileri” (B)
- **Bağımsız Değişken:** “Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (C)
- **Bağımsız Değişken:** “Hastaların Yönetmelik Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D)

4.3.5.1. Yaş - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 24. 15-25 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

15-25 YAŞ ARALIĞINDAKİ HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,775 p=0,001*
B	r=0,878 p=0,001*
C	r=0,250 p=0,098
D	r=0,773 p=0,001*

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

15-25 yaş grubu hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek şiddette yakın bir ilişki var ($r=0,775$). $R^2=0,60$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %60'dır.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

15-25 yaş grubu hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,827$). $R^2=0,77$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %77'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

15-25 yaş grubu hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

15-25 yaş grubu hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek şiddette yakın bir ilişki var ($r=0,773$). $R^2=0,59$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %59'dur.

Tablo 25. 26-35 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

26-35 YAŞ ARALIĞINDAKİ HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,748 p=0,001
B	r=0,901 p=0,001*
C	r=-0,085 p=0,511
D	r=0,802 p=0,001*

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

26-35 yaş grubu hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek şiddette yakın bir ilişki var ($r=0,748$). $R^2=0,56$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %56'dır.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

26-35 yaş grubu hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,901$). $R^2=0,81$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %81'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

26-35 yaş grubu hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

26-35 yaş grubu hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek şiddette yakın bir ilişki var ($r=0,802$). $R^2=0,64$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %64'dür.

Tablo 26. 36-45 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

36-45 YAŞ ARALIĞINDAKİ HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,596$ $p=0,001^*$
B	$r=0,870$ $p=0,001^*$
C	$r=0,342$ $p=0,001^*$
D	$r=0,758$ $p=0,001^*$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

36-45 yaş grubu hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,596$). $R^2=0,36$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %36'dır.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

36-45 yaş grubu hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,870$). $R^2=0,75$;

yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %75'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

36-45 yaş grubu hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında çok düşük bir ilişki var ($r=0,342$). $R^2=0,11$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %11'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

36-45 yaş grubu hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek şiddette yakın bir ilişki var ($r=0,758$). $R^2=0,57$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %57'dir.

Tablo 27. 46-55 Yaş Aralığındaki Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

46-55 YAŞ ARALIĞINDAKİ HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,473$ $p=0,001^*$
B	$r=0,787$ $p=0,001^*$
C	$r=0,419$ $p=0,001^*$
D	$r=0,511$ $p=0,001^*$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini artırır.

46-55 yaş grubu hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında zayıf bir ilişki var ($r=0,473$). $R^2=0,22$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %22'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

46-55 yaş grubu hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,787$). $R^2=0,62$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %62'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

46-55 yaş grubu hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında zayıf bir ilişki var ($r=0,419$). $R^2=0,18$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %18'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

46-55 yaş grubu hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,511$). $R^2=0,26$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %26'dır.

Tablo 28. 55 Yaş Üstü Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

55 YAŞ ÜSTÜ	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,555$ $p=0,001^*$
B	$r=0,759$ $p=0,001^*$
C	$r=0,321$ $p=0,001^*$
D	$r=0,722$ $p=0,001^*$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

55 yaş üstü hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında zayıf bir ilişki var ($r=0,555$). $R^2=0,30$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %30'dur.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

55 yaş üstü hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,759$). $R^2=0,58$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %58'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

55 yaş üstü hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında zayıf bir ilişki var ($r=0,321$). $R^2=0,10$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %10'dur.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

55 yaş üstü hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek derecede bir ilişki var ($r=0,722$). $R^2=0,52$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %52'dir.

4.3.5.2. Eğitim Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 29. İlkokul Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

İLKOKUL	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,687 p=0,001
B	r=0,855 p=0,001
C	r=0,574 p=0,001
D	r=0,775 p=0,001

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini artırır.

İlkokul mezunlarında hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta şiddette bir ilişki var ($r=0,687$). $R^2=0,47$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %47'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

İlkokul mezunlarında hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,855$). $R^2=0,73$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %73'dür.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

İlkokul mezunlarında hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,574$). $R^2=0,33$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %33'dür.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

İlkokul mezunlarında hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,775$). $R^2=0,60$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %60'dır.

Tablo 30. Ortaokul Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

ORTAOKUL	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,462$ $p=0,001$
B	$r=0,841$ $p=0,001$
C	$r=0,268$ $p=0,001$
D	$r=0,623$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Ortaokul mezunlarında hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,462$). $R^2=0,21$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %21'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Ortaokul mezunlarında hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,841$). $R^2=0,71$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %71'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Ortaokul mezunlarında hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,268$). $R^2=0,07$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %7'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Ortaokul mezunlarında hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,623$). $R^2=0,38$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %38'dir.

Tablo 31. Lise Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

LİSE	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,624$ $p=0,001$
B	$r=0,800$ $p=0,001$
C	$r=0,202$ $p=0,001$
D	$r=0,753$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Lise mezunlarında hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,624$). $R^2=0,39$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %39'dur.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Lise mezunlarında hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,800$). $R^2=0,64$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %64'dür.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Lise mezunlarında hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,202$). $R^2=0,04$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %4'dür.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Lise mezunlarında hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,753$). $R^2=0,57$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %57'dir.

