T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE İSTATİSTİKİ ANALİZ

Ayşe ÖZTÜRE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTATİSTİK ANABİLİM DALI

KONYA,2010

Bu tez … / … / 2010 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

oybirliği / oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Doç.Dr.M.Fedai KAYA	Doç.Dr.Aşır GENÇ	Yrd.Doç.Dr. Halil AYDOĞDU
(Danışman)	(Üye)	(Üye)

ÖZET
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE İSTATİSTİKİ ANALİZ

Ayşe ÖZTÜRE

Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
İstatistik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. M. Fedai KAYA
2010, 124 Sayfa

Jüri: Doç.Dr.Aşır GENÇ
Doç.Dr.M.Fedai KAYA
Yrd.Doç.Dr.Halil AYDOĞDU

Bu çalışmanın amacı; yatarak tedavi gören ve polikliniğe başvuran hastaların demografik karakterlerini ortaya çıkarmak, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri ve hasta memnuniyet-memnuniyetsizliği ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Bu çalışma 1 Ocak 2008 ile 31 Aralık 2008 tarihleri arasında Konya ilindeki özel bir hastanede; örneklem seçilerek polikliniğe gelen 383 hasta ile servislerde yatarak tedavi gören 372 hastaya (toplam 755 hasta) uygulanmıştır. Anket, poliklinik ve yatan hizmeti alan hastalar için 2 farklı şekilde düzenlenmiştir. Hastaların demografik bilgileri, bakım özellikleri ve memnuniyetleri hakkında bilgiler toplanmıştır. Anketlerde doktor, hemşire ve diğer personelin (danışma, sekreter vb.) tecrübe ve davranış memnuniyeti, hastanenin teknik donanım ve temizlik durumu memnuniyeti, acil servisten memnuniyet ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilmesi ile tetkikler için bekleme süresi hakkındaki algılama memnuniyeti, hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceği ve hastaneden ayrılırken ki memnuniyet hususlarında poliklinik ve yatan hastalara anket uygulandı İstatistiksel analizler, SPSS 13.0 istatistiksel yazılım programı kullanarak yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti, memnuniyetsizlik, hasta memnuniyetine yönelik istatistik analizler.

ABSTRACT

Master Thesis

THE STATISTICAL ANALYSIS OF PATIENT SATISFACTION

Ayşe ÖZTÜRE

Selcuk University
Graduate School of Natural and Applied Sciences
Department of Statistics

Supervisor: Assist. Doç. Dr. M. Fedai KAYA
2010, 124 Sayfa

Jury: Assist. Doç.Dr.Aşır GENÇ
Assist. Doç.Dr.M.Fedai KAYA
Assist. Yrd. Doç.Dr. Halil AYDOĞDU

The aim of this study is to find out demographical characteristics of patients who were treated and admitted to clinic and also to determine the factors which impact patient satisfaction and dissatisfaction.

This study is applied to 383 patients who were admitted to clinic and 372 patients who were inpatient treated in service by stratified random sampling in a private hospital in Konya between 1 January 2008 and 31 December 2008.

The survey is arranged in two different way for clinic and service patients.

The information was collected about demographical knowledge, maintenance features and satisfaction of patients.

The survey is applied to clinic and service patients to determine satisfaction of experience and behaviour of doctor, nurse and other personal, technical equipment and cleaning status of hospital, emergency services and giving information about the process, tests for the detection of standby time on satisfaction, whether the hospital would not choose again and leaving the hospital.

The statistical analysis are computed by using SPSS 13.0 package programme.

Key Words: The basic properties of health services, preventive and therapeutic health services, rehabilitating's health services, patient satisfaction and dissatisfaction, statistical analysis for patient satisfaction.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Halk Sağlığı Uzmanı Prof. Dr. Seval AKGÜN'e, Prof. Dr. Abdurrahman KUTLU'ya, tez danışman hocam Doç. Dr. M. Fedai KAYA'ya, değerli jüri üyelerine, İstatistik Bölümü Araştırma Görevlisi arkadaşım Neriman KARADAYI'ya, Dr. Neslihan İYİT'e, destek olan tüm arkadaşlarıma, eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen aileme ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, en büyük destekçim olan annem Nuray ÖZTÜRE'ye sonsuz teşekkür eder, minnet ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET i
ABSTRACT ii
TEŞEKKÜRLER..... iii
İÇİNDEKİLER.....iv
ŞEKİLLER LİSTESİ vii
ÇİZELGELER LİSTESİ viii
GİRİŞ.....1

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI 3
1.1.1. Sağlık Kavramı 3
1.1.2.Hastalık Kavramı 4
1.1.3.Sağlık Hizmetleri Tanımı.....6
1.1.4. Hastane Tanımı 7
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ ve SINIFLANDIRILMASI 7
Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....7
1.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 10
1.2.2.Koruyucu Sağlık Hizmetleri 10
1.2.3.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 10
1.2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 11
1.2.5 İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri 12
1.2.6. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri 12
1.2.7.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 13
1.2.8.Beslenme Hizmetleri.....14
1.3. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN BUGÜNE KADARKİ GELİŞİMİ 15
1.3.1. Osmanlı Dönemi 15
1.3.2. 1923 – 1937 Dönemi.....16
1.3.3. 1938-1960 Dönemi 17
1.3.4. 1961-1980 Dönemi 18
1.3.5. 1980- 1990 Dönemi 19

1.3.6. 1990 ve Sonrası 19

İKİNCİ BÖLÜM

2.1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ve TEMEL KAVRAMLAR ...21

2.1.1. Kalitenin Tanımı 21

2.1.2. Kalitenin Tarihçesi.....22

2.1.3.Toplam Kalite Yönetiminin Tanımı 25

2.1.4.Toplam Kalite Yönetiminin Temel Özellikleri 29

2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite 38

2.2.1.Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi.....39

2.2.2.Hizmet Kalitesi Kavramı 40

2.2.3.Kalite Kavramının Hasta Memnuniyeti ile Olan İlişkisi 42

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ

Müşteri (Hasta/Hasta Yakınları) Kavramı.....43

3.1.1.İç Müşteri Kavramı.....43

3.1.2.Dış Müşteri Kavramı 44

3.2..Memnuniyet Kavramı 44

3.2.1.Hasta Memnuniyeti (Müşteri Tatmini) 44

3.2.2.Şikayet ve Beklenti Kavramlarının Hasta Memnuniyeti İle Olan İlişkisi.....47

3.2.3.Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....47

3.2.4. Hastaya İlişkin Faktörler 48

3.2.5.Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler.....49

3.2.6.Çevresel ya da Kurumsal Faktörler 49

3.2.7.Hasta Memnuniyeti Ölçümü.....49

3.2.8.Hasta Memnuniyet Anketleri.....50

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1.HASTA MEMNUNİYETİNE YÖNELİK İSTATİSTİKSEL ANALİZLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA.....51

4.2.Araştırmanın Konusu ve Önemi.....51

4.3.Araştırmanın Amacı 51

4.4.Araştırmanın Yöntemi 51

4.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....52
4.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....53
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....108
KAYNAKLAR.....109
EKLER 117

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri 9

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1. Yatan ve Poliklinik Hastaların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....56
Çizelge 2. Yatan ve Poliklinik Hastaların Hastaneyi Tercih Etme Durumlarının Değerlendirilmesi.....57
Çizelge 3. Oda Temizliğinizde Yardımcı Personellerin Yaklaşımının Değerlendirilmesi.....59
Çizelge 4. İhtiyaç Durumunda Yardımcı Personellerin Sunduğu Hizmetin Değerlendirilmesi.....60
Çizelge 5. Oda ve Yatağın Temizlik ve Bakımının Değerlendirilmesi 61
Çizelge 6. Doktorların Hastaya Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi 62
Çizelge 7. Doktorların Hasta Odalarını Ziyaret Etme Sıklığının Değerlendirilmesi.....63
Çizelge 8. Doktorların Hastayı, Hastalığı ve Uygulanan Tedavisi Hakkında Bilgilendirme Yapmasının Değerlendirilmesi 64
Çizelge 9. Hasta Yakınlarının Hastanın Sağlık Durumu Hakkında Doktordan Bilgi Alabilmesinin Değerlendirilmesi.....65
Çizelge 10. Yapılan Tedavinin Başarısı ve Yeterliliğinin Değerlendirilmesi.....66
Çizelge 11. Taburcu Olduktan Sonraki Bakım Konusunda Doktorların Hastayı Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi 67
Çizelge 12. Güvenlik Görevlilerinin Hastaya Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi.....68
Çizelge 13. Hasta Yatış İşlemlerinin Tamamlanma Hızının Değerlendirilmesi.....69
Çizelge 14. Hasta Yatış Personelinin Hastaya Karşı Yaklaşımının (kibar, yardımsever, güler yüzlü) Değerlendirilmesi 70
Çizelge 15. Hasta Yatış İşlemleri Sırasında Hastanın Bilgilendirilmesinin Değerlendirilmesi.....71
Çizelge 16. Kat Sekreterlerinin Hastaya Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi.....72
Çizelge 17. Taburculuk Hizmetlerinin Kalitesinin Değerlendirilmesi 73

Çizelge 18. Telefon Operatörlerinin Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi ...74
Çizelge 19. Halkla İlişkiler Hizmetlerinin Değerlendirilmesi (çözüm odaklı, önerileriniz değerlendirilmeniz, kibar) 75
Çizelge 20. Diyet Uzmanının Diyetine İlişkin Hastayı Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi.....76
Çizelge 21. Hastaya Gelen Yemek Miktarlarının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi.....77
Çizelge 22. Hasta Yemeklerinin Sunuluş Biçiminin Değerlendirilmesi 78
Çizelge 23. Radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının Hastaya Yaklaşımlarına Göre Değerlendirilmesi 79
Çizelge 24. Hemşirelerin El Becerilerinin Değerlendirilmesi 80
Çizelge 25. Hemşirelerin Yardım ve Kontrol Amacıyla Hasta Odasına Geliş Sıklığının Değerlendirilmesi.....81
Çizelge 26. Hemşirelerin Hastalara Karşı Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi.....82
Çizelge 27. Kişisel Bakıma Hemşirelerin Gösterdiği İtinanın (vücut temizliği vb.) Değerlendirilmesi 83
Çizelge 28. Yatılan Serviste Gereken Düzeyde Sessizliğin Sağlanmasına Yönelik Değerlendirme.....84
Çizelge 29. Hastanenin Genel Isı Uygunluğunun Değerlendirilmesi.....85
Çizelge 30. Kafeterya ve Kantin Hizmetlerinden Memnuniyet Durumunun Değerlendirilmesi.....86
Çizelge 31. Acil servise gelip yatış yaptıysanız, Acil Servisten Memnuniyet Durumunun Değerlendirilmesi 87
Çizelge 32. Ziyaret Saatlerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi 88
Çizelge 33. Servis Odalarında İhtiyaç Olan Eşyaların Bulunmasına Göre Değerlendirilmesi.....89
Çizelge 34. Hastanenin Hasta Memnuniyetine Gösterdiği Hassasiyete Göre Değerlendirilmesi.....90
Çizelge 35. Tekrar İhtiyaç Duyulduğunda Bu Hastanenin Tercih Edilme Durumuna Göre Değerlendirilmesi 91

Çizelge 36. Hastaneden Ayrılırken ki Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi.....92
Çizelge 37. Hastanenin Genel Temizliği ve Bakımının Değerlendirilmesi.93
Çizelge 38. Randevu Saatine Uyulmasının Değerlendirilmesi.....94
Çizelge 39. Güvenlik Görevlilerinin Hastaya Yaklaşımlarına Göre Değerlendirilmesi (kibar, yardımsever, güler yüzlü).....95
Çizelge 40. Radyoloji Sekreterliğinin, Yapılan İşlemler ve Yönlendirme Konusundaki Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi 96
Çizelge 41. Girişte Bulunan Danışmanların Yönlendirme, Bilgilendirme Hizmetlerine Göre Değerlendirilmesi.....97
Çizelge 42. Danışma Personellerinin Hastaya yaklaşımlarına Göre Değerlendirilmesi (kibar, yardımsever, güler yüzlü).....97
Çizelge 43. Hastane Kuralları ve İşleyişi Hakkında Bilgilendirici Broşürlerin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi 98
Çizelge 44. Hastanenin Hasta Şikayetlerine Gösterdiği Hassasiyete Göre Değerlendirilmesi.....98
Çizelge 45. İdrar, Kan Kültürü Gibi Tetkiklerin Alınması Sırasında Laboratuar Çalışanlarının Hastaya Yaklaşımlarına Göre Değerlendirilmesi 99
Çizelge 46. Laboratuar Tetkikleri ile İlgili Numune Vermek İçin Beklenen Sürenin Değerlendirilmesi 99
Çizelge 47. Laboratuar Hizmetlerinde Tetkik Sonuçlarının Bildirilen Zamanda Verilmesine Göre Değerlendirilmesi 100
Çizelge 48. Radyoloji Görevlilerinin Hastaya Yaklaşımına Göre Değerlendirilmesi (kibar, yardımsever, güler yüzlü).....101
Çizelge 49. Radyoloji Hizmetlerinde Tetkik Sonuçlarının Bildirilen Zamanda Verilmesine Göre Değerlendirilmesi 101
Çizelge 50. Hastaların Tetkik ve/veya Tedavi ile İlgili Hemşiresi Tarafından Bilgilendirmesine Göre Değerlendirilmesi 102
Çizelge 51. Randevu Sisteminin Kolaylığına Göre Değerlendirilmesi 103
Çizelge 52. Tekrar İhtiyaç Duyulduğunda Bu Hastaneyi Tercih Etme Durumuna Göre Değerlendirilmesi 103

Çizelge 53. Yatan ve Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Doktorların yaklaşımlarına(kibar, yardımsever, güler yüzlü) Göre Değerlendirilmesi 104
Çizelge 54. Yatan ve Poliklinik Hizmeti Alan Hastalara Doktorların Uyguladıkları Tedavi Hakkında Bilgilendirme Yapmasına Göre Değerlendirilmesi.....104
Çizelge 55. Yatan ve Poliklinik Hizmeti Alan Hastalara Göre Hemşirelerin El Becerilerinin Değerlendirilmesi 105
Çizelge 56. Yatan ve Poliklinik Hizmeti Alan Hastalara Göre Hemşirelerin Yaklaşımlarının (kibar, yardımsever, güler yüzlü) Değerlendirilmesi 106
Çizelge 57. Yatan ve Poliklinik Hizmeti Alan Hastalara Göre Hastanenin Tercih Edilme Durumlarının Değerlendirilmesi. 106
Çizelge 58. Yatan ve Poliklinik Hizmeti Alan Hastalara Göre Hastaneden Ayrılırken ki Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi.....107

GİRİŞ

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindendir.

Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Bu nedenle literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta-hemşire birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir.

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir.

Sağlık alanında hedeflenen konu; yalnızca daha uzun bir yasam değil, yasam kalitesinin yükseltilmesidir. Sağlık sektöründe eşit, sürekli ve yeterli hizmet sunumu, bu hizmetler için gerekli altyapının oluşturulması, insan gücü ve mali kaynak ihtiyacının karşılanması ve fiziki altyapı ile insan gücünün etkin kullanımı önemlidir.

Sağlık hizmetinin baslıca hedefleri; sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylerine eşit, adil, etkili ve kaliteli hizmet sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır.

Bu tezin amacı hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirleyerek hasta / hasta yakınlarının hastaneden beklentilerini istatistiksel olarak analiz etmektir.

Bu amaç doğrultusunda çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetlerinin temel özellikleri ve sınıflandırılması ile Türk Sağlık sisteminin bugüne kadarki gelişimine yer verilmiş olup Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi değerlendirilmiştir.

İkinci bölümde; sağlık hizmetlerinde kalite ve toplam kalite yönetiminin temel özellikleri açıklanmış olup sağlık hizmetlerinde kalite kavramının hasta memnuniyeti ile olan ilişkisine değinilmiştir.

Üçüncü bölümde ise; sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, iç ve dış müşteri (hasta/hasta yakını) kavramları, hasta şikayet ve beklentileri, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ile hasta memnuniyet ölçümlerine değinilmiştir.

Dördüncü bölümde uygulamaya yer verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, Konya iline bağlı özel bir hastanede örneklem yöntemi kullanarak yatarak ve polikliniğe gelerek tedavi olan hasta/hasta yakınlarına yatan ve poliklinik hasta memnuniyet anketleri uygulanmıştır. Verilerin analizinde; Cronbach'ın güvenilirlik testi, ki-kare testi kullanılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Sağlık kavramı farklı biçimde tanımlanmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "Yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir. (Kavuncubaşı 2000)

Sağlık kavramı, hekimler ve hastalar tarafından çoğu zaman farklı anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Bazıları kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilir. Halkın eğitim düzey düştükçe ve halkla hekimler arasındaki kültür farkı arttıkça, bu gruplar arasındaki anlayış farklılığı da artar. (Tekin 1987, Cushman ve Beyrer 1965)

Diğer bir tanıma göre; "Halk sağlığı; hastalıklardan korunmanın, hayat süresini uzatmanın örgütlenmiş toplum faaliyetleri yolu ile çevre sağlığı şartlarını geliştirmenin, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün fertleri kendi temizlik ve sağlık şartları yönünden eğitmenin, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için tıbbi organizasyon kurmanın, her ferde sağlığının devamı için yeterli bir yaşama düzeyi sağlamak üzere sosyal mekanizmanın gelişmesi ve bu imkanları her vatandaşın kullanabilmesinin ilmi sanatıdır." (Erkmen 1973)

Bir başka tanım da ise: Sağlık; kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışmasıdır. (Tokgöz 1981) Sağlık kavramı, biyomedikal yaklaşımda, tıbbi açıdan çeşitli hastalıklara yakalanmama hali olarak tanımlanırken; fonksiyonel yaklaşımda sağlık, bireysel duygu ve yeteneklerin normal olması, kültürel yaklaşımda ise, bireylerin toplumsal

davranış bozukluğu göstermemesi şeklinde tanımlanmaktadır. (Batırel 1986, Selby 1974)

1.1.2. Hastalık Kavramı

Doku ve hücrelerde normal dışı yapısal ve işlevsel değişikliklerin doğurduğu haldir.

Hastalık veya rahatsızlık, vücut veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal duruma verilen isimdir. Bazen terim yaralanma, sakatlık, sendrom, semptom ve normal yapı ve fonksiyonun anormal çeşitlerini kapsayacak biçimde, geniş bir anlamda, kullanılır. Fakat farklı bağlamlarda bu kavramlar farklı kategorilere girerler ve hastalık kavramı bunların yerine kullanılamaz.

TDK (Türk Dil Kurumu) tanımına göre "hastalık"; "Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı"dır. (Türk Dil Kurum)

Hastalıkları inceleyen bilim dalı patolojidir. Hastalıkların sistematik sınıflandırmasını konu edinen bilim dalı ise nozolojidir. İnsan hastalıkları ve bunların tedavisiyle ilgilenen daha geniş bir alanı kapsayan bilim dalı ise tıptır. Birçok benzer (hatta bazı aynı) durum ve süreçler hayvanları da etkilemektedir; hayvanları etkileyen hastalıkları inceleyen bilim dalı veterinerliktir. Hayvanlar ve insanlar dışında, her organizma gibi, bitkiler de çeşitli süreç ve durumlardan etkilenip zarar görebilirler; enfeksiyon, besin yetersizliği veya zararlı mutasyonlar gibi. Bitkileri etkileyen hastalıkları inceleyen bilim dalı bitki patolojisidir.

Hastalık halini en azından üç farklı açıdan ele almak mümkündür. İlk olarak tıp bilimi açısından hastalık, vücuttaki çeşitli organlara ilişkin ölçülebilen, objektif bazı belirti ve bulgularla tanımlanabilen bozukluklar anlamına gelir. İkinci olarak, kişi açısından hastalık , subjektif bir durumdur ve bedende ya da ruhsal durumdaki olağan dışı değişiklik ve hisleri, rahatsızlıkları ifade eder.

Son olarak hastalık, kendisini hasta hisseden, ya da hekim tarafından hastalık tanısı konulmuş olan kişiden beklenen davranış biçimi, bir tür sosyal roldür. Nitekim hastalık halinin ifadesi için başka dillerde birden çok sözcük kullanılmaktadır (İngilizcedeki, disease, illness, sickness gibi). (Hayran 1992)

Hastalık kavramının, özellikle kişi açısından taşıdığı anlam önemlidir. Çünkü kişinin sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için onu hizmet aramaya yönelten normal dışı bir durumun olması gereklidir. Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak ta sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri ya da ruhsal durumlarındaki normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olabilmektedir. Bu farklılık, kişinin içinde bulunduğu kültürün sağlık ve hastalık anlayışı ile, sağlık konusundaki bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır. Bir genelleme yapmak gerekirse, hemen her kültürde, kendisini iyi hissetmeyen bir insan, önce iyilik halini bozan belirti ya da bulgunun nedenini kendi kendine açıklamaya çalışır. Daha sonra, yakın çevresindeki güvendiği kişilere açılır ve onların görüşünü alır. Bundan sonra, eğer normal olmayan durumunun bu konuda uzman bir kişiden yardım istemeyi gerektirdiği sonucuna varır ise, sağlıkla ilgilenen bir uzmana, örneğin hekime başvurur.

Özetle, insanın kendisinin hasta olduğuna kara vererek hizmet talebinde bulunması üç aşamalı bir süreçtir. Bu sürecin işlemesi, kültürden kültüre, kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bazı toplumlarda, ağızda çürük diş bulunması bir hastalık kabul edilip hekime başvurmayı gerektirir iken, başka bazı toplumlarda, diş hekimlerinin bile kendi ağızlarındaki çürük dişlere aldırış etmemesi bunun tipik bir örneğidir.

İnsanlardaki “hastalık davranışı” nı açıklamaya yönelik pek çok model geliştirilmiştir. Bunlardan birisine göre, kendisini iyi hissetmeyen bir kişi kendi kendine bir dizi soru sormakta ve bu sorulara verebildiği yanıtlar çerçevesinde hasta olup olmadığı sonucuna varmaktadır.

İnsanların hastalık anlayışına bağlı olarak yararlandıkları sağlık hizmetleri de doğal olarak farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, her yıl tüm üye ülkelerden elde edilen bilgilerin ışığında “Dünya Sağlık Raporu” yayımlamaktadır.

1.1.3. Sağlık Hizmetleri Tanımı

Dünyanın bir çok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi seklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir.

Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılarak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. (Kurtulmuş 1998)

Sağlık hizmetlerini genel anlamda incelemeden önce sağlık ve hastalığın tanımlarını ve bunların birbirinden farklı olduklarının belirtilmesi gerekmektedir. Sağlığın tanımı yukarıda da anlatıldığı üzere geleneksel anlayışta, hastalığın olmayışı seklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ise; tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı algılanmıştır. Örneğin; yakın dönemlere kadar Türkiye'de ishal bir hastalık olarak kabul edilmemiştir.

Aynı şekilde, Sark Çıbanı ve Trahom yaygın olduğu toplumlarda hastalık olarak algılanmamıştır. Bu konudaki genel gelişim; zamanın ilerlemesi ve kültür düzeyinin yükselmesine koşut olarak, hastalık kabul edilen durumların sayısının artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu göreceliliğe ve değişkenliğe karsın, tıp çevreleri hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile tanımlamak zorunda kalmışlardır. (Akdur 2000)

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir. (Akdur 2000)

1.1.4. Hastane Tanımı

Hastane, hastaların tedavi edildikleri sağlık kurumlarına verilen addır.

Hastane (eski adı: Darüşşifa), sağlık hizmeti verilen ve bu amaçla gerektiğinde hastaların yatarak tedavi oldukları kurumdur. Hastanelerde hastalar, paralı veya parasız olarak tedavi edilirler. Hastaneler, devlet hastaneleri, özel üniversiteler, askeri hastaneler, özel hastaneler olarak ayrılabilir.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ ve SINIFLANDIRILMASI

Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayrılan bazı özellikleri vardır ki bu özellikleri sebebiyle sağlık hizmetlerinde sunum özellik arz etmektedir. Bu farklılıkları şu şekilde sayabiliriz;

1. Soyutluk: Sağlık hizmetleri diğer hizmet grupları arasında en soyut olanıdır yani; hizmeti almadan önce ve aldıktan sonra bile değerlendirme imkanı yoktur Çünkü hizmet soyuttur.

