

İSTANBUL İLİ RUH SAĞLIĞI HASTANELERİNDE HEMŞİRELERİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

Uzm. Fatma KANTAŞ YILMAZ,
İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği,
fatma.kantasyilmaz@gmail.com

Ar. Gör. Oya SANCAR,
İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü,
oya.sancar@bilgi.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. Uğur KEVENK,
İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü,
ugur.kevenk@bilgi.edu.tr

Meltem ÖZTÜRK,
Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği,
mltm1980@gmail.com

Özet

Bu araştırma İstanbul ilinde bulunan iki ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları iş sağlığı risk faktörlerini ve buna yönelik alınan önlemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada 141 ($K=111$, $E=30$) hemşire örneklem grup olarak seçilmiştir. Hemşirelere “Mesleğiniz ile ilgili risk ve tehlikeler nelerdir” “Genel olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan önlemler nelerdir?” ve “Alınan önlemleri yeterli buluyor musunuz?” şeklinde iki açık uçlu ve bir kapalı uçlu soru sorulmuş ve verilen cevaplara frekans dağılımı yapılarak oranlar belirlenmiştir. İçerik analizi tekniği kullanılarak iş sağlığı ve güvenliği risk faktörlerine ve buna yönelik alınan önlemlere verilen benzer cevaplar belli başlıklar altında toplanarak kategorilere ayrılmıştır. Araştırma sonucunda, fiziksel ve sözel şiddet, bulaşıcı hastalıklar – enfeksiyon, tükenmişlik-mobbing, stres, sağlık problemleri ve fiziksel koşulların yetersizliği-ergonomi kategorileri iş sağlığı risk ve tehlikeleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca, enfeksiyon kontrol -sağlık taramaları, güvenlik önlemleri, eğitim, kişisel koruyucu ekipman kategorileri ise iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili önlemler olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: iş sağlığı, iş güvenliği, meslek hastalıkları, ruh sağlığı hastanesi, hemşire



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Abstract

This study aims to determine the factors that face the occupational health risk of nurses and received precautions in two mental hospitals in Istanbul. A hundred and forty one nurses (F=111, M=30) were chosen by convenience sampling. Nurses were asked two open-ended questions about their occupational risk - dangers and received precautions in their jobs. By using content analysis, the concepts that were mentioned as occupational health and safety risk factors and received precautions were coded into manageable categories inasmuch as their content and coded under some general headings. It is indicated that physical and verbal attacks from patients, infectious diseases, Burnout-Mobbing, , stress, health problems and The lack of physical conditions - Ergonomics are health and safety risk factors. Also, infection control -health screening, security, education and personal protective equipment are occupational health and safety factors.

Key Words: occupational health, job security, occupational diseases, mental hospital, nurses

GİRİŞ

Günümüz iş yaşamında, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlanarak risklere karşı her türlü önlemin alınması hususunda işletmelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Güvenliği sağlanamamış çalışma alanlarında ortaya çıkan iş kazaları ve meslek hastalıkları işletmelere ve ülke ekonomisine ciddi kayıplar vermektedir. Son yıllarda konuyla ilgili ulusal mevzuatta köklü değişiklikler yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), iş yerinde sağlık ve güvenliği her yönüyle ele alan iş sağlığının en temel noktasını, tehlikelere karşı birincil korunmanın sağlanması olarak tanımlamış olup, işyerinde işçilerin kanser, kazalar, kas-iskelet sistemi hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, işitme kaybı, dolaşım hastalıkları, stresle ilişkili hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklar gibi risk faktörleri ile karşı karşıya kaldığını belirtmiştir (World Health Organization*WHO, 2016a)

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), iş kazaları ve işle ilgili hastalıklar sonucu her gün 6300 yılda ise 2.3 milyon kişinin hayatını kaybettiğini belirtmektedir. İşyerlerinde yılda 317 milyon kaza meydana gelmektedir ve bunların birçoğu uzun süreli iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bu işgücü kaybının maliyeti çok büyüktür ve küresel gayri safi yurt içi hasılanın % 4'lük kısmını oluşturmaktadır. (International Labour Office*İLO, 2016)

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 13 maddesinde İş kazası şu şekilde tanımlanmaktadır.

“Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada; işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle veya görevi nedeniyle, sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütülmekte olduğu iş veya çalışma konusu nedeniyle işyeri dışında; bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının,

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(KANTAŞ YILMAZ, F /SANCAR, O/KEVENK, U/ÖZTÜRK, M)

görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda; emziren kadın sigortalının, çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda; sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır” (Resmi Gazete, 2016).

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 14 maddesine göre ise; çalışanın, yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük hallerine “meslek hastalığı” denir (Resmi Gazete, 2016). Türkiye’de 2015 yılında 241.547 adet iş kazası bildirimi yapılmış, bunlardan 1252 adedi ölümle sonuçlanmış olup, meslek hastalığına tutulan sigortalı sayısı ise 510 kişidir (Sosyal Güvenlik Kurumu *SGK, 2016).

Toplumda sunulan sağlık hizmetinin yürütülmesinde görev yapan sağlık çalışanları büyük bir fedakârlık ve özveri ile çalışmaktadırlar. Sağlık personeli sağlık hizmeti sunumunda birtakım risk ve tehlikeler ile karşı karşıya kalmaktadır. Gerek ulusal mevzuatımızda, gerekse de konu ile ilgili literatürde sağlık sektörü en riskli iş kollarından birisi olarak tanımlanmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Resmi Gazetede 29 Mart 2013 tarih ve 28602 sayı ile yayınlanan “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği”nde, tehlike sınıfları listesi sıralanmakta ve hastane hizmetleri, tıp ve dişçilik ile ilgili uygulama faaliyetleri, genel hekimlik uygulama faaliyetleri, insan sağlığı ile ilgili diğer faaliyetler, yatılı bakım faaliyetleri “çok tehlikeli” olarak sınıflandırılmaktadır. (Resmi Gazete, 2016).

Devebakan (2007) tarafından yapılan çalışmada sağlık sektöründeki yaralanmanın diğer sektörlerle karşılaştırıldığında ne kadar tehlikeli sonuçlara neden olabileceği bir örnekle açıklanmaktadır. Bir inşaat işçisinin eline çivi batması sonucunda sadece basit bir yaralanma gerçekleşmekte; ancak, bir sağlık çalışanın eline hepatit veya HIV virüsü enfeksiyonu barındıran bir iğnenin batması sonucunda belki de söz konusu yaralanma gelecekte çalışanın yaşamına mal olabilecektir. Konu ile ilgili istatistikler sağlık işletmelerinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının gerçekleşme oranının birçok sektörden daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanları hizmet sunum süreçlerinde bir takım biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal risklere maruz kalmaktadır. Söz konusu risklerin bazıları sağlık çalışanı yanında hastaları ve genel olarak işletme güvenliğini de tehdit etmektedir (Devebakan, 2007). ABD’de Ulusal Güvenlik Konseyi (MGK) 1988 itibarıyla, hastane çalışanlarının diğer sektörlerde çalışanlara göre yaralanma veya hastalık riskinin % 41 daha fazla olduğunu bildirmiştir. Minnesota’da 165 klinik laboratuvarında yapılan bir araştırmada yaralanmaların en sık iğne ucu yaralanması olduğu (% 63), kesik ve sıyrıkların (% 21) ise ikinci sırada olduğu bildirilmiştir. Hastane çalışanlarında en sık kazalar için hazırlayıcı faktörün stres olduğu rapor edilmiştir. İşgücü İstatistikleri Bürosu tarafından bildirilen (genellikle bel hasarı gösteren) burkulma ve incinmeler, 1983 yılında işçilerin tazminat talebinin en yaygın türü olmuştur (Occupational Safety and Health Administration*OSHA, 2014). “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı” başlıklı araştırmada, sağlık personelinin çalışma ortamında biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psiko-sosyal ve biyomekanik risklerle yüz yüze geldiği belirtilmektedir (Parlar, 2008). Taşcıoğlu’nun (2007) çalışmasında hemşireler; servislerdeki başlıca fiziksel ve kimyasal tehlike ve riskleri; elektrik düzeneği konusunda yazılı bilgilerin ve prizlerde kapakların bulunmaması, koridorlarda yürümeyi engelleyen araç-gereçlerin bulunması, servislerde ısı ölçerin bulunmaması, yangın söndürücülerin aylık kontrollerinin yapılmaması, ayrı bir yangın ekibinin ve yangın çıkış işaretlerinin bulunmaması, tehlikeli olmayan tıbbi atıkların mavi torbalarda biriktirilmemesi ve plastik, cam ve kâğıdın ayrı olarak

toplanmaması, kimyasal maddelerin listesinin mevcut olmaması, kimyasalların üzerlerinde uyarı yazılarının ve kullanımlarına ilişkin yazılı bilgilerin bulunmaması, kimyasal madde teması sonrasında bölgenin hemen yıkanabilmesi için uygun duşların bulunmaması olarak belirtmişlerdir (Taşçıoğlu, 2007). Nijerya’da bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının iş sağlığı problemleri sırasıyla; stres (%83,3), enjektör batması (%75,6), deride kan lekesi (73,1), ilaç alışkanlığı (%47,4), uyku problemi (%42,3), deri problemi (%37,2), hastalar tarafından saldırıya uğrama (%24,3) ve hepatit (%8,9) olarak saptanmıştır (Orji ve diğ., 2002). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde taşeron olarak çalışan 128 çalışana işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından durumlarını belirlemek ve farkındalıklarını artırmak amacıyla anket uygulanmıştır. Anket sonuçlarına göre; bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon (%47.6), iskelet sistemi sorunları (%0.9), psikolojik sorunlar (% 0.8), kronik yorgunluk (%0.6), radyasyon (% 0.6), kimyasal madde riski (%0.5), varis (%0.3), güvenlik (% 0.2), diğer (grip, böcek sokması, egzoz dumanı %0.3) iş sağlığı ve güvenliği riskleri ile karşı karşıya kaldığı belirlenmiştir (İzgi, 2012).

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri psikiyatri hastalarına hizmet veren bir dal hastanesidir. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan meslek grubu hemşireler mesleklerinin stresli olmasının yanında ayrıca uzun süre yatış yapılan kronik hastalara hizmet vermeleri, hasta ve hasta yakını ile iletişim kurmada zorluk yaşamaları, hasta gruplarının saldırgan ve madde bağımlısı hastalar olması ve kapalı ortamlarda çalışmak zorunda kalması nedeniyle yoğun stres yaşamakta ve sözel-fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişliğin araştırıldığı bir çalışmada psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin diğer servislerde çalışan hemşirelere göre tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sinat ve diğ., 2009).

Bu çalışmanın amacı; İstanbul ilinde bulunan iki ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları iş sağlığı risk faktörlerini ve buna yönelik alınan önlemleri belirlemektir.

1. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk ve Tehlikeler

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği açısından tehdit olarak görülen başlıklar literatür taranarak oluşturulmuş ve aşağıdaki alt başlıklarda sıralanmıştır.

1.1 Fiziksel ve Sözel Şiddet

Şiddet; tehdit veya fiili olarak bir başka kişiye veya bir grup ya da topluluğa karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar gibi kötü gelişmelerle sonuçlanma ihtimali yüksek olan fiziksel kuvvet veya gücün kasıtlı olarak kullanılmasıdır (WHO, 2016b). Fiziksel şiddetin tanımına bakıldığında dar anlamıyla fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum psikolojik şiddet olarak değerlendirilmektedir (TBMM, 2013).

Sağlık çalışanına yönelik fiziksel ve sözel şiddet olaylarında son yıllarda artış yaşandığı görülmektedir. Özellikle acil servislerde hizmet veren hekimlerde artan şiddete maruz kalma sıklığı, diğer sağlık personelleri ve hatta diğer hastalar ve yakınları için de ciddi bir sorun haline gelmiştir (Türk Tabipler Birliği*TTB, 2016). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yapılan “Çalışan Araştırma

Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler” başlıklı araştırmada hekimlerin %60,9’u çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddetle karşı karşıya kalmaktadır (İntörn doktorlar için %65,5 araştırma görevlisi doktorlar için %59,5). Duygusal/sözel şiddetin ise en çok karşılaşılan şiddet tipi olduğu tespit edilmiştir. Meslekle ilgili gelecek kaygısı duyan hekimlerin %76’sı, mesleğinin toplumda hak ettiği yeri almadığını düşünenlerin %62,9’u şiddetle karşılaştığını ifade etmiştir (İlhan ve diğ., 2009). Yakut ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmaya göre sağlık çalışanlarında şiddet olaylarında son yıllarda artış yaşandığını, hasta ve hasta yakınları tarafından çalışana şiddet eylemi gösterildiği belirtilmektedir. Şiddet olaylarının genel hastanelerin her bölümünde gerçekleşmesi ile birlikte en sık acil, yoğun bakım ve psikiyatri kliniklerinde sergilenmektedir. Şiddete maruz kalan çalışanlarda hem şiddet olayı sonrası fiziksel ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmekte, hem de kurum için ekonomik maliyetleri olmaktadır. Bir Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesinde 253 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmada fiziksel şiddet ile ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. Ankete göre çalışanların %61,7’si güvensiz bir ortamda çalıştığını düşünmektedir. Güvenlik görevlilerinin %60’nın, hemşirelerin %21,7’sinin, asistan doktorların %12,5’inin, uzman doktorların %15,4’nün, sekreterlik işleri ile uğraşanların %15,2’nin fiziksel şiddete maruz kaldığı görüldüğü ifade edilmektedir (Yakut ve diğ., 2012). Yapılan başka bir araştırmada bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ile şiddete maruziyetin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan 14 (% 21,9) hekim ve 50 (% 78,1) hemşirenin, 56’sı (% 87,5) kadın, 8’i (% 12,5) erkek olup; son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı % 85,9 (55 kişi) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların 38 (%59,4)’i sözel, 17 (%26,5)’si fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Gökçe ve Dündar, 2008). Samsun’da hastane acil servisleri ve 112 acil çalışanlarına karşı şiddet konulu epidemiyolojik bir çalışmada; araştırmaya katılan 280 kişiden toplam 202’sinin (%72,1) herhangi bir formdaki şiddete maruz kaldığı; hastane acil servis çalışanlarının (%75,9), 112 acil çalışanlarına (%62,3) göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Canbaz ve diğ., 2008).

1.2 Enfeksiyon

Enfeksiyonlar; bakteri, virüs, parazit veya mantar gibi patojen mikroorganizmaların neden olduğu doğrudan veya dolaylı olarak bir insandan diğerine yayılabilen hastalıklardır (WHO, 2016c). Sağlık personelinin günlük çalışma alanlarında hastalardan bulaşabilecek birçok enfeksiyon hastalığı açısından risk altındadır. Bu enfeksiyonlar içinde kanla bulaşan enfeksiyonlar, sıkça rastlanılan ve uzun süreli olumsuzluklar yarattığı özel bir öneme sahip olan türdendir. Hastanedeki günlük faaliyetleri sırasında hastaların kan ve çeşitli vücut sıvılarıyla temas etme ihtimali olan sağlık personelinin hepsi kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından yüksek risk altındadır. (Akova, 1996) Görevleri bu tür teması gerektirmeyen idareci, sekreter, kayıt ve arşiv memurları gibi personel için ise toplumdakinden farklı bir risk söz konusu değildir. Hastaların kan veya kanla kontamine vücut sıvılarıyla temas halinde başlıca dört tür viral hastalığın bulaşması söz konusudur. Bunlar; HIV (Human Immunodeficiency Virus), Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV) ve Hepatit D (delta, HDV) virüsleridir (Akova, 1996). Hindistan’da yapılan bir çalışmada, üçüncü basamak hastanelerde sağlık hizmetinde görev yapan doktorlar, hemşireler ve ebeler, laboratuvar teknisyenleri, paramedik görevlilerin HIV ve tüberküloz yüksek yaygınlık nedeniyle mesleki tehlikeye maruz kaldığı ve yeterince korunamadığı ayrıca Hindistan’da paramedikal işçiler arasında bu tedbirlere uyum ile ilgili iş güvenliği ve önlemler konusunda bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir (Phukan, 2014). Sağlık personeli arasında bilgi ve farkındalığın doktorlar arasında fazla olduğu, laboratuvar teknisyenlerinin bilgisinin anlamlı bir şekilde hemşirelerden yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık personelinde kan ve vücut sıvıları ile olan meslek yaralanmalarının araştırıldığı çalışmada, kan ve vücut sıvıları ile en az bir kez yaralanma yaşamış kişiler tüm olguların

%58'ini oluşturmaktadır. Yaralanmaların en büyük nedeni (%97) kesici, delici aletlerle meydana gelen perkütan yaralanmalar olup, %62,5'i son bir yıl içinde gerçekleşmiştir. En yüksek yaralanma sıklığı hemşireler arasında (%74,6) saptanmış ve bunu araştırma görevlileri, öğretim elemanları, temizlik personeli ve tıp fakültesi öğrencileri izlemiştir. Hemşirelerde ve tıp fakültesi öğrencilerinde en sık yaralanma nedeninin enjektör iğnesine kapak takmak olduğu saptanmıştır. Öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde gözlenen en sık görülen yaralanma nedeninin ise sutur atmak olması da bu gruplarda dikkatsizlik faktörünün öne çıktığını düşündürmüştür. Temizlik personelinde gözlenen en sık yaralanma nedeni çöp toplamak ve çöp kovası taşımak olarak saptanmıştır. Hekimler ve hemşireler tarafından, kurallara aykırı olarak kesici ve delici aletlerin delinmeye dayanıklı atık kutuları yerine, normal çöp kovalarına ve evsel atık torbalarına atılmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmüştür (Kuruüzüm ve diğ., 2008)

1.3. Stres

Stres terimi, 1936 yılında Hans Selye tarafından “vücudun herhangi bir değişim karşısında gösterdiği spesifik olmayan tepkiler olarak tanımlanmıştır (The American Institute of Stress* AIS, 2016). Günümüzde stres kelimesi negatif bir anlamda kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda sağlık personeli yoğun stres altında olan bir gruba hizmet vermekte olup; sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre daha fazla strese maruz kalmakta ve stresli bir ortamda görev yapmaktadır. Kişilerin çalışma ortamında görevleri ile ilgili çok çeşitli stresle karşı karşıya kaldıkları ve bu streslere verilen tepkilerin kişiden kişiye değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Stresle ilişkili bu belirtiler duygusal düzeyde huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, yoğun depresif içerikli duygular (değersizlik gibi) fizyolojik düzeyde gerginlik tipi baş ağrıları, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal rahatsızlıklar, soğuk algınlıklarında artışlar, alkol ve madde bağımlılığı sorunları ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı ortaya çıkan diğer hastalıklardır. Bu belirtilerin iş gücüne yansımada ise, dikkat ve konsantrasyon düzeyinde azalma ve bunlarla bağlantılı olarak işte yapılan hataların artması, kişilerarası ilişkilerde bozulma, duyarsızlaşma, iş veriminde düşme, çalışma hızında azalma, sık hastalanma ve rapor alma sıklığında artış dikkati çekmektedir (Motowidlo ve diğ., 1986). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve stresle baş etme durumunun araştırıldığı bir çalışmada hemşirelerin işe bağlı yaşadıkları gerginliğin orta düzeyde olduğu, işe bağlı gerginlik yaşama durumu ile stresle baş etme durumunun yakından ilişkili olduğu, işe bağlı gerginlik arttıkça stresle baş etmenin de azaldığı saptanmıştır. Klinik sorumlu hemşireler ile bayan hemşireler stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşım sergilemekte ve sosyal destek arama yaklaşımını daha fazla kullanmaktadır. Sağlık sorunu yaşayan hemşireler ise iyimser yaklaşım tarzını daha az kullanmaktadır (Tel ve diğ., 2012).

1.4. Kas ve İskelet Sistemi

Kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları, çalışma ortamından kaynaklanan, kas, sinir, tendon, bağ, eklem, kıkırdak ve omurga disklerinde oluşan bozukluklar olarak tanımlanabilir (Cohen, 1997). Sağlık çalışanları hasta transferi gibi nakil işlemleri sırasında sıklıkla kaza ve yaralanmaya uğramaktadırlar. Söz konusu kazaların büyük kısmı kas iskelet yaralanmaları şeklinde meydana gelmektedir. Hemşireler hakkında Avustralya'da yapılan bir çalışmada, hastanede meydana gelen tüm yaralanmaların %34,3'ünün hastaların taşınması ile ilgili olduğu saptanmıştır (Retsas ve Pinikahana, 2000). Sağlık çalışanlarında meslek gruplarına göre en sık görülen kas-iskelet sorunları Tablo 1'de özetlenmektedir.

Tablo 1 Sağlık Çalışanlarında Görülen Kas-İskelet Sorunları

Hekim	Bel ağrısı, Myofasial ağrı
-------	----------------------------

Diş hekimi	Servikal spondiloz, Torasik çıkış sendromu, Raynaud fenomeni, Periferik nöropati, Myofasial ağrı, Rotator manşon tendiniti, Bel ağrısı
Hemşire	Bel ağrısı
Fizyoterapist	Bel ağrısı
Laboratuvar çalışanları	Karpal tünel sendromu, Servikal spondiloz
Hastabakıcı	Bel ağrısı

Kaynak: Bölükbaşı,1996:102

Dindar ve diğerlerinin (2004) Edirne merkezindeki hastanelerde görevli hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada, bakım ve tedavi sırasında hastaları hareket ettirmeye bağlı oluşan şikayetlerde ilk sırada bel ağrıları (% 56.4), alt ekstremitelerde ağrı (% 47.5) ve konulan tanılarda ise alt ekstremitelerde rahatsızlıkları (% 27.9) yer almaktadır. Hemşirelere doğru hasta taşıma tekniklerinin öğretilmesi, sağlık çalışanları için ergonomik risk faktörleri, koruyucu egzersizler hakkında eğitici programların düzenlenmesi, hastaların ani ve beklenmedik hareketlerinin zarar oluşturmaması için ortama ve hastaya yönelik önlemlerin alınması, çalışma alanında hareketi engelleyen araç-gereç-mobilyaların kaldırılması ve yerlerine ergonomik mobilyaların, araç-gereçlerin kullanılması ergonomik tehlikeleri engellemek için alınabilecek önlemlerdir (Dindar ve diğ., 2004).