Tablo 32. Üniversite Mezunu Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

ÜNİVERSİTE	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,683$ $p=0,001$
B	$r=0,832$ $p=0,001$
C	$r=0,230$ $p=0,001$
D	$r=0,676$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Üniversite mezunlarında hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,683$). $R^2=0,47$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %47'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Üniversite mezunlarında hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,832$). $R^2=0,69$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %69'dur.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Üniversite mezunlarında hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,230$). $R^2=0,05$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %5'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Üniversite mezunlarında hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,676$). $R^2=0,46$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %46'dır.

4.3.5.3. Cinsiyet Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 33. Kadın Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

KADIN	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,597$ $p=0,001$
B	$r=0,864$ $p=0,001$
C	$r=0,239$ $p=0,001$
D	$r=0,743$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Kadın hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,597$). $R^2=0,35$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %35'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Kadın hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,864$). $R^2=0,75$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %75’dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Kadın hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,239$). $R^2=0,06$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %6’dır.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Kadın hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,743$). $R^2=0,55$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %55’dir.

Tablo 34. Erkek Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

ERKEK	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,615$ $p=0,001$
B	$r=0,783$ $p=0,001$
C	$r=0,291$ $p=0,001$
D	$r=0,702$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Erkek hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,615$). $R^2=0,38$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %38’dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Erkek hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,783$). $R^2=0,61$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %61'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Erkek hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,291$). $R^2=0,08$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %8'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Erkek hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,702$). $R^2=0,49$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %49'dur.

4.3.5.4. Meslek Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 35. Mesleği Memur Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

MEMUR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,699$ $p=0,001$
B	$r=0,838$ $p=0,001$
C	$r=0,179$ $p=0,001$
D	$r=0,742$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği memur olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,699$). $R^2=0,49$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %49'dur.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği memur olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,838$). $R^2=0,70$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %70'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği memur olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,179$). $R^2=0,03$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %3'dür.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği memur olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,742$). $R^2=0,55$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %55'dir.

Tablo 36. Mesleği İşçi Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

İŞÇİ	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,424$ $p=0,001$
B	$r=0,812$ $p=0,001$
C	$r=0,190$ $p=0,001$
D	$r=0,623$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği işçi olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,424$). $R^2=0,18$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %18'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği işçi olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,812$). $R^2=0,66$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %66'dır.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği işçi olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,190$). $R^2=0,04$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %4'dür.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği işçi olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,623$). $R^2=0,39$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %39'dur.

Tablo 37. Emekli Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

EMEKLİ	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,699 p=0,001
B	r=0,838 p=0,001
C	r=0,179 p=0,001
D	r=0,742 p=0,001

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini artırır.

Mesleği emekli olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,534$). $R^2=0,29$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %29'dur.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Mesleği emekli olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,784$). $R^2=0,61$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %61'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Mesleği emekli olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,441$). $R^2=0,19$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %19'dur.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Mesleği emekli olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,685$). $R^2=0,47$; yani

hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %47'dir.

Tablo 38. Evhanımı Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

EV HANIMI	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,642 p=0,001
B	r=0,880 p=0,001
C	r=0,271 p=0,001
D	r=0,765 p=0,001

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği ev hanımı olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,642$). $R^2=0,41$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %41'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği ev hanımı olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,880$). $R^2=0,77$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %77'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği ev hanımı olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,271$). $R^2=0,07$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %7'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Mesleği ev hanımı olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,765$). $R^2=0,58$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %58'dir.

Tablo 39. Serbest Meslek Sahibi Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

SERBEST MESLEK	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,675$ $p=0,001$
B	$r=0,805$ $p=0,001$
C	$r=0,285$ $p=0,001$
D	$r=0,740$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Serbest Meslek sahibi hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,675$). $R^2=0,45$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %45'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Serbest Meslek sahibi hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,805$). $R^2=0,65$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %65'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Serbest Meslek sahibi hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük bir ilişki var ($r=0,285$). $R^2=0,08$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %8'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Serbest Meslek sahibi hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,740$). $R^2=0,55$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %55'dir.

4.3.5.5. Gelir Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 40. Geliri 500 TL ve Altı Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

GELİRİ 500 TL VE ALTI OLANLAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,784$ $p=0,001$
B	$r=0,751$ $p=0,001$
C	$r=0,604$ $p=0,001$
D	$r=0,816$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 500 TL ve altında olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek derece bir ilişki var ($r=0,784$). $R^2=0,61$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %61'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 500 TL ve altında olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,751$). $R^2=0,56$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %56'dır.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 500 TL ve altında olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,604$). $R^2=0,36$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %36'dır.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 500 TL ve altında olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,816$). $R^2=0,67$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %67'dir.

Tablo 41. Geliri 501 TL – 1000 TL Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

GELİRİ 501 TL - 1000 TL ARASINDA OLAN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,581 p=0,001
B	r=0,836 p=0,001
C	r=0,347 p=0,001
D	r=0,762 p=0,001

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini artırır.

Geliri 501 TL- 1000 TL arasında olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,581$). $R^2=0,34$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %34'dür.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Geliri 501 TL- 1000 TL arasında olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,836$). $R^2=0,69$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %69'dur.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini artırır.