2. Sosyal sorumluluk: Sağlık hizmeti deneme imkanı olmayan bir üründür. Dolayısıyla hasta-doktor ilişkisi tamamıyla güven üzerine kurulmuştur.Tıp mesleğinde kar, maddi olarak değil, kişinin sosyal sorumluluklarını yerine getirmesi, mesleğinde başarılı performansı, bilime ve tıp mesleğine katkıları gibi değişkenlerle ölçülmektedir. Bu nedenle sağlık personeli ve hastane yöneticileri "pazarlama" sözcüğünü kendilerine çok yakın hissetmemektedirler. Sağlık hizmetleri hem bireye hem topluma yarar sağlamak üzere planlanır.

3. Yüksek iş birliği gerektirir: Sağlık sektörü çok fazla meslek profesyonelinin olduğu sektördür. Profesyonel kişiler için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önündedir. Bir hekimin temel amacı, maliyeti ne olursa olsun hastanın en iyi biçimde tedavi edilmesidir. Sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı ise örgütsel performansın sağlanması yani kalite ve verimlilik hedeflerinin gerçekleştirilmesidir. İşlevler sağlık hizmetlerinde birbirine bağımlıdır, diğer bir çok sektörle ve birimler arası işbirliği gereklidir.

4. Yüksek maliyet: Sağlık hizmetleri sunumu yüksek maliyet gerektirir. Emek yoğun işletmeler olmasının yanında yüksek sermaye gerektirirler.Tıbbi teknoloji yüksek maliyetlidir.

5. Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hakimdir.

6. Değişim:.Dünya da sağlık alanında hızlı bir değişim mevcuttur.

7. Belirsizlik: Sağlık hizmeti talebinde belirginlik yoktur, dalgalanmalarla seyreder. Bu hizmette garanti verilemez. Aniden çıkabilecek ishal salgını veya ani bir felaket sağlık hizmetlerine olan talebi arttırır.

8. İkame edilemez: Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur, yerine başka bir hizmet yada mal sağlık hizmetinin yerine geçmez.

9. Ertelenemez: Acil karakter gösteren hizmetler ertelenemez.Hasta kalp krizi geçirmiştir bu hastaya ivedilikle müdahale etmeniz gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ertelenemez.

10. Değişimlere uyum zorluğu: Talep değişikliklerine kısa sürede uyum sağlayamaz ve buna bağlı olarak kapasite artırımını ve azaltılmasını kısa sürede başaramaz.

11. Homojen değildir: Sağlık hizmetlerinde çıktının tanımlanması ve ölçülmesi güçtür. Aynı hizmetin her defasında aynı sonuçları doğuracağı garanti edilemez.

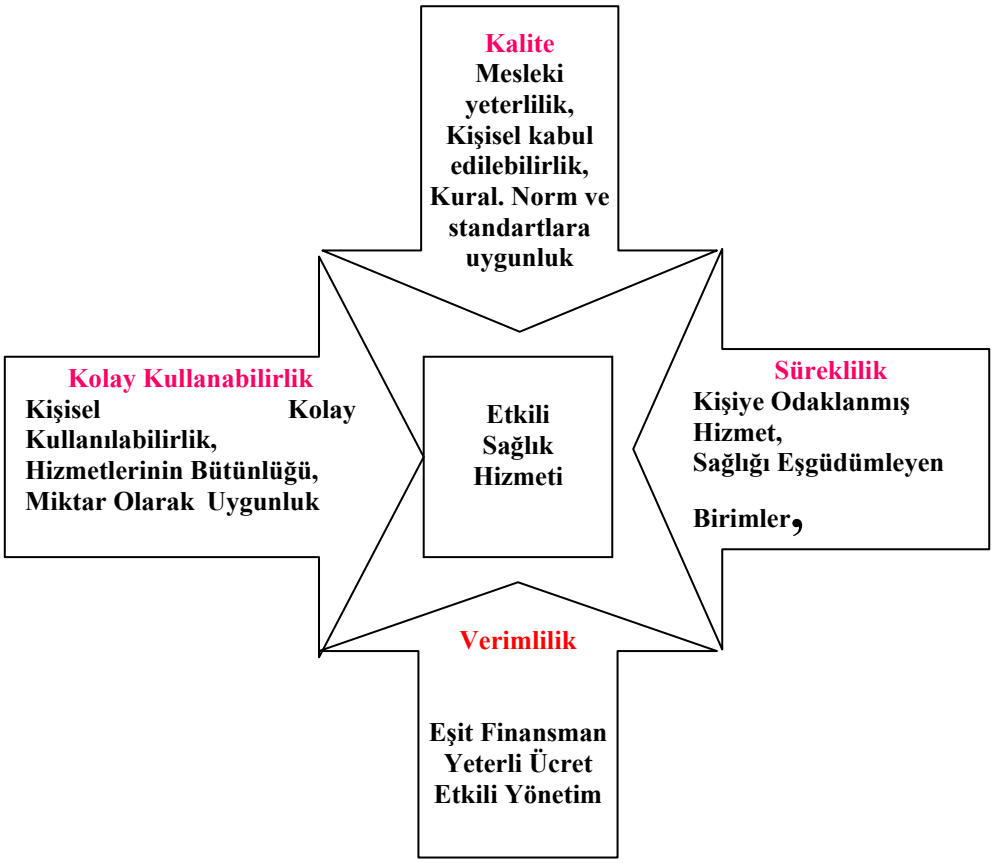
12. Yönetimde otorite sorunu: Tüm sağlık kurumlarında ama öncelikle hastanelerde ikili otorite bulunmaktadır. Bu durum eş güdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.

13. Hata kabul etmez: Sağlık hizmetlerinde hata ve belirsizliklere tahammül yoktur. Hata direk hastanın hayatına mal olabilir. ,

14. Ayrılmazlık özelliği vardır: Hizmetin yaratılması ve kullanılması aynı anda olmaktadır. Hizmetler de sunan ile alanın bir arada bulunması gerekir.

Hizmet işletmeleri ürettikleri ürettikleri hizmetlerle ilgili tüm boyutların yanında,hizmeti sunarken, verimlilik, değişkenlik,tüketim,devamlılık,güven vb nedenleri de düşünmeliyiz.(Şimşek www.muglayenigun.com)

Şekil 1. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri



Süreklilik:

Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir.

Verimlilik:

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yerinde kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek bireylerin hizmetten yararlanma olanakları arttırılır.

1.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, fert ve toplumun sağlıklı, uzun ömürlü olmasını ve verimli çalışmasını sağlar.Bu amaçla sağlık hizmetleri yürütülür.Sağlık hizmetleri şunlardır:

1.2.2.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer.

• Birey ve topluma sağlıklı olma bilincini kazandırır.

• Sağlığın korunmasında ve sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli rolü vardır.

• Sağlıklı nesiller yetiştirilmesine olanak sağlar.

• Tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha ekonomik sunulan bir hizmettir

• Tedavi edici sağlık hizmetleri gibi büyük yatırımlar gerektirmez.

• Hastanelerin yükünü önemli ölçüde azaltır.

• Sunulması ve uygulanması daha kolaydır.

• İş ve insan gücü kaybını önler.

Primer, Seconder ve Tersiyer Koruma olarak üç düzeyde ele alınır. (Hayran ve Sur 1997)

1.2.3.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetidir.Bu hizmetin amacı hastalığa yakalanmış kişileri sağlıklarına kavuşturmaktır. (Kurtulmuş 1998)

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, ayaktan ve yatan tedavi hizmetleri olarak belirlenir. Birinci basamak, İkinci basamak ve Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç düzeyde ele alınır.

1.2.4.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hasta ya da sağlam bütün bireylerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır. Buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Hastaların tedavileri evde ya da ayakta yapılır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yasadıkları yerleşim yerlerine en yakın yerde bulunan kuruluşlardır.Hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kurulusuna başvurmalıdır ve burada hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmelidir. Bu bakımdan birinci basamak sağlık kuruluşları, hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir. Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır:

— Sağlık evi,

— Köy tipi sağlık ocağı,

— İlçe tipi sağlık ocağı

—Verem savas dispanserleri,

—Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,

—Ruh sağlığı dispanseri

—Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri,

—Cüzam savaş dispanseri,

—Hudut- sahil ve hava limanı denetleme merkezi

—Kurum tabipliği,

—_ İş yeri tabipliği,

—Üniversite mediko-sosyal hekimliği,

—Özel muayenehanelerdir. (Öztek 2004)

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu ifadesinden; - Resmi kurum tabiplikleri,

- Sağlık ocağı,

- Verem savaş dispanseri,

- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,

- Sağlık merkezi,

- SSK sağlık istasyonu ve dispanseri anlaşılır.

Birinci basamak özel sağlık kuruluşu ifadesinden;

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler anlaşılır.

1.2.5. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, Özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamağa örnektir. Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin etkin bir biçimde uygulandığı yerlerde, hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmeyebilir.

İkinci basamak resmi sağlık kurumu ifadesinden;

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri,

- Özel Dal Hastaneleri,

- SSK Hastaneleri ve

- Diğer resmi kurum hastaneleri anlaşılır.

İkinci basamak özel sağlık kuruluşu ifadesinden;

- Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri anlaşılır.

1.2.6. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:

Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı, gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basmak sağlık kuruluşları genellikle, ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenir ya da belli yas gruplarına hizmet verir. Ülkemizdeki üçüncü basmak sağlık kuruluşlarının başlıcaları şunlardır:

—Doğum ve çocuk bakımevi,

—Çocuk hastanesi,

—Göğüs hastalıkları hastanesi

—Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi,

—Kemik hastalıkları hastanesi,

—Onkoloji hastanesi,

—Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi,

—Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi,

—Lepra hastanesi,

—Diş hastanesi

Ayrıca Üniversite ve eğitim hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak, bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler. (Öztek 2004).

Üçüncü basamak sağlık kurumu ifadesinden;

- Eğitim ve araştırma hastaneleri,

- Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile

- Üniversite hastaneleri anlaşılır.

1.2.7.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri (Esenlendirici)

Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirgemek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yasamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki şekilde hizmet verilir.(Kavuncubaşı 2000)

Sağlık ile sağlık hizmetleri birbirinden farklı kavramlardır. Sağlık; kişinin bireysel sermayesi olduğu halde; sağlık hizmetleri, sağlık sermayesine yapılan yatırım unsurlarıdır. (Yeğinboy 1993)

Sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yasayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür.(Öztek 2004)

Sağlık Hizmetlerinde amaç, bireylerin yasam hakkının güvence altına alınarak, üretkenliklerinin devamlılığını sağlamaktadır.

1.2.8.Beslenme Hizmetleri

Beslenme hizmetleri sağlık koruma hizmetlerinin insan bünyesinde yürütülen bir biçimidir. Bilgi verme, besin yetersizlikleri durumunda yardım yapma ve Zaralı besinlerden halkı koruma yolu ile gerçekleştirilir. (Bulutoğlu 1988)

Hastalıkların yayılması başka sebeplerin yanında, kişilerin bünyelerinin zayıf düşmesine, yanlış ve yetersiz beslenmelere de bağlıdır. Bazı hastalıklarda bulaşma bünyenin sağlamlığı ya da zayıflığı ile ilgili olmadığı halde, birçok hastalık zayıf bulduğu bünyede yerleşir. Bünyesi güçlü olan pek fazla etkilemez. Bu nedenle; koruma hizmeti, bireylerin bünyelerinin hastalıklara karşı direnç kazandırılması yolu ile de yürütülür. Bunun için aşılama ve koruyucu ilaç dışında, genel olarak beslenmenin sağlanması da hastalıkların yayılmasını azaltır. Her şeyden önce bireylere gerekli bilgiler verilir. Kişiler piyasadaki firmaların, besin ihtiyaçlarını karşılamak için sundukları reklamların etkisi altında kalarak, sağlık konusunda doğru bilgileri alma olanağından yoksundurlar. Bu nedenle bu bilgileri, bir kamu hizmeti olarak devlet sağlar. Toplum sağlığının besin maddelerine bazı vitaminler katılarak korunması, temel besinlerin (süt, protein) hükümet yardımı ile düşük fiyata satılması, sağlığı koruma programının bir parçasıdır. Bu programlar gelir dağılımını düzeltme amacına da hizmet ederler. Okullarda çocuklara verilen süt ve başka besinler de vitaminle zenginleştirilebilir. Böylece verilen besinin faydası çocukların tüketimi ile gerçekleştirildiğinden tüketimin denetimi de yapılmış olur. Birçok az gelişmiş ülkede, besin yetersizliğinin

insanların sağlığında ve çalışma gücünde yaptığı zaaf, devletin uyguladığı vitamin ve protein programları ile giderilmeye çalışılır. (Bulutoğlu 1988)

1.3. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN BUGÜNE KADARKİ GELİŞİMİ

Ülkemizdeki bugünkü sağlık sisteminden bahsetmeden önce Osmanlı imparatorluğu zamanından itibaren bugüne kadar ki sağlık sisteminde meydana gelen değişimleri kısaca irdeleyelim.

1.3.1. Osmanlı Dönemi

Sağlık alanında da 19 yy'ın ikinci yarısından sonra Batı'ya yönelinmiştir. Böylece, devlet eliyle götürülen sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır. Hekimbaşı kurumu 1849 yılında kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezaretine devredilmiştir. 1862 yılında hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayınlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir. 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi'nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir. 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye adındaki, yaygın kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim kurulmuştur. 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti'nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne dönüştürülmüştür. Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.(Akdur 2000)

Sağlık hizmetlerinin birinci derece de bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi iledir. Milli Mücadele

yıllarında kurulan ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi hükümetinde, 2 Mayıs 1920'de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, 3 Mayıs 1920'de sağlık hizmetlerini yürütme görevi bu bakanlığa verilmiştir. (Fişek 1985)

1.3.2. 1923-1937 Dönemi

Bu dönem de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilerek koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuştur ve gelişmesinde büyük katkıda bulunulmuştur. Tedavi hizmetleri hiçbir zaman hükümetin görevi olarak ele alınmamış ve bu konuda daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olunmuştur. Bu maksatla Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da numune hastaneleri kurulmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmaya teşvik edilmiştir. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş verilmiştir. (Fişek 1985)

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır.1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir.

1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilati ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala, zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir. (Akdur 2000)

Bu dönemde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama

yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir. (Akdur 2000)

1.3.3. 1938–1960 Dönemi

Bu dönemdeki ilk önemli girişim; (Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak) 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. (Akdur 2000)

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekti. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi kurulması planlanıyordu.

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde faydalanması hedeflenmişti. (Akdur 2000)

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderekten her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetlerle

ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir.

Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında çıkarılan, Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile, personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir.

Ancak sağlığın finansmanını sağlaması gereken Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık hizmeti sunmak için teşkilat kurmuş ve sağlık hizmeti sunmuştur. Kalkınma planlarında bu durum hep eleştirilmiştir. SDP ile bu durumun ortadan kalkması hedeflenmiştir.

1953 yılında özel idare hastaneleri devletleştirmiş ve tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Hastaneciliğin gelişimine büyük önem verilerek birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir.(Fişek 1985)

1.3.4. 1961-1980 Dönemi

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşılmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansıması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. (Akdur 2000)

1.3.5. 1980-1990 Dönemi

1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir. (Akdur 2000)

1.3.6. 1990 ve Sonrası

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. (Akdur 2000)

1990 yılından sonra sağlık reformu çalışmaları üzerine yoğunlaşılmıştır. Bu dönemde sağlık reformu çalışmaları ile birlikte, Altıncı, Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planları hazırlanmıştır.

Ülkemizde hiçbir şekilde mevcut sağlık sistemi ile üretilen sağlık hizmetleri kontrol edilememiş ve birinci basamak sağlık hizmetleri etkin hale getirilememiştir. Bu nedenle ülkemizde etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu açısından,"Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık sistemi değişikliğine gidilmek istenmiştir.

1993 yılında toplanan 2. Sağlık Kongresinde alınan kararlar paralelinde günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler yapılmış, ancak istenilen sonuçlar alınamamıştır. Hastanelerin özerkleşmesi ve özelleşmesi konusunda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır. (www. sağlık.gov.tr).

1996 Yılında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu", "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" ve "Aile Hekimliği Kanunu" ile "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır.

1999 Yılında "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu" tasarısını yayınlamıştır.2003 yılında IMF ve Dünya Bankasının direktifleri ile "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" hayata geçirilmeye çalışılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

2.1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ve TEMEL KAVRAMLAR

2.1.1.Kalitenin Tanımı

Tüketicilerin ya da kullanıcıların ihtiyaç ve beklentileri ile, üretilen ürün veya hizmetlerin bu ihtiyaç ve beklentileri karşılayabilme veya aşabilme yeteneğidir.

Kaliteli bir ürün denildiği zaman genellikle akla maliyetleri yüksek, lüks, az bulunan, üstün nitelikte ve pahalı bir ürün gelmektedir. (Acuner 2003)

Halbuki toplam kalite yönetimi çerçevesinde kalitenin tanımı 1980'li yıllarda yeni bir şekil kazanmaya başlamıştır. (Acuner 1998) Toplam kalite yönetimi yaklaşımıyla kalite, her müşteri için farklılık arz eden bir anlam taşımaktadır. Bu yaklaşım çerçevesinde yapılan tanımlardan bazıları şunlardır.

Kalite, ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir. Japon Sanayi Standartları Komitesi (Acuner 2003)

Kalite, belirli bir ürün ya da hizmetin, tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir. Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC)

Kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirli bir ihtiyacı karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerinin tümüdür. Amerika Kalite Kontrol Derneği (Perçin 1996)

Kalite, bir mal veya hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerinin ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür (Amerikan Kalite Kontrol Derneği ASQC).

Kalite, bir hizmet veya ürünün isteklerine uygunluk derecesidir. (Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu)

Kalite'yi " isteklere uygunluk" olarak tanımlamalıyız. İstekler, anlaşılmamaları, imkansız olacak şekilde açıklanmalı, ölçümler bunlara uygunluğu sürekli denetler şekilde olmalıdır. Tespit edilen uygunsuzluk kalitesizlik demektir.

Kalite, iç ve dış müşterilerin, gizli ve açık tüm istek ve ihtiyaçlarını karşılayan temel bir iş stratejisidir.

Yukarıda yapılan tüm tanımlar kalite kavramının gelişimi süreci sırasında ortaya atıldığından, aralarında ufak farklar içermektedirler. Fakat hepsinin ortak paydası “müşteri mutluluğu “ dur .

Kaliteyle ilgili tanımları artırmak mümkündür. Fakat toplam kalite yönetimi yaklaşımıyla yapılan tanımlar da müşterinin esas alındığı ve ürün veya hizmetin müşterinin beklentileri karşılaması üzerine kurgulandığı açık olarak görülmektedir.

Kısaca kalite, ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilme kapasitesidir, denilebilir.

İşletmeler mal veya hizmetin üretilmesi aşamasında mal veya hizmetin müşteri taleplerine uygun olmasını sağlamak amacıyla, hangi özellikleri taşıması gerektiğine karar verirken tasarım kalitesini belirlemektedirler. Üretilen mal veya hizmetin tasarlanan özellikleri taşıyıp taşımamasının kontrolü ile de uygunluk kalitesi ortaya çıkmaktadır. (Şimşek 2000)

İşletmelerin üretip sunduğu mal veya hizmetlerin müşteri tarafından nasıl karşılandığı ve nasıl değerlendirildiği ise müşteri algısına bağlı olduğu için algılanan kalite olarak adlandırılmaktadır. İşletme açısından çok üstün özelliklere sahip olduğu dolaysıyla çok kaliteli varsayılan bir ürün müşteri tarafından aynı şekilde değerlendirilmemesi mümkündür. Dolayısıyla kalitede belirleyici taraf müşteridir. İşletmeler müşterinin gözüyle bakabilmeyi ve hissetmeyi başarmalıdırlar.

Her ürün için, ürünün üretim sürecinde teknik spesifikasyonlarına uygunluğu belirleyen içsel kalite ve birde müşteri tarafından algılandığı biçimi ifade eden algılanan kaliteden söz edilir. Müşterinin algıladığı kalite işletmenin pazar payı ve karlılığını belirleyerek, ürünün geleceği hakkında karar verilmesini sağlar. Bu nedenle gerçek kalite olarak ifade edilmektedir. Kalite ile karlılık arasındaki ilişki Şekil 1’de verilmiştir. (Odabaşı 1997)

2.1.2. Kalitenin Tarihçesi

Kalite olgusunun ortaya çıkışı çok eski dönemlere dayanmaktadır. İnsanlar üretim sürecine başlamaları ile birlikte sürekli kalite arayışı içinde olmuşlardır. Bu arayış, kalite kavramının tarihsel süreç içerisindeki yönetim yaklaşımlarında yerini almasını sağlamıştır. İlk olarak M.Ö. 2150 tarihli Hammurabi Kanunlarında kaliteye

referans verilebilir. “Bir inşaat ustasının inşa ettiği bir ev, ustanın yetersizliği ve işini gereği gibi yapmaması nedeni ile yıkılarak ev sahibinin ölümüne yol açarsa o usta öldürülecektir.” Bu maddede öngörülen ceza ilkel de olsa kalite olgusunu açık bir şekilde anlatmaktadır.

Sanayi devrimine kadar geçen zaman süresince, üretici ve tüketici her zaman yüz yüze ilişkiler içindeydi; ancak seçim gözle muayene ve iyi olanı seçip alma şeklinde tüketiciler tarafından yapılıyordu. Bu dönemlerde ustaların becerisine göre seçim yapıldığı için, kalite tamamen ustaların elindeydi.

Daha sonra ise, kalite kontrol konusunda loncaların etkileri görülmeye başladı. Loncaların bir takım standartlar oluşturması, çalışma koşullarını ve ücretlerin belirlenmesi, hammaddeden bitmiş ürüne kadar imalatın tüm ayrıntılarını düzenlemesi gibi kaliteyi iyileştirme çalışmaları bulunmaktaydı.

Kalite alanındaki ilk gelişmeler, bir işçi ya da çok az sayıda bir işçi grubunun tüm ürünün imalatından sorumlu olmasıyla başladı. Her işçi yaptığı işi tamamen kendisi kontrol edebiliyordu. 1900' lerin başlarında ise, modern fabrika kavramı ortaya çıktı. Benzer işi yapan işçilerin başına ustabaşılar getirilerek işin kalitesinden sorumlu tutuldular.

Sanayi Devriminin gerçekleşmesi ile üretim miktarındaki artışlar ve teknolojik yenilikler, kalite anlayışında bazı gelişmelere neden oldu. 1930' lu yıllarda kaliteden sorumlu muayene bölümleri oluşturulmaya başlandı. Bu bölümlerin amacı, iyi ürünleri kötü ürünlerden ayırarak, kalitesiz ürünün tüketiciye ulaşmasını engellemekti.

Kalite Kontrol de en önemli ilerlemeler II. Dünya Savaşı sırasında ortaya çıktı. Üretim miktarındaki artışa bağlı olarak, İstatistik Kalite Kontrol teknikleri geliştirildi. Askeri malzeme ve araçların imalatında maliyetlerin düşürülmesi hedeflendiğinden, bu tekniklere duyulan ihtiyaç çok fazlaydı.

1950' lerin sonlarında Kalite Kontrol bölümleri oluşturulmaya başlandı ve rekabetin hızlanmasıyla 1960' lı yıllarda Japonya' da Toplam Kalite Kontrol Düşüncesi ortaya çıktı. En üst yöneticiden en alt çalışana kadar, tüm birimlerin kaliteden sorumlu oldukları fikri gündeme geldi. Kalite güvencesi, Kalite Yönetimi,

Kalite Denetimi ve Kalite Sistemi gibi konular da 1980' li yılların sonlarından günümüze kadar gelen ve önemini yitirmeyen konular arasında yer almaktadır. (http://tky.8k.com/index.htm)

Yirminci yüzyılın başlarından itibaren Taylor'un bilimsel yönetim ilkeleri çerçevesinde üretim hattı sonunda, ürünlerin "iyiler" ve "kötüler" şeklinde ayrılması önce kontrol görevlilerinin sorumluluğuna verilmiş, daha sonra kalitesiz üretime neden olan işçilere yaptırım uygulanmasının sağlanması amacıyla üretim nezaretçileri bu işle görevlendirilmiştir.