2. YÖNTEM

Bu araştırma İstanbul bölgesinde bulunan iki ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere yönelik olarak Ağustos – Kasım 2015 döneminde yapılmıştır. Araştırma; sağlık çalışanlarının çalışma ortamında karşı karşıya kaldıkları risk faktörleri ve buna yönelik alınan önlemleri tespit ederek bilgi toplamayı amaçladığından tanımlayıcı (descriptive) bir araştırmadır. Araştırmada İstanbul Bölgesinde bulunan iki ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan toplam 434 hemşireden psikiyatri kliniklerinde çalışan 300 (yaklaşık) hemşireye ulaşmak hedeflenmiştir. % 95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 143 olarak hesaplanmış, ancak 141 ($K=111$, $E=30$) hemşireye (Yaş 18-57) ulaşılmıştır. Demografik bilgi soruları ile birlikte iki açık uçlu ve bir kapalı uçlu soruyu içeren ankette toplam sekiz soru yer almaktadır. Hemşirelere “Mesleğiniz ile ilgili risk ve tehlikeler nelerdir?” “Genel olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan önlemler nelerdir?” ve “Alınan önlemleri yeterli buluyor musunuz?” şeklinde iki açık uçlu ve bir kapalı uçlu soru sorulmuş ve verilen cevaplara frekans dağılımı yapılarak oranlar belirlenmiştir. Verileri analiz etmek için, içerik analizi metodu (content analysis) kullanılmıştır. İçerik analiz metodu, sosyal bilimlerde sıkça kullanılan bir metod olmakla birlikte, yazılı dokümanda tekrar eden ve aynı anlama gelen kelimeleri kategorize ederek sınıflandırmaktır (Weber 1990; Roberts 1995). Bu araştırmada, iş sağlığı ve güvenliği konusunda tehlikeler ve önlemler içeriklerine göre genel başlıklar altında toplanmıştır. Kategoriler oluşturulduktan sonra cinsiyet ve eğitim durumu gibi demografik verilere göre de frekans hesaplaması yapılmıştır. Datanın güvenilirliğini test etmek için iki çalışma arkadaşı dataları tekrar kodlayarak karşılaştırma yapmıştır. % 95 kategoriler aynı çıkmış ve % 5 hata payını ortadan kaldırmak için veriler yeniden gözden geçirilmiştir. Çalışmanın geçerliliği için sınıflandırma aynı şekilde iki çalışma arkadaşı tarafından yapılarak kodlama hataları ortadan kaldırılmıştır. Araştırmada finansman olarak ek bir maliyet gereksinimi duyulmamıştır.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşire ve sağlık memurlarının demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 2’de özetlenmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların %79’u kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların %39’u 26-35 yaş aralığında ve %54’ü lisans mezunudur. Çalışma şekilleri açısından

bakıldığında %70 vardiyalı çalıştığı görülmekte, %35'inin ise 16 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 2 Demografik Özellikler		N	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	111	79%
	Erkek	30	21%
Yaş	18-25	27	19%
	26-35	55	39%
	36-45	38	27%
	46-55	18	13%
	56 ve üzeri	3	2%
Eğitim Durumu	Lise	15	11%
	Ön lisans	32	23%
	Lisans	76	54%
	Yüksek Lisans	16	11%
	Doktora	2	1%
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	33	24%
	Sürekli gece	9	6%
	Vardiya	99	70%
Çalışma Süresi	1 yıldan az	5	4%
	1-5 yıl	37	26%
	6-10 yıl	29	21%
	11-15 yıl	20	14%
	16 yıl ve üzeri	50	35%

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleği ile tanımladıkları risk ve tehlike olarak yirmi yedi farklı faktör saptanmış ve bu faktörler yedi kategori altında sınıflandırılmıştır. Bu kategoriler fiziksel – sözel saldırı, bulaşıcı hastalıklar – enfeksiyon, tükenmişlik, stres, sağlık problemleri, fiziksel koşulların yetersizliği-ergonomi ve diğer olarak belirlenmiştir. Kategoriler altında sınıflandırılan faktörler aşağıda belirtilmiştir. Tablo 3'te ise hemşirelerin verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı sonuçları görülmektedir.

- 1. Fiziksel – Sözel Saldırı:** Fiziksel Şiddet, Darp edilme, Sözel taciz, Sözel şiddet, Sözel saldırı, Saldırgan hastalarla baş başa kalma
- 2. Bulaşıcı Hastalıklar – Enfeksiyon:** Bulaşıcı Hastalıklar, Enfeksiyon, Kesici – Delici Alet Yaralanmaları, Bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski

3. **Tükenmişlik:** Tükenmişlik yaşanması, Yıpranma, Yoğun çalışma sonucu yorgunluk, Vardiyalı çalışma sonucu günlük yaşam aktivitelerinin bozulması, Mesai fazlası çalışma, Mobbing
4. **Stres:** Stres, Uykusuzluk
5. **Sağlık Problemleri:** Sağlık problemleri, Ergonomik sorunlar, Kas iskelet sistemi sorunları
6. **Fiziksel Koşulların Yetersizliği/Ergonomi:** Düşme vb. iş kazaları, Yaralanma
7. **Diğer:** Personel yetersizliği, Malpraktis, İlaça maruziyet, Mevzuat eksikliği

Tablo 3 Hastane İş Sağlığı Risk ve Tehlikeleri

N	Fiziksel Sözel Saldırı	Bulaşıcı Hst. Enfeksiyon	Tükenmişlik	Stres	Sağlık Problemleri	Fiz. Koşul. Yetersizliği Ergonomi	Diğer
141	93%	60%	28%	6%	9%	8%	13%

Tablo 3'te verilen cevaplara bakıldığında; hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili gördükleri en önemli tehlike fiziksel ve sözel saldırı olmuştur (%93). İkinci sırayı bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon izlerken (%60), üçüncü sırada tükenmişlik yer almaktadır (%28).

Genel olarak hastanede alınan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili önlemleri içeren on sekiz faktör beş farklı kategori altında sınıflandırılmıştır. Bu kategoriler; enfeksiyon kontrol önlemleri ve sağlık taramaları, güvenlik önlemleri, eğitim, kişisel koruyucu ekipman ve diğer olarak belirlenmiştir. Tablo 4'te ise hemşirelerin verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı sonuçları görülmektedir.

1. **Enfeksiyon Kontrol Önlemleri ve Sağlık Taramaları:** Sağlık taramaları, Hepatit B aşısının yapılması
2. **Güvenlik Önlemleri:** Güvenlik ekibinin müdahale etmesi, Giriş çıkışların kontrollü olması, Beyaz Kod Sistemi, X-ray cihazı olması, Kameraların yer alması, Hastaların güvenlik aramasından geçmesi, Güvenlik sistemlerinin olması
3. **Eğitim:** Hizmet içi eğitimler
4. **Kişisel Koruyucu Ekipman:** Kişisel koruyucu ekipman, Eldiven – gözlük, Koruyucu malzeme
5. **Diğer:** Çalışan Güvenliği Komitesi oluşturulması, Yangın tüpü bulundurulması, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi Kurulması, Elektrik sigorta panolarının kilitli olması, Fiziksel Koşulların İyileştirilmesi

Tablo 4 Hastanede İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Önlemler

N	Enf. Kontrol Önlem. Ve Sağ. Taramaları	Güvenlik Önlemleri	Eğitim	Kişisel Koruyucu Ekipman	Diğer
141	21%	52%	45%	18%	11%

Tablo 4'te verilen cevaplara bakıldığında; hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili gördükleri en önemli önlemler sırasıyla; güvenlik önlemleri (%52), eğitim (%45) ve enfeksiyon kontrol önlemleri ve sağlık taramaları (%21), kişisel koruyucu ekipman kullanımı (%18) ve diğer (%11) olmuştur.

Tablo 5 Cinsiyete Göre İş Sağlığı Risk ve Tehlikeleri

CİNSİYET	Stres	Ergonomi	Diğer
----------	-------	----------	-------

	Fiziksel ve Sözel Şiddet		Bulaşıcı Hastalık Enfeksiyon		Tükenmişlik - Mobbing		Sağlık Problemi							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın (n=111)	104	94%	69	62%	34	31%	8	7%	11	10%	8	7%	10	9%
Erkek (n=30)	27	90%	15	50%	5	17%	1	3%	1	3%	3	10%	9	30%

Hastanede iş sağlığı risk ve tehlikelerinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği ele alındığında, fiziksel - sözel şiddet kadınlar ve erkekler açısından yaklaşık olarak aynı oranda sorun olarak görülürken; bulaşıcı hastalık-enfeksiyon, tükenmişlik-mobbing, stres ve sağlık problemleri kadınlarda erkeklere oranla daha fazla iş sağlığı riski ve tehlikesi olarak tanımlanmıştır. Ergonomi ve diğer koşullar ise erkekler açısından kadınlara göre daha büyük iş sağlığı riski ve tehlikesi olarak ifade edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6 Cinsiyete Göre İş Sağlığı ve Güvenliği Önlemleri

CİNSİYET	Enfeksiyon kontrol - Sağlık taramaları		Güvenlik Önlemleri		Eğitim		Kişisel Koruyucu Ekipman		Diğer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın (n=111)	30	27%	66	59%	51	46%	20	18%	11	10%
Erkek (n=30)	0	0%	8	27%	12	40%	5	17%	4	13%

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan önlemler cinsiyet yönünden ele alındığında; kadınlar tarafından sırasıyla; güvenlik önlemleri, eğitim, enfeksiyon kontrol-sağlık taramaları, kişisel koruyucu ekipman ve diğer önlemlerin iş sağlığı ve güvenliği önlemleri olduğu belirtilmiştir. Erkekler açısından ise iş sağlığı

ve güvenliği ile ilgili alınan önlemler sırasıyla eğitim, güvenlik önlemleri, kişisel koruyucu ekipman ve diğer önlemler olarak ifade edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 7 Eğitim Durumuna Göre Tanımlanan İş Sağlığı Risk ve Tehlikeleri

EĞİTİM	Fiziksel ve Sözel Şiddet		Bulaşıcı Hastalık Enfeksiyon		Tükenmişlik - Mobbing		Stres		Sağlık Problemi		Ergonomi		Diğer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lise + Önlisans (n=47)	45	96%	28	60%	11	23%	3	6%	2	4%	5	11%	4	9%
Lisans + Y. Lisans +Doktora (n=94)	86	91%	56	60%	28	30%	6	6%	10	11%	6	6%	15	16%

Eğitim durumu açısından iş sağlığı risk ve tehlikeleri incelendiğinde; lisans-yüksek lisans-doktora mezunu hemşireler ile lise ve ön lisans mezunu hemşireler arasında sıralamada ilk olarak fiziksel ve sözel şiddet, ikinci sırada ise bulaşıcı hastalık- enfeksiyon yer almaktadır (Tablo 7).

Tablo 8 Eğitim Durumuna Göre İş Sağlığı ve Güvenliği Önlemleri

EĞİTİM	Enfeksiyon kontrol - Sağlık taramaları		Güvenlik Önlemleri		Eğitim		Kişisel Koruyucu Ekipman		Diğer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lise + Önlisans (n=47)	12	26%	22	47%	15	32%	6	13%	4	9%
Lisans + Y. Lisans +Doktora (n=94)	18	19%	52	55%	48	51%	19	20%	11	12%

İş Sağlığı ve güvenliği önlemleri incelendiğinde; hem lisans-yüksek lisans-doktora mezunları hem de lise – ön lisans mezunları güvenlik tedbirlerini iş sağlığı ve güvenliği önlemi olarak birinci sırada sıralamıştır. İkinci sırada ise her iki grup için de eğitim gelmektedir. Ancak, burada göz ardı edilmemesi

gereken bir husus, lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının eğitim önlemine verdiği cevap ile güvenlik önlemine verdikleri cevap oransal olarak birbirine çok yakındır ve lise – ön lisans mezunlarına göre eğitim cevabı oransal olarak daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç eğitim seviyesi yükseldikçe, eğitimin önemi daha iyi anlaşılmakta ve sorunların çözümü noktasında önemli bir kavram olduğu şeklinde yorumlanabilir (Tablo 8).

Tablo 9 Cinsiyet Durumuna Göre Önlemlerin Yeterliliği

CİNSİYET	Yeterli		Yeterli Değil	
	N	%	N	%
Kadın (n=111)	22	20%	89	80%
Erkek (n=30)	4	13%	26	87%

Alınan önlemlerin yeterli olup olmadığı açısından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre; cinsiyete göre karşılaştırmalarda; önlemlerin yeterli olmadığını ifade eden erkek çalışanlar oransal olarak kadın çalışanlardan yüksek çıkmıştır (Tablo 9).

Tablo 10 Eğitim Durumuna Göre Önlemlerin Yeterliliği

EĞİTİM	Yeterli		Yeterli Değil	
	N	%	N	%
Lise + Ön lisans (n=47)	11	23%	36	77%
Lisans + Y. Lisans +Doktora (n=94)	15	16%	79	84%

Alınan önlemlerin yeterli olup olmadığı açısından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre; eğitime göre karşılaştırmalarda; lisans-yüksek lisans –doktora mezunları, lise ve ön lisans mezunlarına göre önlemleri yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 10).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

İş sağlığı ve güvenliği risk-tehlikeleri ile alınacak önlemler branş hastaneleri ve genel hastaneler olmak üzere farklılıklar oluşturmaktadır. Belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği dal hastanelerinde iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden durumların tespit edilerek önlemlerin alınması bu özellik göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. bu araştırmada, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak sıralanan risk faktörlerinde ilk sırada fiziksel-sözle saldırı, ikinci sırada bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları ve üçüncü sırada ise tükenmişlik yer almaktadır. Literatürde ise benzer şekilde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre; genel hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği riski ve tehlikesi olarak bulaşıcı hastalıklar-enfeksiyon, stres ve kas- iskelet sorunları ilk sıralarda karşımıza çıkarken (Devebakan, 2007), saldırgan ve madde bağımlısı hastalara hizmet verilen ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde fiziksel ve sözel saldırı iş sağlığı riski-tehlikesi olarak birinci sırada (Gökçe ve Dündar, 2008) yer almaktadır. Bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon açısından maruziyetin yüksek oranda çıkması, literatürdeki çalışmalarla (Kuruüzüm ve diğ., 2008) benzerlik göstermektedir. Yine bu araştırmada tükenmişliğin bir risk faktörü üçüncü sırada yer alması anlamlıdır ve benzer çalışmalarla (Sinat ve diğ., 2009) örtüşmektedir.

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak alınan önlemler sorusuna cevabın ise sırasıyla; güvenlik önlemleri, eğitim, enfeksiyon kontrol önlemleri ve sağlık taramaları olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre yapılan karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; kadın çalışanlarda tükenmişlik oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. İş sağlığı ve güvenliğine yönelik alınan önlemlere bakıldığında; kadın çalışanların birinci sırada güvenlik önlemleri, erkek çalışanların ise eğitim cevabı vermiş olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe, alınan güvenlik önlemlerinin yetersiz bulunduğu da göze çarpan önemli sonuçlardandır.

Araştırmanın sınırlılıklarına bakıldığında; çalışmanın İstanbul iliyle sınırlı olması önemli bir sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanımlayıcı bir araştırma olduğundan genelleme yapılamaması ve evrenin tamamına ulaşamaması sınırlılıklar içerisinde gösterilebilir.

Yapılan çalışma ve literatür taraması sonucunda elde edilen veriler ışığında öneriler aşağıda yer almaktadır;

- Amerikan İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi Bölümü (U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration) tarafından çalışma alanlarına yönelik fiziksel ve psikolojik saldırılarla ilgili hazırlanan rehber kitapların ülkemizde de hazırlanması, sağlık personeline karşılaşacakları fiziksel ve psikolojik şiddet durumlarında yol gösterici olacaktır (Yakut ve diğ., 2012).
- Ekvador Cumhuriyeti'nde uygulanan "Sağlıklı Hastaneler Projesi" (The Healthy Hospital Project) seçilen pilot hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarını tesis etmek için oluşturulan bir modeldir. Halk Sağlığı Bakanlığı'nın desteği ile seçilen hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği komiteleri kurulması, biyolojik tehlikeler üzerine odaklanarak hastanelerde bulunan mesleki tehlikeleri değerlendirmek, önlemek, kontrol etmek ve riskleri ortadan kaldırmak için insan kapasitesi inşa etmek, sağlık personelinin sağlığını korumak için uluslararası işbirliğini teşvik etmek amaçlanmıştır. Proje ile sağlık çalışanları ve hastane ortamlarında bulunan mesleki riskler konusunda hastane yöneticileri arasında farkındalığı arttırmak, önleme kültürünü geliştirmek ve işle ilgili yaralanma ve hastalıkların nedenleri hakkında yanlışları tespit ederek eğitimle düzeltmeye çalışmışlardır (Lavoie et al., 2010). Ülkemizde de öncelikle pilot hastaneler ile uygulanacak böyle bir proje ile ulusal düzeyde sağlık çalışanları arasında iş sağlığı ve güvenliği kültürü oluşturulabilir ve farkındalık artırılabilir.
- Sağlık çalışanları arasında aşılama (grip, hepatit) oranının araştırılarak artırılması için ulusal düzeyde aşılama çalışmaları yapılabilir.

- Çağdaş iş sağlığı ve güvenliği yaklaşımında çalışma ortamında tehlike kaynaklarının belirlenerek sağlık ve güvenlik açısından bir risk değerlendirmesinin yapılması, önleme ve koruma tedbirlerinin belirlenerek uygulanması ve çalışanların bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- İşe girmeden önce var olan veya çalışırken ortaya çıkan herhangi bir sistemik hastalık yapılan iş nedeniyle daha ağır seyredebilmektedir. Çalışanın uygun işe yerleştirilmemesi ya da hastalığın ilerlemesine neden olan etkenlerin çalışma ortamında ortadan kaldırılmaması nedeniyle mevcut hastalığın şiddetlenmesi söz konusu olabilir. Bu nedenle kurum hekimliği polikliniklerinin aktif bir şekilde görev yapması sağlanarak işe uygun personel seçimine özen gösterilir ve sağlık taramaları düzenli bir şekilde yapıp takip edilebilir.
- Hemşirelerin çalışma ortamı ve işlerinden kaynaklanan tehlike ve riskler ve bunlara karşı alınması gereken önlemler ile ilgili bilgi açığını giderebilmek amacıyla hemşirelik eğitimi yapılan kurumlarda eğitim programı içerisine “iş sağlığı ve güvenliği” dersi konularak koruyucu ekipman kullanımına yönelik teorik ve pratik bilgilendirme yapılabilir. Ayrıca mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarında mesleki riskler ve konu ile ilgili alınması gereken önlemler konularına ağırlık verilebilir.
- Meslek hastalıkları ve kazalara ilişkin ulusal düzeyde sağlıklı veri toplanması sağlanarak tespit edilen risk ve hastalıklara karşı ulusal düzeyde eylem planları oluşturularak mevzuat çalışmaları yapılabilir.
- Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin daha nitelikli hale getirilmesi ruh sağlığı hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının daha sağlıklı ve güvenli çalışma ortamlarında hizmet vermelerini sağlayacağı düşünülmektedir.
- Bu araştırma tüm sağlık tesislerinde uygulanarak elde edilen veriler ışığında sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği önlemleri ile ilgili çalışmalar tesis edilebilir.

KAYNAKÇA

Akova, M. (1996), “Sağlık Personeline Kan Yoluyla Bulaşan Viral İnfeksiyonlar ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler”, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 26-28 Kasım, Ankara.

Bölükbaşı, N. (1996), “Sağlık Çalışanlarında Bel ve Üst Ekstremitelere İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları”. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 26-28 Kasım, Ankara.

Canbaz, S.D., Dabak, Ş.C., Sünter, A.T., Pekşen, Y., ve Çetinoğlu E.Ç. (2008), “Samsun’da Hastane Acil Servisleri Ve 112 Acil Çalışanlarına Karşı Şiddet: Epidemiyolojik Bir Çalışma”, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, Cilt 14, No. 3, 239-244.

Cohen, A.L. (1997), “Elements of ergonomics programs: a primer based on workplace evaluations of musculoskeletal disorders” (Vol. 97), Diane Publishing. <https://books.google.com.tr/books>

Devebakan, N. (2007), Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Dindar, İ., İşsever, H., ve Özen, M. (2004), Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar, Nursing Forum, 7(1): 59–63.

Gökçe, T ve Dündar, C. (2008), “Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 15, No.1, 25-28.

İlhan, M.N., Özkan,S., Kurtcebe, Z.Ö., ve Aksakal, F.N. (2009), "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Etmenler", Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 28, Sayı 3, 15-23.

İzgi, M.C. ve Türkmen H.Ö. (2012), “Akdeniz Üniversitesi’nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, Cilt 10, No. 3, 160-173.

Kuruüzüm, Z., Elmali, Z., Gunay, S., Gunduz, S., ve Yapan, Z. (2008), Occupational Exposures To Blood And Body Fluids Among Health Care Workers: A Questionary Survey, Mikrobiyoloji Bulteni. 42: 61-69.

Lavoie, M.C., Yassi, A., Bryce, E., Ronaldo, F., Logronio, M. & Tennessee, M. (2010), "International Collaboration To Protect Health Workers From Infectious Diseases In Ecuador." Revista Panamericana De Salud Publica 27: 5, 396-402.

Motowido, S.J., Packard, S.J., & Manning, M.R. (1986), Occupational Stress Its Causes And Consequences For Job Performance. Journal Of Applied Psychology, 7 (4), 618-629.

Orji, E.O., Fasuba, O.B., Onwudiegwu, U., Dare, F.O. & Ogunniyi, S.O. (2002),“Occupational Hazards Among Health Care Workers In An Obstetrics Gynaecology Unit Of A Nigerian Teaching Hospital”, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22(1), 75-78.

Parlar, S. (2008), Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Prev Med Bull, 7(6), 547-554.