Geliri 501 TL- 1000 TL arasında olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük derecede bir ilişki var ($r=0,347$). $R^2=0,12$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %12'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 501 TL- 1000 TL arasında olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,762$). $R^2=0,58$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %58'dir.

Tablo 42. Geliri 1001 TL – 1500 TL Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

GELİRİ 1001 TL - 1500 TL ARASINDA OLAN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,628$ $p=0,001$
B	$r=0,839$ $p=0,001$
C	$r=0,371$ $p=0,001$
D	$r=0,667$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1001 TL- 1500 TL arasında olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,628$). $R^2=0,39$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %39'dur.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1001 TL- 1500 TL arasında olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,839$). $R^2=0,70$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %70'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1001 TL- 1500 TL arasında olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük derecede bir ilişki var ($r=0,371$). $R^2=0,14$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %14'dür.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1001 TL- 1500 TL arasında olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,667$). $R^2=0,44$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %44'dür.

Tablo 43. Geliri 1501 TL – 2000 TL Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

GELİRİ 1501 TL - 2000 TL ARASINDA OLAN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,515$ $p=0,001$
B	$r=0,823$ $p=0,001$
C	$r=0,337$ $p=0,001$
D	$r=0,657$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1501 TL- 2000 TL arasında olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,515$). $R^2=0,26$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %26'dır.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1501 TL- 2000 TL arasında olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,823$). $R^2=0,68$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %68'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1501 TL- 2000 TL arasında olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük derecede bir ilişki var ($r=0,337$). $R^2=0,11$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %11'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Geliri 1501 TL- 2000 TL arasında olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,657$). $R^2=0,43$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %43'dür.

Tablo 44. Geliri 2001 TL Ve Üzeri Olan Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

GELİRİ 2001 TL VE ÜZERİ OLAN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,605$ $p=0,001$
B	$r=0,784$ $p=0,001$
C	$r=0,088$ $p=0,001$
D	$r=0,705$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Gelir seviyesi 2001 TL ve üzeri olan hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,605$). $R^2=0,36$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %36'dır.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Gelir seviyesi 2001 TL ve üzeri olan hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,784$). $R^2=0,61$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %61'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Gelir seviyesi 2001 TL ve üzeri olan hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,088$).

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Gelir seviyesi 2001 TL ve üzeri olan hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek bir ilişki var ($r=0,705$). $R^2=0,50$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %50'dir.

4.3.5.6. Hastaneye Müracaat Durumu - Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 45. Hastaneye Sık Sık Müracaat Eden Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

HASTANEYE SIK SIK MÜRACAAT EDEN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	r=0,720 p=0,001
B	r=0,744 p=0,001
C	r=0,293 p=0,001
D	r=0,651 p=0,001

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye sık sık müracaat eden hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında yüksek derece bir ilişki var ($r=0,720$). $R^2=0,52$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %52'dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye sık sık müracaat eden hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,744$). $R^2=0,55$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %55'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye sık sık müracaat eden hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük derecede bir ilişki var ($r=0,293$). $R^2=0,09$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %9'dur.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye sık sık müracaat eden hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,651$). $R^2=0,42$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %42'dir.

Tablo 46. Hastaneye Nadiren Müracaat Eden Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

HASTANEYE NADİREN MÜRACAAT EDEN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,581$ $p=0,001$
B	$r=0,848$ $p=0,001$
C	$r=0,266$ $p=0,001$
D	$r=0,701$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye nadiren müracaat eden hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,581$). $R^2=0,34$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %34'dür.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye nadiren müracaat eden hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,848$). $R^2=0,72$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %72'dir.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye nadiren müracaat eden hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük derecede bir ilişki var ($r=0,266$). $R^2=0,07$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %7'dir.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye nadiren müracaat eden hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,701$). $R^2=0,49$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %49'dur.

4.3.5.6.1. Tablo 47:

Tablo 47. Hastaneye Düzenli Olarak Belli Aralıklara Müracaat Eden Hastaların Toplam Hasta Memnuniyet Analizi

HASTANEYE DÜZENLİ OLARAK BELLİ ARALIKLARLA MÜRACAAT EDEN HASTALAR	TOPLAM MEMNUNİYET
Toplam Memnuniyet	--
A	$r=0,500$ $p=0,001$
B	$r=0,829$ $p=0,001$
C	$r=0,306$ $p=0,001$
D	$r=0,747$ $p=0,001$

Hipotez 1: Hastaların bilgi almaları konusundaki beklentileri, hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye düzenli müracaat eden hastaların bilgi alma konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derece bir ilişki var ($r=0,500$). $R^2=0,25$; yani hastaların bilgi alma konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %25’dir.

Hipotez 2: Hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye düzenli müracaat eden hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki var ($r=0,829$). $R^2=0,69$; yani hastaların kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercih etme beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %69’dur.

Hipotez 3: Hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye düzenli müracaat eden hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında düşük derecede bir ilişki var ($r=0,306$). $R^2=0,09$; yani hastaların tıbbi hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %9’dur.

Hipotez 4: Hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri hasta memnuniyetini arttırır.