Kalite kontrolü sonrası maliyetlerin düşürülerek, etkin yöntemler kullanılması denemelerinin sonucu olarak 1915' li yıllarda yukarıda belirtilen yöntemin uygulamasından vazgeçilmiştir. 1915'li yıllardan 1950'li yıllara kadar geçen dönem üretim sonunda yapılan kalite kontrolünün neden olduğu yüksek maliyetlerin düşürülmesi ve kalitenin daha sistemli bir şekilde ele alınmasına yönelik çalışmaların hız kazandığı bir dönem olmuştur. Bu çalışmalarla, üretim süreci sonunda ortaya çıkan üretim-çıktı uyumsuzluklarının önceden tahmin edilerek hatalı ürünlerin ortaya çıkması engellenmeye çalışılmıştır.

Kalite anlayışı, 1960'lı yıllardan sonra kendini yenileyerek insan odaklı olmaya başlamış insana yönelik yönetsel kuramları da güçlendirmiştir. Kalitenin sadece üretim kontrolüyle görevli kişilerin değil tüm çalışanların sorumluluğunda olduğu ön plana çıkarılmıştır..

Teknolojinin yaygınlaştığı 1970'li yıllarda üçüncü dünya ülkelerinin daha ucuz üretim faktörleriyle uluslararası pazarlara girerek büyük Batılı sanayicilerden pay kapmaları sonucunda maliyetle rekabet dönemi başlamıştır. Teknoloji gelişimi kalite yönetimine çok önemli değişiklikler getirmiştir. Ürünler üzerindeki mükemmelliği sağlama çabaları teknoloji ile birlikte önemli mesafeler kaydetmiştir.

Küreselleşmenin ekonomik alandaki etkilerini iyice hissettirmeye başladığı 1980'li yıllardan sonra, rekabete önce "kalite" sonra "hız" ve "tasarım üstünlüğü" boyutları eklendi. Pek çok yönden tatmin olarak ucuz ve bol üretime doyan tüketici kitleler artık ürünün, müşteri beklentilerine uygun, dolayısıyla kaliteli olmasının yanı sıra kısa süre içerisinde üretilir olmasını istiyorlardı. 1990'lı yıllarda ise kalite

düşüncesinin ürün kalitesi yanında hizmet sektöründe de önemli olduğu gerçeği ortaya çıkmıştır. Böylelikle, kökeninde insan olan ve mal-hizmet üretiminde kaliteyi hedefleyen ve müş8teri doyumunu ve sürekli gelişme kendine temel ilke edinen TKY kavramı ortaya çıkmıştır. (Baykal, http://www.makaleler.com/oku-kalitenin+tarih%C3%A7esi)

2.1.3.Toplam Kalite Yönetiminin Tanımı

Toplam kalite yönetimi, firmalarda bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. İşletmeler müşteriler olmadan hayatlarını devam ettiremezler. O halde müşteriyi elde etmek ve korumak için sunulan hizmet veya ürünlerden memnun olması gerekir. Toplam kalite yönetimi, bir yolculuktur, varılacak bir yer değildir. Ürün ve sistemlerin sistematik gelişimi için bir metottur. Satıştan sonra müşteriye hizmeti de kapsar. Katılımcı bir tekniktir. Tamamen müşteriye odaklanmış bir işletme kültürü oluşturan, tam bir yönetim sistemidir.(Şimşek 2000)

Toplam kalite yönetimi; müşteri tarafından tanımlanan kaliteye öncelik verilerek, kuruluşun ürün ve hizmetleri yanında yönetimin de kalitesini ve verimliliğini artırmayı hedefleyen bir çalışma ya da yönetim uygulamasıdır. (Akal 1995)

Bu kavram içerisinde yer alan ‘toplam’ sözcüğü, kalitenin tüm süreçlerde, tüm işlerde ve herkesin katılımı ile sağlanabilir olmasına işarettir. (Acuner 2003)

Toplam kalite yönetimi, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm çalışanların, müşteriler ve toplumun memnun edilerek karlılığa ulaşılması olarak ifade edilmektedir. (Kalder 2001)

Özünde bir yönetim felsefesi olan toplam kalite yönetiminin en öncelikli 3 ilkesi; müşteri oryantasyonu, süreç oryantasyonu ve sürekli gelişme olarak ifade edilmektedir. (Acuner 2003)

Bir başka yaklaşımla toplam kalite yönetiminin ilkeleri olarak sayılan 4 ilke; müşteri odaklılık, proseslerin yönetimi, tam katılım ve insan kaynakları yönetimi olarak sınıflanmıştır. (Perçin 1996)

Rekabetin baskısı şirketleri yaptığını satan olmaktan çıkartıp, satılabileni yapan hale getirmektedir. Satılabilenin ne olduğunu anlamak için, kaliteyi müşteri belirler anlayışını benimsemek ve bu sayede müşteri isteklerinin tatminini temel şirket felsefesi haline dönüştürmek gerekirlidir.(TKY ArKom, 1994)

Görüldüğü gibi; kalitenin tanımı, toplam kalite yönetiminin hareket noktası, öncelikli ilkesi ve özelliği, müşteri isteklerini, memnuniyetini ve tatminini esas almaktadır. Müşteri beklentileri doğrultusunda işletmenin ve ürünün geliştirilmesi, ürünü veya hizmeti satın alacak dış müşterinin tatmini için iç müşteri olan çalışanlarında tatminini öngörmektedir. Müşteri beklentilerindeki değişime bağlı olarak işletme ve üründe sürekli değişim ve geliştirmeyi amaçlamaktadır. Yoğun rekabet şartları ayakta kalmak ve başarılı olmak isteyen işletmeleri bu yaklaşıma zorlamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü'ne TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadırlar. ISO 9000 serisinde yer alan standartlar ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu standartlar üretim ve hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik veya kabul edilemeyecek aksamalar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemleri içermektedir.(Çoruh 1998)

ISO 9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır.(Howe 1997)

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etmende yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır. (Melum 1992)

Sağlık kurumlarında özelliklede hastanelerde toplam kalite yönetimi çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi kurum üst yönetiminin toplam kalite yaklaşımını benimsemesiyle başlar.

Yönetici ve personelin toplam kalite yönetimi konusunda eğitiminin sağlanması ve kurum personeli tarafından da kalite anlayışının benimsenmesi gerekir. Eğitim çalışmalarının belli aralıklarla tekrar edilmesi önemlidir.

Kurum üst yönetimi tarafından çalışanların katılımı ile kalite politikası belirlenmelidir.

Kurumda yürütülen bütün işlemlerin süreçlerinin saptanması ve en uygun iş akış şemalarının çıkartılarak prosedürlerinin yazılı hale getirilmesi, yapılacak her işle ilgili iş talimatlarının hazırlanması ve görevli personelin görev tanımlarının ayrıntılı şekilde yazılı ifade edilmesi ve tıbbi cihazların kalibrasyonu ile hazırlık aşaması tamamlanır.

Uygulama aşamasında, prosedürlere, iş talimatlarına ve görev tanımlarına uygun olarak işlemlerin yapılıp yapılmadığı denetlenerek ortaya çıkan aksaklıkların tespiti yapılarak eksiklikler giderilmeye çalışılmalıdır.

Ayrıca kurum çalışanları arasından seçilen gönüllülerden oluşturulan kalite çemberleri belli aralıklarla toplanarak süreçlerin iyileştirilmesini tartışmakta ve kurum yönetimine öneriler sunmalıdır. Personelin eğitim çalışmalarına da devam edilmelidir.

Özellikle hastanelerde, sarf malzemesi, ilaç ve diğer tüketim malzemelerinin depo giriş ve çıkışları, servislere dağılımı ve kullanımı iyi bir şekilde takip edildiğinde yüksek oranda tasarruf sağladığı uygulamayı yapan hastane yöneticileri tarafından ifade edilmektedir.

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm çalışanların kesin aktif katılımıyla çalışanlar, müşteriler ve toplum memnun edilerek kârlılığa ulaşılması olarak ifade edilmektedir.

TKY'nin bir başka tanımı ise,

"Her kuruluşta her düzeyde performansın iyileştirilmesine yönelik, tamamıyla entegre olmuş çabalarla, yöneticiden işçiye kadar herkesi kapsayan düzenli iyileştirme faaliyetleridir." (İmai, Kaizen 1994)

Literatürde "Toplam kalite", "toplam kalite kontrol" kavramları ile de adlandırılan TKY, tüm sürecin, ürünlerin ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatminin arttırılması ve müşteri bağlılığının yaratılmasının sağlanması amacıyla örgütte alınan sonuçların sürekli iyileştirilmesine dayanan; müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında mal ve hizmet bünyesinde oluşturan günümüzün bir yönetim anlayışıdır.

TKY, sadece ürün ve hizmet kalitesi ile ilgili olmayıp günümüzün çağdaş yönetim anlayışıdır. Temeli insana dayanan müşteri odaklı bu anlayışın iki temel unsuru vardır:

- Kurum çalışanlarının tam katılımı

- Yapılan tüm işlerin sürekli iyileştirilmesidir.

İlk ortaya çıktığı dönemde sadece imalatçı özel sektör işletmelerinde uygulanan TKY, zamanla önce hizmet işletmelerinde daha sonra ise kamu sektöründe uygulanmaya başlamıştır.

TKY; iş, ev, özel ve sosyal yaşamdaki iyileştirme faaliyetinin sürekliliğini savunur. Dolayısıyla uygulama sahası sadece iş hayatıyla kısıtlı olmayıp sosyal yaşantıya da aktarılması mümkün olan bir felsefedir.

Toplam Kalite Yönetimini maddeler halinde kısaca tanımlamak gerekirse;

Vatandaş (müşteri) odaklı,

Sürekli geliştirme ve yenilik düşüncesine dayanan,

Takım çalışması ve katılımı öneren,

İnsana saygı, güven ve yetki dağılımını savunan,

Sürekli öğrenme sürecidir.

Kelime anlamı itibariyle Toplam Kalite Yönetimini parçalara ayırdığımızda her bir kelimenin anlamı karşımıza şu şekilde çıkmaktadır.

Toplam; bu yönetim biçiminin, kurum içindeki tüm fonksiyon, faaliyet ve bireyleri kapsadığını belirtir. Toplam terimini en iyi vurgulayan ifade ise "herkesin katılımıdır". Bir başka ifadeyle toplam kelimesi ile ifade edilmek istenen kalite olgusunun kurumda topyekün oluşturulmasıdır.(Karyağdı 2001)

2.1.4.Toplam Kalite Yönetiminin (TKY) Temel Özellikleri

a- Müşteri Odaklılık

Toplam Kalite Yönetimi daha önce de belirtildiği üzere, müşteri isteklerinin tam olarak, zamanında, en hızlı bir şekilde, kaliteli ve ucuz olarak, sürekli karşılanması temeline dayanır. 1960'lı, hatta 1970'li yılların başında üreticiler açısından bakıldığında, ne üretirlerse üretsinler alıcı buluyordu. Bu sebeple de üreticiler en kolay kar elde edecekleri şekilde üretimlerini planlıyorlardı. Kalite için zaman ayırmak ve yatırım yapmak, yeni masrafta bulunmak gibi bir anlayışı üreticiler lüks gibi değerlendiriyorlardı.

Bugünün rekabet ortamında artık üreticiler kendi arzu ettiklerini değil, müşterinin arzu ettiklerini ve istediklerini üretmek durumunda kalmaktadırlar. Son 20 yıldır rekabet; kalite, düşük maliyet, hızlı üretim ve hızlı servis üçgenine endekslenmiş durumdadır. Bu durum doğal olarak satılabileni üretme anlayışını gündeme getirmektedir. Satılabilen mal veya hizmet ise kaliteyi çağrıştırmakta ve dolayısıyla kaliteyi bir noktada müşteri belirlemektedir. Müşterinin bilinen ve bilinmeyen arzularını tespit eden üreticiler rekabette şanslarını artırmaktadırlar.

Özellikle insanın psikolojik (kişilik, algılama, inanç, motivasyon ve yenilikçilik özellikleri) ve sosyo - kültürel (kültürel yapısı, aile ve toplumdaki sosyal statü vb) yönünü hesaba katan mal ve hizmet üreticileri bunları hesaba katmayanlara göre rekabette bir adım öndedirler. Bu sebeple üreticiler artık tüketicilere daha yakın olmanın gereğine inanmışlardır. Bu anlayışla kuruluşların "ARGE" birimleri sürekli araştırmalar yapmakta, müşteri istek ve beklentilerini değişik araç ve yöntemlerle tespit etmektedirler. Bu tespitleri üretici kurum ve kuruluşlar, üretimi gerçekleştiren

kuruluşun çalışanları ile sürekli paylaşmakta ve müşteri memnuniyetine dönük çalışma ortamı hazırlamanın gayreti içinde bulunmaktadırlar.

b- Sürekli Gelişme

"Yapılanı yeterli bulmamak insanın ileri gitmesindeki ilk adımdır." G.Bancroft Toplam Kalite Yönetimi (TKY) mükemmeli yakalamak değildir. Zira mükemmeli yakalamak demek, sona ulaşmak demektir. Oysa TKY'de iyinin düşmanı daha iyidir prensibinden hareketle bir mükemmeliyeti yakalamak yerine daha iyiye ulaşmak için sürekli bir yolculuktur.

Çok iyi işleyen bir kuruluşta bile geliştirilecek bir çok hususun olabileceği bir gerçektir. Zira bilim ve teknolojinin sürekli gelişmesi kalite ve verimliliğin çıtasının da sürekli yükselmesine sebep olmaktadır. Bu durum kuruluşun bütün üretim süreçlerini sorgulayarak daha iyi olmak için kendini yenileme ihtiyacını hissetmesine zemin hazırlamaktadır. Aksi durumda, çıtanın sürekli yukarı çekildiği bir ortamda kuruluş rakipleri ile mücadele etme şansını yitirecek ve ayakta kalma şansını kaybedecektir.

Bu sebeple her kuruluş faaliyet alanında sürekli kendini geliştirmenin yol ve yöntemlerini canlı tutmak durumundadır. İşte TKY sürekli gelişmeyi, bir kuruluşun varlığını devam ettirmesinin olmazsa olmaz koşulu olarak ortaya koymaktadır.

Sürekli gelişme anlayışı kuruluşun sürekli büyümesine, imkanlarının artmasına, çalışanların hayat standartlarının yükselmesine, birimler arasında etkin ve verimli bir koordinasyona, faaliyetlerinde canlılığa ve yönetimle çalışanlar arasında daha sağlıklı ilişkiler kurulmasına imkan sağlamaktadır.

Bir kurumda çalışanların katılımı ile sağlanan "sürekli gelişme" ilkesi, TKY'nin temel felsefesi olan "kaizen"in kurum bünyesinde uygulanmasıdır. Bu anlayışın kurumda hayata geçirilmesi kurum bünyesinde büyük ve köklü değişimleri gerektirmektedir. Ancak bu değişim küçük fakat sürekli bir iyileşme yolculuğundan ibarettir.

Her ne kadar sürekli gelişim için kurumda çalışanların tümünün sorumluluğu söz konusu ise de, burada yöneticilerin sorumluluğu esastır. Sürekli gelişimde yönetimin üzerine düşen görevler; politika ve hedefler oluşturmak,

politikaların bölümler arası faaliyetler ile yayılımını ve yürütülmesini organize etmek, kaynak ayırmak, operasyonel faaliyetlerde sürekli gelişim düşüncesi ile hareket etmek, standartlar oluşturmak, bunları geliştirmek, eğitim programları ile çalışanlara sürekli gelişim bilincini aşılamak, yetenekleri ve problem çözme araçlarını geliştirmede çalışanlara yardımcı olmak hep yönetim kademelerinin sorumluluğu altındadır.

Bu sorumluluk yöneticilerin çalışma zamanlarının en az % 50'ni geliştirme çalışmalarına ayırmalarını gerekli kılmaktadır. Profesyonel yöneticiliğin olmazsa olmaz şartı yönetimi geliştirmeye zaman ayırmaktır.

Sürekli gelişmenin aracı elbette eğitimdir. Kuruluşlar, çalışanlarının iş başındaki eğitimini kurumsallaştırmak durumundadırlar. Günümüzde bir mesleğin ömrünün 3,5 yıl olduğu gerçeğini göz önünde bulundurduğumuzda hizmet içi eğitimin önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Çalışanların olduğu kadar yöneticilerin de kendilerini sürekli geliştirme isteğinde olmaları, eğitim faaliyetlerine katılarak yetenek ve tecrübelerini geliştirmeleri gerekir.

c- Tam Katılım

Katılımla birlikte işbirliğine dayalı yönetim anlayışı, 1970'li yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu durum örgütlerde TKY gibi yeni yönetim modellerinin uygulanmaya başlanmasına yol açmıştır. Bu yaklaşımla çalışanların bilgilendirilmesi ve kararlara katılması sağlanmış ve verimlilik ile birlikte üretimde kalite yakalanmaya çalışılmıştır.

Toplam Kalite Yönetiminin amacı "müşteri isteklerinin karşılanması, yöntemi yapılan bütün işlerin sürekli olarak iyileştirilmesi, öznesi ise başta üst yönetim olmak üzere bütün çalışanlardır."

Toplam Kalite Yönetiminin öznesi olan çalışanların yönetime katılımı; yönetimin klasik fonksiyonları olan hedeflerin belirlenmesine, işlerin planlanmasına, uygulanmasına, denetlenmesine, standartlaştırılmasına ve nihayet standartların da geliştirilmesine katkıları oranında sağlanmış olmaktadır.

Çalışanların tam katılımı üst yönetimin yaklaşımıyla doğrudan ilgilidir. Üst yönetimle birlikte kurumda görevli ilk amirlerin de çalışanlara rehberlik etmeleri, iletişimi güçlendirip, yüksek moral sağlamaları, grup çalışmalarını ve öneri sistemini desteklemeleri ve en önemlisi takım bilincinin oluşmasını ve paylaşımı sağlamaları büyük önem taşımaktadır.

TKY anlayışında yöneticiler antrenör görevini ifa ederken, diğer bütün çalışanlar oyuncu konumundadırlar. Her çalışanın kurumun amaçlarına ulaşmasına katkısı önemlidir. Bu katkı klasik anlamda sadece fiziki bir katkı olmayıp aynı zamanda fikri bir katkıyı da ifade etmektedir. Bu manada çağdaş yönetim yaklaşımları, kuruluşların gelişimi konusunda her türlü öneri ve tavsiyeyi (kimden gelirse gelsin) değerlendirmekte ve teklif sistemini yaygınlaştırarak, elde edecekleri sinerji ile rekabette öne geçmeyi hedeflemektedirler.

W. Churcill "Her insanın gönlünde bir hazine saklıdır, önemli olan o hazineyi bulup çıkarmaktır" der. Bu gizli hazineyi ortaya çıkaracak olan sistem ise, teklif ve öneri sistemi de diyebileceğimiz Toplam Kalite Yönetimindeki katılımcılığı hayata geçirmekle mümkündür. Çalışma ortamında insanların önerilerini değerlendirecek bir sistemi kurmak ve öneri geliştirmeyi teşvik edecek tedbirleri almak, araştırma ve geliştirme anlayışını bütün çalışanlar sathına yaymak olarak değerlendirilmelidir. Dolayısıyla başarı için sınırlı sayıda insanın veya kadronun düşünmesi yerine, kurumda çalışan bütün personelin düşünerek ortak kafanın sinerjisinden istifade etmenin avantajı yakalanmalıdır.

Bir kurumda tam katılım, çalışanlar açısından bir ihtiyaç olarak algılanmalıdır. Maslow'un ihtiyaçlar listesinde önemli bir yer tutan, insanın başarma, başka insanlar tarafından beğenilme, takdir edilme ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı, tam katılımın oluşmasında ve gelişmesinde çok önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mal veya hizmet üreten bir kuruluşta tam katılımın olabilmesi, hiyerarşik yapının azalarak, basıklaşması, yatay ve çapraz iletişimin her kademede kolayca kurulabileceği ortamın sağlanması ile mümkündür.

Tam katılım için sorumluluk paylaşımı esastır. Tam katılım her ne kadar üst yönetimin oluşturacağı ortam ile ilgili olduğu kadar astların da bu konuda gönüllülüğü büyük önem arz etmektedir. Tam katılım yönetimden ve yönetilenlerden "ben bu kuruma nasıl katkıda bulunabilirim, bu kurumu nasıl geliştirebilirim" sorusunu sormasını bekler.

d- Kurum Kültürü

Herhangi bir organizasyon bir konumdan başka bir konuma geçmek istiyorsa, eğitim sistemi, yönetim tarzı, sosyal yapısı ve kullandığı araç ve yöntemler bundan etkilenecek ve bir değişime uğrayacaktır. Bu değişim, kurumun geçerli olan ilkeler, değerler ve ortak amaçlar manzumesini de etkileyecektir. Görülen ve görülmeyen bu kurallar manzumesi kurumun kültürünü oluşturur.

Kurumun kültürü her şeyden önce vizyon sahibi yöneticilerin çalışanlarla birlikte belirledikleri amaç ve hedefler ile görev ve sorumlulukların çok iyi belirlendiği (iş tanımları) çalışma prensipleri çerçevesinde oluşmaktadır.

Bu anlamda, kurum kültürü, bir kurumda çalışanların davranışlarını yönlendiren normlar, davranışlar, değerler, inançlar, alışkanlıklar ve iş yapma sistemleri vb. olarak tanımlanmaktadır. Yani kurum kültürü bir dizi sembol, tören ve mitten oluşur. Böyle oluşan kurum kültürü kurumda çalışan herkesin yaşam biçimi haline dönüşmektedir. Toplam Kalite Yönetiminde bu kültür kalite ile zenginleşerek iş yerinde sürekli teneffüs edilen yeni bir hava oluşturur.

Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile oluşan bu farklı kurum kültürü çalışanlar için kalite kültürü anlamına gelmektedir. Bu kalite kültüründe başarıyı birlikte yakalama ve bunun verdiği onur ve gururu birlikte paylaşma vardır. Kurum çalışanlarının tümünün üretilen mal ve hizmette kalitenin elde edilmesine katılımı esastır. Elbette kalite tasarım sürecinden üretim sürecine kadar olan bütün süreçleri kapsamaktadır. İşte bu da yeni bir kurum kültürü demektir.

Diğer taraftan Toplam Kalite Yönetiminde kurum kültürü açıklık, iletişim ve motivasyon gibi kavramların da daha bir anlamlı olarak yaşanmasını sağlayan ortamı hazırlar. Birlikte çalışmanın en önemli şartlarından birisi çalışanların birbirlerine açık olması ve karşılıklı iletişimin sağlanmasıdır. İletişim kuruldukça

öğrenme ve karşılıklı anlaşma başlar. Bunun arkasından başarıyı doğrudan etkileyecek olan güven unsuru ortaya çıkmış olur.

TKY'de, kurum yöneticileri kendilerini çalışanlardan izole eden odalarından çıkıyor ve yönetilenlerle aynı amaç etrafında birleşiyor ve onlara daha yakın olduklarını hissettirerek motivasyonlarını sağlıyorlar. Böylece çalışanları motive etme, yönlendirme, bilgi ve beceri düzeylerini yükseltici eğitim imkan ve fırsatı verme ve iş zenginleştirme ortamı oluşuyor. Kurum kültürü ile sağlanan bu ortamda, toplantılar, kurum gazeteleri, duvar panoları vb araçlarla çalışanlar sürekli bilgilendirilmektedir. Kısaca değişik eğitim vasıta ve yöntemleri kullanılarak çalışanların bilgi ve becerileri yükseltilmekte ve kalite kültürü oluşturulmaktadır.