Phukan, P. (2014), Compliance To Occupational Safety Measures Among The Paramedical Workers In A Tertiary Hospital In Karnataka, South India. The International Journal Of Occupational And Environmental Medicine, 5(1), 40-50.

Retsas, A. & Pinikahana, J. (2000), “Manual Handling Activities And İnjuries Among Nurses: An Australian Hospital Study”, Journal of Advanced Nursing, 31(4), 875-883.

Roberts, C. (Ed). (1995). Text Analysis For The Social Sciences: Methods For Drawing Statistical Inferences From Texts And Transcripts. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sinat, Ö. ve Kutlu, Y. (2009), "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 17:3, 174-183.

Taşçioğlu, İ. (2007), Lüleburgaz Devlet Hastanesi Ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş Ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler Ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Tel, H., Aydın, H.T., Karabey, G., Vergi, İ. ve Akay, D. (2012), “Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik ve Stresle Baş Etme Durumu”, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, No 2, 47-52.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(KANTAŞ YILMAZ, F /SANCAR, O/KEVENK, U/ÖZTÜRK, M)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM, 2013), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu.

Yakut, H.İ., Yalçın B.B., Çiftçi, A. ve Orhan, M.F. (2012), Sağlıkta Güvenlik Ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Bir Çalışma, Türkiye Çocuk Hast. Dergisi, 6(3): 146-154.

Weber, R. (1990). Basic Content Analysis. Newbury Park, CA: Sage.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı web sitesi (2014), 25.07.2014 tarihinde <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/isggm/dosyalar/Meslek-Hastaliklari-Kitab%C4%B1> adresinden alınmıştır.

Resmi Gazete web sitesi (2016), 16.11.2016 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130329-4.htm> adresinden alınmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu web sitesi (2016), 15.11.2016 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari adresinden alınmıştır.

Occupational Safety and Health Administration web sitesi (2014), 01.08.2014 tarihinde https://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm_vi/otm_vi_1.html#2 adresinden alınmıştır.

World Health Organization web sitesi (2016a), 15.11.2016 tarihinde http://www.who.int/topics/occupational_health/en/ adresinden alınmıştır.

International Labour Office web sitesi (2016), 15.11.2016 tarihinde <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm> adresinden alınmıştır.

World Health Organization web sitesi (2016b), 15.11.2016 tarihinde <http://www.who.int/topics/violence/en/> adresinden alınmıştır.

Türk Tabipler Birliği web sitesi (2016), 16.11.2016 tarihinde <http://www.ttb.org.tr/TD/TD59/5911.html> adresinden alınmıştır.

World Health Organization web sitesi (2016c), 15.11.2016 tarihinde http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/ adresinden alınmıştır.

The American Institute of Stress web sitesi (2016), 15.11.2016 tarihinde <http://www.stress.org/what-is-stress/> adresinden alınmıştır.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(KANTAŞ YILMAZ, F /SANCAR, O/KEVENK, U/ÖZTÜRK, M)

DIYARBAKIR İLİ VE İLÇELERİNDE 2015 YILINDA SAĞLIK BAKANLIĞI'NA BAĞLI HASTANELERİN SUNDUĞU EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yrd.Doç.Dr.Rojan Gümüş

Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu,
gumusrojan@gmail.com

Dr.Seyfettin Sarıbaş

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü,
drsaribas@gmail.com

ÖZET: Bu çalışmanın amacı 2010-2015 yılları arasında Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Birliği Sekreterliği tarafından Diyarbakır merkez ve yedi ilçesindeki toplam 12 devlet hastanesi tarafından verilen evde bakım hizmetlerini incelemeye almak, 2015 yılında görev alan personel, kullanılan araç-gereç, evde yapılan tedavi ve hizmetler ile hastaların demografik yapısını araştırarak ileride yapılacak evde bakım hizmetleri planlamasına bulunmaktır. Çalışmanın sonuçlarına göre, 65 yaş üstü hasta grubunda kadın hasta sayısı daha fazla iken diğer yaş gruplarında oranlar daha yakındır. 2014 ve 2015 yıllarında tüm hastanelerin evde bakım hizmetlerinde bir artış görülmüştür. Evde bakım hizmeti alan hastalara en fazla verilen hizmetler muayene, yara pansumanı, tahlil/tetik, enjeksiyon, ilaç raporu ve mesane sonda uygulamalarıdır. Hastanelerin evde bakım hizmeti birimlerinde en çok görev alan sağlık personeli hemşireler olup, bunu doktorlar, fizyoterapistler ve diyetisyenler izlemektedir. Çalışmanın sonucunda evde bakım hizmetlerinin devlet hastanelerinde zorunlu hale getirilmesinin olumlu sonuçları olduğu görülmüştür. Yıllara göre evde bakım hizmetleri incelendiğinde, zorunlu hale geldikten sonra bu hizmetten yararlanan hasta sayısının katlanarak arttığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Evde Bakım, Devlet Hastanesi, Sağlık Personeli, Diyarbakır, Türkiye

ANALYSIS OF HOME HEALTH CARE SERVICES PROVIDED BY HEALTH MINISTRY OF TURKEY IN DIYARBAKIR AND ITS DISTRICTS IN 2015

ABSTRACT: Home healthcare is provided by health professionals to people at their homes. This study focused on home health care services provided by the Diyarbakır Directorate of Health Services and the Secretary General of the Association of Public Hospitals between 2010 and 2015. Public Hospitals were included in the study. It was found that number of patients delivering home care service was greater in 65+ age group between female patients. There was an increase in home care services in years 2014 and 2015. The staff most included in home health care units in 2015 were nurses, doctors, nutritionists and physical therapists. Physical examination, medical dressing, medical investigation/tests, catheter application were among most frequently given health services. The Turkish Ministry of Health has implemented measures, including compulsory provision of home health care services by hospitals since 2010. Our findings show that these measures have been successful because home health care use has improved considering patient numbers and services provided by hospitals in the last two years.

Key Words: Home Health Care, Public Hospital, Health Staff, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ

Evde Bakım Hizmeti:

Evde Bakım, gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir.

Evde bakım hizmetinde amaç, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu hizmet ayrıca; evde kalmayı tercih eden ve tedavisi, bakımı devam eden; ancak yakın aile çevresi ve arkadaşları tarafından bakımı gerçekleştirilemeyenler için gereklidir (THSK, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı rapora göre ise, "evde bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir (WHO,2000).

Nüfusun yaşlanması, özürüllük ve kronik hastalıklardaki artış sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına ve dolayısıyla hastanelerde yığılmalar oluşmasına neden olmuştur. Hastanelerdeki bu yığılma, özel hastanelerdeki hizmetlerin pahalı olması, hasta ve hasta yakınlarının ev ortamını rahat bulması ve erken taburculuk gibi sebepler yüzünden evde bakım hizmetleri ve bakım verenlere olan gereksinimi ortaya çıkarmıştır (Işık, Kandemir ve Fidan ,2016; Keskin , 2012).

Hasta bireyin sağlık durumu ve bakım ihtiyaçlarına göre hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, ev ekonomisti, eczacı gibi farklı meslek grupları bu bakım sürecinde yer alabilmektedir. Bu süreçte ise aile bireyleri de tedavinin bir parçası olarak önemli rol oynamaktadır. Ülkemizde devlet eliyle ya da özel kuruluşlar aracılığıyla bu hizmeti almak mümkündür (Karahana ve Güven ,2012; Işık, Kandemir ve Fidan,2016).

Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlara, tedavisini evde sürdürebilecek yeni doğum yapan anne ve bebeklere, ortopedi ve travmatoloji, kalp, damar ve hipertansiyon, felçli, onkoloji, akciğer ve solunum, diyabet, nöroloji hastalarına, felçli hastalara ve bakıma ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlara hastalık ya da sağlık ihtiyaçları sonlanıncaya kadar düzenli hizmetlerin sağlık ekibi tarafından haftada en az bir kez ya da hastanın durumuna göre her gün ziyaret edildiği hizmet uygulaması amaçlanmaktadır. Hastanın durumu merkeze bildirildikten ve uygun görüldükten sonra kimlik ve adres bilgileri alınarak gerekli işlemler başlatılmaktadır. Hastaların rutin muayeneleri, tedavi planları ve takipleri yapıp her türlü tıbbi bakımları (serum takılması, enjeksiyon, pansuman, sonda, kateter uygulaması), tıbbi cihaz ihtiyaçları, sağlık raporlarının düzenlenmesi veya yenilenmesi, ihtiyaç halinde hastaların hastaneye nakillerinin yapılması gibi hizmetler verilmektedir (Işık, Kandemir ve Fidan,2016).

Evde bakım hizmeti sadece yaşlılara yönelik değil; bedensel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan çocuklara ve ailelere de koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin süreklilik halinde sunulmasını amaçlayan bir hizmettir . Evde bakım özür, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri yaşadıkları ortamda destekleyerek sosyal yaşama uyumlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireylerin aile üzerindeki yükünü hafifletmek amacıyla birey ve aileye sunulan psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleriyle sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Evde sağlık hizmetleri, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır ve yeni bir alan olması birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Bugün geldiğimiz nokta çok iyi olmakla beraber eksikliklerin belirlenmesi kaliteyi daha da artıracaktır.

Türkiye’de Devlet Tarafından Sağlanan Evde Bakım Hizmetleri:

Evde bakım hizmetleri ilk olarak 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de Sağlık Bakanlığı’nın özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sağladığı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir (Başbakanlık, 2005). Daha sonra bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönergeye göre, “Evde bakım hizmetleri bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır.” Yönergeye göre evde sağlık hizmetleri biriminin görevi, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde kişinin bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi, hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Diyarbakır’da Sağlık Bakanlığı Tarafından Sağlanan Sağlık Hizmetleri:

Diyarbakır’da evde sağlık hizmetleri Aralık 2010 tarihinden Aralık 2013 tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü’nce yürütülmüştür. Aralık 2013’ten itibaren Kamu Hastaneler Birliği ile İl Sağlık Müdürlüğü ortak olarak sunmuştur. 17.02.2015 tarihinde evde sağlık hizmetleri Halk Sağlığı Müdürlüğü’nce koordine edilmeye başlanmıştır. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi şu anda Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi bünyesinde bir sorumlu doktor ve dört hemşire ile hizmet vermektedir.

Diyarbakır’da evde sağlık hizmetleri sunan hastane birimleri Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesi, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Bismil Devlet Hastanesi, Çermik Devlet Hastanesi, Dicle Devlet Hastanesi, Ergani Devlet Hastanesi, Çınar Devlet Hastanesi, Kulp Devlet Hastanesi ve Silvan Devlet Hastanesi’dir. Her hastanenin bünyesinde evde bakım hizmetleri biriminde doktor, diş hekimi, hemşire, sağlık memuru, diyetisyen, sekreter, şoför, psikolog, sosyolog, fizyoterapist, acil tıp teknisyeni ve sosyal çalışmacılar görev almaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı pek çok araç-gereç ve malzemeyi bu birimlerde kullanılmak üzere tahsis etmiştir.

Bu çalışmanın birinci amacı 2010-2015 yılları arasında Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Birliği Sekreterliği tarafından Diyarbakır merkez ve yedi ilçesindeki toplam 12 devlet hastanesi tarafından verilen evde bakım hizmetlerini incelemeye almak, yıllar içindeki gelişimini takip etmek ve en yoğun olarak verildiği 2015 yılı verilerini incelemektir. İkinci olarak amacımız , 2015 yılında evde bakım hizmetlerinde görev alan personel, kullanılan araç-gereç, evde yapılan tedavi ve hizmetler ile hastaların demografik yapısını ile ilgili verileri analiz etmektir. Çalışmanın gelecekteki evde bakım hizmetlerinin planlanmasında bir yol gösterici olacağını ve personel, araç-gereç, teşhis ve tedavilerde tasarruf sağlayacağını düşünmekteyiz.

YÖNTEM

Araştırma kapsamına Diyarbakır merkez ve yedi ilçesindeki toplam 12 devlet hastanesi tarafından verilen evde bakım hizmetleri alınmıştır. Bu amaçla 2010-2015 yılları arasında Diyarbakır merkez ve yedi ilçesindeki toplam 12 devlet hastanesinin evde bakım birimleri incelemeye alınmış ve görev alan personel, kullanılan araç-gereç, evde yapılan tedavi ve hizmetler ile hastaların demografik yapısı incelenmiştir. Evde bakım hizmetleri ile ilgili bilgiler Sağlık Bakanlığı'ndan ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onaylı resmi izin ile elde edilmiştir.

Beş yıl boyunca 7871 evde bakım hizmeti alan hasta demografik olarak incelenmiştir. Hastanelerin evde bakım birimlerinde görev alan doktor, hemşire ve diğer görevlilerin her ay görev alma durumlarına göre ortalamalar elde edilmiştir. Ayrıca hastanelerde her ay verilen hizmetlerin ortalamaları alınmıştır. Ortalamalar tablolar halinde verilmiştir. Tablolarda frekanslar ve yüzdelikler Excel programı kullanılarak hesaplanmıştır.

BULGULAR

Diyarbakır il ve ilçelerinde 2010-2015 yılları arasında devlet hastaneleri tarafından evde bakım hizmeti verilen hasta sayısı yıllara ve yaş gruplarına göre incelenmiş ve sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Diyarbakır İl ve İlçelerinde Devlet Hastaneleri Tarafından Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Yıllara ve Yaşa Göre Dağılımı

Yıl	Yaş Grupları			Toplam(%)
	0-18	19-64	+65	
2010-2012	33	113	98	244(3.09)
2013	16	681	93	790(10.03)
2014	112	843	1396	2351(29.86)
2015	1502	981	2003	4486(56.99)
Toplam	1663(21.12)	2618(33.26)	3590(45.61)	7871(100)

Evde bakım hizmeti alan hastaların yaşa göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek faydalanma oranının 65 ve üstü yaş grubunda (%45.61) olduğu görülmüştür. 0-18 yaş çocuk ve genç grubu (%21.12) evde bakım hizmetinden en az yararlanan grup olurken orta yaş grubunun oranı ise %33.26'dır. Yıllara göre evde bakım hizmeti incelendiğinde 2010-2015 yılları arasında, her yıl artan bir hasta sayısı olduğu görülmektedir. En fazla hasta bakımı 2015 yılında (%56.99) gerçekleşmiştir.

Diyarbakır il ve ilçelerinde 2015 yılında evde sağlık hizmeti alan hastalar yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre incelenmiş sonuçlar Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Diyarbakır İl ve İlçelerinde Devlet Hastaneleri Tarafından Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	Yaş Grupları			Toplam(%)
	0-18 (%)	19-64(%)	65+(%)	
Kadın	830(49.90)	1203(45.95)	2366(65.90)	4399(55.88)
Erkek	833(50.09)	1415(54.04)	1224(34.09)	3472(44.11)
Toplam	1663(100)	2618(100)	3590(100)	7871(100)

Devlet hastaneleri tarafından evde verilen sağlık hizmetlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadın hastaların oranının(%55.88) erkeklerden (%44.11) daha fazla olduğu görülmüştür. Kadın ve erkek oranının en fazla farklılaştığı 65 yaş ve üzeri yaş grubu bu oranın yüksek çıkmasına yol açmaktadır.

Diyarbakır İl ve İlçelerinde 2015 yılında evde bakım hizmetleri birimlerinde görev alan personel incelenmiş ve sonuçlar Tablo 3'te sunulmuştur. Sadece 2015 yılı için analiz yapılmasının sebebi 2015 yılında daha detaylı kayıtlar tutulmuş olmasıdır.

Tablo 3. Diyarbakır İli ve İlçelerinde 2015 Yılında Evde Sağlık Hizmeti Sunan Personelin Görev Durumuna Göre Dağılımı

	Çocuk Hastanesi	Kadın Doğum Hastanesi	Selahattin Eyyübi Hastanesi	Gazi Yaşargil Hastanesi	İlçe Hastaneleri	Toplam	Yüzde
Uzm.Dokt.	1	0	2	2	1	6	12,24
Prat. Doktor	0	1	0	1	1	3	6,12
Hemşire/Sağ. M.	3	2	4	4	2	15	30,61
Diyetisyen	1	2	1	0	0	4	8,16
Fizyoterapist	1	2	1	0	0	4	8,16
Psikolog	1	3	1	1	0	6	12,24
Sosyal çalış.	1	1	0	0	0	2	4,08
Tıbbi Sekr.	0	1	1	0	0	2	4,08
Acil Tıp Tek.	0	0	0	0	0	0	0,00
Şoför	2	1	2	1	1	7	14,29
Toplam	10	13	12	9	5	49	100

Çalışmanın bulgularına göre evde bakım hizmetleri birimlerinde en çok hemşire ve sağlık memurları (%30,61) görev almış, bunu doktorlar(%12,24) ve psikologlar (%12,24) takip etmiştir. Fizyoterapistler (%8,16) ve diyetisyenler (%8,16) yine en yoğun çalışan personelin içindedir.

Diyarbakır İl ve İlçelerinde 2015 yılında evde sağlık hizmeti sunan personelin uyguladığı aylık ortalama sağlık hizmeti şekli ve sayısı incelenmiş sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur. Sadece 2015 yılı için analiz yapılmasının sebebi 2015 yılında daha detaylı kayıtlar tutulmuş olmasıdır.

Tablo 4. Diyarbakır İli ve İlçelerinde 2015 Yılında Evde Sağlık Hizmeti Sunan Personelin Uyguladığı Aylık Ortalama Sağlık Hizmeti Şekli ve Sayısı

Yapılan İşlem	Çocuk Hastanesi	Kadın Doğum Hastanesi	Selahattin Eyyübi Hastanesi	Gazi Yaşargil Hastanesi	İlçe Hastaneleri	Toplam	Yüzde
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
Hasta Muayenesi.	161	97	222	151	40	671	37,34
Eğitim Uygulamaları	171	101	191	140	35	638	35,50
Yapılan yara pansuman	29	52	51	61	6	199	11,07
Yapılan Enjeksiyon	21	21	31	32	11	116	6,46
Mesane Sonda Uygulaması	12	13	17	12	5	59	3,28
Konsultasyon İstemi	4	3	9	1	40	57	3,17
Yapılan Tahlil/Tetkik	5	2	11	8	5	31	1,73
Çıkarılan heyet raporu	10	0	0	0	4	14	0,78
Uzman hekim İlaç Raporu	4	2	0	0	4	10	0,56
İade kapsamında Kullanılan Tıbbi Cihaz	0	0	0	0	2	2	0,11
Toplam	417	291	532	405	152	1797	100

Diyarbakır ili ve ilçelerinde 2015 yılında evde sağlık hizmeti sunan personelin uyguladığı aylık ortalama sağlık hizmeti şekli ve sayısına incelendiğinde en fazla hasta muayenesi(%37,34) yapıldığı, bunu eğitim uygulamalarının (%35,50) izlediği görülmektedir. Yara pansumanı(%11,07) ve enjeksiyon(%6,46) en fazla yapılan diğer işlemlerdir.

Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi tarafından evde sunulan sağlık hizmetleri işlemler bazında incelenmiş ve en fazla uygulanan hizmetler Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Tarafından Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Uygulanan İşlemlerin Aylık Ortalaması

Yapılan İşlemler	Aylık Ortalama Sayı	Yüzde
Oral Hijyen eğitimi	51	36,95
Oral Muayene	35	25,36
Basit Diş Çekimi	29	21,01
Basit Detertraj Uygulaması	5	3,62
Protez vuruklarının alınması	5	3,62
Parsiyel Protez yapımı	4	2,89
Genel Anestezi Ameliyat	4	2,89
Protez tamiri ve diş ilavesi	3	2,17
Topikal Flor Uygulaması (Dolgu)	2	1,48
Toplam	138	100

Çalışmanın bulgularına göre Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi tarafından evde sağlık hizmeti alan hastalara uygulanan işlemler arasında en yüksek oran oral hijyen eğitiminde (%36,95) görülmekte, bunu oral muayene (%2,36) ve basit diş çekimi (%21,01) izlemektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Hastalık ve yaşlanmayla birlikte bazı fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bireyler bu sağlık sorunlarının olumsuz etkileri nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelerek başka birinin yardımına gereksinim duymaktadır. Taşdelen ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmaya göre yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin hasta bakımı konusunda deneyimi olmadığı halde bakımda kendilerini yeterli hissetmeleri ve eğitim gereksinimi bildirmediği belirlenmiştir. (cümle çıkarıldı) Bu yüzden evde bakım hizmeti verecek sağlık personelinin profesyonellerden oluşması çok önem taşımaktadır. 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakım gerektiren hastaların yanı sıra, kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da evdeki güvenli ve rahat koşullarında sağlık hizmeti alabilmelidirler. Özel kuruluşlardan alınan evde bakım hizmeti hastalar açısından çok masraflı olmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesi ve sağlık giderlerinin denetim altına alınmasının gerektiği başka çalışmalarda da vurgulanmıştır (Oğlak,2007; Dawani,2014).