Hastaneye düzenli müracaat eden hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentileri ile hasta memnuniyeti arasında orta derecede bir ilişki var ($r=0,747$). $R^2=0,56$; yani hastaların yönetsel hizmetler konusundaki beklentilerinin hasta memnuniyetine etkisi %56’dır.

4.3.6. Araştırma Sonuçları

Genel olarak likert sorularının (A, B, C ve D) yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür. Bu sonuçta örneğin güvenilirliğinin, tesadüflüğünün ve tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. İlgili sonuçlar Tablo 1’te görülebilmektedir.

Katılımcıların %9,0'ı 15-25 arası yaş grubunda, %12,4'ü 26-35 arası yaş grubunda, %26,4'ü 36-45 arası yaş grubunda, %30,6'sı 46-55 arası yaş grubunda iken %21,6'sı 56 yaşın üzerindedir.

Katılımcıların %11,4'ü Memur, %17,6'sı İşçi, %17,4'ü Emekli, % 24,8'i Ev Hanımı iken %28,8'i Serbet Meslek sahibidir.

Katılımcıların %15,2'si İlkokul, %23,6'sı Ortaokul, %45,4'ü Lise ve Dengi Okul iken, %15,2'si Üniversite mezunudur.

Katılımcıların %53,8'lik çoğunluğu erkek iken, %46,2'si kadındır.

Katılımcıların %12,6'sı Sürekli hastalığım nedeniyle sık sık başvuru, 69,6'sı Ani gelişen geçici bir hastalık nedeniyle nadiren başvurken, %12,6'sı Düzenli kontrol amaçlı belli aralıklarla başvuru yapmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu bütün yargılar için katılıyorum ya da tamamen katılıyorum şıklarını görüş olarak belirtmişlerdir. Bu durum hasta beklentilerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar genel olarak katılıyorum ile tamamen katılıyorum yargıları arasında görüş belirtmişlerdir. Ortalama değeri genellikle 4,5-5 arası çıkmıştır.

Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ile “Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katıla ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri” (B) arasındaki ilişki katsayısı 0.399 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ile “Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (C) arasındaki ilişki katsayısı 0,191 çıkmıştır. Bu da iki beklenti arasında aynı çok zayıf ilişki olduğunu göstermektedir.

Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri” (A) ile “Hastaların Yönetmel Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D) arasındaki ilişki katsayısı 0.493 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katıla ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri” (B) ile “Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki

Beklentileri” (C) arasındaki ilişki katsayısı 0,234 çıkmıştır. Bu da iki beklenti arasında aynı yönlü çok zayıf derecede ilişki olduğunu göstermektedir.

Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katıla ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri” (B) ile “Hastaların Yönetmel Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D) arasındaki ilişki katsayısı 0.441 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (C) ile “Hastaların Yönetmel Hizmetler Konusundaki Beklentileri” (D) arasındaki ilişki katsayısı 0.270 çıkmıştır. İki beklenti arasında zayıf derecede pozitif (aynı yönlü) ilişki söz konusudur.

Farklı yaş grupları arasında ortalama beklenti düzeyleri bakımından farklılık olduğu söylenebilir. Grupların ortalama rank değerlerine bakıldığında yaş düzeyi arttıkça A, C, D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık B, C ve D beklentileri için geçerliyen ($p<0,05$), A beklentisine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre eğitim seviyesi arttıkça B, C ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Cinsiyet durumlarına göre anlamlı farklılık A, B, beklentileri için geçerliyen ($p<0,05$), C ve D beklentilerine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre cinsiyete göre A ve B beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Meslek durumlarına göre anlamlı farklılık B ve D, beklentileri için geçerliyen ($p<0,05$), A ve C beklentilerine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre meslek durumlarına göre B ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Gelir durumlarına göre anlamlı farklılık A, B, C ve D, beklentileri için geçerlidir ($p<0,05$), Bu sonuçlara göre gelir düzeyi arttıkça A, B, C ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Hastaneye başvuru durumlarına göre anlamlı farklılık A ve D, beklentileri için geçerliyen ($p<0,05$), B ve C beklentilerine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre hastaneye başvuru durumlarına göre A ve D beklenti düzeyleri artış göstermektedir.

Araştırmada yer alan dört ölçek türü (A, B, C ve D) arasında aynı yönlü doğrusal ilişki olup olmadığını ve eğer varsa bu ilişkinin derecesini görebilmek için “Pearson’ın

Korelasyon Testi” uygulanmıştır. Her dört beklenti arasında pozitif (aynı yönlü ilişki) görülmüştür. A ve C arasında kuvvetli pozitif doğrusal ilişki görülürken, diğer ölçekler (AB, AD, BC, BD ve CD) arasında orta derecede pozitif ilişki görülmüştür.

4.4. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık Sektöründe hizmetin diğer hizmet alanlarından farklı olması ve bireylerin sağlık gereksinimlerinin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeniyle müşteri memnuniyeti ile ilgili kriterler toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki kriterlerden çok daha farklı ve komplekstir.

Sağlık Kurumlarının ‘müşterisi’ olan hastalara, verdiği hizmetten ne kadar memnun olduğunu bu hassasiyetleri göz önünde bulundurarak hareket etmesi gereklidir.