Kurum kültürü ile bir kurumda çalışanlar işyerine ayrı bir kimlik kazandırmış olmaktadırlar. Bu kimlik, çalışanların o işyerine bağlılıklarını ve bir aidiyet duygusu ile kuruma sahip çıkmalarını sağlamaktadır. Kurum çalışanları artık o işyerinde çalışmanın toplum içinde kendilerine sağladığı avantaj ve statüyü göz önünde bulundurarak kurumlarının başarısı için hep birlikte koşmanın heyecanını yüreklerinde hissetmektedirler.

e- Önce İnsan Anlayışı ve Birey Kalitesi

Her kurum ve kuruluş insanı merkeze koymak ve onun etrafında gelişimi sağlamak durumundadır. İnsanı dışlayan hiç bir kurum başarılı olamaz. Bu sebeple kurumların önce çalışanlarını tatmin etmeleri gerekir. Kaliteyi sağlamak nihai anlamda müşteriyi ve çalışanı tatmin etmekten geçer. Çalışanın tatmininde de insan kaynakları yönetimi büyük önem kazanmaktadır. Sadece süreçlere odaklanma ve ürün ve yöntemin niteliğine etki edebilecek unsurlarla ilgili normlar, prosedürler ve teknikler geliştirme, Toplam Kalite Yönetiminin gerçekleşmesini sağlamaz. Bu anlayışla yönetime yaklaşmak gelişimi sürekli kılmaz. Gelişimin sürekli olması, kalitenin yakalanması ancak kurum içinde "birey kalitesi"nin geliştirilmesi ile mümkündür.

Toplam Kalite Yönetiminin en önemli ilkelerinden birisi bir işi "ilk seferinde doğru yap" ve "hata ortaya çıkmadan önlem al" dır. İşi ilk seferinde doğru yapacak ve hata ortaya çıkmadan önlem alacak olan ise kurumdaki kaliteli insan

unsurudur. Kaliteli insan her şeyden önce "sürekli problem çözme yollarını arayan, ilgilerini ve amaçlarını gerçekleştirmede bencil olmayan ve adil davranan, insan ilişkilerinde demokratik ve özerk, sosyo kültürel konularda esnek ve bütünleyici özellikleri ağır basan bir insandır." Dolayısıyla TKY'yi başarı ile uygulamanın temelinde; çalışanları motive etme, yönlendirme, bilgi ve beceri düzeylerini yükseltici eğitimler verme, iş zenginleştirme gibi insan faktörünü sürekli geliştiren sistemler yatmaktadır. Bireyin kalitesinin yükseltilmesi ve gelişiminin sağlanması, doğal olarak kurumun gelişimini de sağlayacak, bu da kurumun etkililiğini ve verimliliğini yükselterek kaliteli mal ve hizmet üretimini getirecektir.

Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile yönetilen kurum ve kuruluşlarda, öğrenmeyi öğrenmiş ve öğrenmeye istekli çalışanlar ve ekipler üretimde yerini alırken, öğrenen birey ve öğrenen organizasyonun da gerçekleşmesini sağlamış olmaktadırlar. Bu durum bir inancın, bir güvenin ve bir gücün ifadesi anlamına gelmektedir. Çünkü bilgi ile donatılan insan bir güçtür. Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile sağlanan, öğrenen birey ve öğrenen organizasyon, çalışanlar için işlerinin ve geleceklerinin bir teminatı olarak algılanmalıdır.

Peter F.Drucker "Post-Capitalist Society" isimli kitabında eğitimli insanın günümüzdeki konumunu şöyle tarif etmektedir. "Yönelmekte olduğumuz bilgi toplumunda birey merkezdedir. Bilgi, para gibi kişilik dışı değildir. Bilgi her zaman bir kişide vücut bulur, bir kişi tarafından taşınır, bir kişi tarafından yaratılır, çoğaltılır ve geliştirilir, uygulanır, bir kişi tarafından düşünülür ve aktarılır, bir kişi tarafından iyiye ya da kötüye kullanılır. Bu sebeple bilgi toplumuna geçiş insanı merkeze getirir."

Değişim ve gelişim bilgide, onun içeriğinde, anlamındadır. Bilgiyi tasarlayan, üreten ve kullanan insan; daha doğrusu eğitimli insan olacağına göre değişimin merkezinde de yukarıda da belirtildiği gibi eğitimli ve nitelikli insan yer almaktadır.

f-Süreç Yönetimi ve Süreç Performansını Geliştirme

TKY'nin, makine ve teknolojik yenilikler ile sağlanan performans geliştirmelerine ek olarak kuruluşta bulunan herkesin süreç geliştirme faaliyetlerine etkin olarak katılımını öngördüğü yukarıda belirtilmişti. TKY'nin temel felsefesi olan sürekli geliştirme yaklaşımı "Süreç Performansını Geliştirme ve Süreç Yönetimi"nin özünü oluşturmaktadır.

Bugün kalite, maliyet ve hız kuruluşların ulusal ve uluslararası alanda rekabet etmelerini belirleyen unsurlardır. Bu durum doğal olarak kurumları hızlı değişime ve sürekli süreçlerini geliştirmeye zorlamaktadır.

Süreç performansını geliştirmede temel amaç, işlem basamaklarının azatlılar, B.Gates'in ifadesi ile "ışık hızında hizmet üretme"yi gerçekleştirmek ve süreç bazında işlemlerdeki hataları ortadan kaldırarak sıfır hataya ulaşmaktır. Bu anlayışta süreçler sürekli sorgulanmakta, tanımlanmakta, değişkenlik ölçülmekte, değişkenliğin normal olup olmadığı saptanmakta ve gerektiğinde düzeltici işlemler uygulanarak süreç geliştirilmektedir. Böylece sonuç odaklı değil, süreç odaklı bir yönetim anlayışını sisteme hakim kılarak sıfır hatalı üretimi gerçekleştirmek mümkün olmaktadır.

Süreç geliştirmede takip edilen yol sırası ile analiz, tasarım, uygulama değerlendirme ve geliştirmedir. Yani süreçlerden, geri bildirim yoluyla elde edilen bilgilerin analizi yapılır, bu analiz sonucu ortaya çıkan Çizelgeden tasarımlar yapılır. Bu tasarımlarda, hedefler ortaya konur, ölçme araçları geliştirilir ve bütün bunların alternatifleri üzerinde durulur. Geliştirme aşamasına gelindiğinde yeni süreç tercihi yapılmıştır. Yine bu aşamada araçlar belirlenmiştir. Tercih edilen süreç uygulama aşamasına konulur. Uygulama sonuçları daha sonra tekrar geliştirmek amacıyla analize tabi tutulur ve bu süreç geliştirme döngüsü, Deming'in planla, uygula, kontrol et ve önlem al (PUKÖ) döngüsü ile benzerlik göstermektedir.

g- Liderlik

Klasik anlamda lider tepe yönetimde bulunan ve kararını genellikle sezgileri ve tecrübeleri ile alan kişi olarak anlaşılırken, TKY'de lider; paylaşım, takdir etme,

karşılıklı saygı, ben yerine biz anlayışı ve her şeyden önce takım çalışmasına dönük bir felsefeyi benimsemiş antrenör tipinde bir lider anlaşılmaktadır.

Diğer taraftan liderlik konusunda araştırmalar yapan Warren Bennis geleceğin iş dünyasında başarı anahtarının liderlik olacağını savunmaktadır. Ona göre lider; doğru kararlar alan, hedefleri ve stratejiyi düşünen, yenilikçi bir yönetimi benimseyen, güçlü bir vizyonu olan, motivasyon yeteneği olan, belirlenen hedeflere ulaşmak için çevresindekilere yol göstererek yardımcı olan, örnekler vererek rehberlik eden, takdir etmeyi bilen, çalışanlarına danışarak onlardan aldığı görüşleri değerlendiren ve sonra kararını veren, iyi bir ekip şefliği yapan, sistematik düşünen, yaptığı işten heyecan duyan, doğru eleman seçebilen ve ekip oluşturan, değerlendirme yapan ve hızlı karar alabilen, vizyon +cesaret+disiplin+önsezi sahibi kişidir.

Burada belirtilen lider özelliklerine TKY felsefesinin ilavesi, liderin; öğrenen, öğrenmeyi alışkanlık haline getiren, bilgiyi paylaşan, yönetimde bir antrenör rolünü benimseyen, astlarını yetiştirmek için gayret gösteren, güncel ve örnek olan, geleceği tahminde güçlü olan, hızlı yapısal değişikliklerin yaşandığı belirsiz ortamları aydınlatan, karmaşıklıkları düzenleyen, çatışmaları olumlu yönde kanalize eden, yenilikleri teşvik eden, insani değerleri koruyan, kişilere ve kişiliklere değil verilere dayanan, iş konusunun dışında sosyal gelişmelerin de iyi takipçisi olan, iletişim teknolojisine hakim, çevresiyle olan ilişkilerinde samimi olan ve güven veren bir yapı ve anlayışa sahip olmasıdır

Diğer taraftan lider, bir kuruluşta kurumsal kültürün oluşumunda çok önemli bir role sahiptir. Liderin iyileştirme süreçlerine katkı ve katılımı, kuruluş içi ve dışı iletişimdeki yeri, personeli tanıma ve takdir etmedeki rolü Toplam Kalite Yönetiminde çok önemsenen bir husustur.

Toplam Kalite Yönetimi anlayışındaki liderin, birlikte çalıştığı insanlarda mevcut olan olağanüstü bilgi, yetenek ve hazineyi ortaya çıkaracak nitelikte olması beklenmektedir. O halde liderlere düşen görev bu niteliklere sahip olmanın yol ve yöntemini bulma sürecini hemen başlatmalarıdır.

Sonuç olarak, TKY'nin temel özelliklerini 7 başlık altında toplamış oluruz.TKY, üretilen mal ve hizmete ihtiyaç duyanların beklentilerinin yerine getirilmesini temel olarak alan, çalışanların bilgilendirilmesini, yetkilendirilmesini ve takım çalışmalarıyla tüm süreçlerin sürekli iyileştirilmesini hedefleyen bir yönetim felsefesidir. (Milli Eğitim Dergisi, 2002)

2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk yada mükemmellik derecesidir. Başka bir tanımlama da; "Kabul edilen standartlara bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin yetkide ve karar vermede eşit olmaları, hastaların güvenliğine çok önem vermek şeklinde yapılmıştır. Sağlık kuruluşlarının kalite çalışmaları, hizmetlerin karakteristik özellikleri nedeni ile hizmet sektöründe yer alan diğer işletmelere göre daha farklı yaklaşımlar içerisinde sürdürülmektedir. Bahsedilen hizmetlerin özellikleri şöyle sıralanabilir.

- Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri göstermektedir. Belli bir zaman için hastaneye olan ya da olacak talep doğru tahmin edilememektedir.
- Hastaneler talep değişikliğine kısa dönemde uyum sağlayamamaktadır.
- Hizmetin üretimi stoklanamamaktadır. Üretildiği anda tüketilmektedir.
- Sağlık işletmelerinde aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, nitelikli personel artışı ile beraber işgücü maliyetlerindeki artışı da getirmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin bu tür karakteristik özellikleri, kalite çalışmalarında başarıya ulaşmada zaman ihtiyacını arttırabilir ama hiçbir zaman başarısızlığın nedeni olmamalıdır.
- Günümüzde toplumunda kalite bilincinin yaygınlaşması etkisini sağlık hizmetleri alanında da gösterecek ve kaliteli hizmet istemi her zaman ön planda olacaktır. Bunun nedenleri şöyle görülebilir.

- Sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm alanlarda hizmet kalitesinin düzeyinde farklılık olması, kaliteli hizmetten faydalanmak isteyenlerin sayısında artış meydana getirmiştir.

Tıbbi teknolojideki hızlı gelişmeler kalite istemini ön plana çıkarmıştır. Hizmeti almak isteyenler aynı zamanda hizmet kalitesini soruşturma bilincine erişmişlerdir. Tüm bu beklentiler sonunda sağlık hizmetleri üretenler kaliteli hizmet verme yarışına katılmak zorunda kalmışlar ya da kalacaklardır. (Kıymır 1995)

2.2.1.Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi

Literatürde yer alan pek çok tanımlaması ile beraber genel kabul görmüş bir tanıma göre Toplam Kalite Yönetimi; "müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturulan bir yönetim biçimidir." Diğer bir tanımlama da ise, Toplam Kalite Yönetimi, kalitenin sistemin tüm birimleri içerisinde bir bütün olarak üretebileceği ve kaliteyi üretebilecek bu sistemlerin tüm çalışanlarla beraber yönetilmesi gerekliliğini savunan bir yönetim felsefesidir' şeklindedir.

Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi tanımı bu genel tanımlamalar ile aynıdır. Toplam Kalite Yönetimi bir yönetim felsefesidir, hastane ise gelişmiş bir Örgüttür. iki unsuru içine alan bir tanımlamada Toplam Kalite Yönetimi: "Kalitenin sürekli gelişmesi için planlama ve uygulama aşamalarında, örgüt genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu bir örgütsel kültür yaratma yolundaki çaba tümünü kapsayan, yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesidir." şeklinde tanımlanabilir'. 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.

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 tekrarı 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 çalışanlarına bırakması,
- Ölçümleme; hizmetlerin ölçülebilmesidir.

Ölçülemeyen hizmetler geliştirilemez ve ölçümlemede bazı araçlar kullanılabilir.(Kiymir1995)Bunlar;

Beyin Fırtınası Metodu: Bir konu üzerinde grup olarak çok sayıda düşünce üretmektir.

Balık Kılçığı Diyagramı: Beyin fırtınası ile ortaya çıkan fikirlerden elde edilen en önemli sorunun ana ve alt sebeplerinin bulunmasıdır.

Histogram: Verilerin farklı değerlerini gösteren çubuk diyagramlardır. Pareto Diyagramı: Sorunların nedenlerinin yüzdelik sırasına göre gösterilmesidir.

2.2.2.Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet kalitesi, verilen hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşılayabildiğinin bir ölçüsüdür. Kaliteli hizmet vermek ise müşteri beklentilerinin karşılanabilmesidir.(Parasuraman ve diğerleri 1985)

Hizmet kalitesi öznel bir kavramdır. Müşterilerin hizmet kalitesi hakkında nasıl düşündüklerini anlamak etkili yönetimin temelini oluşturmaktadır. Hizmet kalitesinin, hizmetin üstünlüğü ile ilgili bir tutum veya bütünsel bir yargı olduğu hakkında genel bir fikir birliğinin bulunmasına karşın, bu tutumun doğası ya da yapısı hakkında genel bir uzlaşma sağlanamamıştır. Kimi araştırmacılar, hizmet

kalitesinin, performans algıları ile beklentilerin kıyaslanmasından (Grönross 1984, Parasuraman ve ark. 1988) , kimileri de ideal standartlara dayalı performans kıyaslanmasından (Teas 1993) yada yalnızca performansa dayalı algılardan ortaya çıktığını (Cronin ve Taylor 1992) belirtmektedir. Bu kavramlar subjektiftir ve tüketicinin zihninde oluşur.

(Rust ve Oliver 1994)Tüm bu özellikler nedeni ile tüketicilerin algıları, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. (Winer 2000)

Bütün bu tartışmalar, hizmet kalitesinin nasıl ölçülmesi gerektiğine yönelik bir çok anlaşmazlığı ortaya çıkarmaktadır. Hizmet kalitesinin bir tutum olduğu ve müşteri memnuniyetinden farklı bir kavram olduğu; performans algılarının ölçülmesinin gerekli olduğu; boyutların sayısı ve tanımlarının hizmet yapısına bağlı olduğu ve anket kısa olmadıkça olumsuz kelimeli ifadelerden sakınılması gerektiği, hizmet kalitesinin ölçümüyle ilgili üzerinde anlaşmaya varılan noktalardır. (Robinson 1999)

Hizmet kalitesinin tanımlanmasında ve ölçülmesinde bir takım güçlükler olsa da, hizmetin türü ne olursa olsun, hizmet kalitesini açıklayan evrensel kriterlerin tanımlanabilmesi mümkün olmuştur.

Bunlar;

Güvenirlik; Şirketin imajıyla, eylemlerinin uyumluluğu, dürüstlüktür.

Heveslilik; Çalışanların hizmeti sunma istekleri ile ilgilidir.

Yeterlilik; Gerekli yetenek bilgi ve donanıma sahip olmaktır.

Erişebilirlik; Müşterinin ihtiyaç duyduğunda personel ve firmaya ulaşabilirliğidir.

Saygı; Personelin saygı, anlayış, nezaket ve arkadaşça davranmasıdır.

İletişim; Hizmet ve işletmenin tanıtımı ve müşterilere ulaşabilmesidir.

İnanırlık; Firma ve çalışanlarının vaatlerinin müşteri tarafından kabul görmesidir.

Güvenlik; Riskten, tehlikeden ve kuşkudan uzak olmanın derecesidir.

Fiziki Görünüm; İşletme iç ve dış çevresinin görünümü ve dizaynıdır.

Müşteriyi Anlamak; Müşteriyi tanımak ve özelliklerine göre hizmet sunmaktır. (Perçin 1996).

2.2.3.Kalite Kavramının Hasta Memnuniyeti İle Olan İlişkisi

Beklentilerin karşılanması ve kaliteli bakım hasta memnuniyetinin artması ya da hasta şikayetlerinin azalması şeklinde bir sonucu ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca sağlık bakımında ileri teknolojilerin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteğinin artması bireylere ve topluma kaliteli sağlık bakımı verilmesini gündeme getirmektedir. Kalite bugün yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup her zaman ve her konuda önü alınmaz bir talep haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavram olup tanımlanması zordur. (Perçin 1996).

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)'nün tanımına göre kalite, "bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır". Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ise kaliteyi, "verilen bakımın istenen sonuçlarını artırma ve olası istenmeyen sonuçları azaltma derecesi olarak tanımlamaktadır" (Yılmaz 2001)

Bu nedenle, sağlık bakımında kalite göstergesi olarak kullanılan memnuniyet ya da şikâyetleri objektif olarak belirlemek oldukça güçtür. Hasta memnuniyeti/şikâyetleri konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında doğrudan ve dolaylı yöntemler kullanılabilir. Doğrudan yöntemler, memnuniyet düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketini içermektedir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak hasta şikayet ya da teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler ile "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ancak hastanın bilmediği değerlerle elde edildiği yöntemlerdir. (www.merih.net)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ (HASTA) MEMNUNİYETİ

Müşteri (Hasta/Hasta Yakınları) Kavramı

Müşteri kelimesinin sözlük anlamı; Alıcı, hizmet gören ve karşılığında ücret ödeyen kimse demektir.

Hastanelerde müşteri kavramı ise;

Müşteri, kişisel arzu, istek ve ihtiyaçları için pazarlama bileşenlerini satın alan veya satın alma kapasitesinde olan gerçek bir kişi olarak belirtilmektedir. (Karabulut 1989)

Günümüzde artık müşteri kavramının sınırları genişlemiştir. Müşteri sadece parayı ödeyen kişi olarak değil, kurumun ürettiği hizmetten yararlanan kişi veya kişi grupları olarak da ifadelendirilmektedir.

Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanma fırsatı bulmuş kişilerin tümüdür. Hastalar, doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun uzmanlık bilgisinden daha çok sorununun dinlenmesi, sağlık personelinin duyarlı olması, hastaya hastane kurumu içindeki tüm personelin hasta ve yakınlarının sorunlarına yeterli zaman ayırması, nezaket ve saygı gibi davranışlarını göz önünde tutmak hasta memnuniyeti açısından büyük önem taşımaktadır. Hasta ile doktor arasında güven ve saygıya dayalı olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar doktorun önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerini ara vermemektedir. (Engiz 2003)

Sağlık kurumlarının tek müşterisi hastalar değildir. Sağlık kurumlarının müşterilerini iki grupta toplayabiliriz.(Ardıç ve Baş 2001)

3.1.1.İç Müşteri Kavramı

Sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi veya grupları içermektedir. Kurum personeli, pay sahipleri ve danışmanlar iç müşterilere örnek gösterilebilir.

3.1.2.Dış Müşteri Kavramı

Sağlık kurumunun temel çıktılarından doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler, devlet, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç işletmeleri dış müşteri grubu olarak çeşitlendirilebilir. Sağlık kurumlarının başarısını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık kurumları yöneticilerinin her müşterisini tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi zorunluluğu doğabilir.

3.2. Memnuniyet Kavramı:

Memnuniyet kavramı her birey için farklı anlamları içermektedir. Bu nedenledir ki memnuniyet yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekten beklentiler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren karmaşık bir kavramdır. Sağlık bakımında kalite göstergesi olarak kabuledilen hasta memnuniyeti, "hastaların beklenti ve isteklerinin karşılanması" olarak tanımlanmaktadır.(Merkouris, Ifantopoulos, Lanara 1999,)

3.2.1. Hasta Memnuniyeti (Müşteri Tatmini)

Sağlık hizmetlerindeki tüketiciliğin artması, dikkatleri hastaların aldığı hizmetleri algılamaları ve bundan duydukları memnuniyet üzerine çevirmiştir. Hastaların fikirlerini mutlak şekilde dikkate alma yaklaşımı, hasta ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap vermeyi amaçlayan ve birkaç yıldır bu konuda yoğun çaba harcayanlar tarafından uygulanan bir yeniliktir.(Kavas, Güdüm 1994)

Bununla birlikte hasta memnuniyetinin, kaliteli bakımın bir parçası olduğu ve bu alandaki performansı ölçmek için de bazı ölçüm türlerinin gerekliliği giderek artan bir şekilde kabul edilmektedir. Sorun neyin ölçüleceği, nasıl ölçüleceği ve ölçümlerin ne kadar geçerli olduğudur.(Esatoğlu 1997)

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti alanların subjektif ve değişken algılarını içeren bir kavramdır. (Larrabee JH. and Bolden LV 2001) Başka bir ifadeyle hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri ile deneyimleri arasındaki farkın

değerlendirilmesi hasta memnuniyetini gösterir. (Larrabee JH. and Bolden LV 2001 , Akgün , Kısa , Kılıç ve ark. 1999)

Hasta memnuniyeti, hasta açısından hizmetin yapı ve sürecinin değerlendirilmesine yardım eden bir sonuç ölçümüdür. (Sengin 2007) Memnuniyet bakımın yapı, süreç ve sonucu ile ilişkili olduğu kadar hastanın sosyodemografik, fiziksel ve psikolojik durumunu, davranışlarını ve beklentilerini de içermektedir (Beech 1995 , Thi PLN, Briançon , Empereur 2002)

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkate alınması gereken temel kriterlerden biridir. Leebov ve Scott sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar; (Leebov ve Scott 1994).

a) İnsancıl nedenler: Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı gelmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de, hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekir.

b) Ekonomik Nedenler: Hastalar, hizmetin alıcısı durumundadırlar. Hastalar, içinde bulundukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirlerler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Müşteri memnuniyeti, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde arttırmaktadır.

c) Pazarlama: Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar.

d) Etkililik: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar.

Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır. Ayrıca hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin yapısı ve süreci hakkında bilgi verir.

Hizmetten memnun olan dış müşteriler sağlık kuruluşunun kalitesinin dışarıya olumlu şekilde yansıtılmasında büyük görev alırlar. (Öztürk 2002).

Memnuniyet, subjektif bir hasta/hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir. (Meryem 2001 ; Boudreaux , Mandry , Wood K 2003)

Hasta memnuniyetini açıklayan teoriler yeterli olmadığından hasta memnuniyeti; genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır (Meryem 2001, Boudreaux , Mandry , Wood K 2003)

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ve hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilmektedir. (Tokem, Kuzeyli, Fadıloğlu 2005)

Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri:

Hasta memnuniyeti ölçümlerinin amaçları şunlardır (Merkouris , Ifantopoulos, Lanara 1999, Jacox , Bausell, Mahrenholz 1997)

Hizmet verenlerin kalitesini değerlendirmek,

Sağlık ve hastalık davranışlarına ilişkin davranışları ve girişimleri değerlendirmek,

Yönetimsel kararlar vermek,

Bakım organizasyonundaki değişimi değerlendirmek,

Verilen hizmetin sonucunda hemşirenin etkilediği hasta sonuçlarını ortaya koymak, pozitif hasta sonuçlarını etkileyen faktörleri belirlemek,

Çalışanların performanslarını değerlendirmek.

Hasta memnuniyeti, ilk olarak 1988'de bir sağlık bakım indikatörü olarak ortaya konmuştur. Son yıllarda tüm kalite modellerinde doğal bir öğe olarak yer almaktadır (Donebedian 1968). Çünkü hastanın tedaviye istekliliğini, uyumunu, hizmeti başkalarına önermesini ve hizmet almak için geri dönmesini sağlayan en önemli etken hasta memnuniyetidir (Neuberger J. Do 1999, Atkins PM, Marshall BS & Javalgi RG 1996; Tzeng HM and Ketefian S. 2002) Bu çalışmalar başlayıncaya kadar, verilen sağlık bakımının kalitesi bakım verenler açısından yansıtılırken, son yıllarda hasta açısından kalitenin değerlendirmesinin önemi anlaşılmış ve bu konudaki çalışmalar artmıştır. (Andaleeb SS 2001).