Çalışma sonucu görülmüştür ki, evde bakım hizmeti alan hastaların çoğunluğu 65 yaş üzeri ve kadınlardan oluşmaktadır. Hem dünyada hem Türkiye’de kadınların beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha fazla olduğu göz önüne alındığında, çalışmanın bulguları bu gerçeği destekler niteliktedir. Evde bakım hizmetinin daha çok yaşlılar tarafından kullanıldığı ve bunun da çoğunluğunun kadınlardan oluştuğuna dair bulgular daha önce yapılmış pek çok çalışma ile aynı doğrultuda sonuçlar göstermiştir. Ankara’da yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %67,8’ inin kadınlardan oluştuğu bulunmuştur (Çavuş, 2013). Çatak ve diğerlerinin (2012) Burdur’da evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri kişiler ile yaptığı araştırmada hastaların %67,6 ‘sının kadın olduğu ortaya konulmuştur. Subaşı ve Öztekin (2006) Ankara’da evde sağlık hizmeti alan hastaları incelemiş ve %62,5’inin kadın olduğunu belirlemiştirlerdir. Hırvatistan’da gerçekleştirilen bir araştırmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %59’u kadın ve %51’i 70-79 yaş aralığında bulunmuştur (Kouta vd., 2015). Dawani ve diğerleri (2014) ise Ürdün’de bir çalışma yapmışlar ve evde bakım hizmeti alan hastaların %54,8’inin 60 yaş ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Çatak ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmada ise evde bakım hastalarına muayene, tetkik, ilaçla tedavi, enjeksiyon, sonda takma ve yara bakımı işlemlerinin sağlık personeli tarafından en fazla sunulan hizmetler olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular bizimkiler ile paralel sonuçlar göstermektedir. Aynı çalışmada evde sağlık hizmeti verenlerin büyük kısmının hekimler tarafından oluşturulduğu belirtilmiş olup bu bulgular bizimkilerle kısmen uyumludur. Bizim çalışmamızda da en fazla görev alan personel hemşireler olarak bulunurken, bunu doktorlar izlemektedir. Karaman ve diğerlerinin (2015) yaptığı bir çalışmada evde bakım gören bireylere verilen sağlık hizmeti dağılımları incelendiğinde; bireylerin çoğuna sadece fiziksel muayene hizmeti verildiği, bir diğer çalışmada ise evde bakım hizmetine ihtiyaç gösteren bireylerin %77,7’sinin doktor muayenesi hizmetine ihtiyaç duyduklarını saptamışlardır (Cindoruk vd.,2010). Bu çalışmaların bulguları da bizim çalışmamız ile aynı doğrultudadır. Işık ve diğerleri (2016) evde bakım hastalarına en fazla uygulanan işlemlerin enjeksiyon, sonda takma ve yara bakımı olduğunu belirlemiş ve bizim sonuçlarımızdan farklı sonuçlara ulaşmışlardır.

Bu çalışmanın bulguları sağlık hizmetleri planlayıcılarına evde bakım hizmetleri ile ilgili kararlar alınırken hangi hasta gruplarına daha fazla önem verilmesi gerektiği ve ne tür araç gereç ve tedavi

yöntemlerine ihtiyaç duyulduğu konularında bir yol gösterici olacaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde görev alacak personelin sayısı ve durumu ile ilgili bilgiler vermesi bakımından önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunmadaki zorluklar göz önüne alındığında, zamandan, personelden, araç-gereçten yapılacak tasarrufun sağlık hizmeti sunanlar açısından ne kadar önem taşıdığı açıktır.

Çalışmamızın sonucunda evde bakım hizmetlerinin devlet hastanelerinde zorunlu hale getirilmesinin olumlu sonuçları olduğu görülmüştür. Yıllara göre evde bakım hizmetleri incelendiğinde, zorunlu hale geldikten sonra bu hizmetten yararlanan hasta sayısının katlanarak arttığı belirlenmiştir. Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artması, evde sağlık hizmetleri uygulamasının önemini her geçen gün artırmaktadır. Yaşlıların ve kronik hastalıkları olanların göreceli olarak sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinimlerinin olması kaynakların en etkin şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle bu hizmetler sağlık, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla birlikte değerlendirilmelidir. Ayrıca diğer bir önemli husus evde sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı, kolay ulaşılabilir, nitelikli ve yaygın bir hale getirilmesi ile hastanelerdeki yoğunlukların önüne geçileceği ve tedavi masraflarının azaltılabileceğidir. Personelin yetersiz olduğu, bakıma gereksinim duyan kişilerin fazla olması ve hastaların bağımlılıklarının fazla olması verilen hizmetin niteliğinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle kendi alanında uzman olan personelin sunacağı bu hizmetler multidisipliner ekip anlayışı ile evde bakım hizmetleri içerisine entegre edilerek sunulmalıdır. Evde bakım hizmeti ekibinde yalnızca hemşire ve doktor sayısının yüksek olması yeterli görülmeyip ekip bünyesinde psikolog, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve diyetisyen sayısının da artırılması hizmetin bütünlüğünün sağlanması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Işık O., Kandemir A., Eriş M., Fidan C. (2016) Evde sağlık Hizmeti alan hastaların profilleri ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 171-186
- Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (2005) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete: Sayı 25751 Erişim tarihi: 9.9.2016 <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&sourceXmlSearch=&MevzuatIli ski=0>
- Cindoruk M, Yetkin İ, Şahin M, Ekici E, Görgül A, İleri F, Keskin G, Küçükkayıkçı B, İşgenç H, Karakan T. (2010) Evde Bakım Hizmetleri. *Akademik Geriatri* 2: 121-127.
- Çatak B., Kılınç A. S., Badıllıoğlu O., Sütü S., Sofuoğlu A. E. ve Aslan D. (2012) Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 10(1): 13-21
- Çavuş F. Ö. (2013) Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Dawani H. A., Hamdan-Mansour A. M. and Ajlouni A. T. (2014) Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. *Health* 6(7): 549-558.
- Karahan A., Güven S. (2002) Yaşlılıkta Evde bakım, *Turkish J of Geriatrics* 5(4) 155-159
- Karaman D., Kara D., Atar N. (2015) Evde bakım Hizmeti verilen Bireylerin Hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi* 24(3), 347-360



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

- Keskin, G. (2012) Duygu-Durum Bozukluklarında Evde Bakım Hizmetleri ve Psikiyatri Hemşireliği. *II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, Erzurum.
- Kouta C., Kaite C. P., Papadopoulos I. and Phellas C. N. (2015) Evaluation of Home Care Nursing for Elderly People in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences* 8(2): 376-384.
- Nadarević-Štefanec V., Malatestinić Đ., Mataija-Redžović A. and Nadarević T. (2011) Patient Satisfaction and Quality in Home Health Care of Elderly Islanders. *Collegium Antropologicum* 35(2): 213-216.
- Oğlak S. (2007) Uzun Süreli Evde bakım Hizmetleri ve bakım Sigortası, *Turkish J of Geriatrics* 10(2) 100-108
- Sağlık Bakanlığı (2010) Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Yönergesi. Erişim tarihi: 09.10.2016. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71581/h/yonerge.docx>,
- Subaşı N. ve Öztekin Z. (2006) Unmet Need In Turkey: Home Care Service. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 5(1): 19–31.
- Taşdelen P., Ateş M. (2012) Evde bakım gerektiren Hastaların Bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 9(3), 22-29
- THSK(Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) (2012) Aile Hekimliği, Evde bakım Hizmetleri. Erişim tarihi: 9.9.2016 <http://www.ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/146-evde-bakim-hizmetleri-nedir.html>
- WHO (2000) Home based longterm care Erişim tarihi:11.9.2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.pdf

MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ

HEALTH SERVICE QUALITY AND PATIENT SAFETY WITHIN MEDICAL TOURISM

Yrd. Doç. Dr. Hacer ATAMAN,

hacer.ataman@medeniyet.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. M. Fevzi ESEN,

fevzi.esen@medeniyet.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. Ahmet VATAN,

ahmet.vatan@medeniyet.edu.tr

Özet

Medikal turizm, hastaların kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti alabilmeleri için kendi ülkeleri dışına gerçekleştirdikleri planlı seyahatler olarak tanımlanmaktadır. Medikal turizmde sağlık hizmetlerinin uluslararası alanda kabul görmüş standartlar doğrultusunda verilmesi hizmet kalitesi bakımından büyük önem arz etmektedir. Medikal turizmde hizmet kalitesini arttıran unsurlardan biri hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu çalışmada, medikal turizmde hizmet kalitesi ve hasta güvenliğinin önemi incelenmiştir. Medikal turizmde sağlık hizmetleri kalite standartları açıklanarak, hasta güvenliğinin önemi vurgulanmıştır. Medikal turizmde sağlık hizmeti sunan tüm çalışanların hasta güvenliği hakkında bilgi sahibi olmaları ve hizmetlerin bu bilinç doğrultusunda sunulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Medikal Turizm, Sağlık Hizmetleri, Kalite, Hasta Güvenliği

Abstract

Patients' planned travels to outside of their home countries to get an affordable and qualified health is defined as medical tourism. Providing health services towards international standards and auditing the service providers within the scope of these standards have an essential role in medical tourism. Patient safety is one of the important components of quality improvement in medical tourism. This study evaluates the importance of quality and patient safety in medical tourism. The quality standards of health services in medical tourism is described and the importance of patient safety is emphasised. It is concluded that, the factors increasing perceived quality for patient and patient's companion on patient safety must be determined. Health service providers must be aware of patient safety and the services must be provided towards this awareness as much as possible.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Keywords: Medical Tourism, Healthcare Services, Quality, Patient Safety

1. GİRİŞ

Son yıllarda, sağlık profesyonellerinin niteliği ve medikal hizmetlerdeki kalitenin iyileşmesi, uluslararası hasta sayısı ve sağlık hizmetleri sermaye fonunda dikkat çeken bir artışa sebep olmuştur. Sağlık hizmetleri arz ve talebindeki değişimler, ülkelerin ulusal politikalarının gözden geçirilmesini ve sağlık hizmetlerinde hareketliliği arttırıcı yeni düzenlemelerin uygulamaya konmasını beraberinde getirmiştir.

Mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı ilkesi, ağırlıklı olarak bir “hizmet endüstrisi” olarak nitelendirilen sağlık hizmetlerini daha kolay alınıp satılabilir duruma getirmiştir. Neticede “sağlık turizmi”, uluslararası ticari aktiviteler arasında önemli bir olay haline gelmiştir.

Sağlık turizminde hizmet sunucularının teknik, fiziki, kurumsal ve hukuki altyapısının geliştirilmesi, bu alanda çalışan personelin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi, hizmet–tesis standartlarının yükseltilmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve sürdürülebilmesi önem teşkil etmektedir. Sağlıkta kalite yönetim sisteminin bir parçası olarak kabul edilen hasta güvenliği, hasta ve hasta yakınları ile çalışanları olumsuz etkileyecek fiziki ve psikolojik etkilerin ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. Medikal turizmde, hasta güvenliği kültürü, hastaların kalite deneyimlerinden bağımsız olmayıp her ikisi arasındaki ilişkinin varlığı doğrulanmıştır (Gearhart, 2009).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)

2. SAĞLIK TURİZMİ VE TÜRLERİ

Tedavi maliyetlerinin yüksek olması, uzun bekleme süreleri ve erişim zorluğu ile hastaların kaliteli sağlık hizmeti almak istemesi ve turistik motivasyonları, pek çok hastanın kendi ülkeleri dışında hizmet alması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Sosyal bir faaliyet olan turizmin, sağlığını yeniden kazanmak veya sağlığını korumak amacıyla tedavi hizmeti almak isteyenlerin faaliyetleri doğrultusunda yapılması, sağlık turizmini doğurmuştur. “Sağlık Turizmi” ikamet edilen yerden başka bir yere herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için yapılan planlı seyahat olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Başka bir tanıma göre sağlık turizmi, “bireylerin stresle başa çıkma ve rahatlama odaklı turistik etkinlikleri” şeklinde tanımlanmaktadır (Bennett vd., 2004: 122-123). Başka bir tanıma göre ise kişilerin sağlığın korunması veya iyileştirilmesi amacıyla belirli bir süreliğine kendi yaşadığı yerden başka bir yere gerçekleştirdiği seyahatler “sağlık turizmi” olarak tanımlanmaktadır (Ross, 2001). Söz konusu seyahatlerin en az 1 gün süreyle ev ortamından uzakta olması gerektiği, 1 günden daha az süreyle yapılan seyahatlerin “ziyaret” kapsamında değerlendirileceği belirtilmektedir (Theobald, 1998: 3-4).

Öte yandan, hastaların kültürel normları ve değerleri ile yaşadıkları ülkelerdeki tedavi hizmetlerine olan bağlılıkları sağlık turizminin ekonomik olarak istenilen seviyede gelişimini engellemektedir. Bu olguya karşın, anayurtlarından başka yerlerde yaşayan hastaların, kültürel bağlılıklarından dolayı tedavi hizmetleri ve turistik aktiviteler için anayurtlarına dönmesi (diaspora turizmi), sağlık turizminin uluslararası turizm endüstrisinde çok yönlü niş bir alan olduğunu göstermektedir (Connell, 2013: 4). Bu sebeple, “hastaların çok gelişmiş ülkelere az gelişmiş ülkelere sağlık hizmeti temin etmek için seyahat ettikleri” algısıyla eşleşen “sağlık turizmi” kavramı, hastaların “konforlu kısa seyahat ve kolay iletişim talebi” unsurları ile şekillenmeye başlamıştır (Glinos vd., 2010: 1146).

Sağlık turizmi 3 başlıkta değerlendirilmektedir. Bunlar; ileri yaş ve engelli turizmi, termal turizm ve SPA Wellness, medikal (tıp) turizmi olarak sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.1. İleri Yaş ve Engelli Turizmi

Birleşmiş Milletler (BM) raporuna göre, dünya nüfusunun yaklaşık %12,5’ini 60 yaş ve üstü bireylerin oluşturduğu, 2030 yılı itibarıyla bu oranın %16,6’ya çıkacağı tahmin edilmektedir (UN, 2015). İleri yaş ve engelli turizmi, ileri yaştaki ve engelli turistlerle bakım ve rehabilitasyon sağlamak amacıyla klinik konukevleri-geriatrik tedavi merkezleri-bakım evlerinde eğitim almış sertifikalı personel tarafından yapılan uygulamalardır (gezi turları, meşguliyet terapileri, engelli aktiviteleri vb.) (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Son yıllarda engelliler konusunda sosyal farkındalık yaratmak amacıyla yapılan yatırımlar ve hukuki düzenlemeler turizm endüstrisinin de dikkatini çekmiştir. Bu bireylerin refakatçileri, akrabaları ve bakıcılarıyla birlikte artan sayı, düzenlenen gezi ve organizasyon sayısında da artışa sebep olmuş; engellilerin sosyal hayata entegre olabilmeleri için günlük ihtiyaçlarıyla birlikte; rehabilitasyon, korunma, danışmanlık ve diğer destek hizmetlerini sağlayabilmeleri konusunda yeni bir pazar doğmuştur (Stumbo ve

Pegg,2005, s.195-197).

2.2. Termal Turizm ve SPA - Wellness

Hastalık sonrası rehabilitasyon dönemlerinde veya kalıcı hasar bırakan rahatsızlıkların kısmen iyileştirilmesi amacıyla kaplıca ve SPA merkezlerinde yapılan tedavi destekleyici veya rehabilite edici uygulamalardır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Sıcak su ve buhar banyoları, içme kürleri, fizik tedavi ve klimaterapi termal turizm kapsamında sağlanan en yaygın hizmetler olarak göze çarpmaktadır. Doğal su kaynaklarının farklı özelliklerinden yararlanılarak bedene ve ruha ilişkin zindelik kazanılması, termal turizmin esas amacı olarak tanımlanmaktadır (Bayer, 1992: 161).

“Fiziksel ve ruhsal sağlığın doğa ve toplumsal çevre ile uyumlu şekilde yaşamasını sağlayacak nitelikteki aktiviteler için seyahat etme” olarak tanımlanan wellness turizmi, medikal tedavi amaçlı olmayan ve kişinin sağlıklı aktivitelerde yer almak için gerçekleştirdiği seyahatler şeklinde nitelendirilmektedir (Weiermair ve Steinhauer 2003: 4-16). 2013 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde ulusal ve uluslararası turizm giderlerinin yaklaşık %14,5’i wellness turizminde gerçekleşmiştir. Bu oranın 3,4 trilyon dolarlık wellness – SPA turizmi ekonomisinde yaklaşık 494 milyar dolara tekabül ettiği ve wellness hizmeti amacıyla seyahat eden turistlerin, normal turistlerden ortalama %130 daha fazla harcama yaptıkları belirtilmektedir (Global SPA & Wellness Summit, 2013).

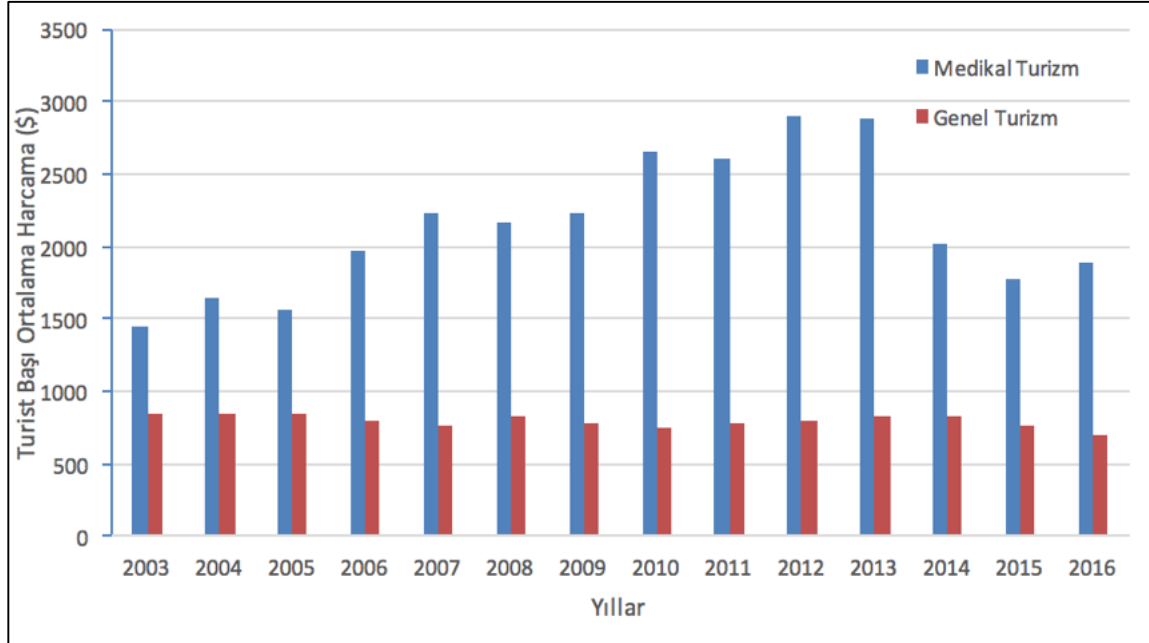
Sağlık ve spor endüstrisi içinde incelenen SPA’lar, su ile bireylerin bedensel ve zihinsel olarak daha iyi hissetmesini sağlayacak egzersizler, diyet ve eğitim programlarını kapsamaktadır. Temel amaç, kişinin yaşamını nasıl daha iyi hale getireceğini uygulamalı olarak öğreniminin sağlanmasıdır (Supapol, 2007: 6-7). Günümüzde SPA’lar, uygulama alanı olarak sadece su ve çamur terapileri değil, masaj ve aroma terapileri ile güzellik ve bakım gibi kür hizmetleri sağlayan tesisler olarak faaliyet göstermektedir. Bireylerin SPA hizmeti alırken, sağlık beklentilerinin karşılanmasında, alınan hizmetin kalite ve güvenliğinin sağlanması ve hizmet alınan tesiste yöreye özgü ürünlerin sunulması önem arz etmektedir (Verschuren, 2006: 8-9).

2.3. Medikal Turizm

Medikal turizm, belirli bir hastalığı olan turistlere genellikle 2. ve 3. basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında hekimler tarafından planlı olarak yapılan tedavi amaçlı uygulamalardır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Medikal turizm, turistin, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri almak amacıyla ülkesi dışına yaptığı seyahatler olarak da adlandırılmaktadır (Pollard, 2010). Bir diğer tanımda ise medikal turizm, “bireyi daha sağlıklı yapan seyahat türleri” olarak belirtilmektedir (Erfurt-Cooper ve Cooper, 2009: 4-5). Literatürde bazı çalışmalar sağlık sebebiyle gerçekleştirilen tüm seyahatleri sağlık turizmi ve medikal turizm ile eş anlamlı olarak kullansa da, aktif sağlık hizmeti almak amacıyla gerçekleştirilen tüm ulusal ve uluslararası seyahatler “medikal turizm” kapsamında değerlendirilmektedir (Reisman, 2010: 1). Söz konusu sağlık hizmetleri geniş bir yelpazede değerlendirilebileceği gibi, çoğunlukla diş hastalıkları, estetik cerrahi, tüp bebek uygulamaları, obezite kontrol, kalp-damar cerrahisini kapsamaktadır (Horowitz ve Rosensweig, 2007:26). Turistin aldığı sağlık hizmetlerinin yanı sıra; dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirme faaliyetleri medikal turizmin, “turistik” boyutu olup, tedavi amacıyla uygulanan cerrahi ve uzmanlık gerektiren diğer tıbbi işlemler ile şifa amaçlı terapötik uygulamalar “medikal” boyut kapsamında değerlendirilmektedir. Bu haliyle medikal turizmin “tıp ve turizm sektörünün ortak mal ve hizmet” üretiminin sonucu olduğunu söylemek mümkündür (Gümüş ve Büyük, 2008:435).

Sağlık turizminin başlıca sebepleri; yerel sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlik, sağlık hizmetlerine uygun maliyet ve zamanda ulaşamama, sağlık sigortası kapsamının yetersizliği, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmet kalitesindeki artış, biyoetik uygulamalar, hastalar tarafından sağlık hizmetleri ve turistik aktivitelerin birlikte talep edilmesi, estetik cerrahideki artan talepler olarak sıralanabilir (Connell, 2013: 1). Yüksek maliyetler, uzun bekleme süreleri, daha kaliteli hizmet alma isteği gibi konular medikal turizmde tedaviye erişimi uluslararası alanda arama nedenleri arasında görülmektedir (Tengilimoğlu, 2013: 114-115). İyi bir medikal turizm hedefinin önemli ilk üç bileşeni, “sağlık hizmetlerinin kalite standardı”, “hizmet verene erişebilme”, “teknoloji, tesis ve uzmanlaşma” olarak sıralanmaktadır (Jagyasi, 2010:10).

Ekonomik getirisi ele alındığında, medikal turizm gelirleri, genel turizm gelirleri içerisinde en önemli paya sahip olan kalem olarak görülmektedir. Özellikle Türkiye’de 2013 – 2016 yılları arasında medikal turizm kapsamında turist başı ortalama harcama 2142,4 \$ iken, diğer kategorilerde turist başı ortalama harcamanın 796,6 \$ olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir (Grafik 1). Medikal turizmin önemi açısından bakıldığında, bu durum medikal turizmi diğer turizm alanlarından ayıran en önemli faktörlerden biri olarak nitelendirilebilir.