Günümüzde, sağlık hizmetinin hasta odaklı (müşteri odaklı) verilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Hasta odaklı sağlık hizmetinin verilmesinin sağlayacağı yararlar; hizmette etkinlik ve verimliliğin artmasıdır.

Üretilen hizmetlerden yararlanması planlanan hastaların aynı zamanda memnuniyetini sağlayabilmek ise büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinden memnun kalmış hastayla memnun olmamış hastanın bir sonraki satın alma kararı arasında farklılık mevcut olacaktır. Hizmetlerden memnun olmamış hastanın bir sonraki sağlık sorunu için aynı hastaneyi tercih etme olasılığı çok düşük veya hiç yoktur. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyetini sağlayabilmek bu memnuniyet derecesini etkileyebilen faktörlerin bilinmesi ve ona göre önlem alınmasıyla mümkün olacaktır.

Her hastane kendine özgü bir hasta kitlesine ve dolayısıyla farklı bir hasta profiline sahiptir. Hastaların memnuniyet derecesini ancak hizmetlerini hasta profiline ve hasta istek ve gereksinimlerine göre planlayıp üretebilirse arttırabilir.

Hastanelerde pazarlama esasları karşılıklı alışveriş ilişkilerinin etkili ve verimli olabilme amacı üzerinde kurulmaktadır. Buna göre pazarlama, hastane (organizasyon), ilişkilerinde üretici (doktorlar ve diğer hastane personeli) ve tüketici (hastalar) arasındaki alışveriş değişiminin etkili ve verimli bir şekilde planlanmasını, yürütülmesini ve değerlendirilmesini sağlayabilen bilinçli ve sistematik bir yaklaşım olma özelliğine sahiptir.

Günümüzde tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de müşteri(hasta) memnuniyetini sağlamak işletmelerin en önde gelen amacı olmalıdır. Hasta odaklı sağlık hizmetinin verilmesinin sağlayacağı yararlar; hizmette etkinlik ve verimliliğin artmasıdır. Hasta odaklı hizmet vermek isteyen kurumlar, hastayı tanımak ve beklentilerini bilmek zorundadırlar. Bunun için hasta (müşteri) memnuniyet anketlerinin, hasta (müşteri) beklenti anketleriyle birlikte yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet derecesi hem hastalardan hem de hastanelerden kaynaklanan nedenlere bağlı olarak değişiklikler göstermektedir. Hasta memnuniyetini etkileyen hasta kaynaklı faktörler, hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri, cinsiyeti, dili, dini, aile düzeni, fiziksel ve psikolojik durumudur. Hasta memnuniyetini etkileyen hastane kaynaklı faktörler ise, hastanenin fiziksel ortamı, hastane personelinin tutum ve davranışları, tıbbi bakımla ilgili tutum ve beklentilerdir.

Hastane içindeki her birim kendi görev alanı içindeki konularda kendi personeli ile sürekli olarak kaliteyi yükseltmeyi hedef kabul etmelidir. Hizmet kalitesinin yükseltilebilmesi her personelin aynı kalite bilincine sahip olması ile gerçekleştirilebilecektir

Hastalar kendilerine hizmet veren sağlık kurumlarında personeli tanıma, hastalığını ve kendisine yapılacak tetkik ve tedavilerini bilme, izinsiz hiçbir tetkik ve tedavinin yapılmaması, ibadetlerini yapabilme gibi beklentileri karşılandıkça memnuniyet düzeylerinin artacağıının bilinmesi gerekmektedir.

Hastalar kendileriyle ilgili kararlara katılma ve tercihlerini kendi kullanma konusunda da beklentileri karşılandıkça memnuniyet düzeyleri artar. Hastalara doktor ve hastane seçme, hastaneyi veya hastane personelinin tavsiyesi sırasında refakatçi bulundurabilme hakları verilmelidir.

Son olarak diyebiliriz ki; hastalar hastaneye girdikleri andan çıkışlarına kadar evrak işleriyle ve kendileriyle ilgilenen bir personel olduğunda, güvenlikleri sağlandığında memnuniyet düzeyleri artar.

4.5. KAYNAKLAR

- Acarözmen,M.S.,(1982) “*Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Muessiriyeti*”, İstanbul Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Adnan, K. (2001), “*Vardiyalı Çalışma Sistemini Uygulayan Sağlık Bak.’na Bağlı Bir Hastanede Hasta Memnuniyetinin Araştırılması*”, 4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul,
- Ak, B., SEViN, H. D; (2000) “*Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri*”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Kitabı, Ankara, Minpa Matbaacılık
- Akar, Ç., ÖZALP, H.:(1997) *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara, Somgür Yayıncılık
- Akdur, R., (2000), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, 3. Baskı, Ankara.
- Akgün, S, Uçku, U., Kara, T., Özkazanç, A., Gülşen, B.,Erkal, P., (1999),”*Başkent Üniversitesi Hastanesinde Sunulan Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları*,” Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara
- Aktan,C.C.(1999) “*Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması*,” Türk İdare Dergisi, Sayı: 425
- Altunışık, R., Özdemir, Ş. ve Torlak, Ö. (2004). “*Modern Pazarlama*” (3.Baskı).İstanbul: Değişim Yayınları.
- Asunakutlu, T. (2007): “*Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim*”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, İstanbul: Aura Kitapları
- Benli,T.(2007), *Hastane Süreçleri*, Ankara, Rekmay Yayıncılık
- Bircan, H., Özcan, S. (2003). *Excel Uygulamalı Kalite Kontrol*. Ankara: Yargı Matbaası.