3.2.2. Şikayet ve Beklenti Kavramlarının Hasta Memnuniyeti İle Olan İlişkisi

Hastaneye başvuran hasta/hasta yakınlarının hastane genel işleyişinden, personelinden (doktor, hemşire, memur vb.) beklentileri farklı olabilmektedir. Beklentileri karşılanmayan hasta/hasta yakınları şikayet edebilirler. Şikayet;"hoşnutsuzluk belirten söz veya yazı, sızlanma, yakınma" olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük 2005.)

Beklenti ise, "herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmak" olarak tanımlanmaktadır. (Yılmaz 2001). Genel olarak hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğuna inanılmaktadır.

Yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir (Özmen 1999). Hastanın hemşirelik bakımı ile ilgili beklentileri bu özelliklerinin yanı sıra akraba, arkadaş, yazılı ve sözlü basından edindiği bilgilerden de etkilenmektedir (Yılmaz 2001).

3.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti çok göreceli bir kavramdır ve deneyimlerden, yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerlerden ve verilen hizmetten beklentilerden etkilenmektedir. (Akgün ve diğerleri 1999).

Hasta memnuniyeti iki faktör ile belirlenebilmektedir. Birinci faktör, beklentilerdir. Hasta başvuranların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikler, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır.

İkinci faktör ise, hasta/başvuranın aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar hasta/başvuranın aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü de hasta/başvuranın özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. (Kavuncubaşı 2000)

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik (kişilik, algılama, motivasyon, tutum ve yenilikçilik düzeyi) ve üç temel sosyo-kültürel (sosyal sınıf, kültür ve aile ilişkileri) öğenin hasta memnuniyetini etkilediği görülmektedir. (Engiz 1997)

Bireyin/hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde de gruplandırılabilir.

3.2.4. Hastaya İlişkin Faktörler

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi,sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. (Forbes ve Brown 1995)

Herhangi bir şeyin doğruluğunu kontrol edebilmek için, karşıtının bulunması gerekir. Hipotez testinde de H_0 hipotezinin doğruluğunu kontrol edebilmek için, bu hipotezin karşıtı olan "Alternatif Hipotez" kurulur.H_1 ile gösterilir.

Bir hipotez testi yapılıp H_0 hipotezinin kabulüne ya da reddine karar verildiğinde aşağıdaki dört durumdan birisi söz konusudur.

H_0 gerçekte doğrudur ve kabul edilmiştir.

H_0 gerçekte doğrudur ve red edilmiştir.

H_0 gerçekte yanlıştır ve kabul edilmiştir.

H_0 gerçekte yanlıştır ve red edilmiştir.

3.2.5 Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Yılmaz 2001).

3.2.6 Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Sağlık kurumlarının ulaşabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Sağlık kurumlarının fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır.

Hasta memnuniyetinde etkili olan hastaya ilişkin özellikleri değiştirmek güç olduğuna göre memnuniyeti arttırabilmek için diğer iki faktörün, yani hizmet verenlere ilişkin özelliklerin iyileştirilmesi uzun ve kararlı çalışmalarla başarılabilir. Kuruma ilişkin özelliklerde ise alt yapının düzeltilmesi temel iyileştirici faktör olarak ele alınabilir (Gazi Üniversitesi 1997).

3.2.7. Hasta Memnuniyeti Ölçümü

Hasta memnuniyeti ölçümünü ilk kez Abdellah ve Levine 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik alanında yapmışlar ve hemşirelik bakımından hasta memnuniyeti ile ilgili ilk ölçüm aracını geliştirmişlerdir (Sengin 2001, Merkouris, Ifantopoulos, Lanara 1999).

Hall ve Dornan'ın (1988) 221 çalışmayı içeren metaanalizinde yaygın olarak kullanılan hasta memnuniyeti boyutları "genel kalite, insancıllık (merhamet), teknik beceriler, sonuç, olanaklar, bakımın sürekliliği, ulaşım,

bilgilendirme, maliyet, bürokrasi ve psikososyal problemler"dir. Ancak bu boyutların hangilerinin kullanılması gerektiği konusunda araştırmacılar arasında bir görüş birliği yoktur. (Hall and Donran 1988). Fitzpatrick ve Hopkins (1983) hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin aslında tutarlı olmadığını ya da beklentilerinin farkında olmadıklarını ifade etmektedirler (Fitzpatrick and Hopkins 1983)

Memnuniyet araştırmalarında en yaygın sorun, çok az hastanın verilen bakımı eleştirmesi ve memnuniyetsizlik ifade etmesidir. (Abramowitz S, Cote AA & Berry E 1987)

Diğer bir faktörde "minnet"dir. Hastalar memnun olmasalar bile sağlıkları ile ilgili hizmet aldıkları için sağlık personeline minnet duymakta ve olumsuz görüş bildirmemektedir. Bazen de hastalar bazı problemlerin çözülemeyecek kadar büyük olduğunu düşündükleri için doğru yanıtlar vermemektedirler. (Sitzia and Wood 1997)

Hasta memnuniyeti konusunda geçerli bir teorinin olmaması, hasta memnuniyeti kavramının incelenmesindeki zorlukları arttırmaktadır. Son yıllarda bu konuda yapılan çalışmalar sayıca artmasına karşın kavramsal zorluklar devam etmektedir (Avis, Bond, Arthur 1995)

3.2.8.Hasta Memnuniyet Anketleri

Polikliniğe başvuran hastalara "Poliklinik Hizmetleri Hasta Memnuniyet Anketi" ve yatarak tedavi olan hastalara yönelik ise "Yatan Hasta Hizmetleri Hasta Memnuniyet Anketi" düzenlenmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1.HASTA MEMNUNİYETİNE YÖNELİK İSTATİSTİKSEL ANALİZLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

4.2.Araştırmanın Konusu ve Önemi

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmekte olup ölçülmesi yararlı ve gereklidir. Hasta memnuniyeti sonuçları, kalite değerlendirmesinde, sağlık bakım hizmetlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde çok önemlidir. Bu nedenle hastanın beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hasta (yatan / poliklinik) memnuniyeti üzerine istatistiksel analizler yapılmıştır.

4.3.Araştırmanın Amacı

Bu tez Konya İl Merkezi'ndeki bir hastaneye ayaktan ve yatarak tedavi almak üzere başvuran hasta / hasta yakınlarının verilen hizmetten memnuniyet düzeylerini ve beklentilerini saptamak, şikâyetlerini öğrenmek, hasta tatminini azaltan faktörleri belirlemek, sorunların kaynaklarını araştırmak ve ileride bu sorunların yaşanmasını önlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4.4.Araştırmanın Yöntemi

Araştırma ile ilgili verilerin toplanmasında anket metodu kullanılmıştır. Polikliniğe başvuran hastalara "Poliklinik Hizmetleri Hasta Memnuniyet Anketi" ve yatarak tedavi olan hastalara yönelik ise "Yatan Hasta Hizmetleri Hasta Memnuniyet Anketi" düzenlenmiştir.Anket formu hazırlanırken soruların, cevaplayıcılar tarafından anlaşılır ve net olmasına özen gösterilmiştir. Polikliniğe başvuran ve servislerde yatarak tedavi olan hastalara yatan ve poliklinik sekreterleri aracılığıyla anket formları verilmiş olup uygulanması sağlanmıştır. Hastaların vereceği bilgilerin etki altında kalmadan tarafsız olarak gerçeği yansıtması amacıyla hastanın kendisinin cevaplaması gerektiği iletilerek anketlere ad-soyad yazılmayacağı özellikle vurgulanmıştır. Servis ve poliklinik sekreterleri aracılığıyla toplanan anketlerdeki sonuçlar değerlendirilmiştir.

Ölçek beşli likert tipindedir ve puanın artması doyumun arttığını göstermektedir. Verilerin analizinde ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır.

4.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evreni, polikliniğe başvuran ve yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır.Ocak-Aralık 2008 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 384 hastaya ve yatırılarak tedavi edilen 372 hastaya (toplam 756 hasta) tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak anket uygulanmıştır.

Tabakalı Örneklem: Tabakalandırılabilir yığınlarda kullanılacak en uygun yöntemdir.Dolayısıyla bu yöntemin uygulanabilir tabakalı yığınlarda kullanılması gerekir. Yığının tabakalı yapısından kasıt, birbirine yakın değerlere sahip yığın birimlerinin aynı grupta yer almasıdır. Doğal olarak farklı gruplardaki birimlerde farklılık gösterir ve bu gruplara tabaka diyoruz.Her tabakadan alınan birimler yığını daha iyi temsil eder.(Semiz 2007)

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1) + t^2.p.q}$$

formülü uygulanır. (Karatay)

N = Hasta sayısı (poliklinik, yatan)

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

p = İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı=0,5)

q = İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p=0,5)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d = Örneklem hatası (0,05)

Verilerin analizi, SPSS for windows 13,0 istatistik paket programıyla yapılmıştır. Değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmış olup istatistiksel olarak anlamlılık için $p<0,05$ değeri alınmıştır.

Anket sorularının cevapları bir ölçeği belirlemek için kullanılıyorsa bu durumda anketlerin güvenilirliği Cronbach'ın alfa katsayısı ile belirlenir.

$$CA = (\frac{K}{K-1})\left(\frac{S_T^2 - \sum_{i=1}^{K} S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Bu eşitlikte;

K : soru sayısı,

S_T^2 : Ölçek değerlerinin varyansı,

S_i^2 : i nci sorunun varyansıdır.

Anket sorularına güvenilirlik analizi uygulanmış olup poliklinik anketi için Cronbach Alpha değeri 0,944 ; yatan hasta anketi için Cronbach Alpha değeri 0,964 olarak belirlenmiştir.

4.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Geçerliliği olasılık esaslarına göre araştırılabilen ve bir karar verebilmek için öne sürülen varsayımlara istatistikte "Hipotez" denir.

Örneklem dağılımlarından elde edilen istatistiklere bağlı kalınarak, örneklem dağılımının parametresi bilinen kitleye ait olup olamadığı araştırılır. Hipotezlerin örneklem yardımıyla incelenmesine "Önem Kontrolü ya da Hipotez Testi" denir.

Herhangi bir şeyin doğruluğunu kontrol edebilmek için, karşıtının bulunması gerekir. Hipotez testinde de H_0 hipotezinin doğruluğunu kontrol edebilmek için, bu hipotezin karşıtı olan "Alternatif Hipotez" kurulur.H1 ile gösterilir.

Bir hipotez testi yapılıp H_0 hipotezinin kabulüne ya da reddine karar verildiğinde aşağıdaki dört durumdan birisi söz konusudur.

H_0 gerçekte doğrudur ve kabul edilmiştir.

H_0 gerçekte doğrudur ve red edilmiştir.

H_0 gerçekte yanlıştır ve kabul edilmiştir.

H_0 gerçekte yanlıştır ve red edilmiştir.

	H_0 Doğru	**H_0 Yanlış**
H_0 Kabul	Uygun Karar	II.Tip Hata
H_0 Red	I.Tip Hata	Uygun Karar

İki tip hata oluşmuştur.

I.Tip Hata: H_0 gerçekte doğru iken red edilirse I.Tip hata oluşur.Bu hatanın oluşması olasılığı α 'dır.Bu olasılık;

$$P\ (\text{I.Tip Hata}) = P\ (H_0 \text{ Red} / H_0 \text{ Doğru}) = \alpha$$

olarak gösterilebilir.

$(1-\alpha)$ = Güven düzeyi

$$= 1 - P\ (\text{I.Tip Hata})$$

$$= P\ (H_0 \text{ Kabul} / H_0 \text{ Doğru})$$

II.Tip Hata: H_0 gerçekte yanlış iken kabul edilirse, II.Tip Hata oluşur.Bu hatanın oluşması olasılığı β'dır.Bu olasılık,

$$P\ (\text{II.Tip Hata}) = P\ (H_0 \text{ Kabul} / H_0 \text{ yanlış}) = \beta$$

olarak gösterilebilir.

$(1-\beta)$, testin gücü olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle, H_0 hipotezini red etme olasılığıdır ve

$$\text{Testin Gücü} = P\ (H_0 \text{ Red} / H_0 \text{ yanlış}) = 1 - \beta$$

olarak verilebilir.

α, testin anlamlılık düzeyi olarak da adlandırılır. α ve β yanılgılarının artması ya da azalması örneklem genişliğine bağlıdır. Hipotez

testlerinde genellikle dikkat I.tip hata üzerinde toplanır ve gerçekte doğru olan bir hipotezi red eder duruma düşmemek için çoğunlukla α=0,05 ya da α=0,01 gibi küçük bir olasılık olarak saptanır.(Apaydın, Kutsal, Atakan 1994)

Ki-kare Bağımsızlık Testi:

Biri sınıflama diğeri sıralama veya ikisi de sınıflama düzeyinde ölçülen iki değişken arasında ilişki olup olmadığının veya bunların bağımsız olup olmadığının ortaya çıkartılması için ki-kare (χ^2) test istatistiği kullanılır.Anketimizde de cinsiyet,yaş gruplarına göre yatan ve poliklinik anket sorularının arasında ilişki olup olmadığı bakıldı.Sözü edilen değişkenlerin ikisinin de sınıflama düzeyinde ya da birinin sınıflama diğerinin sıralama düzeyinde ölçülmüş olması gerekir.Bağımsızlık için ki-kare testinde hipotezler,

H_0: Değişkenler birbirinden bağımsızdır.

H_1: Değişkenler birbirinden bağımsız değildir.

biçiminde ifade edilir.(Gamgam, Altunkaynak 2008)

Poliklinik ve yatan hasta memnuniyet anketlerini Demografik Özellikler ve Genel Hizmet Değerlendirme Bilgileri olmak üzere iki başlık altında değerlendirebiliriz. Demografik özellikler aşağıdaki çizelgede belirtilmiştir.

A. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yatan ve Poliklinik Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, oturulan yer ve bağlı olunan Sosyal Güvenlik Kurumuna göre demografik özellikleri değerlendirilmiştir.

A. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çizelge 1. Yatan ve Poliklinik Hastaların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Demografik Özellikler		Poliklinik Hastalar		Yatan Hastalar	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	186	50	226	61
	Erkek	190	51	144	39
Yaş	0-20	24	6,6	21	6
	20-34	196	53,7	164	45
	35-50	100	27,4	79	22
	51+	45	12,3	100	27
Eğitim	Okuma yazma bilmiyor	7	2	21	6
	İlköğretim	112	31	201	56
	Lise	119	33	66	18
	Üniversite ve üstü	118	33	73	20
Medeni Durumu	Bekar	66	19	55	16
	Evli	266	76	284	80
	Ayrı Yaşıyor	6	2	6	2
	Dul	11	3	9	2
Meslek	Öğretmen	27	12	16	6
	Memur	20	9	14	5
	Öğrenci	26	11	15	6
	Emekli	12	5	21	8
	İşçi	3	1	12	5
	Ev Hanımı	62	27	117	45
	*Diğer	80	35	64	25
Oturulan yer	Konya	267	73	225	64
	Konya ilçe ve köyleri	80	22	96	27
	**Diğer	20	5	33	9
Bağlı Olunan Soysal Güvenlik Kurumu	Emekli Sandığı	83	22	87	24
	SSK	152	40	122	34
	Bağ-kur	92	24	113	31
	Yeşil-Kart	5	1	13	4
	Resmi	22	6	9	2
	Özel Sigorta	8	2	3	1
	Ücretli	14	4	13	4
	***Diğer	1	,3	2	1

Diğer: Serbest çalışan, doktor vb. ****Diğer:** Şehir Dışı *****Diğer:** Banka, Gazi ve Yakınları vb.

Çizelge 2. Yatan ve Poliklinik Hastaların hastaneyi tercih etme durumlarının değerlendirilmesi

		Poliklinik Hastalar		***Yatan Hastalar***	
		n	**%**	**n**	**%**
Hastaneyi tercih etme nedeni	Eski hastanızım.	100	12	87	10
	Doktorumu tanıyorum.	80	10	100	12
	Olumlu tavsiyelerden etkilendim.	133	16	122	14
	Başkaları tarafından acilen getirildim.	8	1	28	3
	Rastgele kendi seçimim.	36	4	31	4
	Hastanede bir yakınım çalışıyor.	36	4	26	3
	Çalıştığım kamu kuruluşu sevk etti.	6	1	6	1
	Bu hastane ile anlaşmalı özel sigortam var.	19	2	13	2
	Evime/işyerime yakın olduğu için	38	4	17	2
	Üniversite hastanesi olduğu için	83	10	91	11
	Daha temiz, bakımlı ve modern olduğu için	167	20	184	22
	Tanı ve tedavi imkanlarının daha fazla olması	132	16	145	17

YATAN HASTA HİZMETLERİ HASTA MEMNUNİYET ANKET DEĞERLENDİRMELERİ

B. GENEL HİZMET DEĞERLENDİRME BİLGİLERİ

Genel hizmet değerlendirme sorularını Kurum Ev İdaresi Hizmetleri, Doktorluk Hizmetleri, Güvenlik Hizmetleri, Hasta Kabul Hizmetleri, Hasta ve Halkla İlişkiler, Beslenme ve Diyet Hizmetleri, Radyoloji Hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri, Teknik Bakım Onarım Hizmetleri, Kantin Hizmetleri, Hastane ve Hizmetleri Hakkında Genel Sorular olmak üzere başlıklar halinde gruplayabiliriz.

1. Kurum Ev İdaresi Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile oda temizliğini yapan yardımcı personellerin yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile oda temizliğini yapan yardımcı personellerin yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 3. Oda temizliğinizde yardımcı personellerin hastaya yaklaşımlarının değerlendirilmesi

			Soru 15		*Toplam*	P
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	190	28	218	p =0,600 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	87,2	12,8	100,0	
	Erkek	*n*	115	20	135	
		%	85,2	14,8	100,0	
Toplam		*n*	305	48	353	
		%	86,4	13,6	100,0	

Oda temizliğinde yardımcı personelin yaklaşımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaşlarına göre dağılımları ile oda temizliğini yapan yardımcı personellerin yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaşlarına göre dağılımları ile oda temizliğini yapan yardımcı personellerin yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 15		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	20	0	20	p =0,081 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	100	0	100	
	20-34	*n*	128	28	156	
		%	82,1	17,9	100,0	
	35-50	*n*	67	9	76	
		%	88,2	11,8	100,0	
	51>	*n*	86	10	96	
		%	89,6	10,4	100,0	
Toplam		*n*	301	47	348	
		%	86,5	13,5	100,0	

Oda temizliğinde yardımcı personelin yaklaşımı ile hastaların yaş dağılımları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile yardımcı personellerin sunduğu hizmet birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile yardımcı personellerin sunduğu hizmet birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 4. İhtiyaç durumunda yardımcı personellerin hastalara sunduğu hizmetin değerlendirilmesi

			Soru 16		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	195	28	223	p =0,337 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	87,4	12,6	100,0	
	Erkek	*n*	114	22	136	
		%	83,8	16,2	100,0	
Toplam		*n*	309	50	359	
		%	86,1	13,9	100,0	

İhtiyaç durumunda yardımcı personellerimizin hastaya sunduğu hizmet ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaşlarına göre dağılımları ile yardımcı personellerin sunduğu hizmet birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların yaşlarına göre dağılımları ile yardımcı personellerin sunduğu hizmet birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 16		*Toplam*	P
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	20	0	20	p =0,005 α=0,05 p< α H$_0$ red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	127	32	159	
		%	79,9	20,1	100,0	
	35-50	*n*	72	5	77	
		%	93,5	6,5	100,0	
	51>	*n*	86	11	97	
		%	88,7	11,3	100,0	
Toplam		*n*	305	48	353	
		%	86,4	13,6	100,0	

İhtiyaç durumunda yardımcı personellerimizin hastalara sunduğu hizmet ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile odaların temizliği ve bakımı birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile odaların temizliği ve bakımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 5. Oda ve yatağın temizlik ve bakımının değerlendirilmesi

			Soru 17		*Toplam*	p
			Mükemmel	***Kötü***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	197	24	221	p =0,567 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	89,1	10,9	100,0	
	Erkek	***n***	115	17	132	
		%	87,1	12,9	100,0	
Toplam		***n***	312	41	353	
		%	88,4	11,6	100,0	

Hasta Odaları ve yatağın temizliği ve bakımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile odaların temizliği ve bakımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile odaların temizliği ve bakımı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 17		*Toplam*	p
			Mükemmel	***Kötü***		
Yaş	***<20***	***n***	20	0	20	p =0,004 α=0,05 p< α H_0 red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	***n***	127	29	156	
		%	81,4	18,6	100,0	
	35-50	***n***	72	5	77	
		%	93,5	6,5	100,0	
	51>	***n***	89	7	96	
		%	92,7	7,3	100,0	
Toplam		***n***	308	41	349	
		%	88,3	11,7	100,0	

Hasta Odaları ve yatağın temizliği ve bakımı ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir.