Grafik 1. Türkiye’de Medikal Turizm - Genel Turizm Harcama Karşılaştırması
Kaynak: TÜİK, 2016 Turizm İstatistikleri

Medikal hizmetin alındığı lokasyon ve tıbbi işlemin türüne göre, medikal turizmde maliyetten sağlanan avantajın yaklaşık %28 ile %88 arasında olduğu tespit edilmiştir. PricewaterhouseCoopers (PwC) 2016 tıbbi maliyet trendi raporuna göre, tıbbi işlem maliyetlerinin global olarak her sene ortalama %6,8 artış gösterdiği göz önünde bulundurulursa, medikal turizmde sağlanan maliyet avantajının ücret, sigorta giderleri ve diğer maliyetler ile pazarlama stratejileriyle alakalı olduğu söylenebilir. Ayrıca medikal turizmle ilişkili sektörlerde çalışanların işgücü giderleri gelişmiş ülkelerin yarısından daha az olarak gerçekleşmektedir (Eurostat, 2016).

Uluslararası düzenlemelerin, turistlerin ihtiyaçlarına cevap verebilirliği, sağlık hizmetlerinin çeşitliliğini arttırmış; medikal turizmde elde edilen gelirin her sene artışına sebep olmuştur. Medikal turizmin dünya çapında gelişen bir sektör olmasının temel sebebi, sağlık hizmetleri konusundaki düzenlemelerin uluslararası boyutta ele alınmaya başlanması ve düzenleyici kurum ve kuruluşların ortak standartlar geliştirme çabalarıdır. Deniz ötesi ülkelerdeki kültürel değişim eğilimiyle birlikte, ulaşım maliyetlerindeki düşüş ve bilgi teknolojilerindeki gelişim medikal turizm açısından itici bir güç olmuş; hem tatil hem de tedavi unsurlarını içeren sektörler medikal turizmin temel alanını şekillendiren faktörler olarak önem kazanmıştır (Lunt vd., 2010: 6).

Sağlık hizmeti alınırken karşılaşılan yasal ve etik konular, mahremiyeti ilgilendiren hususlar, fiyat avantajı ve hizmet kalitesi sağlık turizminin etkinliğini belirleyen faktörlerden sayılmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007: 92-96). Makro ekonomik açıdan bakıldığında, medikal operasyonlardan elde edilen gelirlerin yanı sıra; ulaşım, transfer hizmetleri, konaklama, gezi ve alışveriş gibi birçok alt sektör aktif olarak bu sektörden kazanç sağlamaktadır (Helmy, 2011: 295-296).

3. MEDİKAL TURİZMDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİ

Uluslararası hizmet standartlarına uygun ve katma değeri yüksek bir sağlık turizmi faaliyeti için fiziki şartların yanı sıra; uygun tıbbi teknoloji, kültürel iletişim, uluslararası ulaşım ve transfer standartları, ortak tedavi protokolleri ve etik değerli hizmet sunumunun temini de gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlık turizmi faaliyetlerinde bireyin hizmetlerden yararlanma ölçüsünü en üst düzeye çıkarabilmek amacıyla tüm paydaşların beklentilerini dikkate alan “kaliteli sağlık hizmetinin” tedarik edilmesi en çok arzu edilen konuların başında gelmektedir (Akdu, 2014: 2).

Sağlık turizminde “maliyet” kavramı bireyleri ilgilendiren en önemli faktör olsa da, “kalite standartları” çekici faktörlerin başında gelmektedir. Hastaların kalite algıları sağlık hizmetinin tıbbi boyutundan çok; bakım hizmetleri, konaklama, ulaşım ve sağlık personeliyle iletişim gibi faaliyetler ile çerçevelenmektedir (Manaf vd., 2015:1019-1022).

Sağlık, bireylerin yaşamlarında en önem verdikleri değerlerin başında geldiğinden kaliteli sağlık hizmeti almak için bireylerde, sağlık hizmeti sunan kurumlara karşı birtakım beklentiler oluşmaktadır. Sağlık kurumlarının, bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve tedavilerini sağlamalarında, bireyleri memnun etmeleri büyük ölçüde sunacakları hizmetin kalitesine bağlıdır. Sağlık hizmeti kalitesi, “bir hastalık ya da durumun bir işlevi olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite, sunulan hizmetler ile hasta ihtiyaçları arasındaki yüksek düzeyde uyumluluk anlamına gelmektedir (Demirbilek ve Çolak 2008: 98).

“Kalite” kavramı, mal ve hizmet sunan işletmelerin faaliyetlerinde süreklilik ve rekabet avantajı sağlayabilmeleri amacıyla müşterilerinin istek ve ihtiyaçlarını karşılaması olarak tanımlanmaktadır (Parasuraman vd., 1985:41-50). Medikal turizm açısından bakıldığında kalite kavramı ise, hastaların sağlık ve diğer destek hizmetleri tedarik süreciyle ilgili beklenti ve ihtiyaçlarının kesintisiz ve zamanında karşılanması; hizmet standartlarının sürekli olarak iyileştirilmesi; hasta ve hasta yakınları ile



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

toplumu da içine alan diğer paydaşların memnuniyetinin sağlanması olarak ifade edilebilir (Akdu, 2014: 61-64).

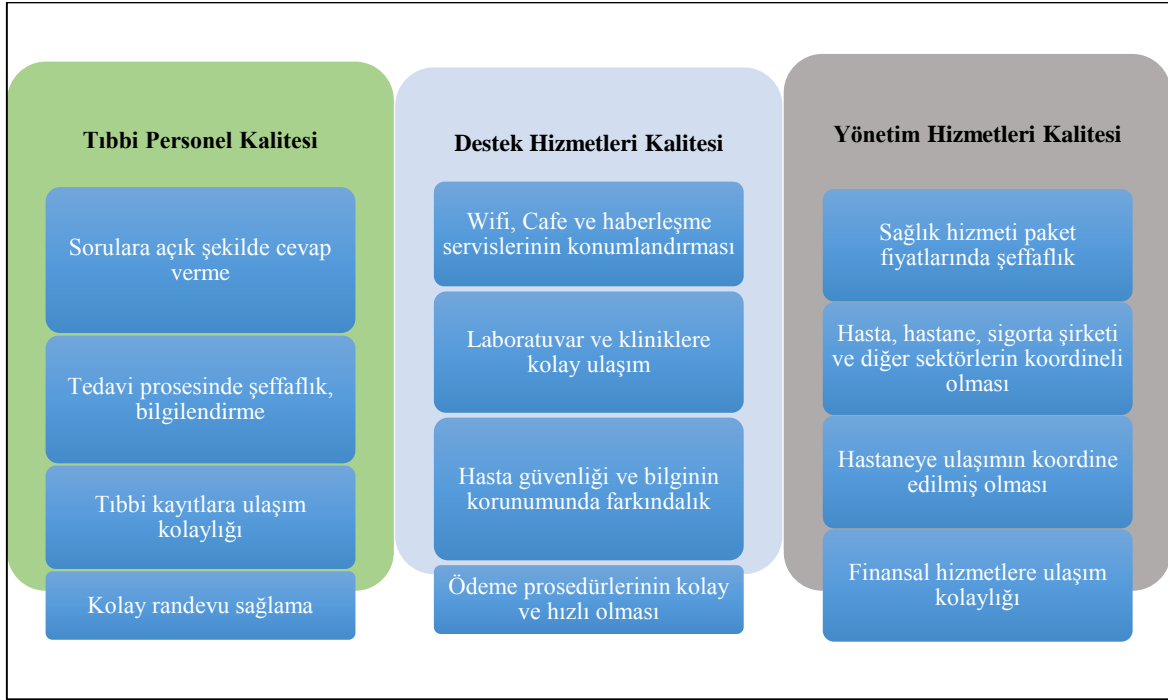
Turizm endüstrisinde hizmet kalitesini arttırmak, hizmet sağlayıcılar tarafından başa çıkılması zor bir süreç olarak görülmektedir. Hizmet sağlayıcıları tarafından gerçekleştirilen her bir faaliyet (çıkıtı) kalite göstergesi olarak nitelendirilmekte; kalitenin ölçülmesinde hasta algıları esas alınmaktadır (Baker ve Crompton, 2000: 788-789). Bu açıdan, sağlık hizmeti sunucusunun fiziksel, teknolojik altyapısının yanı sıra; çalışanların bilgi, yetenek ve iletişim kabiliyetleri ile tanı ve tedavi boyunca hastayla olan etkileşimler kaliteyi etkileyen önemli faktörler olarak belirtilmektedir (Değer, 2012: 19-21).

Sağlık turizminin hizmetlerinde kalite boyutları, çeşitli hizmet alt sektörlerinin faaliyet alanlarını da kapsamaktadır. Örneğin Woodside vd. (1989) sağlıkta kalite boyutlarını hemşirelik hizmetleri, faturalandırma, hasta kabul hizmetleri, teknik hizmetler, yeme-içme hizmetleri ve konaklama hizmetleri olarak altı farklı boyutta incelemiştir; Turner vd. (1995) sağlık hizmetinin sağlandığı tesisin konfor standartlarına vurgu yapmıştır. Tomes ve Ng (1995) “hastaneye yatırma” kavramının hastalar açısından fiziki bir tecrübeden öte bir kalite boyutu olduğunu belirtmiştir. Connell (2006) uygun ulaşım masrafları ve uzun olmayan hasta bekleme sıralarını kalitenin bir unsuru olarak ele almıştır; Rad vd. (2010) sağlık turistlerinde servis kalitesi algısının belirlenmesinde, müşteri beklentisi ve gerçek hizmet performansı kıyaslamasında kullanılan hizmet kalitesi ölçüm modeli “SERVQUAL” geliştirmiştir. Martin vd. (2011) medikal turistlerin hizmet algılarını araştırdığı çalışmada, kişisel ve normatif faktörlerin kalite açısından önemli olduğunu tespit etmiştir. Manaf vd. (2015) ise tıbbi personel kalitesi ile birlikte destek ve yönetim hizmetleri kalitesinin medikal turizm hizmet kalitesinin ölçülmesinde önemli olan üç farklı boyut olduğunu tespit etmiştir (Şekil 1).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)



Şekil 1. Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi Boyutları

Kaynak: Manaf vd., 2015: 1021

Pratikte konaklama, sigorta, ulaşım gibi faktörler hastaların kalite algılarını etkileyen temel unsurlar olarak algılansa da; tedavi için gerekli olan tüm medikal hizmetler medikal turizmin ana faaliyet alanını oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması, tedavi öncesi ve sonrası bakım hizmetleri, tıbbi tanı ve testler hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşuna sadakatini etkileyen kalite unsurları olarak ön plana çıkmaktadır (Rose vd., 2004: 146-147; Panchapakesan, 2013: 29).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİNİ BELİRLEYEN STANDARTLAR

Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen bir takım standartlar geliştirilmiştir. Medikal turizmde uluslararası hizmet verebilmek için akreditasyon standartlarının karşılanması önemli bir konudur. Bugün dünyada en çok kabul gören ve sağlık hizmet sunumunun farklı alanları için özel standartlara sahip olan akreditasyon programı Joint Commission International (JCI) Akreditasyon Standartları'dır (Ertem, 2015). Akreditasyon ve diğer belgelendirme işlemleri genelde hastalara aldıkları hizmetin kalitesi hakkında güvenilir bilgi vermektedir. Hastaların kaliteli hizmet alma beklentileri hastane seçiminde belirleyici olmaktadır. Bu sebeple, hastanelerin yurt dışından gelen hastaları hizmet kalitesinin iyi olduğuna ikna edecek uluslararası kabul görmüş sertifika ve akreditasyon belgelerinin olması önemlidir (Binler, 2015: 170-173).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Bugün, Türkiye’de de sağlık alanında akreditasyon çalışmaları yürütülmektedir ve bu çalışmalar sonucunda “Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti” geliştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde kurulmuş olan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Mart 2016’dan itibaren The International Society for Quality in Health Care’e (ISQua) üyesidir. Sağlık alanında kalite ve akreditasyon faaliyetleri yürüten kurumların standart setlerinin ve denetçilerini tabi tuttukları eğitim programlarının uluslararası ve bağımsız bir kuruluş olan ISQua tarafından akredite olması; yürütülen işlerin kalitesi ve aynı zamanda sağlıkta kalite çıktılarının uluslararası alanda kabul görmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Bu bakımdan, ülkemizde ve diğer ülkelerde “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” doğrultusunda sunulacak hizmetler medikal turizm alanındaki paya katma değer sağlayacaktır (TUSEB, 2016).

Kurgulanan Sağlıkta Akreditasyon Sistemi; uluslararası alanda onaylanmış bir belge içermesi sebebi ile özellikle yurt içi ve yurt dışı sağlık turizmini teşvik edici özelliğe sahiptir. Ülkemizde Sağlıkta Akreditasyon Standartları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ISQua’nın sağlıkta kalite konusundaki önceliği olan hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans ilkeleri çerçevesinde minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenlik esasına uygun olarak yapılandırılmıştır. Standartların kalite hedefleri etkililik, etkinlik, verimlilik ve sağlıklı çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık, süreklilik şeklinde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Dünya’da sağlık hizmetlerinde belli bir yerde olmak önemlidir. Bu kapsamda uluslararası standartlara, sertifikasyonlara ve akreditasyonlara sahip tesisler, önemli bir avantaj yakalamaktadırlar. Bu durum ilgili tesislerde kalite güvencesinin sağlandığının da göstergesi olarak düşünülmelidir. Kalitenin en önemli bileşenlerinden birinin güvenlik olduğu unutulmamalıdır (Tütüncü vd., 2011: 92). Sağlıkta kalite çalışmaları, sağlık sisteminin sürekli geliştirilen ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışı çerçevesinde sağlam temeller üzerine oturması açısından kritik öneme sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Medikal turizmde sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği ile ilgili kurumsal ölçülere dikkat çekilmektedir (Lunt vd., 2010). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü ve ilgili paydaşlar sağlık turizmi sektörüne yönelik “Sağlık Turizmi Akreditasyon Standartları’nın” belirlenmesi ve geliştirilmesi, mevcut durum tespiti ve alt yapı çalışmaları, mevzuat çalışmaları, zorunlu hizmet standartlarının belirlenmesi şeklinde çalışma konularını oluşturmuştur (TUSEB, 2016a).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)

5. MEDİKAL TURİZMDE HASTA GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ

Nitelikli sağlık hizmetleri sunumunda önemli rolü olan kalite ve güvenlik kavramları, medikal turizmde hastaların tercihlerini etkileyen kavramlardır. Hasta güvenliği, kaliteli hizmet sunumun ayrılmaz bir parçasıdır. Kaliteli hizmetin temeli hasta güvenliğine dayanmaktadır (Patient Safety: Achieving a New Standard for Care, 2004). Hasta güvenliği, hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Sağlık bakım hizmetlerinin bireye verebileceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemler bütünüdür (Ertem, 2015).

Son yıllarda, ülkeler giderek hasta güvenliğini geliştirmenin önemini kabul etmiştir. 2002 yılında DSÖ'ye üye ülkeler, hasta güvenliği konusunda Dünya Sağlık Asamblesi kararını kabul etmiştir (WHO, 2014). Sağlık bakım organizasyonlarında kaliteli hizmet sunabilmek için geniş kapsamlı hasta güvenliği programlarının oluşturulması gerekir. Hasta güvenliği programlarında hastalar ve ailelerinin süreç içindeki ilişkisi de dikkate alınmalıdır (Patient Safety: Achieving a New Standard for Care, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü, hedeflenen hasta güvenliği iyileştirme stratejilerinin uygulanarak, klinik süreçlerde standardizasyon konusunu incelemek amacıyla 2007'de İleri 5s Projesi'ni başlatmıştır. Bu proje ile 5 yılda 5 ülkede 5 zorlu hasta güvenliği sorununun sıklığını önemli ölçüde azaltmak amaçlanmıştır. Bu projenin ana bileşenleri; “standart çalışma protokollerinin geliştirilmesi ve uygulanması”, “etki değerlendirme stratejisinin geliştirilmesi”, “verilerin toplanması, analizi ve raporlanması”, “işbirliğine dayalı öğrenme topluluğu aracılığıyla öğrenme”, “küresel bilginin yayılması” olarak belirlenmiştir (The High 5s Project Interim Report, 2013).

Güvenlik kültürü paylaşılan inanç ve değerlere dayanan, hizmet bakım süreçlerinden kaynaklanabilecek hastaların zararının sürekli en aza indirgenmesini amaçlayan, bireysel ve örgütsel davranış modelinin entegrasyonudur (Patient Safety: Achieving a New Standard for Care, 2004). Sağlığını geliştirmek veya sağlık kazanmak amacıyla gelen turistlerin sağlıklarının bozulmaması veya daha kötüye gitmemesi için kurumların çeşitli önlemler almaları ve çalışanlarını bu konularda bilinçlendirmeleri gerekmektedir (Tütüncü vd., 2011: 92-93).

Dünyada hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla hasta ve organizasyonel yapı odaklı akreditasyon sistemi geliştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Dünyada kalite ve hasta güvenliği konusunda en iyi uygulamaları tanımlayan JCI, ölçen ve paylaşan bir kuruluştur. Bu kuruluş, tek odak noktalarının, en yüksek hasta bakım standartları ve sonuç odaklı süreç iyileştirmeyi sağlamak olduğunu bildirmektedir (JCI, 2016). JCI, uluslararası hasta güvenliği hedeflerini altı başlıkta belirlemiştir. Bunlar; hastaların doğru tanımlanması, etkili iletişimin geliştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin artırılması, cerrahi girişimlerde doğru yer, doğru işlem, doğru hasta amacının sağlanması, sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, düşmelerden kaynaklanan hastaya zarar verme riskinin azaltılması olarak sıralanmaktadır (JCI, 2016a).

Hastanelerin kalite yönetim sistemlerinin bir parçası olan hasta güvenliği konusu hastanın tedavisinde büyük bir öneme sahiptir. Hasta güvenliği uygulamaları sayesinde hastalar, çalışanlar, hastane yönetimi, üçüncü taraflar için risk olasılığını azaltmak amacıyla mevcut sistemin iyileştirilmesi ve optimal hale getirilmesinde süreklilik sağlanır. Uluslararası hastanın her düzeyde (bireysel güvenlik, fiziki güvenlik, mahremiyet ve meşruiyet) güvenliğini temin edebilmek, neticede hasta memnuniyetini de sağlayacaktır (ÜSTDER, 2016). Hizmet kalitesi hasta memnuniyetini etkilemektedir (Küçük v.d., 2015).

Medikal turizmde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik riskler önceden belirlenmeli, analiz edilmeli, risk düzeyleri tespit edilmelidir. Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Hasta güvenliği ile ilgili “enfeksiyonların kontrolü”, “ilaç güvenliği”, “radyasyon güvenliği”, “düşmelerin önlenmesi”, “güvenli cerrahi”, “kimlik doğrulama”, “bilgi güvenliği”, “acil durum yönetimi”, “tesis güvenliği”, “transfüzyon güvenliği”, “tıbbi cihaz güvenliği”, “güvenlik raporlama sistemi”, “atık yönetimi” konuları bu kapsamda ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016, Sağlık Bakanlığı, 2015).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Medikal turizm hizmeti sunmayı planlayan kurumların güvenlik ve kalite ile ilgili konulara öncelik vermeleri gerekir. Kurumların uluslararası standartlar doğrultusunda hizmet vermesi hastaların kaliteli sağlık hizmeti alma isteklerinin karşılanması konusunda kendilerine güven vermektedir. Medikal turizmde sağlık hizmetinin kalitesi önemli bir ölçüttür. Hastanelerde kaliteli hizmet sunumunun gerçekleşmesindeki temel gerekliliklerden biri hasta güvenliği uygulamalarıdır. Hasta güvenliği uygulamaları sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesine doğrudan katkı sağladığından, uluslararası sağlık hizmetinde oldukça önemli bir konu haline gelmiştir. Bu uygulamalar sayesinde kurumların tercih edilebilirliği, kalıcılığı ve sürekliliği ile birlikte hizmet alanların memnuniyeti de sağlanmaktadır. Sağlık alanında uluslararası turizm hareketlerinde kurumların, güvenli ve kaliteli hizmet sunduklarını yine



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

uluslararası alanda onaylanmış belgeler ile belgelendirmeleri aynı zamanda kabul ve tercih edilmelerinin de göstergesidir.

Çalışmada, medikal turizmde sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlar çerçevesinde ve hasta güvenliğinin esas alındığı faaliyetler ile sunulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte ülkemizde, sağlık hizmetlerini uluslararası belgelendirmiş kamu kurumlarının yaygınlaşması sağlık turizminin ekonomisini geliştirecektir. Bu bağlamda, bir kalite yönetim unsuru olarak hasta güvenliği süreçlerinde, medikal turizm kapsamında yapılan tüm faaliyetlerde hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurularak, onların sürece katılımları sağlanmalıdır. Bununla birlikte, yapılacak işlemler konusunda profesyonel bilgi sağlanarak uygun fiziksel ortamlarda en gelişmiş teknolojik olanaklarla sağlık hizmetinin sağlanması önerilmektedir.

Hizmet sunumunda, hasta ve yakınlarının hakları ile hastanın mahremiyetinin korunması, tüm birimlerin işbirliği halinde çalışması, tıbbi kayıtların doğru, eksiksiz, zamanında kayıt altına alınması hasta ve hasta yakınlarının kalite algılarını arttırıcı önemli faktörler olarak değerlendirilmektedir. Bu hususta, gerek sağlık kurumları gerekse konaklama, ulaşım ve ilgili diğer sektörlerin kalite konusunda eğitimlerinin sağlanması ve ilgilerinin sürdürülmesi önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesinin yanı sıra; etkin tanıtım, reklam ve pazarlama stratejileriyle hasta güvenliği konusu ön plana çıkarılmalı, sağlık hizmeti sağlayan ve medikal turizme aracı olan grupların ortak standartları oluşturmada koordinasyon halinde olmaları önerilmektedir.