- Bozkurt, R. (1996). “*Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçümü*”. Önce Kalite Dergisi. Sayı:26. Ankara: Kal-Der Yayınları.
- Bozkurt, R. ve Eşit, C., (2003), *Kalite Çemberleri*, B.2, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No: 662, Ankara
- Bozkurt R, (1998) *Kalite İyileştirme Araç ve Yönetimleri*, Ankara : Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları
- Bulutoğlu, K.(1971) *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul, Sermet Matbaası
- Bumin, B. Erkutlu, H. (2002). “*Toplam Kalite Yönetimi ve Kıyaslama İlişkileri Politikaları*”. Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi. 4(1).
- Cemalcılar, İ. (2001). *Pazarlama Yönetimi* (3. Baskı). Eskişehir: T.C.Anadolu Üniversitesi Yayınları No:885.
- Cowell, D. (1991), *The Marketing of Services*, 6th Edition, Butterworth Heinemann Ltd, Oxford
- Çatalca, H. (2003) *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul, Beta Yayım
- Çetin, C. (1998) *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*, İstanbul: Beta Yayıncılık
- Çilingiroğlu, N. E. (1988) “*Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Ekonomisi*”, Ankara, Turkish Journal of Population Studies. Vol.10
- Çoruh, M. (Ed.), (1995), *I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara,
- Çoruh,M. ve Zorlutuna,Y.,(1997) “*Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli*,” Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı,1997
- Çoruh,M., (1994) *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1994,
- Demirkan Mahmut, (1998) “*Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Ekonomisine Katkıları*”, Sakarya Ü. İ.İ.B.F. Ekonomi ve Yönetim Der., 1998
- Dinçer, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası* (Genişletilmiş ve Yenilenmiş 5. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş

- Doğan, M. (1985) *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*, İzmir: Anadolu Matbaacılık
- Doğan, S. ve Kaya, S., (2006) “*Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları*,” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9
- Doruk, O., (2002), *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Maliyetleri*, Standart Dergisi, 41(491), s.75-78.
- Düren, Z., (2000), *2000’li Yıllarda Yönetim*, İstanbul
- Ecer, F., Demir, Y. ve Uslu, S., (2006), “*Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma*”, Standard Dergisi, Sayı: 490 (Ekim 2002)
- Efil, İ. (2006), *Toplam Kalite Yönetimi*, Alfa Yayınları İstanbul 2006
- Ener, M.ve Demircan,E. *Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Y.2008, C.13
- Engin, O., (2002), *Kalite ve Verimliliğin Artırılmasında Standartların Rolü*, Standart Dergisi, 41(491)
- Engin, S., Musal, B., Uçku, R., Elçi, O.C.,(1995), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite İle Bağlantılı Sağlık İnsan Gücü, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 41-48.
- Engiz, O. (1999), *Sağlık Hizmetlerinde “Hasta Odaklı” Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Olcum Anketleri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları*, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 411-413.
- Erkut, H. (1995). *Hizmet Yönetimi* (Toplam Kalite Yönetimi Dizisi). İstanbul: İnterbank.
- Esatoğlu A. E. , (1997) “*Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*”, (Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü), İstanbul,

- Esin, A. (2002). *ISO 9001: 2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite*. Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş.-METU PRES- Yayınları.
- Fişek, N., (1983) *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara
- Goetsch, D.L. ve Davis, S.B. (1998). *Understanding and Implementing ISO 9000 and ISO Standards*, Prentice –Hall, USA
- Güngör, N. ve Eser E., (2004,) “C.B.Ü. Tıp Fak. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin, Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetinin ve Yaşam Kalitelerinin incelenmesi”, Modern Hastane Yönetimi, C:VIII, No:1
- Gürsoy, H. ve Büyükbaş, N., (2002) *Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: ABC Matbaacılık
- Güzel, D., (1995), *Kalite Güvenliğinde Sistemik Yaklaşım*, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara,
- Halis M., (2000) *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Beta Yayıncılık
- Harcar, T., (1991). “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”. Pazarlama Dünyası Dergisi. Sayı. 25
- İslamoğlu, A. H. (1999). *Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım)*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Kalaycı, Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, 4. Baskı, (2009),
- Karafakioglu, M., (1998) *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri,
- Karahan, K., (2000) *Hizmet Pazarlaması*, 1. Baskı, Beta Yayın Dağıtım A.S. İstanbul,
- Kavlakoğlu, İ. (1996), *Toplam Kalite Yönetimi* , İstanbul: Kalder Yayınları,
- Kavrakoğlu, İ., (1993), *Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite*, Rekabetçi Yönetim Dizisi, 1.Basım, İstanbul,
- Kavuncubaşı , S. (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara.