2. Doktorluk Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların hastalara yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların hastalara yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir

Çizelge 6. Doktorların hastaya yaklaşımlarının değerlendirilmesi

			Soru 6		*Toplam*	p
			Mükemmel	***Kötü***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	200	26	226	p =0,524 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	88,5	11,5	100,0	
	Erkek	***n***	119	19	138	
		%	86,2	13,8	100,0	
Toplam		***n***	319	45	364	
		%	87,6	12,4	100,0	

Doktorların hastaya yaklaşımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların hastalara yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların hastalara yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir**.**

			Soru 6		*Toplam*	p
			Mükemmel	***Kötü***		
Yaş	***<20***	***n***	20	1	21	p =0,006 α=0,05 p< α H$_0$ red
		%	95,2	4,8	100,0	
	20-34	***n***	131	30	161	
		%	81,4	18,6	100,0	
	35-50	***n***	74	4	78	
		%	94,9	5,1	100,0	
	51>	***n***	90	8	98	
		%	91,8	8,2	100,0	
Toplam		***n***	315	43	358	
		%	88,0	12,0	100,0	

Doktorların hastaya yaklaşımı ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir**.**

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların hasta odalarını ziyaret etme sıklığı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların hasta odalarını ziyaret etme sıklığı birbirinden bağımsız değildir**.**

Çizelge 7. Doktorların hasta odalarını ziyaret etme sıklığının değerlendirilmesi

			Soru 7					*Toplam*	p
			Mükemmel	*İyi*	*Normal*	*Zayıf*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	114	82	21	7	2	226	p =0,117 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	50,4	36,3	9,3	3,1	,9	100,0	
	Erkek	*n*	51	62	15	7	2	137	
		%	37,2	45,3	10,9	5,1	1,5	100,0	
Toplam		*n*	165	144	36	14	4	363	
		%	45,5	39,7	9,9	3,9	1,1	100,0	

Doktorların servislerdeki yatan hastaları ziyaret etme sıklığı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların hasta odalarını ziyaret etme sıklığı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların hasta odalarını ziyaret etme sıklığı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 7		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	21	0	21	p =0,00 α=0,05 p< α H$_0$ red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	121	40	161	
		%	75,2	24,8	100,0	
	35-50	*n*	71	7	78	
		%	91,0	9,0	100,0	
	51>	*n*	92	6	98	
		%	93,9	6,1	100,0	
Toplam		*n*	305	53	358	
		%	85,2	14,8	100,0	

Doktorların servislerdeki yatan hastaları ziyaret etme sıklığı ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların hastaları tedavileri konusunda bilgilendirmesi birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların hastaları tedavileri konusunda bilgilendirmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 8. Doktorların hastayı, hastalığı ve uygulanan tedavisi hakkında bilgilendirme yapmasının değerlendirilmesi

			Soru 8			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	193	20	10	223	p =0,117 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	86,5	9,0	4,5	100,0	
	Erkek	*n*	112	19	6	137	
		%	81,8	13,9	4,4	100,0	
Toplam		*n*	305	39	16	360	
		%	84,7	10,8	4,4	100,0	

Doktorların hastayı, hastalığı ve uygulanan tedavisi hakkında bilgilendirmesi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.
H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların hastaları tedavileri konusunda bilgilendirmesi birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların hastaları tedavileri konusunda bilgilendirmesi birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 8		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	20	0	20	p =0,051 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	128	33	161	
		%	79,5	20,5	100,0	
	35-50	*n*	66	10	76	
		%	86,8	13,2	100,0	
	51>	*n*	85	12	97	
		%	87,6	12,4	100,0	
Toplam		*n*	299	55	354	
		%	84,5	15,5	100,0	

Doktorların hastayı, hastalığı ve uygulanan tedavisi hakkında bilgilendirmesi ile hastaların yaşları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında bilgi alabilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında bilgi alabilmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 9. Hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında doktordan bilgi alabilmesinin değerlendirilmesi

			Soru 9			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	195	19	6	220	p =0,179 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	88,6	8,6	2,7	100,0	
	Erkek	*n*	112	20	5	137	
		%	81,8	14,6	3,6	100,0	
Toplam		*n*	307	39	11	357	
		%	86,0	10,9	3,1	100,0	

Hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında doktordan bilgi alabilmesi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında bilgi alabilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında bilgi alabilmesi birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 9		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	20	1	21	p =0,162 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	95,2	4,8	100,0	
	20-34	*n*	127	29	156	
		%	81,4	18,6	100,0	
	35-50	*n*	68	8	76	
		%	89,5	10,5	100,0	
	51>	*n*	86	12	98	
		%	87,8	12,2	100,0	
Toplam		*n*	301	50	351	
		%	85,8	14,2	100,0	

Hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında doktordan bilgi alabilmesi ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile yapılan tedavinin başarısı, yeterliliği birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile yapılan tedavinin başarısı, yeterliliği birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 10. Yapılan tedavinin başarısı ve yeterliliğinin değerlendirilmesi

			Soru 10		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	191	19	210	p =0,586 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	91,0	9,0	100,0	
	Erkek	*n*	115	14	129	
		%	89,1	10,9	100,0	
Toplam		*n*	306	33	339	
		%	90,3	9,7	100,0	

Yapılan tedavinin başarısı, yeterliliği ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaşlarına göre dağılımları ile yapılan tedavinin başarısı, yeterliliği birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaşlarına göre dağılımları ile yapılan tedavinin başarısı, yeterliliği birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 10		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	20	0	20	p =0,035 α=0,05 p< α H$_0$ red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	125	22	147	
		%	85,0	15,0	100,0	
	35-50	*n*	68	5	73	
		%	93,2	6,8	100,0	
	51>	*n*	89	6	95	
		%	93,7	6,3	100,0	
Toplam		*n*	302	33	335	
		%	90,1	9,9	100,0	

Yapılan tedavinin başarısı, yeterliliği ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorun taburcu olduktan sonraki bakımı hakkında bilgi vermesi birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorun taburcu olduktan sonraki bakımı hakkında bilgi vermesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 11. Taburcu olduktan sonraki bakım konusunda doktorların hastayı bilgilendirmesinin değerlendirilmesi

			Soru 29		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	161	21	182	p =0,890 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	88,5	11,5	100,0	
	Erkek	*n*	97	12	109	
		%	89,0	11,0	100,0	
Toplam		*n*	258	33	291	
		%	88,7	11,3	100,0	

Doktorun taburcu olduktan sonraki bakımı konusunda hastayı bilgilendirmesi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorun taburcu olduktan sonraki bakımı hakkında bilgi vermesi birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorun taburcu olduktan sonraki bakımı hakkında bilgi vermesi birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 29		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	16	0	16	p =0,115 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	117	22	139	
		%	84,2	15,8	100,0	
	35-50	*n*	55	5	60	
		%	91,7	8,3	100,0	
	51>	*n*	66	6	72	
		%	91,7	8,3	100,0	
Toplam		*n*	254	33	287	
		%	88,5	11,5	100,0	

Doktorun taburcu olduktan sonraki bakımı konusunda hastayı bilgilendirmesi ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

3. Güvenlik Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 12. Güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımlarının değerlendirilmesi

			Soru 20			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	177	23	15	215	p =0,038 α=0,05 p< α H0 red
		%	82,3	10,7	7,0	100,0	
	Erkek	*n*	103	25	4	132	
		%	78,0	18,9	3,0	100,0	
Toplam		*n*	280	48	19	347	
		%	80,7	13,8	5,5	100,0	

Güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 20		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	18	1	19	p =0,010 α=0,05 p< α H0 red
		%	94,7	5,3	100,0	
	20-34	*n*	112	42	154	
		%	72,7	27,3	100,0	
	35-50	*n*	63	11	74	
		%	85,1	14,9	100,0	
	51>	*n*	82	13	95	
		%	86,3	13,7	100,0	
Toplam		*n*	275	67	342	
		%	80,4	19,6	100,0	

Güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımı ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

4. Hasta Kabul Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 13. Hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızının değerlendirilmesi

			Soru 3					*Toplam*	p
			Mükemmel	*İyi*	*Normal*	*Zayıf*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	53	96	25	8	6	188	p =0,488 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	28,2	51,1	13,3	4,3	3,2	100,0	
	Erkek	*n*	43	52	18	7	2	122	
		%	35,2	42,6	14,8	5,7	1,6	100,0	
Toplam		*n*	96	148	43	15	8	310	
		%	31,0	47,7	13,9	4,8	2,6	100,0	

Hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 3		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	15	3	18	p =0,001 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	83,3	16,7	100,0	
	20-34	*n*	91	44	135	
		%	67,4	32,6	100,0	
	35-50	*n*	57	9	66	
		%	86,4	13,6	100,0	
	51>	*n*	76	10	86	
		%	88,4	11,6	100,0	
Toplam		*n*	239	66	305	
		%	78,4	21,6	100,0	

Hasta yatış işlemlerinin tamamlanma hızı ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yatış personelinin yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yatış personelinin yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 14. **Hasta yatış personelinin hastaya karşı yaklaşımının (kibar, yardımsever, güler yüzlü) değerlendirilmesi**

			Soru 4					*Toplam*	p
			Mükemmel	*İyi*	*Normal*	*Zayıf*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	77	104	26	6	4	217	p =0,426 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	35,5	47,9	12,0	2,8	1,8	100,0	
	Erkek	*n*	40	67	13	8	4	132	
		%	30,3	50,8	9,8	6,1	3,0	100,0	
Toplam		*n*	117	171	39	14	8	349	
		%	33,5	49,0	11,2	4,0	2,3	100,0	

Hasta yatış personelinin hastaya karşı yaklaşımı (kibar, yardımsever,güler yüzlü) ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yatış personelinin yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yatış personelinin yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 4		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	18	3	21	p =0,001 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	85,7	14,3	100,0	
	20-34	*n*	117	42	159	
		%	73,6	26,4	100,0	
	35-50	*n*	69	5	74	
		%	93,2	6,8	100,0	
	51>	*n*	79	11	90	
		%	87,8	12,2	100,0	
Toplam		*n*	283	61	344	
		%	82,3	17,7	100,0	

Hasta yatış personelinin hastaya karşı yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 15. **Hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesinin değerlendirilmesi**

			Soru 5			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	179	33	7	219	p =0,618 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	81,7	15,1	3,2	100,0	
	Erkek	*n*	106	19	7	132	
		%	80,3	14,4	5,3	100,0	
Toplam		*n*	285	52	14	351	
		%	81,2	14,8	4,0	100,0	

Hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesi birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 5		*Toplam*	P
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	18	2	20	p =0,004 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	90,0	10,0	100,0	
	20-34	*n*	116	42	158	
		%	73,4	26,6	100,0	
	35-50	*n*	64	11	75	
		%	85,3	14,7	100,0	
	51>	*n*	83	9	92	
		%	90,2	9,8	100,0	
Toplam		*n*	281	64	345	
		%	81,4	18,6	100,0	

Hasta yatış işlemleri sırasında hastanın bilgilendirilmesi ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 16. **Kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımlarının değerlendirilmesi**

			Soru 21			***Toplam***	**p**
			Mükemmel	***Normal***	***Kötü***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	180	26	7	213	p =0,309 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	84,5	12,2	3,3	100,0	
	Erkek	***n***	104	24	4	132	
		%	78,8	18,2	3,0	100,0	
Toplam		***n***	284	50	11	345	
		%	82,3	14,5	3,2	100,0	

Kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 21		***Toplam***	**P**
			Mükemmel	***Kötü***		
Yaş	***<20***	***n***	19	0	19	p =0,048 α=0,05 p< α H_0 red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	***n***	121	35	156	
		%	77,6	22,4	100,0	
	35-50	***n***	63	9	72	
		%	87,5	12,5	100,0	
	51>	***n***	78	16	94	
		%	83,0	17,0	100,0	
Toplam		***n***	281	60	341	
		%	82,4	17,6	100,0	

Kat sekreterlerinin hastaya yaklaşımı ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile taburculuk hizmetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile taburculuk hizmetleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 17. **Taburculuk hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi**

			Soru 32		***Toplam***	**p**
			Mükemmel	***Kötü***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	130	24	154	p =0,316 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	84,4	15,6	100,0	
	Erkek	***n***	86	22	108	
		%	79,6	20,4	100,0	
Toplam		***n***	216	46	262	
		%	82,4	17,6	100,0	

Taburculuk hizmetlerinin kalitesi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile taburculuk hizmetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile taburculuk hizmetleri birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 32		***Toplam***	**P**
			Mükemmel	***Kötü***		
Yaş	***<20***	***n***	11	2	13	p =0,128 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	84,6	15,4	100,0	
	20-34	***n***	94	30	124	
		%	75,8	24,2	100,0	
	35-50	***n***	46	7	53	
		%	86,8	13,2	100,0	
	51>	***n***	59	8	67	
		%	88,1	11,9	100,0	
Toplam		***n***	210	47	257	
		%	81,7	18,3	100,0	

Taburculuk hizmetlerinin kalitesi ile hastaların yaşları birbirinden bağımsızdır.

5. Hasta ve Halkla İlişkiler

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile telefon operatörlerinin yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile telefon operatörlerinin yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 18. Telefon operatörlerinin yaklaşımlarının değerlendirilmesi

			Soru 23		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	163	24	187	p =0,365 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	87,2	12,8	100,0	
	Erkek	*n*	101	20	121	
		%	83,5	16,5	100,0	
Toplam		*n*	264	44	308	
		%	85,7	14,3	100,0	

Telefon operatörlerimizin yaklaşımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile telefon operatörlerinin yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile telefon operatörlerinin yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 23		*Toplam*	P
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	14	2	16	p =0,032 α=0,05 p<α H_0 red
		%	87,5	12,5	100,0	
	20-34	*n*	104	28	132	
		%	78,8	21,2	100,0	
	35-50	*n*	62	5	67	
		%	92,5	7,5	100,0	
	51>	*n*	79	9	88	
		%	89,8	10,2	100,0	
Toplam		*n*	259	44	303	
		%	85,5	14,5	100,0	

Telefon operatörlerimizin yaklaşımı ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile halkla ilişkiler hizmetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile halkla ilişkiler hizmetleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 19. Halkla İlişkiler hizmetlerinin değerlendirilmesi (çözüm odaklı, önerileriniz değerlendirilmeniz, kibar)

			Soru 31			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	139	28	4	171	p =0,445 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	81,3	16,4	2,3	100,0	
	Erkek	*n*	85	22	5	112	
		%	75,9	19,6	4,5	100,0	
Toplam		*n*	224	50	9	283	
		%	79,2	17,7	3,2	100,0	

Halkla İlişkiler hizmetlerimiz (çözüm odaklı, önerileriniz değerlendirilmeniz ,kibar) ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile halkla ilişkiler hizmetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile halkla ilişkiler hizmetleri birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 31			
			Mükemmel	*Kötü*	*Toplam*	p
Yaş	*<20*	*n*	13	2	15	p =0,002 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	86,7	13,3	100,0	
	20-34	*n*	87	40	127	
		%	68,5	31,5	100,0	
	35-50	*n*	52	9	61	
		%	85,2	14,8	100,0	
	51>	*n*	67	8	75	
		%	89,3	10,7	100,0	
Toplam		*n*	219	59	278	
		%	78,8	21,2	100,0	

Halkla İlişkiler hizmetlerimiz(çözüm odaklı, önerileriniz değerlendirilmeniz, kibar) ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir.

6. Beslenme ve Diyet Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile diyet uzmanının hasta diyetine ilişkin bilgilendirme yapması birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile diyet uzmanının hasta diyetine ilişkin bilgilendirme yapması birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 20. Diyet uzmanının diyetine ilişkin hastayı bilgilendirmesinin değerlendirilmesi

			Soru 24		Toplam	p
			Mükemmel	Kötü		
Cinsiyet	Kadın	*n*	138	20	158	p =0,007 α=0,05 p<α H_0 red
		%	87,3	12,7	100,0	
	Erkek	*n*	78	27	105	
		%	74,3	25,7	100,0	
Toplam		*n*	216	47	263	
		%	82,1	17,9	100,0	

Diyet uzmanının hastayı diyetiyle ilgili bilgilendirmesi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile diyet uzmanının hasta diyetine ilişkin bilgilendirme yapması birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile diyet uzmanının hasta diyetine ilişkin bilgilendirme yapması birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 24		Toplam	p
			Mükemmel	Kötü		
Yaş	<20	*n*	9	4	13	p =0,073 α=0,05 p>α H_0 red edilemez
		%	69,2	30,8	100,0	
	20-34	*n*	86	25	111	
		%	77,5	22,5	100,0	
	35-50	*n*	49	5	54	
		%	90,7	9,3	100,0	
	51>	*n*	70	11	81	
		%	86,4	13,6	100,0	
Toplam		*n*	214	45	259	
		%	82,6	17,4	100,0	

Diyet uzmanının hastayı diyetiyle ilgili bilgilendirmesi ile hastaların yaşları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliği birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliği birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 21. **Hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliğinin değerlendirilmesi**

			Soru 25					*Toplam*	**p**
			Mükemmel	***İyi***	***Normal***	***Zayıf***	***Kötü***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	61	79	31	12	1	184	p =0,157 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	33,2	42,9	16,8	6,5	,5	100,0	
	Erkek	***n***	35	46	24	5	5	115	
		%	30,4	40,0	20,9	4,3	4,3	100,0	
Toplam		***n***	96	125	55	17	6	299	
		%	32,1	41,8	18,4	5,7	2,0	100,0	

Hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliği ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliği birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliği birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 25		*Toplam*	**p**
			Mükemmel	***Kötü***		
Yaş	***<20***	***n***	19	0	19	p =0,048 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	***n***	121	35	156	
		%	77,6	22,4	100,0	
	35-50	***n***	63	9	72	
		%	87,5	12,5	100,0	
	51>	***n***	78	16	94	
		%	83,0	17,0	100,0	
Toplam		***n***	281	60	341	
		%	82,4	17,6	100,0	

Hastaya gelen yemek miktarlarının yeterliliği ile hastaların yaşları birbirinden bağımsız değildir.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaya yemeklerin sunuluş biçimi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaya yemeklerin sunuluş biçimi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 22. **Hasta yemeklerinin sunuluş biçiminin değerlendirilmesi**

			Soru 26					***Toplam***	**p**
			Mükemmel	***İyi***	***Normal***	***Zayıf***	***Kötü***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	78	91	30	7	1	207	p =0,010 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	37,7	44,0	14,5	3,4	,5	100,0	
	Erkek	***n***	35	58	22	1	7	123	
		%	28,5	47,2	17,9	,8	5,7	100,0	
Toplam		***n***	113	149	52	8	8	330	
		%	34,2	45,2	15,8	2,4	2,4	100,0	

Hasta yemeklerinin sunuluş biçimi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0 :Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaya yemeklerin sunuluş biçimi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaya yemeklerin sunuluş biçimi birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 26		***Toplam***	**p**
			Mükemmel	***Kötü***		
Yaş	***<20***	***n***	18	2	20	p =0,438 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	90,0	10,0	100,0	
	20-34	***n***	114	33	147	
		%	77,6	22,4	100,0	
	35-50	***n***	59	11	70	
		%	84,3	15,7	100,0	
	51>	***n***	70	19	89	
		%	78,7	21,3	100,0	
Toplam		***n***	261	65	326	
		%	80,1	19,9	100,0	

Hasta yemeklerinin sunuluş biçimi ile hastaların yaşları birbirinden bağımsızdır.

7. Radyoloji Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 23. Radyoloji (Röntgen, USG, vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımlarına göre değerlendirilmesi

			Soru 22			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	168	28	2	198	p =0,006 α=0,05 p<α H_0 red
		%	84,8	14,1	1,0	100,0	
	Erkek	*n*	99	18	10	127	
		%	78,0	14,2	7,9	100,0	
Toplam		*n*	267	46	12	325	
		%	82,2	14,2	3,7	100,0	

Radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 22		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	17	1	18	p =0,119 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	94,4	5,6	100,0	
	20-34	*n*	109	31	140	
		%	77,9	22,1	100,0	
	35-50	*n*	63	8	71	
		%	88,7	11,3	100,0	
	51>	*n*	73	18	91	
		%	80,2	19,8	100,0	
Toplam		*n*	262	58	320	
		%	81,9	18,1	100,0	

Radyoloji (Röntgen,USG,vs.) çalışanlarının hastaya yaklaşımı ile hastaların yaşları birbirinden bağımsızdır.

8. Hemşirelik Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin el becerileri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin el becerileri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 24. Hemşirelerin el becerilerinin değerlendirilmesi

			Soru 11		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	202	19	221	p =0,225 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	91,4	8,6	100,0	
	Erkek	*n*	118	17	135	
		%	87,4	12,6	100,0	
Toplam		*n*	320	36	356	
		%	89,9	10,1	100,0	

Hemşirelerimizin el becerisi ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin el becerileri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin el becerileri birbirinden bağımsız değildir.

			Mükemmel	*Kötü*	*Toplam*	p
Yaş	*<20*	*n*	20	0	20	p =0,127 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	137	20	157	
		%	87,3	12,7	100,0	
	35-50	*n*	67	10	77	
		%	87,0	13,0	100,0	
	51>	*n*	91	6	97	
		%	93,8	6,2	100,0	
Toplam		*n*	315	36	351	
		%	89,7	10,3	100,0	

Hemşirelerimizin el becerisi ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odaya geliş sıklığı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odaya geliş sıklığı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 25. Hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla hasta odasına geliş sıklığının değerlendirilmesi

			Soru 12			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	207	14	3	224	p =0,009 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	92,4	6,3	1,3	100,0	
	Erkek	*n*	115	14	9	138	
		%	83,3	10,1	6,5	100,0	
Toplam		*n*	322	28	12	362	
		%	89,0	7,7	3,3	100,0	

Hemşirelerimizin yardım ve kontrol amacıyla odaya geliş sıklığı ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odaya geliş sıklığı birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin yardım ve kontrol amacıyla odaya geliş sıklığı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 12		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	19	2	21	p =0,520 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	90,5	9,5	100,0	
	20-34	*n*	140	21	161	
		%	87,0	13,0	100,0	
	35-50	*n*	71	5	76	
		%	93,4	6,6	100,0	
	51>	*n*	87	11	98	
		%	88,8	11,2	100,0	
Toplam		*n*	317	39	356	
		%	89,0	11,0	100,0	

Hemşirelerimizin yardım ve kontrol amacıyla odaya geliş sıklığı ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 26. **Hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımlarının değerlendirilmesi**

			Soru 13		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	211	14	225	p =0,023 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	93,8	6,2	100,0	
	Erkek	*n*	118	18	136	
		%	86,8	13,2	100,0	
Toplam		*n*	329	32	32	
		%	91,1	8,9	8,9	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 13		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	21	0	21	p =0,352 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	142	18	160	
		%	88,8	11,3	100,0	
	35-50	*n*	71	6	77	
		%	92,2	7,8	100,0	
	51>	*n*	89	8	97	
		%	91,8	8,2	100,0	
Toplam		*n*	323	32	355	
		%	91,0	9,0	100,0	

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanın kişisel bakımına hemşirelerin gösterdiği itina birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanın kişisel bakımına hemşirelerin gösterdiği itina birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 27. Kişisel bakıma hemşirelerin gösterdiği itinanın (vücut temizliği vb.) değerlendirilmesi

			Soru 14		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	193	23	216	p =0,056 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	89,4	10,6	100,0	
	Erkek	*n*	111	24	135	
		%	82,2	17,8	100,0	
Toplam		*n*	304	47	351	
		%	86,6	13,4	100,0	

Kişisel bakıma hemşirelerin gösterdiği itina (vücut temizliği vb.) ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanın kişisel bakımına hemşirelerin gösterdiği itina birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanın kişisel bakımına hemşirelerin gösterdiği itina birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 14		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	19	1	20	p =0,444 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	95,0	5,0	100,0	
	20-34	*n*	132	23	155	
		%	85,2	14,8	100,0	
	35-50	*n*	63	12	75	
		%	84,0	16,0	100,0	
	51>	*n*	86	10	96	
		%	89,6	10,4	100,0	
Toplam		*n*	300	46	346	
		%	86,7	13,3	100,0	

Kişisel bakıma hemşirelerin gösterdiği itina (vücut temizliği vb.) ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 28. Yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanmasına yönelik değerlendirme

			Soru 27					*Toplam*	p
			Mükemmel	*İyi*	*Normal*	*Zayıf*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	78	97	27	7	3	212	p =0,031 α=0,05 p<α H_0 red
		%	36,8	45,8	12,7	3,3	1,4	100,0	
	Erkek	*n*	37	57	18	15	3	130	
		%	28,5	43,8	13,8	11,5	2,3	100,0	
Toplam		*n*	115	154	45	22	6	342	
		%	33,6	45,0	13,2	6,4	1,8	100,0	

Yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 27			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	19	0	0	19	p =0,002 α=0,05 p<α H_0 red
		%	100,0	,0	,0	100,0	
	20-34	*n*	117	20	18	155	
		%	75,5	12,9	11,6	100,0	
	35-50	*n*	52	17	3	72	
		%	72,2	23,6	4,2	100,0	
	51>	*n*	79	5	7	91	
		%	86,8	5,5	7,7	100,0	
Toplam		*n*	267	42	28	337	
		%	79,2	12,5	8,3	100,0	

Yatılan serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

9. Teknik Bakım ve Onarım Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin genel ısısının uygunluğu birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin genel ısısının uygunluğu birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 29. Hastanenin genel ısı uygunluğunun değerlendirilmesi

			Soru 28			*Toplam*	p
			Mükemmel	*Normal*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	194	17	3	214	p =0,103 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	90,7	7,9	1,4	100,0	
	Erkek	*n*	115	9	7	131	
		%	87,8	6,9	5,3	100,0	
Toplam		*n*	309	26	10	345	
		%	89,6	7,5	2,9	100,0	

Hastanenin genel ısısının uygunluğu ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin genel ısısının uygunluğu birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin genel ısısının uygunluğu birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 28		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	18	1	19	p =0,439 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	94,7	5,3	100,0	
	20-34	*n*	136	21	157	
		%	86,6	13,4	100,0	
	35-50	*n*	67	7	74	
		%	90,5	9,5	100,0	
	51>	*n*	83	7	90	
		%	92,2	7,8	100,0	
Toplam		*n*	304	36	340	
		%	89,4	10,6	100,0	

Hastanenin genel ısısının uygunluğu ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

10. Kantin Hizmetleri

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 30. Kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyet durumunun değerlendirilmesi

			Soru 30		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	150	23	173	p =0,003 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	86,7	13,3	100,0	
	Erkek	*n*	80	30	110	
		%	72,7	27,3	100,0	
Toplam		*n*	230	53	283	
		%	81,3	18,7	100,0	

Kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyet ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 30		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	17	2	19	p =0,089 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	89,5	10,5	100,0	
	20-34	*n*	102	27	129	
		%	79,1	20,9	100,0	
	35-50	*n*	40	14	54	
		%	74,1	25,9	100,0	
	51>	*n*	68	8	76	
		%	89,5	10,5	100,0	
Toplam		*n*	227	51	278	
		%	81,7	18,3	100,0	

Kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyet ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

11. Hastane ve Hizmetleri Hakkında Genel Sorular

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile acil servisten memnuniyetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile acil servisten memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 31. Acil servise gelip yatış yaptıysanız, acil servisten memnuniyet durumunun değerlendirilmesi