Ayrıca, kalite yönetimi, hasta güvenliği, hasta hakları konularında tıp etiğine uygun eğitim programlarıyla, hasta güvenliği ile ilgili süreçler konusunda çalışanların görev, yetki ve sorumluluk düzeylerinin açıkça belirtilmesi tavsiye edilmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları uluslararası standartlar doğrultusunda talepleri karşılayacak şekilde hizmet sunmalı ve sürekliliği sağlamalıdır. Hasta memnuniyetinin sağlık bakım tedavisinin önemli bir boyutu olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak, medikal turistlerin deneyimi ve memnuniyeti kapsamında özellikle teknoloji, kalite güvencesi ve yabancı ülkelerde alınmış eğitim gibi referanslara öncelik verilmelidir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Akdu, U. (2014). Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakatının Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Antalya.

Baker, D.A., Crompton, J.L. (2000). Quality, satisfaction and behavioral intentions. *Annals of Tourism Research*, 27(3): 785-804.

Bayer, M. Z. (1992). Turizme Giriş, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, No:253, İstanbul.

Bennett, M., King, B., Milner, N. (2004). The health resort sector in Australia: A positioning study. *Journal of Vacation Marketing*, 10(2): 122-137.

Binler A. (2015). Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri. Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayın No:2839.

Bookman M. Z., Bookman, K. R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*, New York: Palgrave Macmillan.

Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27: 1093-00.

Connell, J. (2013). *Medical Tourism*. UK: CABI.

Değer, Ç. (2012). Kano Modeli ile Bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Demirbilek S., Çolak M. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:2, 91-111.

Erfurt-Cooper, P. and Cooper, M. (2009). *Health and Wellness Tourism*. Channel View Publications, Bristol.

Ertem Ü. T. (2015). Hasta Güvenliği. Ed.: Ay F. A. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Eurostat (2016). Hourly Labor Costs, <http://ec.europa.eu/eurostat/> (Erişim Tarihi: 06.06.2016).

Gearhart, S. F. (2009). The Relationship Between Care Provider Perceptions of Safety Culture and Patient Perceptions of Care on Three Hospital Units. Doctor of Philosophy, University of California, San Francisco.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M. & Maarse, H. (2010), A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16, 1145-1155.

Gümüş, F., Büyük, Ö. (2008). Sağlık Turizminde Yeni Açılımlar: Tıp Turizmi, III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi Kongre Bildiri Kitabı: 433-442.

Helmy E. M. (2011). Benchmarking The Egyptian Medical Tourism Sector Against International Best Practices: An Exploratory Study, *Journal of Tourism*, 6(2): 293- 311.

Horowitz, M.D., Rosensweig, J. (2007) Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace, *Medscape General Medicine*, 9(4): 33-42.

İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. *Journal of Yaşar University*, 4(14), 2257-2279.

Jagyasi, P. (2010): "Medical Tourism, Research & Survey Report.

JCI (2016). Who is JCI. <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/> (Erişim tarihi: 25.06.2016).

JCI (2016a). International Patient Safety. <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/> (Erişim tarihi: 25.06.2016).

Küçük O., Budak S. K., Akyol H., Altinkurt T. (2015). Afet Müdahale Kurumu Olarak Hastane Ve Ambulans Hizmet Kalitesi İle Hasta Memnuniyet İlişkisi Bağlamında Bir Uygulama. *The Journal of Academic Social Science Studies*, Number: 41: 561-582.

Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S.T., Horsfall D., Mannion R. (2010). Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (Erişim Tarihi: 25.06.2016).

Manaf, N.H., Hussin, H., Kassim, P., Alavi, R., Dahari, Z. (2015). Medical Tourism Service Quality. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26 (9-10): 1017-1028.

Martin, D. S., Ramamonjiarivelo, Z., Martin, W. S. (2011). MEDTOUR: A scale for measuring medical tourism intentions. *Tourism Review*, 66(1/2): 45–56.

Panchapakesan, P. (2013). Antecedents of Customer Loyalty in Medical Tourism, *Instituto Universitário de Lisboa Working Paper Series*, 13/03: 1-32.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Parasuraman, A., Valarie Zeithaml, Leonard Berry (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49: 41-50.

Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. (2004). Editors: Philip Aspden, Janet M. Corrigan, Julie Wolcott, and Shari M. Erickson. Institute of Medicine of the National Academies, The National Academies Press, Nw Washington. <http://www.nap.edu/read/10863/chapter/1> (Erişim Tarihi: 12.07.2016).

Pollard, K. (2010a). Medical tourism statistics: comparing apples with apples. <http://treatment-broad.blogspot.com/2010/03/medical-tourism-statistics-comparing.html> (Erişim Tarihi: 03.06.2016).

PwC (2016). Medical Cost Trend of 2016. <http://www.pwc.com> (Erişim Tarihi: 09.06.2016)

Rad, F. N., Som, A. P. M., Zainuddin, Y. (2010). Service quality and patients' satisfaction in medical tourism. *World Applied Science Journal*, 24(30): 24–30.

Reisman, D. (2010). *Health Tourism. Social Welfare through International Trade*. Cheltenham, Glos, UK: Edward Elgar.

Rose, R. C., Uli, J., Abdul, M., Ng, K.L. (2004). Hospital service quality: a managerial challenge, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17: 146-159.

Ross, K. (2001). Health Tourism: An Overview, *HSMIAI Marketing Review*, <http://www.hospitalitynet.org/news/4010521.html> (Erişim Tarihi: 10.12.2016)

Stumbo N. J. ve Pegg S., "Travelers and tourists with disabilities: a matter of priorities and loyalties," *Tourism Review International*, Cilt. 8, Sayı. 3, (2005), 195-209.

T. C. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Versiyon-5; Revizyon-01, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2. Baskı: Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-75066/h/saglik-turizmi-ve-turistin-sagliği-uygulama-rehberi.pdf> (Erişim Tarihi: 01.08.2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti–v1.1.

Tengilimoğlu, D. (2013). *Sağlık Turizmi*. Siyasal Kitabevi. Ankara

Theobald William F. (1998). *Global Tourism 2nd Edition*. Travel & Tourism Program, Purdue University, USA: Butterworth Heinemann.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ATAMAN,H /ESEN,M,F/VATAN,A)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Tomes, A. E., Ng, S. C. P. (1995). Service quality in hospital Care: The development of an inpatient questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(3): 25–33.

TÜİK (2016). Turizm İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 11.02.2017)

Turner, Pau, D., Pol, Louis, G. (1995). Beyond Patient Satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*, 15(3): 45-53.

TUSEB (2016). http://tuseb.gov.tr/tuska/haber_detay.php?id=40 (Erişim tarihi: 12.07.2016).

TUSEB (2016a). http://tuseb.gov.tr/tuska/haber_detay.php?id=36 (Erişim tarihi: 12.07.2016).

Tütüncü Ö., Kiremitçi İ., Çalışkan U. (2011). Sağlık Turizmi, Güvenlik ve Kalite. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 22(1): 91-93.

ÜSTDER (2016). Uluslararası Hasta Güvenliği. <http://ustder.com/sayfa/94/uluslararasi-hasta-guvenliginin-hedefleri> (Erişim Tarihi: 25.06.2016).

Woodside, A.G., L.L. Frey, R.T. Daly. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention: from General to Applied Frameworks of the Service Encounter, *Journal of Health Care Marketing*, 9 (4): 5–17.

World Health Organization (2014). Service Delivery and Safety, The High 5s Project Interim Report December 2013. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2014). 10 facts on patient safety, http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ (Erişim tarihi: 25.06.2016).

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ ATIKLAR KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ¹

Emrullah İNCESU

Biyolog, Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi (SAD), İş Güv, Uzm. (A),

Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü

emrinc@hotmail.com

Hasan EVİRGEN

Uzman, Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

evirgen42@gmail.com

Özet

Bu araştırma, Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) çalışan sağlık çalışanlarının atıklar konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Araştırmaya Araştırmanın evrenini Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi çalışanları oluşturmaktadır. Veriler literatür taraması yapıldıktan sonra yazar tarafından oluşturulan soru seti ile toplanmıştır. Toplam 150 çalışana soru seti uygulanmıştır. Çalışanların % 92'si kesici ve delici tıbbi atıkları ayrı kutularda biriktirilmesi gerektiğini, %51,3'ü evsel atıkları mavi renkli torbalara atılması gerektiğini, %48'i kullanılan enjektör uçlarını çıkarmadan kesici delici alet kutularına atıklarını, %89,3'ü tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personelinin çalışması sırasında turuncu renk elbise giymesi gerektiğini ve %44'ü kesici delici atıkları tehlikeli atık olarak gördüğünü belirtmişlerdir. Çalışanların atıklar konusunda genel bilgi puanı ortalaması 71,16±13,17 olarak tespit edilmiştir. Çalışanların %93,3'ü atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemseydiğini, %96'sı atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılması gerektiğini ve %96'sı atıkların kaynağında ayrıştırma işleminin kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacağını düşünmektedir. Bu çalışmanın bulguları ışığında, çalışanların büyük oranda hastane atıkları konusunda eğitilmiş oldukları, tüm sağlık tesislerinde kaynağında atık ayrıştırma işleminin yapıldığı, ancak çalışanların atıkları renkli poşet uygulamasına göre doğru yerlere atmamaları, enjektör uçlarının çıkarılmadan atık kutularına atmaları ve kesici-delici atıkları tehlikeli atık olarak nitelendirmeleri, bu konularda bilgilerinin yeterince olmadığını göstermiştir. Bu bağlamda periyodik hizmet içi eğitimlerin devam etmesi ve yerinde kontrollerin daha sık yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Atık, Kaynağında Atık Ayrıştırma, Atık Ayrıştırma Kültürü

¹ Bu çalışma 01-04 Mart 2016 tarihinde Antalya'da düzenlenen 6. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

DETERMINATION OF WASTE LEVEL OF KNOWLEDGE ORAL AND DENTAL HEALTH SERVICES STAFF

Abstract

This research was carried out to determine the knowledge level of health workers working at Oral and Dental Health Centers (ODHC) affiliated to the General Secretariat of Konya Public Hospitals Association. There search is sectional and descriptive. The universe of the research is the employees of the Oral and Dental Health Center. A total of 150 employee question sets were applied. The data were collected with the questionnaire created by the author after the literature survey was done. It was found out that 92.3% of the workers had to collect cutting and drilling medical waste in separate boxes, 51.3% of them had to throw away blue waste bags, 48% had put the drill bits into the drill tool boxes without removing the used injectors, They should wear an orange dress during the cleaning staff task assigned to carry medical waste, and 44% stated that they saw cutter piercing wastes as hazardous waste. The average score of the general knowledge about the employees' wastes was determined as 71.16 ± 13.17 . 93.3% of the workers think that it is important to separate the waste at the source, 96% think that effective control of the waste management should be done and 96% think that the decomposition at the source of the waste will contribute to the formation of an institutional waste sorting culture. The findings of this study show that workers are educated on hospital wastes in large quantities, knowledge of wastes, information on waste disposal in all health facilities, employees should not throw waste in correct places according to colored bag application, throw waste into waste boxes without removing injector tips, hazardous wastes have shown that information on these issues is not sufficient. In this context, it is recommended that periodic in-service training should be continued and on-site controls should be done more frequently.

Key Words: Oral and Dental Health Center, Waste, Waste Separation At Source, Waste Separation Culture

1. GİRİŞ

Üretim ve kullanım faaliyetleri sonucu ortaya çıkan, insan ve çevre sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı biçimde alıcı ortama verilmesi sakıncalı olan her türlü madde atık olarak değerlendirilmektedir (www.resmigazete.gov.tr, 2015; <https://ays.anadolu.edu.tr>, 2015).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan atık ürünler, gündelik hayatımızda oluşturduğumuz atıklara göre potansiyel infeksiyon kaynağı olmaları nedeniyle ayrı olarak değerlendirilmektedir. Tıbbî atıkların kontrolü yönetmeliğine göre tıbbi atık, sağlık tesislerinde oluşan enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıkları ifade etmektedir (www.csb.gov.tr, 2015). Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan atıkların tamamını tıbbi atık olarak görmek doğru bir yaklaşım değildir. Ön yargısal yaklaşımla sağlık kuruluşları tarafından oluşturulan her atık enfeksiyöz değildir. Amaç, atıkların kontamine olanlarının belirlenmesi ve ayrımının doğru yapılarak bertarafının sağlanması; çevrenin, atıkları toplayan kişilerin ve toplumun korunmasına önemli katkılar sağlayacaktır (Günaydın, 1994; Günaydın, 1999).

Sağlık hizmetleri sadece belirli alanlarda sağlık hizmeti veren birimleri kapsamamaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri yürütülürken ortaya çıkan tıbbi atıklar güvenli bir biçimde uluslararası kurallara uygun biçimde ayrı olarak toplanmalı, depolanmalı ve bertarafı yapılmalıdır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hasta kanı ve vücut sıvısı ile kontamine olmuş her türlü tıbbi ya da tıbbi olmayan çeşitli tıbbi atıklar üretilmektedir, bunlardan bazıları; malzemeler tıbbi atık olarak görülmelidir.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde(TAKY) belirtildiği gibi, sağlık hizmetleri sunumunda üretilen vesağlığı olumsuz etkileyecek zararlı atıklar; tıbbi atıklar(infeksiyöz atıklar, patolojik atıklar, kesici atıklar),tehlikeli atıklar (farmasötik atıklar, genotoksik atıklar, tehlikeli kimyasallar, ağır metal içeren atıklar, amalgam atıkları, basınçlı kaplar) ve radyoaktif atıklar olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu esnasında ortaya çıkabilecek bu atıkların sınıflandırılması ve içeriği Tablo 1’de verilmiştir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>, 2015; Rahman,Açık, Gülbayrak, Erhan ve Deveci2009; Devrim,2007).

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Üretilen ve Sağlığı Olumsuz Etkileyecek Zararlı Atıklar

Atık Sınıfı	Atık İçeriği
Enfeksiyöz Atıklar	Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, anatomik parçalar, otopsi materyali, plasenta, fetüs ve diğer patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıklar; hemodiyaliz ünitesi ve karantina altındaki hastaların vücut çıkartıları; bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürleri ve kültür stokları; araştırma amacıyla kullanılan enfekte deney hayvanlarının leşleri ile enfekte hayvanlar ve çıkartılarına temas etmiş her türlü malzeme ve veterinerlik hizmetlerinden kaynaklanan atıklarını içerir.
Patolojik Atıklar	Cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışması sonucu ortaya çıkan doku, organ, vücut parçaları, insan fetüsü ve hayvan cesetlerini içerir.
Kesici-Delici Atıklar	Şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi suture iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıkları içerir.
Farmasötik Atık	Kullanma süresi dolmuş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş ve kontamine olmuş ilaçlar, aşular, serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını ihtiva eden kullanılmış eldivenler, hortumlar, şişeler ve kutuları içerir.
Genotoksik Atık	Hücre DNA’sı üzerinde mutasyon yapıcı, kanserojen veya insan veya hayvanda düşüğe neden olabilen türden farmasötik ve kimyasal maddeleri, kanser tedavisinde kullanılan sitotoksik (antineoplastik) ürünleri ve radyoaktif materyali ihtiva eden atıklar ile bu tür ajanlarla tedavi gören hastaların idrar ve dışkı gibi vücut çıkartıklarını içerir.
Kimyasal Atık	Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan ve insan ve çevre sağlığı için çeşitli etkilerle zararlı olabilen kimyasal maddelerin gaz, katı veya sıvı atıklarını içerir.
Ağır Metal İçeren Atıklar	Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan termometre, tansiyon ölçme aleti ve radyasyon dükörünme amaçlı paneller gibi alet ve ekipmanların içinde veya bünyesinde bulunan civa, kadmiyum, kurşun içeren atıklardır.
Basınçlı Kaplar	Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan gazları içinde bulunduran silindirleri, kartuşları ve kutuları içerir.

Radyoaktif atıklar Radyoterapi veya laboratuvar araştırmaları sonrası ortaya çıkan radyoaktif maddeler, kontamine olmuş paketler, cam malzemeler ve absorban kağıtlar, radyoterapi gören hastaların idrarları ve vücut çıkartılarını içerir.

Kaynak: Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Atıkların Sınıflandırılması, <http://www.resmigazete.gov.tr>, 2015

Atık Yönetimini; atığın kaynağında azaltılması, özelliğine göre ayrılması, toplanması, geçici depolanması, ara depolanması, geri kazanılması, taşınması, bertarafı ve bertaraf işlemleri sonrası kontrolü ve benzeri işlemleri içeren bir yönetim biçimidir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>,2015;<https://ays.anadolu.edu.tr>, 2015).

Atıkların bertarafı için hastanelerin mutlaka bir ünite içi ve genel atık yönetim planı ve bu plana uygun bir atık yönetimi uygulamasının olması gerekmektedir. Atık yönetiminin temel amacı, insan sağlığı ve çevreye zarar vermeden en ekonomik yolla atıkların toplanması, ayıklanması, kullanılacak şekle geri dönüştürülmesi, tekrar kullanılması ve son olarak, miktar ve hacminin azaltılarak güvenli bir şekilde bertaraf edilmesidir. Hastanelerde atık yönetimi ekibinin; sorumluluk bilinci içinde planlı hareket etmesi, atık personelini bilgi ve davranış bakımından eğitmesi, atık taşımaya uygun araçların teminini sağlaması, atıklar için hastane içi ve dışında uygun bertaraf yöntemlerini tespit etmesi, değerlendirmesi ve uygulaması gerekir (Özerol,2005).

Atıklar, TAKY'ne uygun bir şekilde kategorilerine göre farklı renklerde plastik torba veya kaplar içinde toplanmalıdır. Evsel nitelikli atıklar, tıbbi, tehlikeli ve ambalaj atıklarından ayrı olarak siyah renkli plastik torbalarda toplanır. Ayrı toplanan evsel nitelikli atıklar, ünite içinde sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile taşınarak geçici atık deposuna veya konteynıra götürülür ve ayrı olarak geçici depolanırlar. Evsel nitelikli atıklar toplanmaları sırasında tıbbi atıklar ile karıştırılmazlar. Karıştırılmaları durumunda tıbbi atık olarak kabul edilirler. Kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla diğer atıklardan ayrı olarak mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları ise yine kontamine olmamaları şartıyla cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Atıkların hasta ve çalışan güvenliğini riske etmemek için atıkların kaynağında toplanırken aşağıdaki bazı unsurlara dikkat edilmesi önem arz etmektedir:

- Atıklar, önceden belirlenen zaman periyotlarında mutlaka toplanmalı ve geçici toplama alanlarında bekletilmelidir.
- Atıklar, kaynağında toplanırken kullanılan poşetler ve konteynırlar tanımlanmalıdır.
- Poşetler yada konteynırlar kirlendi ise mutlaka yenisi ile değiştirtmelidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında oluşan atıkların toplanması, geçici depolama alanlarına taşınması, depolanması ve belediye görevlilerine tesliminden sorumlu olarak sağlık çalışanları görev yapmaktadır. Bu nedenle etkili bir tıbbi atık yönetiminin geliştirilebilmesi için, bu alanda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarının görev yapması büyük önem arz etmektedir.

Kurumsal olarak etkili bir atık yönetiminin yapılabilmesi için personelin yukarıda belirtilen unsurları bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti verilen yerlerde gerek çalışan güvenliğinin gerekse hasta güvenliğinin sağlanmasında atıkların, özellikle tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılması ve bertarafına kadar geçen sürecin çalışanlar tarafından iyi bilinmesi önem arz etmektedir. Kurumsal

olarak etkili bir atık yönetimi sayesinde, atıkların kaynağında ayrıştırma kültürü oluşturulması ve atık minimizasyonun² sağlanmasına yönelik etkili adımların atılması sağlanmış olacaktır.

2. YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı ADSM'ler de çalışan sağlık çalışanlarının atıklar konusunda bilgi ve tutumlarını belirleyerek atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik aksaklıkları tespit etmek ve bu sayede sağlık tesislerinde atıkların kaynağında ayrıştırma kültürü oluşturulması ve atık minimizasyonunun sağlanmasına katkıda bulunmaktır.

Araştırmanın Modeli

Bu çalışma: Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı ADSM'lerde çalışan sağlık çalışanlarının atıklar konusunda bilgi ve tutumlarını belirleyerek atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik aksaklıkları tespit etmek bu sayede sağlık tesislerinde atıkların kaynağında ayrıştırma kültürü oluşturulması ve atık minimizasyonunun sağlanmasına katkıda bulunmak amacıyla, kesitsel ve tanımlayıcı araştırma modelinde yapılmak üzere planlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Bu çalışma ile sağlık tesislerinde atıkların kaynağında ayrıştırma işlemi sırasında çalışanların bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirleyerek, atık yönetiminin en önemli basamaklarında biri olan atık minimizasyonunun sağlanmasına ve kurumsal olarak atık ayrıştırma kültürünün oluşturulmasına katkı sağlamaya yardımcı olması açısından önemli olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırma Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı ADSM'lerin de çalışan sağlık çalışanları ile sınırlı tutulmuştur.

Araştırma, kısıtlı bir sürede, bulgularının temel olarak Türkiye'de Konya bölgesi ile sınırlandırılmış olması bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak tüm Türkiye, ya da daha geniş bir coğrafya için yapılacak genellemelerin doğruluk derecesi sınırlı olacaktır. Ayrıca araştırmada elde edilen verilerin doğru olarak kabul edildiği ve araştırmada kullanılan ölçeklerin istenen nitelikleri ölçtüğü varsayılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı ADSM'lerin de ki çalışanlar oluşturmaktadır. Toplam 150 çalışana ulaşılmıştır.