- Kaya, S. (2005), *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınları, Ankara
- Kısa, A., (2007), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ed.: N. Toggöz, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1778, Eskişehir.
- Kotler, P ve Armstrong G.; (2001) *The Principles of Marketing*, New Jersey, Prentice Hall, 2001
- Kovancı, A., (2003), *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul
- Küçük, N., (2009) *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerine Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nde Bir Uygulama* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
- Mucuk, İ. (1994). *Pazarlama İlkeleri* (Genişletilmiş 6. Basım). İstanbul: Der Yayınları.
- Nizam, D.K., (2007), “*Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları Kapasite Kullanımlarının Sıralı Lojistik Regresyon Analizi*”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Odabaşı, Y., (2001), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Özatkan, Y. (2008). *Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Özcan,C., “*Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi’nin Uygulanabilirliği*,” , Edt. Mitat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996
- Özdemir, S., (1995) “*Eğitimde Toplam Kalite*”, Verimlilik Dergisi Özel Sayı, MPM Yayını, Ankara
- Özer M., (1999) “*Toplam Kalite Yönetiminin TSK Sağlık Sistemindeki Yeri ve Önemi*”, Silahlı Kuvvetler Dergisi, Genel Kurmay Askeri Tarih ve Stratejik Etüt Başkanlığı yay., S:359, Ankara
- Özevren, M,(1997), “*Toplam Kalite Yönetimi – Temel Kavramlar ve Uygulamalar*”, Alfa Basım Yay. Dağ., Yay. No:349, İstanbul,

- Özgen, H.,(1993) "*Hasta Bakım Kontrolünün Hastane Yönetimi Açısından Önemi*," Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
- Özgirgin K. ve Taş Y. (1997) "*Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*", Haberal Vakfı Yay., 1997
- Özgülbaş, N. (1995) "*Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Öztek ,Z. ve Eren, N., (1995), "*Halk Sağlığı Temel Bilgiler*", Sağlık Yönetimi, Ankara
- Öztek, Z. (1986), *Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No 86/33 Kısa Dizi No:1
- Öztürk, A.S. (1998). *Hizmet Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, No:3, Eskişehir.
- Özveren M.,(2000). *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayıncılık,
- Parasuraman A., Zeithaml V. A.; Berry L. L.; (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol.49, Fall, 41-50,
- Penbec, D. ve Bakan, İ. (Ed.), (2004). *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları*, Beta Basımevi, İstanbul.
- Sağlık Bakanlığı, SB., (2005). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005, Sayı: 25806.).
- Sarvan, F., (1994). "*Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi*", Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi, Cilt.1, Sayı.1, Haziran,
- Sarvan,F. ve, Berk,O., (1995). "*Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi*", İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt 24, Sayı 2,

- SB *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.12.2001 tarih ve 8597 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında. Yönerge Madde 4 B bendi Sayfa 1).*
- Soysal, M., Kenanoğlu, G. T., Emre, A. ve Hamesoğlu, S. (1993). *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 486.
- Sözen, C. (2003). *Sağlık Yönetimi*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. İstanbul: Nobel Dağıtım.
- Şahin, M. (2011). *Yönetim Bilgi Sistemi*. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Şahin, Ü, *Kalite Ve Toplam Kalite Yönetimi* KalDer Forum,Nisan-Mayıs Haziran Sayısı http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CE0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fumitsahin.com%2F%25C3%259CLKEM%25C4%25B0ZDE%2520KAL%25C4%25B0TE%2520SER%25C3%259CVE%25C4%25B0NE.doc&ei=OnbYT6mDOMK4hAe81rTzAw&usg=AFQjCNG9YGNVY_E4pawI-E4O5TuiPDPre
- Şener, O., (2001), *Kamu Ekonomisi*, 7. Basım, Beta Basımevi, İstanbul
- Şimşek H., (2007). *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Şimşek, M, (1998). “*Kalite Yönetimi*”, Alfa Basım Yayın, 2. Baskı, Marmara Üniversitesi Yay. No: 584., İstanbul
- Tek, Ö. B. (1997). *Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları* (Geliştirilmiş 7. Baskı). İzmir: Cem Ofset Matbaacılık Sanayi A.Ş.
- TSE, (2002) , *TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu*, Ankara.
- Türkmen İ., (1996), “*TKY Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler, Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı*”, Ankara
- Türköz, Y.T. ,Aksoy, A. ve Perçin, A.K.,(1997). *Hasta Tatmininin Sosyo demografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara

- Uçku, R., Engin, S., Musal, B. ve Elçi, O.C.,(1995). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite ile Bağlantılı Sağlık İnsan Gücü, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara
- Uyguç, N., (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım*, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir
- Uz, H., (1995). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Ön Koşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001).”*Sağlık Hizmetleri Finansmanı*” Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı No:40
- Yamak, O. (1998). *Kalite Odaklı Yönetim*. İstanbul: Panel Matbaacılık
- Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunanve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yıldırım,S., “*Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Uzmanlık Tezi, Yayın No:2350, 1994
- Yılmaz, M., (2001), *Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti*, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2)
- Zorlutuna,Y., “*Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*” Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme, Editör Mithat Çoruh: Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997

4.6. İNTERNET KAYNAKLARI

SEÇİM, Hikmet; “Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri”, erişim 25 Kasım 2007, www.sabem.saglik.gov.tr

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005, Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, <http://www.saglik.gov.tr>.