			Soru 2					*Toplam*	p
			Mükemmel	*İyi*	*Normal*	*Zayıf*	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	60	73	16	9	5	163	p =0,068 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	36,8	44,8	9,8	5,5	3,1	100,0	
	Erkek	*n*	22	58	9	3	6	98	
		%	22,4	59,2	9,2	3,1	6,1	100,0	
Toplam		*n*	82	131	25	12	11	261	
		%	31,4	50,2	9,6	4,6	4,2	100,0	

Acil servisten memnuniyet ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile acil servisten memnuniyetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile acil servisten memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 2		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	10	1	11	p =0,001 α=0,05 p<α H_0 red
		%	90,9	9,1	100,0	
	20-34	*n*	81	32	113	
		%	71,7	28,3	100,0	
	35-50	*n*	54	6	60	
		%	90,0	10,0	100,0	
	51>	*n*	68	6	74	
		%	91,9	8,1	100,0	
Toplam		*n*	213	45	258	
		%	82,6	17,4	100,0	

Acil servisten memnuniyet ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile ziyaret saatlerinin uygunluğu birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile ziyaret saatlerinin uygunluğu birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 32. Ziyaret Saatlerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

			Soru 18		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	194	23	217	p =0,063 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	89,4	10,6	100,0	
	Erkek	*n*	108	23	131	
		%	82,4	17,6	100,0	
Toplam		*n*	302	46	348	
		%	86,8	13,2	100,0	

Ziyaret saatlerinin uygunluğu ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile ziyaret saatlerinin uygunluğu birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile ziyaret saatlerinin uygunluğu birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 18		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	16	3	19	p =0,063 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	84,2	15,8	100,0	
	20-34	*n*	129	29	158	
		%	81,6	18,4	100,0	
	35-50	*n*	69	5	74	
		%	93,2	6,8	100,0	
	51>	*n*	83	9	92	
		%	90,2	9,8	100,0	
Toplam		*n*	297	46	343	
		%	86,6	13,4	100,0	

Ziyaret saatlerinin uygunluğu ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta odalarında hastaların ihtiyacı olan eşyaların bulunması birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hasta odalarında hastaların ihtiyacı olan eşyaların bulunması birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 33. Servis odalarında ihtiyaç olan eşyaların bulunmasına göre değerlendirilmesi

			Soru 19		Toplam	p
			Mükemmel	Kötü		
Cinsiyet	Kadın	n	195	22	217	p =0,749 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	89,9	10,1	100,0	
	Erkek	n	120	12	132	
		%	90,9	9,1	100,0	
Toplam		n	315	34	349	
		%	90,3	9,7	100,0	

Odanızda ihtiyacınız olan eşyaların bulunması ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta odalarında hastaların ihtiyacı olan eşyaların bulunması birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hasta odalarında hastaların ihtiyacı olan eşyaların bulunması birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 19		Toplam	p
			Mükemmel	Kötü		
Yaş	<20	n	19	0	19	p =0,042 α=0,05 p<α H_0 red
		%	100,0	,0	100,0	
	20-34	n	136	23	159	
		%	85,5	14,5	100,0	
	35-50	n	67	6	73	
		%	91,8	8,2	100,0	
	51>	n	88	5	93	
		%	94,6	5,4	100,0	
Toplam		n	310	34	344	
		%	90,1	9,9	100,0	

Odanızda ihtiyacınız olan eşyaların bulunması ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 34. Hastanenin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyete göre değerlendirilmesi

			Soru 33		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	155	19	174	p =0,018 α=0,05 p<α H$_0$ red
		%	89,1	10,9	100,0	
	Erkek	*n*	94	25	119	
		%	79,0	21,0	100,0	
Toplam		*n*	249	44	293	
		%	85,0	15,0	100,0	

Hastanemizin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet ile hastaların cinsiyeti birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 33		*Toplam*	p
			Mükemmel	*Kötü*		
Yaş	*<20*	*n*	16	2	18	p =0,402 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	88,9	11,1	100,0	
	20-34	*n*	114	25	139	
		%	82,0	18,0	100,0	
	35-50	*n*	51	5	56	
		%	91,1	8,9	100,0	
	51>	*n*	62	13	75	
		%	82,7	17,3	100,0	
Toplam		*n*	243	45	288	
		%	84,4	15,6	100,0	

Hastanemizin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet ile hastaların yaş grupları birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaneyi tercih etmeleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaneyi tercih etmeleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 35. Tekrar ihtiyaç duyulduğunda bu hastanenin tercih edilme durumuna göre değerlendirilmesi

			Soru 34			*Toplam*	p
			Evet	*Kararsızım*	*Hayır*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	159	37	8	204	p =0,139 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	77,9	18,1	3,9	100,0	
	Erkek	*n*	86	28	10	124	
		%	69,4	22,6	8,1	100,0	
Toplam		*n*	245	65	18	328	
		%	74,7	19,8	5,5	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaneyi tercih etmeleri birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaneyi tercih etmeleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaneyi tercih etmeleri birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 34		*Toplam*	p
			Evet	*Hayır*		
Yaş	*<20*	*n*	15	3	18	p =0,109 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	83,3	16,7	100,0	
	20-34	*n*	111	39	150	
		%	74,0	26,0	100,0	
	35-50	*n*	58	10	68	
		%	85,3	14,7	100,0	
	51>	*n*	74	13	87	
		%	85,1	14,9	100,0	
Toplam		*n*	258	65	323	
		%	79,9	20,1	100,0	

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaneyi tercih etmeleri birbirinden bağımsızdır.

H_0: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaneden ayrılırken ki memnuniyetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaneden ayrılırken ki memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 36. Hastaneden Ayrılırken ki Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi

			Soru 35			***Toplam***	**p**
			Memnunum	***Kısmen Memnunum***	***Memnun Değilim***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	180	22	2	204	p =0,035 α=0,05 p<α H_0 red
		%	88,2	10,8	1,0	100,0	
	Erkek	***n***	102	16	7	125	
		%	81,6	12,8	5,6	100,0	
Toplam		***n***	282	38	9	329	
		%	85,7	11,6	2,7	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastaneden ayrılırken ki memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

H_0: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaneden ayrılırken ki memnuniyetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaneden ayrılırken ki memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 35		***Toplam***	**p**
			Memnunum Değilim	***Memnunum***		
Yaş	***<20***	***n***	2	14	16	p =0,013 α=0,05 p<α H_0 red
		%	12,5	87,5	100,0	
	20-34	***n***	26	128	154	
		%	16,9	83,1	100,0	
	35-50	***n***	3	65	68	
		%	4,4	95,6	100,0	
	51>	***n***	5	81	86	
		%	5,8	94,2	100,0	
Toplam		***n***	36	288	324	
		%	11,1	88,9	100,0	

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastaneden ayrılırken ki memnuniyetleri birbirinden bağımsız değildir.

POLİKLİNİK HASTA

A. GENEL HİZMET DEĞERLENDİRME BİLGİLERİ

1. Kurum Ev İdaresi Hizmetleri

H_0 : Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin genel temizliği ve bakımı birbirinden bağımsızdır.
H_1 : Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin genel temizliği ve bakımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 37. Hastanenin genel temizliği ve bakımının değerlendirilmesi

			Soru 25					*Toplam*	p
			Kötü	*Zayıf*	*Normal*	*İyi*	*Mükemmel*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	4	18	43	73	19	157	p =0,639 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	2,5	11,5	27,4	46,5	12,1	100,0	
	Erkek	*n*	3	26	35	78	20	162	
		%	1,9	16,0	21,6	48,1	12,3	100,0	
Toplam		*n*	7	44	78	151	39	319	
		%	2,2	13,8	24,5	47,3	12,2	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanenin genel temizliği ve bakımı birbirinden bağımsızdır.

H_0 : Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin genel temizliği ve bakımı birbirinden bağımsızdır.
H_1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin genel temizliği ve bakımı birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 25			*Toplam*	
			Kötü	*Normal*	*Mükemmel*		
Yaş	*<20*	*n*	2	5	13	20	p =0,381 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	10,0	25,0	65,0	100,0	
	20-34	*n*	29	38	101	168	
		%	17,3	22,6	60,1	100,0	
	35-50	*n*	11	27	44	82	
		%	13,4	32,9	53,7	100,0	
	51>	*n*	8	6	27	41	
		%	19,5	14,6	65,9	100,0	
Toplam		*n*	50	76	185	311	
		%	16,1	24,4	59,5	100,0	

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile hastanenin genel temizliği ve bakımı birbirinden bağımsızdır.

2. Doktorluk Hizmetleri

H_0 : Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların randevu saatine uyması birbirinden bağımsızdır.

H_1 : Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların randevu saatine uyması birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 38. Randevu saatine uyulmasının değerlendirilmesi

			Soru 4					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	1	10	48	85	39	183	p =0,224 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	,5	5,5	26,2	46,4	21,3	100,0	
	Erkek	***n***	7	12	39	85	36	179	
		%	3,9	6,7	21,8	47,5	20,1	100,0	
Toplam		***n***	8	22	87	170	75	362	
		%	2,2	6,1	24,0	47,0	20,7	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile doktorların randevu saatine uyması birbirinden bağımsızdır.

H_0 : Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların randevu saatine uyması birbirinden bağımsızdır.

H_1 : Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların randevu saatine uyması birbirinden bağımsız değildir.

			Soru 4				
			Kötü	***Normal***	***Mükemmel***		
Yaş	***<20***	***n***	3	7	13	23	p =0,162 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	13,0	30,4	56,5	100,0	
	20-34	***n***	16	44	130	190	
		%	8,4	23,2	68,4	100,0	
	35-50	***n***	9	25	60	94	
		%	9,6	26,6	63,8	100,0	
	51>	***n***	0	7	38	45	
		%	,0	15,6	84,4	100,0	
Toplam		***n***	28	83	241	352	
		%	8,0	23,6	68,5	100,0	

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile doktorların randevu saatine uyması birbirinden bağımsızdır.

3. Güvenlik Hizmetleri

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile güvenlik görevlilerimizin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile güvenlik görevlilerimizin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 39. Güvenlik görevlilerinin hastaya yaklaşımlarına göre değerlendirilmesi (kibar, yardımsever, güler yüzlü)

			Soru 23					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	2	9	25	76	49	161	p =0,713 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	1,2	5,6	15,5	47,2	30,4	100,0	
	Erkek	***n***	2	6	26	70	61	165	
		%	1,2	3,6	15,8	42,4	37,0	100,0	
Toplam		***n***	4	15	51	146	110	326	
		%	1,2	4,6	15,6	44,8	33,7	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile güvenlik görevlilerimizin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

4. Hasta Kabul Hizmetleri

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji sekreterliğinin, yapılan işlemler ve yönlendirme konusunda hastayı bilgilendirmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji sekreterliğinin, yapılan işlemler ve yönlendirme konusunda hastayı bilgilendirmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 40. Radyoloji sekreterliğinin, yapılan işlemler ve yönlendirme konusundaki bilgilendirmesinin değerlendirilmesi

			Soru 17					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	5	7	32	90	41	175	p =0,703 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	2,9	4,0	18,3	51,4	23,4	100,0	
	Erkek	***n***	4	11	39	81	40	175	
		%	2,3	6,3	22,3	46,3	22,9	100,0	
Toplam		***n***	9	18	71	171	81	350	
		%	2,6	5,1	20,3	48,9	23,1	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji sekreterliğinin, yapılan işlemler ve yönlendirme konusundaki bilgilendirmesi birbirinden bağımsızdır.

5. Hasta ve Halkla İlişkiler Hizmetleri

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile girişte bulunan danışmanlarımızın yönlendirme, bilgilendirme hizmetleri birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile girişte bulunan danışmanlarımızın yönlendirme, bilgilendirme hizmetleri birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 41. Girişte bulunan danışmanların yönlendirme, bilgilendirme hizmetlerine göre değerlendirilmesi

			Soru 1					*Toplam*	**p**
			Kötü	*Zayıf*	*Normal*	*İyi*	*Mükemmel*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	1	4	38	99	40	182	p =0,493 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	,5	2,2	20,9	54,4	22,0	100,0	
	Erkek	*n*	1	11	35	97	40	184	
		%	,5	6,0	19,0	52,7	21,7	100,0	
Toplam		*n*	2	15	73	196	80	366	
		%	,5	4,1	19,9	53,6	21,9	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile girişte bulunan danışmanlarımızın yönlendirme, bilgilendirme hizmetleri birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile danışma personelimizin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile danışma personelimizin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 42. Danışma personellerinin hastaya yaklaşımlarına göre değerlendirilmesi (kibar, yardımsever, güler yüzlü)

			Soru 2					*Toplam*	**p**
			Kötü	*Zayıf*	*Normal*	*İyi*	*Mükemmel*		
Cinsiyet	*Kadın*	*n*	0	4	27	102	49	182	p =0,104 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	0,0	2,2	14,8	56,0	26,9	100,0	
	Erkek	*n*	0	12	35	88	46	181	
		%	0,0	6,6	19,3	48,6	25,4	100,0	
Toplam		*n*	0	16	62	190	95	363	
		%	0,0	4,4	17,1	52,3	26,2	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile danışma personelimizin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastane kuralları ve işleyişi hakkında bilgilendirici broşürlerin yeterliliği birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastane kuralları ve işleyişi hakkında bilgilendirici broşürlerin yeterliliği birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 43. Hastane kuralları ve işleyişi hakkında bilgilendirici broşürlerin yeterliliğinin değerlendirilmesi

			Soru 24					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	1	4	26	98	37	166	p =0,225 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	,6	2,4	15,7	59,0	22,3	100,0	
	Erkek	***n***	2	10	30	79	43	164	
		%	1,2	6,1	18,3	48,2	26,2	100,0	
Toplam		***n***	3	14	56	177	80	330	
		%	,9	4,2	17,0	53,6	24,2	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastane kuralları ve işleyişi hakkında bilgilendirici broşürlerin yeterliliği birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanemizin hasta şikayetlerine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanemizin hasta şikayetlerine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 44. Hastanenin Hasta Şikayetlerine Gösterdiği Hassasiyete Göre Değerlendirilmesi

			Soru 28					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	0	6	37	89	36	168	p =0,178 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	0,0	3,6	22,0	53,0	21,4	100,0	
	Erkek	***n***	0	14	35	77	44	170	
		%	0,0	8,2	20,6	45,3	25,9	100,0	
Toplam		***n***	0	20	72	166	80	338	
		%	0,0	5,9	21,3	49,1	23,6	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile hastanemizin hasta şikayetlerine gösterdiği hassasiyet birbirinden bağımsızdır.

6. Laboratuar Hizmetleri

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile idrar, kan kültürü gibi tetkiklerin alınması sırasında laboratuar çalışanlarının hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile idrar, kan kültürü gibi tetkiklerin alınması sırasında laboratuar çalışanlarının hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 45. İdrar, kan kültürü gibi tetkiklerin alınması sırasında laboratuar çalışanlarının hastaya yaklaşımlarına göre değerlendirilmesi

			Soru 14					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	1	8	37	100	26	172	p =0,242 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	,6	4,7	21,5	58,1	15,1	100,0	
	Erkek	***n***	3	7	44	83	38	175	
		%	1,7	4,0	25,1	47,4	21,7	100,0	
Toplam		***n***	4	15	81	183	64	347	
		%	1,2	4,3	23,3	52,7	18,4	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile idrar, kan kültürü gibi tetkiklerin alınması sırasında laboratuar çalışanlarının hastaya yaklaşımı birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile laboratuar tetkikleriyle ilgili numune vermek için beklenen süre birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile laboratuar tetkikleriyle ilgili numune vermek için beklenen süre birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 46. Laboratuar tetkikleri ile ilgili numune vermek için beklenen sürenin değerlendirilmesi

			Soru 15					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	5	10	48	89	22	174	p =0,475 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	2,9	5,7	27,6	51,1	12,6	100,0	
	Erkek	***n***	10	16	49	81	20	176	
		%	5,7	9,1	27,8	46,0	11,4	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile laboratuar tetkikleriyle ilgili numune vermek için bekledikleri süre birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile laboratuar hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile laboratuar hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 47. Laboratuar hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesine göre değerlendirilmesi

			Soru 16					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	5	7	32	90	41	175	p =0,703 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	2,9	4,0	18,3	51,4	23,4	100,0	
	Erkek	***n***	4	11	39	81	40	175	
		%	2,3	6,3	22,3	46,3	22,9	100,0	
Toplam		***n***	9	18	71	171	81	350	
		%	2,6	5,1	20,3	48,9	23,1	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile laboratuar hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi birbirinden bağımsızdır.

7. Radyoloji Hizmetleri

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji görevlilerinin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji görevlilerinin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 48. Radyoloji görevlilerinin hastaya yaklaşımına göre değerlendirilmesi (kibar, yardımsever, güler yüzlü)

			Soru 18					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	0	11	27	93	21	152	p =0,396 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	,0	7,2	17,8	61,2	13,8	100,0	
	Erkek	***n***	2	6	32	87	19	146	
		%	1,4	4,1	21,9	59,6	13,0	100,0	
Toplam		***n***	2	17	59	180	40	298	
		%	,7	5,7	19,8	60,4	13,4	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji görevlilerinin hastaya yaklaşımı (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 49. Radyoloji hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesine göre değerlendirilmesi

			Soru 20					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	5	4	34	86	22	151	p =0,088 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	3,3	2,6	22,5	57,0	14,6	100,0	
	Erkek	***n***	1	7	48	69	17	142	
		%	,7	4,9	33,8	48,6	12,0	100,0	
Toplam		***n***	6	11	82	155	39	293	
		%	2,0	3,8	28,0	52,9	13,3	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile radyoloji hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi birbirinden bağımsızdır.

8. Hemşirelik Hizmetleri

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile tetkik ve/veya tedaviyle ilgili hemşire tarafından bilgilendirme yapılması birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile tetkik ve/veya tedaviyle ilgili hemşire tarafından bilgilendirme yapılması birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 50. Hastaların tetkik ve/veya tedavi ile ilgili hemşiresi tarafından bilgilendirmesine göre değerlendirilmesi

			Soru 13					***Toplam***	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	0	6	32	99	37	174	p =0,528 α=0,05 p> α H$_0$ red edilemez
		%	0,0	3,4	18,4	56,9	21,3	100,0	
	Erkek	***n***	0	12	37	97	36	182	
		%	0,0	6,6	20,3	53,3	19,8	100,0	
Toplam		***n***	0	18	69	196	73	356	
		%	0,0	5,1	19,4	55,1	20,5	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile tetkik ve/veya tedaviyle ilgili hemşire tarafından bilgilendirme yapılması birbirinden bağımsızdır.

9. Hastane ve Hizmetleri Hakkında Genel Sorular

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile randevu sisteminin kolaylığı birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile randevu sisteminin kolaylığı birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 51. Randevu Sisteminin Kolaylığına Göre Değerlendirilmesi

			Soru 3					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	0	8	41	82	52	183	p =0,114 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	,0	4,4	22,4	44,8	28,4	100,0	
	Erkek	***n***	6	11	34	82	46	179	
		%	3,4	6,1	19,0	45,8	25,7	100,0	
Toplam		***n***	6	19	75	164	98	362	
		%	1,7	5,2	20,7	45,3	27,1	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile randevu sisteminin kolaylığı birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile tekrar ihtiyaç duyulduğunda bu hastaneyi tercih etme birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile tekrar ihtiyaç duyulduğunda bu hastaneyi tercih etme birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 52. Tekrar ihtiyaç duyulduğunda bu hastaneyi tercih etme durumuna göre değerlendirilmesi

			Soru 30					*Toplam*	**p**
			Kötü	***Zayıf***	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Cinsiyet	***Kadın***	***n***	1	5	23	102	32	163	p =0,249 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
		%	,6	3,1	14,1	62,6	19,6	100,0	
	Erkek	***n***	0	10	33	89	30	162	
		%	,0	6,2	20,4	54,9	18,5	100,0	
Toplam		***n***	1	15	56	191	62	325	
		%	,3	4,6	17,2	58,8	19,1	100,0	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları ile tekrar ihtiyaç duyulduğunda bu hastaneyi tercih etme birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre doktorların yaklaşımları(kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre doktorların yaklaşımları(kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 53.Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların doktorların yaklaşımlarına(kibar, yardımsever, güler yüzlü) göre değerlendirilmesi

		Doktorların yaklaşımı				*Toplam*	p
		Zayıf	*Normal*	*İyi*	*Mükemmel*		
Yatan Hasta	*n*	7	38	126	195	366	p =0,072 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
	%	1,9	10,4	34,4	53,3	100,0	
Poliklinik Hasta	*n*	3	41	158	170	372	
	%	0,8	11,0	42,5	45,7	100,0	
Toplam	*n*	10	79	284	365	738	
	%	1,4	10,7	38,5	49,5	100,0	

Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar ile doktorların yaklaşımları(kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre doktorların uygulanan tedavi hakkında hastayı bilgilendirmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre doktorların uygulanan tedavi hakkında hastayı bilgilendirmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 54. Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara doktorların uyguladıkları tedavi hakkında bilgilendirme yapmasına göre değerlendirilmesi

		Doktorların uygulanan tedavi hakkında hastayı bilgilendirmesi					*Toplam*	p
		Kötü	*Zayıf*	*Normal*	*İyi*	*Mükemmel*		
Yatan Hasta	*n*	6	10	39	138	169	362	p =0,117 α=0,05 p> α H_0 red edilemez
	%	1,7	2,8	10,8	38,1	46,7	100,0	
Poliklinik Hasta	*n*	2	5	45	167	154	373	
	%	0,5	1,3	12,1	44,8	41,3	100,0	
Toplam	*n*	8	15	84	305	323	735	
	%	1,1	2,0	11,4	41,5	43,9	100,0	

Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre doktorların uygulanan tedavi hakkında hastayı bilgilendirmesi birbirinden bağımsızdır.

H_0 :Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin el becerilerinin değerlendirilmesi birbirinden bağımsızdır.

H_1 :Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin el becerilerinin değerlendirilmesi birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 55. Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin el becerilerinin değerlendirilmesi

		Hemşirelerin el becerileri				***Toplam***	**p**
		Zayıf	***Normal***	***İyi***	***Mükemmel***		
Yatan Hasta	***n***	6	30	155	167	358	p =0,00 α=0,05 p< α H_0 red
	%	1,7	8,4	43,3	46,6	100,0	
Poliklinik Hasta	***n***	7	71	191	96	365	
	%	1,9	19,5	52,3	26,3	100,0	
Toplam	***n***	13	101	346	263	723	
	%	1,8	14,0	47,9	36,4	100,0	

Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin el becerilerinin değerlendirilmesi birbirinden bağımsız değildir.Yatan hastaların %46,6 ‘sı, poliklinik hastaların %26,3 ‘ü memnun olduklarını belirtmişlerdir.

H_0: Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin yaklaşımları (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsızdır.

H_1: Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin yaklaşımları (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 56. Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin yaklaşımlarının (kibar, yardımsever, güler yüzlü) değerlendirilmesi

		Hemşirelerin hastalara karşı yaklaşımları (kibar, yardımsever, güler yüzlü)					*Toplam*	p
		Kötü	*Zayıf*	*Normal*	*İyi*	*Mükemmel*		
Yatan Hasta	***n***	1	6	25	125	206	363	p =0,00 α=0,05 p< α H_0 red
	%	0,3	1,7	6,9	34,4	56,7	100,0	
Poliklinik Hasta	***n***	1	8	68	185	107	369	
	%	0,3	2,2	18,4	50,1	29,0	100,0	
Toplam	***n***	2	14	93	310	313	732	
	%	0,3	1,9	12,7	42,3	42,8	100,0	

Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hemşirelerin yaklaşımları (kibar, yardımsever, güler yüzlü) birbirinden bağımsız değildir.Yatan hastaların %56,7 'si, poliklinik hastaların %29,0 'u memnun olduklarını belirtmişlerdir.

H_0: Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar ile hastaneyi tercih etme durumları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar ile hastaneyi tercih etme durumları birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 57. Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hastanenin tercih edilme durumlarının değerlendirilmesi.