²Atık minimizasyonu daha az atık veya tehlikeli atık oluşmasını sağlayacak metotların ve ürünlerin kullanılmasının sağlanması ve atıkların oluştuğu yerde ayrılmasını içeren işlemlerdir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; araştırmacılar tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra; çalışanlara uygulanmak üzere; sosyo-demografik bilgilerin elde edilmesine yönelik bilgi formu ve sağlık tesislerinden kaynaklanan atıklar konusunda bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemeye yönelik 27 değişken içeren anket formu ile 01.04.2015-30.05.2015 tarihleri arasında uygulanarak toplanmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, bilgisayar ortamına aktarılarak ve SPSS 16,0 paket programında frekans, aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzdeler olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada katılımcıların atıklar konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla 15 soru bulunmaktadır. Bu sorulara verilen her bir doğru cevap 6,6 puan olarak değerlendirilerek ADSM 'lerin her birisi ve geneli için puan ortalamaları hesaplanmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmada elde edilen veriler, aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 2. Çalışanların Demografik Özelliklere Göre Dağılım Durumu

Özellikler	Sayı(n)	%
Cinsiyet		
Kadın	79	52,7
Erkek	71	47,3
Yaş Grupları		
17-20	6	4,0
21-30	24	16,0
31-40	73	48,7
41-50	36	24,0
51-60	6	4,0
Meslek		
Hemşire	27	18,0
Ebe	6	4,0
Sağ.Mem	6	4,0
Röntgen Tenk.	9	6,0
Diş Tekn.	33	22,0
Diş Hekimi	67	44,7
Kurumda Çalışma Süresi		
0-1	29	19,3
1-5	62	41,3
5-10	27	18,0
10-15	4	2,7
15-20	14	9,3
20 >	4	2,7
Eğitim Durumu		
Lise	15	20,0
Ön Lisans	33	22,0

Lisans	66	33,0
Tıp Fak.	7	4,7
Diş Hekimliği	23	15,3
Hastane Atıkları İle İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	133	88,7
Hayır	12	8,0

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %52,7'si kadın, %48,7'si 31–40 yaş aralığında, %33'ü lisans ve %22'si ön lisans mezunudur. Katılımcıların, %44,7'si sıklıkla ilk sırayı diş hekimi, %22'si diş teknisyeni, %18'i hemşire ve %14'ü diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışanların %41,3'ü kurumlarında 1-5 yıl arasında çalışmakta olduğu ve çalışanlarının %8'inin hastane atıkları konusunda eğitim almadığını %88,7'sinin ise bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Çalışanların Hastane Atıkları Konusunda Bilgi Ve Tutumları

Değişkenler	Sayı(n)	%
Kesici ve delici tıbbi atıklar nerelerde toplanıyor?		
<i>Ayrı kutularda</i>	138	92
Pet şişede	-	-
Kırmızı torbada	3	6,7
Fikrim yok	-	-
Evsel atıklar hangi renk torbalara atılıyor?		
Kırmızı	6	4
Mavi	77	51,3
Siyah	65	43,3
Sarı	-	-
Aşağıdaki atıklardan hangisi Tehlikeli Atıklar sınıfına girmektedir.		
<i>Farmasötik atıklar</i>	59	39,3
Kan ve vücut ürünleri ve bunlarla temas olmuş nesnelere	21	14
Kullanılmış enjektör iğnesi	46	30,7
Diyaliz atıkları	2	1,3
Tıbbi atıkların toplanmasında kullanılan torbalar en fazla hangi oranda doldurulmalıdır?		
1/4	12	8
2/4	6	4
3/4	130	86,7
4/4 (tam dolu)	-	-
Hangisi tıbbi atık torbalarının özelliklerinde değildir?		
<i>Turuncu renkte olması</i>	115	76,7
Üzerinde "DİKKAT TIBBİ ATIK" ibaresi bulunması	5	3,3
Üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi bulunması	20	13,3
Sızdırmaz ve taşımaya dayanıklı olması	6	4
Hangisi Kesici ve delici özelliği olan atıkların kaynağında ayrıştırılmasında yapılan uygun bir davranıştır?		
Kesici delici alet atıkları tıbbi atık torbalarına atmak	9	6,0

Kullanılan enjektör uçları çıkarılmadan kesici delici alet kutularına atmak	72	48
Atık kutuları dolduktan sonra boşaltılıp tekrar kullanmak	2	1,3
<i>Enjektörleri kullandıktan sonra sadece uçlarını atık kutularına atmak</i>	64	42,7
Tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışması sırasında hangi renk elbise giymelidir?		
Beyaz	4	4,7
<i>Turuncu</i>	134	89,3
Mavi	4	2,7
Kırmızı	4	2,7



Bu amblem	neyi ifade etmektedir?		
Evsel atık	6	4	
Tehlikeli atık	15	10	
<i>Tıbbi atık</i>	115	76,7	
Radyoaktif atık	7	4,7	

Hangisi Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde belirtilen torba renklerinden biri değildir?			
Kırmızı	10	6,7	
Siyah	8	5,3	
Mavi	5	3,3	
<i>Yeşil</i>	122	81,3	

Kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları hangi tür atık grubuna girer?			
<i>Evsel nitelikli atıklar</i>	122	81,3	
Tıbbi atıklar	1	0,7	
Tehlikeli atıklar	1	0,7	
Radyoaktif atıklar	9	6	

Kesici delici atıklar hangi tür atık sınıfına girer?			
<i>Tıbbi atık</i>	73	48,7	
Evsel atık	6	4	
Radyoaktif atık	1	0,7	
Tehlikeli atık	66	44	

Hangi atıklar tıbbi atık olarak kabul edilmez?			
Kültür ve stoklar (Mikrobiyolojik atıklar)	10	6,7	
Patolojik atıklar	8	5,3	
Kan ve kan ürünleri	4	2,7	
<i>Hastaların yemek atıkları</i>	125	83,3	

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla, diğer atıklardan ayrı olarak hangi renkli plastik torbalarda toplanırlar?			
Kırmızı	10	6,7	
<i>Mavi</i>	108	72	
Siyah	17	11,3	

Yeşil	10	6,7
Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkların kaynağında ayrıştırılmasında yapılan uygun bir davranıştır?		
<i>Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları kontamine olmamaları şartıyla cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplamak</i>	75	50
Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları kontamine olması durumunda cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplamak	19	12,7
Kontamine olamamış, kullanılmış serum şişelerini ayrı toplanmadan önce, uçlarındaki lastik, hortum, iğne gibi kısımları materyallerden ayırıp, tıbbi atıklar ile beraber toplamak	42	28
Atıklarla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?		
<i>Enfekte atık torbalarına atılan evsel atıklar ayrıştırılmalıdır.</i>	55	36,7
Cam kırıkları delinmeye dayanıklı kutulara atılmalıdır.	18	12
Kesici, delici atıklar sıkıştırılmamalı, açılıp boşaltılmamalıdır.	5	3,3
Tıbbi atıklar evsel atıklarla ayrı konteynırlarla taşınmalıdır.	39	26
Atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemişiyorum.		
<i>Evet</i>	140	93,3
Hayır	5	3,3
Fikrim yok	1	0,7
Belirli aralıklarla atıklar konusunda hizmet içi eğitimler verilmelidir.		
<i>Evet</i>	134	89,3
Hayır	7	4,7
Fikrim yok	4	0,7
Temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünüyorum.		
<i>Evet</i>	116	77,3
Hayır	17	11,3
Fikrim yok	15	10
Atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılmalıdır.		
<i>Evet</i>	144	96
Hayır	1	0,7
Fikrim yok	2	1,3
Atıkların kaynağında ayrıştırma uygulaması, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacaktır.		
<i>Evet</i>	144	96
Hayır	1	0,7
Fikrim yok	1	0,7

Çalışmamızda çalışanların %99,3'ü atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemseydiği, %77,3'ü temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündüğü, %96'sı atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılması gerektiğini ve %96'sı atıkların kaynağında ayrıştırma

işlemi, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacağı yönünde cevap vermişlerdir. Çalışanların tehlikeli atık sınıflandırmasına ilişkin soruya %39,3'ü farmasötik atıkları,%14'ü kan ve vücut ürünleri ve bunlarla temas olmuş nesnelere,%30,7'si kullanılmış enjektör iğnesi ve %4,3'ü de dilaliz atıklarını tehlikeli atık olarak nitelendirmektedir. Katılımcılara “Hangisi tıbbi atık torbalarının özelliklerinde değildir” sorusuna %76,7'si turuncu renkte olması cevabını vermişlerdir, %42,7'si enjektör kullanıldıktan sonra sadece uçlarını atık kutularına atılması gerektiğini,%50'si kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla, diğer atıklardan ayrı olarak mavi renkli plastik torbalarda toplanması gerektiği yönünde cevap vermişlerdir. Çalışanların,% 48,7'si kesici delici atıkları tıbbi atık olarak,%44'ü ise tehlikeli atık olarak nitelendirmekte ayrıca %36,7'si enfekte atık torbalarına atılan evsel atıkların ayrıştırılmaması gerektiği yönünde cevap vermişlerdir. Sağlık çalışanlarının hastane atıkları konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada; çalışanların % 92'si kesici ve delici tıbbi atıkları ayrı kutularda biriktirilmesi gerektiği, %44,3'ü evsel atıkları siyah renkli torbalara atılması gerektiği, %86,7'si tıbbi atıkların toplanmasında kullanılan torbaların en fazla ¾ oranında doldurulması gerektiği,%89,3'ü tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışması sırasında turuncu renkte elbise giymesi gerektiği, %76,7'i uluslararası simge olan tıbbi atık simgesini bildiği,%81,3'ü yeşil renkli atık torba uygulamasının TAKY belirtilen torba renklerinden biri olmadığı,%81,3'ü kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıklarını evsel nitelikli atıklar olarak nitelendirdikleri ve %83,3'ü hastaların yemek atıklarını tıbbi atık olarak görmedikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Sağlık Tesisleri Puan Ortalamaları

Sağlık Tesisinin Adı	N	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Sapma
Beyhekim ADSM	69	39,00	92,00	71,66	12,81
Ereğli ADSM	13	73,00	79,00	78,53	1,66
Konya ASDM	68	13,00	93,00	69,25	14,29
Toplam	150	Genel Ortalama		71,16	13,17

Çalışmanın evrenini oluşturan 3ADSM sağlık çalışanları, anket sorularına verdikleri cevaplar doğrultusunda, alınan puan sıralamasına göre ilk sırada 78,53 ortalama puanla Ereğli ADSM, son sırada ise 69,25ortalama puan ile Konya ADSM yer almıştır.150 sağlık çalışanının katıldığı çalışmanın genel puan ortalaması 71,16 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

4. TARTIŞMA

Atıklar, TAKY'ne uygun bir şekilde kategorilerine göre farklı renklerde plastik torba veya kaplar içinde toplanmalıdır. Evsel nitelikli atıklar, tıbbi, tehlikeli ve ambalaj atıklarından ayrı olarak siyah renkli plastik torbalarda toplanır. Ayrı toplanan evsel nitelikli atıklar, ünite içinde sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile taşınarak geçici atık deposuna veya konteynıra götürülür ve ayrı olarak geçici depolanırlar(Akbolatve ark. 2011).Ülkemizde sağlık hizmetleri kaynaklı atıkların miktarı, üretilen toplam atıkların ciddi bir kısmını oluşturması nedeniyle, etkili yönetsel ve kontrol mekanizmaları gerektirmektedir (Taşçıoğlu, 2007). Özellikle atıkların sınıflarına uygun torba ya da kutularda

toplanması ve minimizasyonu ekonomik açıdan büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hangi tür torba ya da kutularda hangi atıkların biriktirilmesi gerektiğini bilmeleri önemlidir. Rahman ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık kurumlarının %69,2'sinde çöpler ayrı poşetlere toplandığı, %65,4'ünde evsel atıkların siyah poşetlere; tıbbi atıkların ise %57,7'sinde kırmızı poşetlerde toplandığı saptanmıştır. Kesici-delici tıbbi atıkların özel kaplarda toplanma oranı %69,2'dir (Rahmanve ark. 2009). Akbolat ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre de, sağlık çalışanları genellikle (%97,1) tıbbi atıkların kırmızı renkli özel torbalarda toplanması gerektiğini bilmesine karşılık; evsel atıkların siyah torbalarda (%62,8) ve geri dönüştürülebilir atıkların (%61,2) mavi torbalarda toplanması gerektiğini düşünmektedir. Bu durumda çalışanların evsel ve geri dönüşüm atıklarının doğru toplanması konusunda yeterli bilgi düzeylerine sahip olmadıklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da çalışanların %51,3'ü evsel atıkları mavi torbalara, %43,3'de siyah torbalara attığını belirtmeleri Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi evsel atıkların doğru toplanmasında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir.

Atıklar içerisinde hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden en önemli atık çeşitlerinden biri de tıbbi atıklardır. Tıbbi atıklar diğer atıkların ayrıştırılmasında olduğu gibi özel torbalarda ve toplama prosedürü olan atık grubudur. Tıbbi atıkların diğer atıklardan görsel olarak ayrılması ve dikkat edilmesi için atık torbalarının bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir Bu özelliklerden biride beklide en önemlisi tıbbi atığı tanımlayan poşet renginin kırmızı olması ve üzerinde tüm dünyada ortak olarak kullanılan ve aynı anlama gelen biyolojik tehlike işaretinin olması gerekmektedir. Çalışanların kendilerini ve hastaları korumaları adına bu sembolü bilmeleri önem arz etmektedir. Çalışmamızda katılımcıları %76,7'si tıbbi atık sembolünü doğru, %18,7'si isehatalı olarak tanımaktadır. Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %89,3 doğru tanımakta,%10,7'si hatalı tanımaktadır (Akbolatve ark. 2011).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %8'i hastane atıkları konusunda eğitim almadığını %88,7'si ise bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir. Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %69,6 dır(Akbolat ve ark. 2011). Terzi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise araştırmaya katılanların %80,5'inin tıbbi atıklar konusunda eğitim aldıkları (Terzi, Aker, Sünter ve Pekşen, 2009) belirtilmiştir. Bu sonuçlardan hareketle çalışmamızda sağlık çalışanlarına tıbbi atıklar konusunda eğitim verildiği söylenebilir. Ancak, çalışmamızda çalışanların %51,3'ü evsel atıkları mavi torbalara, %43,3'ü siyah torbalara attığını belirtmeleri, %30,7'sinin kullanılmış enjektör iğnelerini tehlikeli atık olarak değerlendirmeleri, %48'ininkullanılan enjektör uçları çıkarılmadan kesici delici alet kutularına atılması gerektiğini ve %44'ünün kesici-delici atıkları tehlikeli atık sınıfı içinde değerlendirmeleri yapılan eğitimi niteliği ve kalitesini tartışılır olduğunu göstermektedir.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ile tıbbi atıkların dünya standartlarına uygun şekilde toplanmaları, taşınmaları ve bertaraf edilmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Tıbbi atıkların sağlıklı ve ekonomik bir şekilde bertarafı için öncelikle atıkların kaynağında ayrı ve düzenli olarak toplanacağı sistemlerin oluşturulması gerekmektedir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>,2015). Bu işlemleri yapabilmek için de kurumsal bazda bir atık ayrıştırma kültürünün yerleştirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda çalışanların %93,3'ü atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemseydiği, %77,3'ü temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündüğü, %96'sı atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılması gerektiğini ve %96'sı atıkların kaynağında ayrıştırma işlemi, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacağı yönünde cevap vermişlerdir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Tüm bu veriler, çalışmanın yapıldığı ADSM'ler de atık minimizasyonu ve kurumsal olarak atık ayrıştırma kültürü oluşumu yönünde çalışmaların olduğunu gösterir niteliktedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Atıkların kaynağında ayrıştırılabilmesi ve etkin bir atık yönetimi için çalışanların atıklar konusunda bilgili olmaları gerekmektedir. Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı ADSM'ler de çalışan sağlık çalışanlarının anket sorularına verdikleri cevaplar doğrultusunda, en yüksek 78,53 ortalama puanla ile Ereğli ADSM ilk sırada, en düşük 69,25 ortalama puan ile Konya ADSM ise en son sırada yer almıştır. 150 sağlık çalışanın katıldığı çalışmanın genel puan ortalaması 71,16 olarak tespit edildi.

Çalışanların genel olarak atıklar konusunda bilgilerinin olduğu ve atıkların ayrıştırılması uygulamasını önemsedikleri ve destekledikleri, sağlık tesislerinde bir atık ayrıştırma kültürünün olduğu ancak atıkların sınıflandırılmasında hangi atıkların hangi gruba gireceği konusunda ve kesici delici atıkların atık kutularına atılırken dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgi eksikliğini olduğu tespit edilmiştir. Sağlık tesislerinde özellikle bu unsurları vurgulayan hizmet içi eğitimlerin planlanması ve uygulanması önem arz etmektedir.

Atık yönetiminin birinci amacı atıkların oluşumunun engellenmesi, engellenemediği durumda atık miktarının en aza indirecek tedbirleri almaktır. Bu bağlamda çalışanlarının atıklar konusunda bilgileri olan, kurumsal olarak atık ayrıştırma kültürüne sahip ve etkin atık yönetimi uygulayan kurum/kuruluşlar atık minimizasyonlarını sağlamış olurlar.

KAYNAKLAR

Anadolu Üniversitesi Atık Yönetimi El Kitabı, Kasım 2012, s.4, <https://ays.anadolu.edu.tr/sites/ays.anadolu.edu.tr/files/ATIK%20Y%C3%96NET%C4%B0M%C4%B0%20EL%20K%C4%B0TABI%20-%20L..pdf>, Erişim:23.09.2015

Atık Yönetimi Yönetmeliği, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150402-2.htm>, Erişim: 11.10.2015

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(İNCESU,E /EVİRGEN,H)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Devrim, İ. (2007).Diş Hekimliğinde Atık Yönetimi. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi,s.662-70.

Günaydın M.(1994). Hastane Atıklarının Zararsız Hale Getirilmesi. Klinik Dergisi, 7:22-3.

Günaydın, M.(1999).Hastane atıkları stratejileri.Saniç A (editör). Sterilizasyon, Dezenfeksiyon. Hastane İnfeksiyonları Sempozyum Kitabı. s.80-95.

Özerol, İ.H. (2005). Tıbbi Atık Stratejileri Nelerdir? EN/ISO Normları Nelerdir? Avrupa'da Birlik? ABD'nin Yaklaşımı? Ülkemizde Durum?. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi,s.434-72.

Rahman, S., Açık, Y., Gülbayrak,C., Erhan, D., Nazlıer, K., Deveci, S.E. (2009). Sağlık Kuruluşlarının Tıbbi Atıkları Toplama, Depolama ve Bertaraf Etme Yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, s.11:3-14.

Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Atıkların Sınıflandırılması,
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050722-16.htm>, Erişim: 23.08.2015

Taşçıoğlu, İ. (2007). Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler Ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Edirne

Terzi, Ö., Aker, S., Sünter A.T., Pekşen, Y. (2009). Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1: 7-12.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarih ve Sayısı: 22.07.2005/25883.<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.9145&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=>,Erişim:23.09.2015

[TıbbiAtık, www.csb.gov.tr/db/cygm/eduardosya/TibbiAtiklar%C3%84%C2%B1nKontroluYonetmeligi.pdf](http://www.csb.gov.tr/db/cygm/eduardosya/TibbiAtiklar%C3%84%C2%B1nKontroluYonetmeligi.pdf), Erişim: 13.09.2015

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(İNCESU,E /EVİRGEN,H)

SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK KURUMUNU TEKRAR TERCİH ETME NİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Prof.Dr.Sezer KORKMAZ

Gazi Üniversitesi

sezerk@gazi.edu.tr

Uğur ÇUHADAR

Gazi Üniversitesi

ugurcuhadar24@gmail.com

Özet

Günümüzün hızla dönüşen ve giderek daha rekabetçi hale gelen sağlık sektöründe, hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi rekabet üstünlüğü ve hasta beklentilerinin karşılanması ya da aşılması açısından önemli katkılar sağlamaktadır.

Söz konusu araştırma da bu kapsamda gerçekleştirilmiş olup hastaların hizmet kalitesi düzeyleri Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen servqual hizmet kalitesi ölçeği kullanılarak test edilmiştir. Araştırmaya 250 hasta dâhil edilmiştir. Hastalar üzerinde uygulanan anket çalışması neticesinde elde edilen verilere göre, hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyleri yaş ve gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Tüm hizmet kalite boyutlarındaki kalite algısı ile hastaların hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre algılanan hizmet kalitesi arttıkça hastaların hastaneyi tekrar tercih etme niyeti de artmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmet Kalitesi, Servqual Ölçeği

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH SERVICE QUALITY AND HEALTH CENTER PROVISION FOR RE-CHOOSING INTENTION: THE EXAMPLE OF EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

Abstract

In today's rapidly changing and increasingly competitive healthcare industry, measuring, evaluating and improving the quality of services provide significant contributions in terms of Competitive advantage and meeting or overcoming patient expectations.

This research has examined whether there is service quality levels using Servqual service quality scale developed by Parasuraman, Zeithaml and Berry. 250 patients were included in the study. According to the results obtained from the questionnaire study applied on the patients, the level of perceived quality service of the patients is significantly different according to age and income status. It was concluded that, there was a significant relationship between the quality perception of all service quality dimensions and the intention of the patients to prefer the hospital again. Accordingly, as the perceived quality of service increases, the intention of patients to prefer the hospital is also increasing.

Key words: Service Quality, Health Service Quality, Servqual Scale

GİRİŞ

Hizmet kalitesi, küreselleşen rekabet karşısında ve hizmet pazarlamasının farklılığının anlaşılması üzerine gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Hizmet sektöründe yaşanan bu gelişmeler, hizmet kalitesi, kalitenin ölçülmesi ve müşteri memnuniyeti gibi konuların tartışılmasına zemin hazırlamış ve içinde bulunulan yoğun rekabet ortamında yerini almasını sağlamıştır. Genel hizmet sektörlerinin yanı sıra ülkemizde sağlık hizmetleri sektöründe de son yıllarda önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Sayısı hızla artan özel sağlık kurumlarından dolayı rekabet yoğunlaşmakta, ayrıca yapılan düzenlemelerle hastaların, hem özel sağlık kurumlarından ve hem de kamuya ait diğer sağlık kurumlarından hizmet almalarının yolu açılmaktadır. Bu nedenle, böylesi bir ortamda kurumların rekabetçi üstünlük oluşturabilmesi ve bunu devam ettirebilmesi için hastaların memnuniyetini esas alan müşteri odaklılık ilkesine göre hareket etmeleri bir zorunluluk haline gelmektedir. Bunun bir sonucu olarak da, sağlık hizmeti sunan kurumlar için hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti konuları kritik bir öneme sahiptir.