<http://www.tasviye.com/makaleler/toplam-kalite-yoenetimi/75-toplam-kalite-yoenetimi.html>

www.nilgunsarp.com/?p=16.

http://www.tusad.net/index.php?option=com_content&view=article&id=46:salik-hizmetlerinde-akredstasyon-i&catid=21:salik-sistemleri&Itemid=76

http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm

<http://www.merih.net/m1/wusah03.htm>

<http://www.kalitekontrol.org/forum/saglik-hizmetlerinde-kalite-ve-toplam-kalite-yonetimi-tky-t1278.0.html;wap2=>

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>

<http://www.iyte.edu.tr/~muratgunaydin/TKY3.doc>

<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>

http://skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6&Itemid=26

<http://iudergi.com/tr/index.php/isletme/article/viewFile/13897/13111>

<http://www.celenkgumruk.com.tr/index.php?option=content&task=view&id=86&catid=43&Itemid=77>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Şükran BURÇOĞLU KARACA

Doğum Yeri ve Tarihi : Kuyucak- 22/01/1976

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli İktisadi ve
İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Türkiye’ de Hastane Yönetim Sistemleri ve
Verimlilik Çalışmaları Lisans Tezi , Konya, (1998)

İş Deneyimi

Stajlar :---

Projeler :---

Çalıştığı Kurumlar :Konya Numune Hastanesi

Yozgat Sarıkaya Devlet Hastanesi

Aydın Sağlık Müdürlüğü

İstanbul Sağlık Müdürlüğü

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İletişim

e-posta Adresi : sukrankaraca76@gmail.com.

Tarih : 24.04.2014

EK- HASTA MEMNUNİYETİ ANKET FORMU

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Yüksek Lisans Bitirme Tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Aydın Devlet Hastanesi ve bağlı birimleri dahilinde yürütülen bu çalışmada Hasta Memnuniyetinin araştırılması kapsamında anket oluşturularak konuyla ilgili veriler incelenecektir. Vereceğiniz bilgiler toplu olarak değerlendirilecektir. Çalışmaya sağladığınız destekten ötürü şimdiden teşekkür ederiz.

Yaş Grubunuz;

- ☐ 15-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55
☐ 56 ve üzeri

Eğitim Durumunuz;

- ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ve Dengi okul
☐ Üniversite

Cinsiyetiniz;

- ☐ Kadın ☐ Erkek

Mesleğiniz;

- ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Emekli
☐ Ev Hanımı ☐ Serbest Meslek (Diğer)

Hanenizin Aylık Geliri;

- ☐ 500 TL ve altı ☐ 501-1000 TL arası
☐ 1001-1500 TL arası ☐ 1501-2000 TL arası
☐ 2001 TL üzeri

Hastaneye müracaat sıklığınız;

- ☐ Sürekli hastalığım nedeniyle sık sık
☐ Ani gelişen geçici bir hastalık nedeniyle nadiren
☐ Düzenli kontrol amaçlı belli aralıklarla

Lütfen aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum
A. Hastaların Bilgi Alma Hakkı Konusundaki Beklentileri					
1. Hastanın personeli tanıma hakkı vardır.					
2.Hastaya uygulanacak tıbbi tetkikler hakkında bilgi alma hakkı vardır.					
3.Hastanın 'hastalığı hakkında bilgi alma hakkı' vardır.					
4.Hastanın bilgilerinin izinsiz başkalarına verilmemesi hakkı vardır.					
B. Hastaların Kendileriyle ilgili Kararlara Katılma ve Tercih Hakkını Kullanma Konusundaki Beklentileri					
1.Hastane seçme hakkı vardır.					
2.Hekim seçme hakkı vardır.					
3.Muayene esnasında refakatçi bulundurma hakkı vardır.					
4.Hastalığın tedavi yöntemini tercih etme hakkı vardır.					
5.Tedaviyi reddetme hakkı vardır.					
6.İnançları gereği tedaviyi reddetme hakkı vardır.					
7.Vatandaşın devletten sağlık Hizmeti talep etme hakkı vardır.					
8. Tıbbi araştırmalarda hastanın rızasının alınması hakkı vardır.					
9.Sağlık personelinin tanıma hakkı vardır.					
10.Dava açma hakkı vardır.					

	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katlıyorum	3 Kararsızım	4 Katlıyorum	5 Kesinlikle Katlıyorum
C.Hastaların Tıbbi Hizmetler Konusundaki Beklentileri					
1. Hastaya muayene esnasında gerekli düzenin gösterilmesi gereklidir.					
2.Tedavinin Tıbbi Kurallara uygun olması gereklidir.					
3.Tedavi süresince gerekli tıbbi özenin gösterilmesi gerekir.					
D.Hastaların Yönetmelik Hizmetler Konusundaki Beklentileri					
1.Hastaların iyi muamele görme hakkı vardır.					
2.Hastaların evrak işlerinin görevli personelin takibinde olması gerekir.					
3.Tıbbi Tahlillerin kısa sürede yapılması gerekir.					
4.Hastaların şikayet etme hakkı vardır.					
5.Hastaların güvenliği sağlanmalıdır.					
6.Hastaların dinlenme mekânlarındaki değişiklikleri talep etme hakkı vardır.					
7.Hastalar temizlik hizmetlerinden eksiksiz yararlanmalıdırlar.					
8.Hastaların ibadetlerini yapabilmelerine imkan sağlanmalıdır.					