		Hastanenin tercih edilmesi			*Toplam*	p
		Evet	*Kararsızım*	*Hayır*		
Yatan Hasta	***n***	247	65	18	330	p =0,00 α=0,05 p<α H_0 red
	%	74,8	19,7	5,5	100,0	
Poliklinik Hasta	***n***	311	26	8	345	
	%	90,1	7,5	2,3	100,0	
Toplam	***n***	558	91	26	675	
	%	82,7	13,5	3,9	100,0	

Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalar ile hastanenin tercih edilme durumları birbirinden bağımsız değildir. Yatan hastaların %74,8 'i, poliklinik hastaların %90,1 'i hastaneyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir

H_0: Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların hastaneden ayrılırken ki memnuniyet durumları birbirinden bağımsızdır.

H_1: Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların hastaneden ayrılırken ki memnuniyet durumları birbirinden bağımsız değildir.

Çizelge 58. Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastalara göre hastaneden ayrılırken ki memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi.

		Hastaneden ayrılırken ki memnuniyet durumu			***Toplam***	**p**
		Evet	***Kararsızım***	***Hayır***		
Yatan Hasta	***n***	284	38	9	331	p =0,286 α=0,05 p>α H_0 red edilemez
	%	85,8	11,5	2,7	100,0	
Poliklinik Hasta	***n***	287	52	6	345	
	%	83,2	15,1	1,7	100,0	
Toplam	***n***	571	90	15	676	
	%	84,5	13,3	2,2	100,0	

Yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların hastaneden ayrılırken ki memnuniyet durumları birbirinden bağımsızdır.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER:

Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin birçok belirleyici unsuru vardır. Memnuniyetin en önemli belirleyicisi hastaların beklentisidir. Hastaların beklentilerini belirleyen faktörler arasında literatürde en önemli gösterge olarak gösterilen cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi ve mesleği bu çalışmada bağımsız değişken olarak ele alınmıştır.

Yatan ve poliklinik hasta memnuniyet anketleri sonucunda; genel memnuniyet oranına göre yatan hastalarımızın poliklinik hastalarımıza göre memnuniyet oranının fazla olduğu tespit edilmiştir. Buna yönelik olarak poliklinik hastalarının memnuniyetlerine yönelik iyileştirici çalışmaların artırılması gerekmektedir.(personelin hasta/hasta yakınlarına yaklaşımı)

Doktor ve hemşire yaklaşımlarının yatan ve poliklinik hizmeti alan hastaların memnuniyeti üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür. Memnuniyet derecesi arttıkça hastaneyi tekrar tercih etme oranı da artmıştır.Poliklinik hastaları yatan hastalara oranla daha çok hastaneyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışan tüm personelin memnuniyet üzerinde büyük etkisi olmasından dolayı bu konu hakkında personele verilen eğitimlerin faydası olduğu görülmüş olup bu tür eğitimlerin devam edilmesi kanısına varılmıştır.

Hastalar, hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun hastanın sorununu dinlemesi,zaman ayırması,hastayı bilgilendirme düzeyi, sağlık ve diğer personelin (sekreter,yardımcı personel vb.) yaklaşımı,bilgilendirmesi, nezaket ve saygı gibi davranışlarını göz önünde tutmak hasta memnuniyeti açısından büyük önem taşımaktadır. Hasta ile doktor arasında güven ve saygıya dayalı olumlu ilişki kurulması durumunda hastaların doktorlarının önerilerine tamamen uyup tedavilerine devam edecekleri kanısına varılmıştır.

Temizlik hizmetleri konusunda yatan hastalar poliklinik hastalarına göre daha memnun olduklarını belirtmişlerdir.Bu durumda polikliniklerin genel temizliğine daha özen gösterilmesi gerekmektedir.

Hasta-hemşire birlikteliğinin odak noktasının ise iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

1) ACUNER, Ş.Akın: Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü, MPM Yayınları Nr:655, Ankara, 2003.

2) ACUNER, Taner: Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Faktörü ve Bir Model Önerisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Trabzon, 1998.

3) AKDUR, Recep, 2000 "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara , 2000.

4) AKGÜN, H.Seval; R. ERDAL,1997 ''Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü'', Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu. 17-18 Ekim. Ankara.

5) AKGÜN, Seval, A.KISA, A.KILIÇ ve G.GÜNSOY,1999 ''Başkent Ü. Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi'', TKY Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu. 22-23 Ekim. Ankara.

6) AKAL, Zühal: "Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri", Verimlilik Dergisi , Özel Sayı, (1995), ss.83-108.

7) ATKİNS PM, Marshall BS & Javalgi RG. Happy employees lead to loyal patients. Journal of Health Care Marketing, 1996; 16 (4): 14-23.

8) ANDALEEB SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. Soc Sci Med, 2001; 52: 1359-1370.

9) ABRAMOWİTZ S, Cote AA & Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. Quality Review Bulletin, 1987; 13 (4), 122-130.

10) AVİS M, Bond M, Arthur A. Satisfaying solutions? a review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. Journal of Advanced Nursing, 1995; 22:316-322.

11) ARDINÇ, K.ve Baş T. Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (müşteri tatmininin) ölçülmesi.Sosyal Bilimler Dergisi. No.4.2001

12) APAYDIN A,Kutsal A,Atakan C, Uygulamalı İstatistik, Ankara,1994

13) BEECH BM. Patient satisfaction and nursing staff work satisfaction in an urban public teaching hospital. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Texas, USA,

14) BULUTOĞLU K., Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Kuramı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1988.

15) BATIREL Ö. F.," Sağlık Hizmetleri ve Politikası", Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt. 3, Sayı. 3, İstanbul, (1986), 171-180.

16) BOUDREAUX ED, Mandry CV, Wood K. Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. Acad EmergMed.

2003;10(3):261-268.

17) CRONİN, J.J.Jr. And Taylor, S.A.(1994), "Servperf vs Servqual: Reconciling Performances Based Perception-Minus-Expectations Measurement of service quality", Journal of Marketing, 58, 125-131.

18) CUSHMAN W. P., BEYRER M. K., Positive Health: Desings for Actions, Marian K. Solleder ve Robert Kaplan, Charless E. Merrill Book, Inc., Ohio, 1965.

19) ENGİZ O. SağlıkHizmetlerinde Hasta tatmini. 2003

20) DONEBEDİAN A. The quality of care: how can it be assesssed? JAMA, 1988; 260 (12): 1743-1748

21) ERKMEN T., Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme, DPT Yayınları, Ankara, Ocak 1973.

22) ESATOĞLU,A. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Doktora Tezi, 1997

23) ENGİZ, Oğuz,1997 "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", Hastane Yöneticiliği. Ed: Hayran, O; Sur, H. Nobel Tıp Kitabevleri. www.merih.net/mı/woguzen21.htm.20.03.2004.

24) FİTZPATRİCK R. and HOPKİNS A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Sociology of Health and Ilness, 1983; 5 (3): 297-311.

25) FİŞEK N.H., Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayınları, No. 2, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.

26) FORBES LM, Brown NH,1995 "Developing a instrument for measuring patient satisfaction", AORN Journal, 61 (4):737-743.

27) GRÖNROOS Christian (1984), "A Service Quality Model and its Marketing Implications", European Journal of Marketing, Vol.18, No.4, pp.36-44.,

28) GÜ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI,1997 "Gazi Hastanesi Polikliniklerinden Hizmet Alanların Memnuniyet Durumları", Ankara.

29) GAMGAM, H. Ve ALTUNKAYNAK B. Parametrik Olmayan Yöntemler,SPSS Uygulamalı Konya, Ağustos, 2008

30) HAYRAN, Osman; H. SUR,1997 "Hastane yöneticiliği", Nobel Tıp Kitapevleri. (Hayran O. "Sağlık Bilimleri Açısından Nedensellik" Toplum ve Hekim, 1992; 51: 47-48.Prof. Dr. Osman Hayran, Sağlık ve Hastalık Kavramları)

31) HOWE, Tony: ISO 9000:1994 Registration in Healtcare Organisations in UK.Çoruh Mithat (ed)..Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, 1997, ss.313-322.

32) HALL JA and Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc

Sci Med, 1988; 27 (6): 637-644.

33) KARABULUT, Muhittin; Tüketici Davranışı: Pazarlama Yeniliklerinin Kabulü ve Yayılışı, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın no:102, Yön Ajans, İstanbul, 1989.

34) KALDER, Toplam Kalite Yönetimi, KalDer Ulusal Kalite Hareketi Eğitim Notları, KalDer, 2001.

35) KURTULMUŞ, Sevgi,1998 "Sağlık Ekonomisi ve Hastane yönetimi" İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayını.

36) KARYAĞDI Nazmi, " Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Vergi İdaresi" , Ankara Sanayi Odası, 2001

37) KAVUNCUBAŞI, Şahin. "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi", Ankara, Mart 2000 Siyasal Kitabevi.

38) KIYMIR, Bülent; Sağlık Kuruluş Kalite Yönetimi 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası. Aydın, Dokuz Eylül Üniversitesi,İzmir, 1995

39) KAVAS,A.,Güdüm,G.:Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması.Dokuz Eylül Üniversitesi I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, 219-229

40) KARATAY, Mahmut, Araştırmada Örnekleme

41) LEEBOV, Wendy; :G. SCOTT,1994 ''Service Quality Improvement. "The Customer Satisfaction Strategy for Healt Care". American Hospital Publishing.Inc.

42) LARRABEE JH. and Bolden LV. Defining patient perceived quality of nursing care. Journal of Nursing Care Quality, 2001; 16 (1): 34-60.

43) MERKOURİS A, Ifantopoulos, J, Lanara V. et al. Patient satisfaction: a key concept for evaluation and improving nursing services. Journal of Nursing Management, 1999; 7 (1): 19-28.

44) MELUM, M.M.,SİNİORİS, K.M., : Total Quality Management:The Health Care Piooners, American Hospital Publishing Inc, 1992.

45) MERYEM Y. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5 (2):69-74.

46) MASAAKİ İMAİ, KAİZEN, Brisa Brdigestone Sabancı Lastik San. Ve Tic. A.Ş. Yayınları, ONK Ajansı, 1.Baskı, 1994, s.XIX-XXV

47) Milli Eğitim Dergisi-sayı:155-156,2002

48) MERKOURİS A., Ifantopoulos J., Lanara V., Lemonidou C.: Patient satisfaction : a key concept for evaluating and improving nursing services. Journal of Nursing Management, 7:19-28, 1999.

49) NEUBERGER J. Do we need a new word for patients? British Medical Journal, 1999; 318:1756-1758.

50) NAZMİ KARYAĞDI'nın Ankara Sanayi Odası'nca 2001'de yayınlanan"Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Vergi İdaresi" isimli eserinden alınmıştır.

51) ODABAŞI, Yavuz: Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri, Der Yayınevi, İstanbul, 1997

52) OKTAY C.: Acil seviste hasta memnuniyeti. Aktüel Tıp Dergisi, 5:54-57, 2000.

53) ÖZTEK Z.,Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.

54) ÖZTÜRK, M. Murat,2002 " Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma" İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

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

56) PERÇİN, Selçuk: Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 1996.

57) PARASURAMAN A, Zeithaml VA, Bery LL, et al: A conceptual model of service quality and its implications for future research. J. Marketing. 1985 ; 49; 41-50

58) RUST, R.T., et Oliver, R.L.(1994), service quality : insights and managerial implications from the frontier, service Quality : New directions in theary and proctice, Eds. Rust R.T. at oliver R.L., Thousand Oaks , CA: sage publications, 1-19.

59) SWAN JE, Sawyer C, Van Maire JG. et al. Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: fulfillment and equity effects. Journal of Healthcare Marketing,1985; 5 (3): 7-18.

60) SENGİN KK. The relationship between job satisfaction of registered nurses and patient satisfaction with nursing care in acute care hospital. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania, USA, 2001. http://proquest.umi.com.

61) SEMİZ, Mustafa, Selçuk Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü, Örnekleme Yöntemleri, Konya, 2007.

62) SELBY P.,Health in 1980-1990: A. Predictive Study Based On and International Inquiry, München: Thür AG Offsetdruck, 1974.

63) SİTZİA J. and Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med, 1997; 45 (12): 1829-1843.

64) ŞİMŞEK, Muhittin: "Toplam Kalite Yönetiminin Amacı ve Felsefesi", Standart Dergisi, Sayı: 468 (Aralık 2000b), ss.20-21.

65) TEAS, K.R. (1993), "Expectations, Performance Evaluation and Cansumers Perceptions of Quality", Journal of Marketing, 57, 18-34

66) Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük, s. 1867, Ankara, 2005.

67) TEKİN F., "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı", Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt. 5, Sayı. 1, Eskişehir, (Haziran, 1987), 263.

68) TOKGÖZ E., Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve istihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981 .

69) TZENG HM and Ketefian S. The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: an exploratory study in a Taiwan teaching hospital. Journal of Nursing Care Quality, 2002; 16 (2): 39-49.

70) TOKEM Y, Kuzeyli YK, Fadıloğlu Ç. Diyaliz hastalarının verilen bakımdan memnun olma durumlarının incelenmesi. Nefroloji hemşireliğidergisi. 2005;temmuz-ekim:49-54

71) TKY ArKom: Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi: Uygulamalar, Sorunlar-Fırsatlar, Öneriler, İstanbul, 1994.

72) Thi PLN, Briançon S, Empereur F. et al. Factors determining inpatient satisfaction with care. Soc Sci Med, 2002; 54: 493-504

73) YILMAZ M.: Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C. Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:69-74, 2001.

74) YEĞİNBOY E. Y., Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi 1, Doğruluk Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., İzmir, 1993.

75) YILMAZ M.: Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:69-74, 2001

İNTERNET KAYNAKLARI

http://www.merih.net/m1/wosmhay11.htm

Dr.Gülten Şimşek,www.muglayenigun.com

www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum

http://tky.8k.com/index.htm

http://www.makaleler.com/oku-kalitenin+tarih%C3%A7esi-nazan baykal

http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm. Güncelleme Tarihi: 06.08.2006

KALDER,www.kalder.org.tr,2001

http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm. Güncelleme Tarihi: 06.08.2006).

EKLER:

YATAN HASTA HİZMETLERİ MEMNUNİYET ANKETİ

Hizmet kalitemizi ve hasta memnuniyetini sürekli yüksek tutabilmemiz ve gelişimimize yönelik uygulamaları yönlendirmek üzere bu anketteki soruları lütfen içten düşünceleriniz doğrultusunda cevaplayınız.Hizmet almadığınız konularla ilgili soruları lütfen boş bırakınız.

İlginiz için Teşekkürler;

A) TANIMLAYICI BİLGİLER

Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

Yaşınız: ( ) 20 yaşın altı ( ) 20-34 yaş arası ( ) 35-50 yaş ( ) 51 yaş ve üstü

Eğitim Durumunuz: ( ) Okuma Yazma Bilmiyor ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve Üstü

Medeni Durumunuz: ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Ayrı Yaşıyor-Boşanmış ( ) Dul

Mesleğiniz :.....

Oturduğunuz yer :( ) Konya ( )Konya ilçe ve köyleri ( )Diğer ise belirtiniz.....

Bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu:

( ) Emekli Sandığı ( ) SSK ( ) Bağ-kur ( ) Yeşil-Kart ( ) Resmi

( ) Özel Sigorta ( ) Ücretli ( ) Diğer

Hastanemizi tercih etme nedeniniz ? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

( ) Eski hastanızım
( ) Doktorumu tanıyorum
( ) Hastane hakkındaki olumlu tavsiyelerden etkilendim.
( ) Başkaları tarafından acilen getirildim
( ) Rastgele kendi seçimim
( ) Hastanede bir yakınım çalışıyor
( ) Çalıştığım kamu kuruluşu sevk etti
( ) Bu hastane ile anlaşmalı özel sigortam var
( ) Evime/işyerime yakın olduğu için
( ) Üniversite hastanesi olduğu için
( ) Daha temiz,bakımlı ve modern bir hastane olduğu için
( ) Hastanenin tanı ve tedavi imkanlarının daha fazla olmas
( ) Diğer.....

Hangi katta / serviste yattınız ? ..... / .....

Hastanemizde yatış süreniz ? ( ) 1 haftadan az ( ) 1-2 hafta ( ) 2-4 hafta ( ) 1 aydanfazla

B) GENEL HİZMET DEĞERLENDİRME BİLGİLERİ

1. Hastanemize yatış şekliniz?

( ) Acil Servisten ( ) Polik. muayeneden sonra ( ) Diğer.....

2.Acil Servise gelip yatış yaptıysanız, Acil Servisimizden memnuniyetiniz

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

3. Hasta Yatış İşlemlerinin tamamlanma hızı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

4. Hasta Yatış personelinin size (hastaya) karşı yaklaşımı(Kibar, yardımsever,güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

5. Hasta Yatış işlemleri sırasında sizin (hastanın) bilgilendirilmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

6. Doktorlarımızın size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

7. Doktorlarımızın odanızı ziyaret etme sıklığı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

8. Doktorlarımızın sizi, hastalığınız ve uygulanan tedavi hakkında bilgilendirmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

9. Yakınlarınızın sağlık durumunuz hakkında doktordan bilgi alabilmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

10.Sizce yapılan tedavinin başarısı,yeterliliği

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

11. Hemşirelerimizin el becerisi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

12. Hemşirelerimizin yardım ve kontrol amacıyla odanıza geliş sıklığı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

13. Hemşirelerimizin sizlere (hastalara) karşı yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

14. Kişisel bakımınıza hemşirelerimizin gösterdiği itina (vücut temizliğiniz vb.)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

15. Oda temizliğinizde yardımcı personelinin yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

16. İhtiyacınız durumunda yardımcı personellerimizin sunduğu hizmet (ulaşma süresi,yemek,hareket ettirme vb.)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

17. Odanızın ve yatağınızın temizliği ve bakımı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

18. Ziyaret saatlerinin uygunluğu

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

19. Odanızda ihtiyacınız olan eşyaların bulunması (TV, buzdolabı vb)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

20. Güvenlik görevlilerinin size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

21. Kat sekreterlerinin size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü).

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

22.Radyoloji (Röntgen, USG,vs.) çalışanlarının size yaklaşımı (Kibar,yardımsever,güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

23. Telefon operatörlerimizin yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

24. Diyet uzmanının diyetinize ilişkin sizi (yakınınızı) bilgilendirmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

25. Size (hastaya) gelen yemek miktarlarının yeterliliği

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

26. Hasta yemeklerinin sunuluş biçimi (sıcaklığı, temizliği vb)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

27. Yattığınız serviste gereken düzeyde sessizliğin sağlanması

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

28. Hastanemizin genel ısısının (Havalandırma-ısıtma-soğutma) uygunluğu

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

29. Doktorunuzun taburcu olduktan sonraki bakımınız konusunda sizi bilgilendirmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

30. Kafeterya ve kantin hizmetlerinden memnuniyetiniz?

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

31.Halkla İlişkiler hizmetlerimiz (çözüm odaklı,önerileriniz değerlendirilmesi, kibar, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

32.Taburculuk hizmetlerinin kalitesi (süresi,doğruluğu vb.)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

33.Hastanemizin hasta memnuniyetine gösterdiği hassasiyet

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

34. Tekrar ihtiyaç duyduğunuzda bu hastaneyi tercih eder misiniz ?

( ) Evet ( ) Kararsızım ( ) Hayır

35. Hastanemizden ayrılırken memnuniyetiniz...





( ) Memnunum ( ) Kısmen Memnunum ( ) Memnun Değilim

POLİKLİNİK HİZMETLERİ HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Hizmet kalitemizi ve hasta memnuniyetini sürekli yüksek tutabilmemiz ve gelişimimize yönelik uygulamaları yönlendirmek üzere üst yönetime sunulacak olan görüşlerinizle ilgili bu anketteki soruları lütfen içten düşünceleriniz doğrultusunda cevaplayınız.Hizmet almadığınız konularla ilgili soruları lütfen boş bırakınız.

İlginiz için Teşekkürler;

A) TANIMLAYICI BİLGİLER

Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

Yaşınız: ( ) 20 yaşın altı ( ) 20-34 yaş arası ( ) 35-50 yaş ( ) 51 yaş ve üstü

Eğitim Durumunuz: ( ) Okuma Yazma Bilmiyor ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve Üstü

Medeni Durumunuz: ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Ayrı Yaşıyor-Boşanmış ( ) Dul

Mesleğiniz :.....

Oturduğunuz yer :( ) Konya ( )Konya ilçe ve köyleri ( )Diğer ise belirtiniz.....

Bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu:

( ) Emekli Sandığı ( ) SSK ( ) Bağ-kur ( ) Yeşil-Kart ( ) Resmi

( ) Özel Sigorta ( ) Ücretli ( ) Diğer

Hastanemizi tercih etme nedeniniz ? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

( ) Eski hastanızım
( ) Doktorumu tanıyorum
( ) Hastane hakkındaki olumlu tavsiyelerden etkilendim.
( ) Başkaları tarafından acilen getirildim
( ) Rastgele kendi seçimim
( ) Hastanede bir yakınım çalışıyor
( ) Çalıştığım kamu kuruluşu sevk etti
( ) Bu hastane ile anlaşmalı özel sigortam var
( ) Evime/işyerime yakın olduğu için
( ) Üniversite hastanesi olduğu için
( ) Daha temiz,bakımlı ve modern bir hastane olduğu için
( ) Hastanenin tanı ve tedavi imkanlarının daha fazla olması
( ) Diğer.....

Hangi katta / serviste yattınız ? ..... / .....

Hastanemizde yatış süreniz ? ( ) 1 haftadan az ( ) 1-2 hafta ( ) 2-4 hafta ( ) 1 aydan fazla

B) GENEL HİZMET DEĞERLENDİRME BİLGİLERİ

1. Girişte bulunan danışmanlarımızın yönlendirme,bilgilendirme hizmetleri

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

2. Danışma personelimizin size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever,güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

3. Randevu sistemimizin kolaylığı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

4. Randevu saatine uyulması

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

5. Poliklinik sekreterlerinin size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever,güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

6. Poliklinik sekreterlerinin Poliklinik işleyiş düzenini sağlaması

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

7. Poliklinik sekreterlerinin işlemlerinin hızı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

8. Doktorlarımızın size (hastaya) ayırdığı zaman

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

9. Doktorlarımızın size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

10. Doktorlarımızın sizi (hastayı) bilgilendirme düzeyi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

11. Hemşirelerimizin size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

12. Hemşirelerimizin el becerilerinin yeterliliği

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

13. Tetkikler ve/veya tedavinizle ilgili hemşireniz tarafından bilgilendirilme

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

14. İdrar, kan kültürü gibi tetkiklerin alınması sırasında laboratuvar çalışanlarının size yaklaşımı(Kibar,yardımsever,güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

15. Laboratuvar tetkikleriniz ile ilgili numune vermek için bekleme süreniz

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

16. Laboratuvar hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

17. Radyoloji sekreterliğinin, yapılan işlemler ve yönlendirme konusundaki bilgilendirmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

18. Radyoloji görevlilerinin size yaklaşımı (Kibar, yardımsever, güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

19. Radyolojik tetkikler için bekleme süresi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

20. Radyoloji hizmetlerinde tetkik sonuçlarının bildirilen zamanda verilmesi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

21. Poliklinikte görevli yardımcı personelin ilgi ve nezaketi

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

22. Polikliniktekı WC ve lavaboların temizlik ve havalandırması

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

23. Güvenlik görevlilerimizin size (hastaya) yaklaşımı (Kibar, yardımsever,güler yüzlü)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

24. Hastane kuralları ve işleyişi hakkında bilgilendirici broşürlerin yeterliliği

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

25. Hastanemizin genel temizliği ve bakımı

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

26. Hastanemizin genel ısısının (Havalandırma-ısıtma-soğutma) uygunluğu

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

27. Bekleme salonlarımızın fiziki yeterliliği (Konfor,koltuk sayısı, vs.)

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

28. Hastanemizin hasta şikayetlerine gösterdiği hassasiyet

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

29. Kantin ve Kafeterya hizmetlerimizin yeterliliği

( ) Mükemmel ( ) İyi ( ) Normal ( ) Zayıf ( ) Kötü

30. Tekrar ihtiyaç duyduğunuzda bu hastaneyi tercih eder misiniz ?

( ) Evet ( ) Kararsızım ( ) Hayır

31. Hastanemizden ayrılırken memnuniyetiniz



( ) Memnunum



( ) Kısmen Memnunum



( ) Memnun Değilim