Hasta açısından memnuniyet, hastaların tüm istek, beklenti ve ihtiyaçlarının giderilmesidir (Aslan, Sezgin ve Haşiloğlu, 2008) Memnuniyetsizlik ise, beklentiler ile gerçekleşen hizmet performansı arasındaki algılanan olumsuz fark olarak ifade edilir. Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik göstermesi, bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinde kalitenin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar; sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulduğu ve ölçüm çalışmalarının yaygınlaştığı görülmektedir (Andaleeb, 2001). Hasta tatminini belirleyen birinci faktör, hasta beklentileri, ikinci faktör ise hastanın aldığı hizmettir. Müşteri memnuniyetini sağlamak kadar müşteri memnuniyetinde süreklilik de önemlidir. Hastanelerin tekrar tercih edilmesi ve özellikle geliştirilmesi gereken hizmetlerin saptanabilmesi için hasta memnuniyeti anketleri periyodik olarak uygulanmalıdır. Hasta memnuniyet araştırmaları sağlık sisteminin yönetilmesi ve tasarlanması için vazgeçilmez bir kalite değerlemesidir. Bu tür araştırmalar, hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin geliştirilmesine veya yeniden planlanmasına yardımcı olmaktadır.

Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar dikkate alınarak yürütülmüştür. Çalışmada hizmet kalitesi ölçümüne yönelik memnuniyet düzeylerinin çeşitli boyutları araştırılmış ve bu boyutlara ait algılanan kalite düzeylerinin hastaneyi tekrardan tercih etme niyeti üzerindeki etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Kavramsal Çerçeve

Dünya Sağlık Örgütü (WHO – World Health Organization) sağlık kavramını “Sadece hastalık ve hastalığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetleri, “çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından sunulan, hastalıkların teşhis ve tedavisi ile insanları sağlığına kavuşturmak ve mevcut iyilik halinin devamlılığını sağlamak için değişik tip sağlık personeli ile yürütülen tüm çabalar” olarak tanımlanmaktadır (Ateş, 2011: 2).

Sağlık hizmetleri, birey ve toplumların sağlıklı, uzun ömürlü ve verimli olmasını sağlarken bunu doğrudan ya da dolaylı olarak yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin başlıca amaçları; sağlığa olan talebin oluşmasını sağlamak, nüfusun sağlık standardını yükseltmek, bireyleri hastalıklardan korumak için önlemler almak, hasta bireyleri kısa zamanda iyilik haline ulaştırmak ve hasta ve sakat durumdakilerin iyilik haline kavuştuktan sonra rehabilitasyonunu sağlamaktır (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002: 2).

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi, toplumların ihtiyaç duydukları alanlardaki sağlık hizmetlerini, istenilen kalite, zaman ve en az maliyetle sunmaktır. Sürekli değişen teknoloji, bilgi, maliyetlerdeki artış, hasta şikâyetlerindeki artış ve iyi bakım istekleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir hal almasına neden olmaktadır.

Kalite kavramı günümüzde, daha çok üstünlüğü ve iyi oluşu ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu nedenle kalite, subjektif (kişisel) değerleri içermektedir. Subjektif değerler insanların yaşam düzeylerine, zevklerine, eğitimlerine, geleneklerine ve toplumsal yapılarına göre farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle üretim esnasında insanların farklı beklentileri göz önüne alınmaktadır. Bu açıklama ile kalitenin subjektif yönü görülmektedir. Bir de kalitenin objektif yönü vardır. Ürünün ölçülebilir, kalite standartları veya mevzuatlarla belirlenen kalitesine ise objektif kalite denilmektedir (Tütüncü ve Doğan,2003). Kaliteyi daha iyi anlayabilmek için ürünün sahip olduğu bazı özellikleri bilmek gerekmektedir. Bunlardan birincisi fonksiyonel özellikler diğeri ise kalite özellikleridir. Bir mal ve hizmetin belirlenmiş bir amacı yerine getirebilme özelliğine fonksiyonel özellik denilmektedir. Ürünün belirlenmiş amaçlarını her zaman aynı şekilde yerine getirebilme özelliğine ise kalite özelliği adı verilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, eş zamanlı ve bütüncül bir duruş sergilenmesi gerekmektedir. Etkin bir sağlık hizmetinin üretilmesi ve sunumu tüm sağlık birimlerince benimsenmeli ve uygulanmalıdır. Üretilen ve sunulan bu sağlık hizmetlerinin birinin dahi eksik ya da az olması beraberinde istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir. Sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliği; hizmetlerin kolay kullanılabilirliğine, kalitesine, sürekliliğine ve verimliliğine bağlı olarak değişmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği, hedeflenen ve amaçlanan sonuçları elde etmek açısından son derece önemlidir (Sağnak, 2010).

Sağlık hizmetleri gerek teknolojinin yoğun ağırlığı, gerekse insan faktörüne dayanması açısından arzu son derece pahalı olan bir özelliğe sahiptir. Zira sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı hem fazladır hem de her geçen gün bilimsel ilerlemelerle yeni teknolojiler gerektirir. Ayrıca sağlık hizmetinin yerine konulabilecek başka bir hizmeti tercih etme şansı yoktur, yani ikamesi bulunmamaktadır (Ateş, 2011:3). Kalite kavramı gibi hizmet kalitesi de üzerinde çok konuşulan ve pazar içinde pay elde edebilmek için işletmelerin dikkat etmesi gereken bir konu haline gelmiştir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e (1985) göre hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu arasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet kalitesi algılanan hizmet kalitesinden yüksek olursa, hizmet kalitesi düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise, hizmet kalitesi tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise, beklenen hizmet kalitesinin algılanan hizmet kalitesinin altında bir seviyede olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmeti sunulan bireylere ve topluma profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık çıktılarına ulaşacak şekilde hizmetlerin ulaştırılmasıdır (Küçükaksu, Ünlü ve Mahmutoglu, 2004). Sağlık işletmelerinin karışık yapılanmasından dolayı sağlık alanındaki kalite kavramını da tanımlamak oldukça güçtür.

Sağlık hizmetlerinin bazı özellikleri kaliteyi belirlemede yol göstericidir (Sevimli, 2006). Bu özellikler;

- Etkinlik: Sağlık durumunun yükseltilmesi için verilen çaba,
- Etkilik: Hastalık durumunun iyileştirilebilir derecesi,
- Verimlilik: Hastalık durumunu ortadan kaldırırken düzelmeleri bozmaksızın, maliyetin düşürülmesi,
- Optimallik: Maliyet ve iyileşme arasında ki dengenin korunması,
- Kabul edilebilirlik: Hasta ve sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve hastaların isteklerine uygunluk,
- Meşruluk: Toplumsal tercihlere uygunluk,
- Eşitlik: Sağlık hizmetinin sunumunda ve kullanılmasında adil olunmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite, uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarının

tam olarak karşılanmasıdır. Tüketici beklentilerini ve bu beklentilerin karşılanmasını esas aldığımızda, sağlık hizmetlerinin kalitesinden bahsedebilmek için bu hizmetlerde bulunması gereken asgari özelliklerden bazıları; şeffaflık, müşteri katılımı, müşteri ihtiyaçlarının karşılanması, hizmetin zamanında sunulması, hizmet miktarının yeterli olması, hizmete erişim mümkün olması, süreklilik, hassaslık ve güvenilirliktir (Küçük, 2009).

Kalite ile İlgili Araştırmalar

Sağlık hizmetlerinin çıktıları somut gibi görünse de bunların ölçülmesi kolay değildir. Özellikle hizmetin sunulması ile çıktının gerçekleştirilmesi arasında zaman farkı bulunması dolayısıyla, değerlendirilmenin ne zaman yapılması gerektiği belirsizdir (Öksüz, 2010)

Sağlık hizmeti kalitesinin nasıl açıklanacağına dair iki yaklaşım vardır. Biri geleneksel tıbbi yaklaşım diğeri ise hizmet pazarlaması yaklaşımıdır. Geleneksel tıbbi yaklaşım, tıbbi hizmetlerin sonuçlarına hizmetleri sunanların bakış açısından, hizmet pazarlaması yaklaşımı ise tıbbi bakım sürecine tüketicinin bakışı açısından vurgu yapar (Choi vd., 2004). Her iki bakış açısında da sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesi önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve kalitenin boyutları çeşitli model ve çalışmalarla tartışılmıştır.

Kalite çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilmektedir (Sower vd., 2001). Bu alanda çalışmalar yapmış pek çok farklı bakış açısına sahip bilim adamları mevcuttur. Garvin (1987) yapmış olduğu bir çalışmada ürün veya hizmetlerin kalite boyutları olarak; performans, özellik, güvenilirlik, uygunluk, dayanıklılık, elverişlilik, estetik ve algılanan kalite boyutlarını belirlemiştir.

Evans ve Lindsay (1999) hizmet kalitesi ölçümü için 8 alt boyut geliştirmişlerdir. Bunlar; zaman, zamanlılık, nezaket, tutarlılık, erişebilirlik, uygunluk, doğruluk ve yanıt vermedir.

Chakrapani (1998) ise diğer kuramcılara göre iki boyuta sahip daha basit bir model geliştirmiştir. Bu modelde yer alan boyutlar ise hizmet ve ürün ile ilgili olarak güvenilirlik-destekleme ve beklentileri aşmaktır.

Bizim çalışmamızda kullandığımız Parasuraman vd. (1990) tarafından geliştirilen ve Servqual olarak adlandırılan hizmet kalitesi modelinde yer alan boyutlar ise fiziksel varlıklar, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven ve özdeşleştirmedir. Parasuraman ve diğerleri tarafından geliştirilen bu boyutların, sağlık sektörü haricinde bankalar, kredi kuruluşları, tamir bakım hizmetleri gibi birçok hizmet endüstrisinde test edilerek geçerliliğinin sağlandığı görülmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, kamuya bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sunulan sağlık hizmet kalitesini belirlemek ve hizmet kalitesinin hastaneyi tekrar tercih etme niyeti üzerinde etkisinin olup olmadığını saptamaktır. Bu amaca ulaşabilmek aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H1: Hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H2: Hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H3: Hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H4: Hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeyleri ile gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur

H5: Hizmet kalite boyutları ile hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Ankara ili ile sınırlı tutulmuştur. Kamuya bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Dâhiliye, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma evreni 1 Ocak - 1 Mart 2016 tarihleri arasında hasta sirkülasyonu bazında 680'dir. Özellikle zaman kısıtı nedeniyle araştırma evreninden $n = N \cdot t^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$ formülü kullanılarak örneklem hesaplanmıştır (Yıldırım, 2016). Ulaşmamız gereken örneklem sayısı 245 olarak bulunmuştur. Bu bağlamda 300 anket dağıtılmış 250 adet anket geri dönmüştür. Veri analizi 250 anket üzerinden yapılmıştır.

Veri Toplama Teknikleri

Hizmet sektöründe müşterilerin almış oldukları hizmetin kalitesini değerlendirme zorluğunun bilinmesinin yanı sıra soyut bir kavram olan hizmetin bazı ölçekler kullanılarak ölçülebileceği bilinmektedir. Hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik yapılan çok sayıda çalışma literatüre geçmiştir. Bunlardan bazıları çok sık kullanılırken bazıları sadece sektörel bazda kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılan, Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen Servqual ölçeğidir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1990), hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik yapmış oldukları çalışmalarda, her sektör için kullanılabilir bir ölçek geliştirmeye çalışmışlardır. Servqual ölçeği müşterilerin hizmet kalitesi üzerindeki bakış açılarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek ile hastane hizmeti alan hastalar için de kullanılabilirliği görülmüştür. Bu çalışmada, verilerin toplanmasında sevqual ölçeği ve kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Ölçek 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri ile ilgili genel sorular, İkinci bölümde algılanan hizmet kalitesini belirlemeye yönelik 44 tane soru, Üçüncü bölümde ise araştırmaya katılanların sosyo-demografik profillerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Verilerin analizi

Veriler SPSS 15.0 paket programında analiz edilmiştir. Araştırma için elde edilen verilerin güvenilirliğini ölçmek için Alfa Yöntemi (Cronbach Alfa Katsayısı) kullanılmıştır. Cronbach's Alpha testine göre hizmet kalitesi ölçeğinin güvenilirliği 0,970 olarak bulunmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek amacıyla yapılan Kolmogrov Smirnov testi sonucu anlamlı çıkarak verilerin normal dağılıma uygun olmadığı sonucun ulaşılmış ve verilerin analizinde parametrik olmayan testlerin kullanılmasının gerektiği sonucuna varılmıştır. Verilerin analizinde; iki grup ortalamasının farkı için Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grubun ortalamasının farkı için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmada ayrıca hizmet kalite boyutlarının katılımcıların hizmet alınan sağlık kuruluşunu tekrar tercih etme niyeti üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Ankete Katılan Hastaların Demografik Özellikleriyle İlgili Bulgular

Ankete katılan 250 hastanın demografik özellikleriyle ilgili tablo ve yorumlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1: Ankete Katılan Hastaların Demografik Özellikleriyle İlgili Bulgular

Demografik Özellikler		N	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	154	61,6

Kadın	96	38,4
Yaş		
16-35	84	33,6
36-55	101	40,4
56-75	60	24
76 ve üzeri	5	2
Eğitim Durumu		
İlkokul	44	17,6
Ortaokul	19	7,6
Lise	75	30
Üniversite	91	36,4
Lisans Üstü	21	8,4
Gelir Durumu		
1500 TL ve altı	87	34,8
1501-3000 TL	99	39,6
3001 TL ve üstü	64	25,6

Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastaların % 61,6'sı erkek, % 38,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların 33,6'sı 16-35, 40,4'ü 36-55, 24'ü 56-75 ve 2'si 76 ve üzeri yaş aralığındadır. Hastaların %17,6'sı ilkokul, %7,6'sı ortaokul, %30'u lise, %36,4'ü üniversite ve %8,4'ü lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Hastaların %34,8'i 1500 TL ve altı gelire, 39,6'sı 1501-3000 TL ve 25,6'sı 3001 TL ve üstü gelir düzeyine sahiptirler.

Faktör Analizi

Kleinbaum, Kupper ve Muller'e (1988: 601) göre faktör analizi, birbirleriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getiren ve yaygın olarak kullanılan çok değişkenli istatistik tekniklerinden biridir.

Faktör analizinde aralarında yüksek korelasyon olan değişkenler setinin bir araya getirilmesi suretiyle faktör adı verilen genel değişkenlerin oluşturulması söz konusudur. Buradaki amaç; değişken sayısını azaltmak ve değişkenler arası ilişkilerdeki yapıyı ortaya çıkarmak, başka bir ifadeyle değişkenleri sınıflandırmaktır.

Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Maddelerin Faktör Analizi

Araştırmada verilerin faktör analizine uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser Mayer Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Araştırmada KMO sonucu 0,953 olarak hesaplanmıştır. Yine faktör analizinin uygunluğunun araştırılması için korelasyon katsayısının birim matrise eşit olup olmadığı sınamak amacıyla Barlett küresellik testi uygulanmıştır. Barlett testi sonucu anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$). Ankete verilen yanıtların tutarlılığını ölçmek amacıyla yapılan Cronbach Alpha güvenilirlik analizi sonucu ölçeğin genel güvenilirliği 0,970 olarak hesaplanmış olup yüksek güvenilirliğe sahiptir sonucuna ulaşılmıştır.

Verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirildikten sonra gerçekleştirilen açıklayıcı faktör analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 2’de görülmektedir. Buna göre algılanan hizmet kalitesi ölçeğine ait beş farklı boyutun olması sebebiyle öz değerin 1’den büyük olması kriterine bakılmaksızın faktör analizi beş faktör üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Maddelerin Faktör Analizi Tablosu

Hizmet Kalitesine İlişkin İfadeler	Cronbach Alpha	Faktör Yükleri	Öz Değer	Kümülatif Varyans (%)	
Fiziksel Varlıklar (FV)	0,861	FV1	,403	13,792	62,693
		FV2	,873		
		FV3	,433		
		FV4	,793		
Güvenilirlik (GK)	0,933	GK1	,784	1,354	68,847
		GK2	,537		
		GK3	,667		
		GK4	,986		
		GK5	,488		
Cevap Verebilirlik (CV)	0,921	CV1	,430	1,236	74,464
		CV2	,788		
		CV3	,465		
		CV4	,561		
Güven (G)	0,898	G1	,676	,737	77,814
		G2	,593		
		G3	1,006		
		G4	,428		
Özdeşleştirme (Ö)	0,931	Ö1	,556	,614	80,605
		Ö2	,965		
		Ö3	,798		
		Ö4	,904		
		Ö5	,689		

Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyetine İlişkin Maddelerin Faktör Analizi

Araştırmada hastaneyi tercih etme niyetine ilişkin faktör analizi sonuçları aşağıdaki tablo 3’de görülmektedir. Buna göre KMO testi sonucu 0,767 olarak ölçülmüştür, Bartlett testi sonucu $p=0,000$ ölçülmüş olup anlamlı olarak bulunmuştur. Verilen yanıtların güvenilirliğini ölçmek amacıyla yapılan Cronbach Alpha testi sonucu 0,939 olarak ölçülmüş olup yüksek güvenilirliğe sahiptir. Faktör analizi sonucu mevcut değişkenler tek faktör altında toplanmıştır ve analizler bu faktör üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyetine İlişkin Maddelerin Faktör Analizi

Hastaneyi Tercih Etme Niyetine İlişkin İfadeler	Cronbach Alpha	Faktör Yükleri	Öz Değer	Varyans (%)
Tercih Edilecek İlk Sağlık Kurumu Olması	0,939	,942	2,678	89,282

Tekrar Eden Sağlık Probleminde Tercih Edilecek Sağlık Kurumu Olması	,954
Tavsiye Edilecek Sağlık Kurumu Olması	,939

Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Maddelerine Ait Ortalamalar

Hastaların algılanan hizmet kalitesi ölçeğine ait verdikleri yanıtların her bir maddeye, boyutlara ve genel hizmet kalitesine ait ortalamaları ayrı ayrı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Algılanan Hizmet Kalitesi Maddelerine Ait Ortalamalar

Ölçekler	Ort.	S.S.
Fiziksel Varlıklar (FV)	3,9787	,79741
FV1 Hastane teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.	4,2360	,77376
FV2 Hastane binaları görsel olarak çekicidir.	3,8520	,96843
FV3 Hastane Hastanesi çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	4,3160	,77105
FV4 Hastane sundukları hizmetin yanı sıra sundukları ek hizmetler de çekicidir.	3,8480	1,03012
Güvenilirlik (GK)	4,1950	,72652
GK1 Hastane vaat ettikleri hizmeti yerine getirir.	4,2120	,77554
GK2 Hastane bir problemi olduğunda hastane çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır	4,1360	,87209
GK3 Hastane hizmeti ilk anda yerine getirir.	4,0880	,86907
GK4 Hastane vaat ettiği hizmeti zamanında yerine getirir.	4,1320	,87501
GK5 Hastane kayıt ve faturalama işlemlerinde dürüst ve güvenilirlerdir.	4,3440	,74558
Cevap Verebilirlik (CV)	4,1510	,82867
CV1 Hastane çalışanları hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.	4,1080	1,02201
CV2 Hastane çalışanları hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.	4,1800	,89824
CV3 Hastane çalışanları hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllüdür.	4,1680	,87570
CV4 Hastane çalışanları, hastaların isteklerine hemen cevap verir.	4,1480	,88159
Güven (G)	4,2000	,79910
G1 Hastanede hastalar çalışanlarla ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder.	4,1840	,88162
G2 Hastanede hastalar aldıkları hizmete ilişkin güven duyar.	4,2280	,83595
G3 Hastane çalışanları hastalara karşı her zaman saygılı ve naziktir.	4,1720	,92185
G4 Hastane çalışanları işlerini iyi yapabilmek için işverenlerinden uygun ve yeterli desteği alır.	4,0520	,86038
Özdeşleştirme (Ö)	3,8728	,90832
Ö1 Hastane çalışanları her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenir.	3,9520	1,01677
Ö2 Hastane çalışma saatleri hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenir.	3,7240	1,09022
Ö3 Hastane çalışanları hastalara özel ilgi gösterir.	3,9400	1,00621
Ö4 Hastane çalışanları hastaların çıkarları ile candan ilgilenir.	3,8160	1,04811
Ö5 Hastane çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.	3,9320	,96076
Genel Hizmet Kalitesi	4,0602	,72575

Algılanan hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin ortalamalar tablosu incelendiğinde hastaların sunulan hizmetlerden 5'li likert ölçeği üzerinden 4,2120 ortalamayla en çok güvenilirlik boyutundan memnun oldukları görülmektedir. Güvenilirlik boyutu hastanelerin vaat edilen hizmeti güvenilir ve kusursuz bir şekilde sunabilmesi özelliklerini içinde barındırmaktadır. Hastane çalışanlarının müşterilere kişisel ilgi göstermesi ve iletişimde duyarlılığı özelliklerini içinde bulunduran özdeşleştirme boyutu 3,8728 ortalamayla hastaların kalite algısının en düşük olduğu hizmet boyutu olarak dikkat çekmektedir. Hastanede sunulan tüm hizmetlerin ortalaması dikkate alındığında ise genel hizmet kalitesi 4,0602 ortalamayla iyi sayılacak bir memnuniyet düzeyindedir. Ancak söz konusu sağlık hizmeti sunumu olunca hastaların her şeyin en iyisini beklemeleri olağandır.

Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyetine İlişkin Ortalamalar

Tablo 5: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyetine İlişkin Ortalamalar

Maddeler	Ort.	Ss.
Herhangi bir sağlık problemiyle karşılaştığımda tercih edeceğim ilk sağlık kurumu burası olurdu.	4,204	,90646
Tekrar eden bir sağlık problemi karşısında tekrar bu hastaneye müracaat ederim.	4,236	,92506
Sağlık kurumunu, sunmuş olduğu hizmetler nedeniyle başkalarına da tavsiye ederim.	4,280	,85117
Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyeti	4,240	,84507

Hastaların “Herhangi bir sağlık problemiyle karşılaştığımda tercih edeceğim ilk sağlık kurumu burası olurdu” önermesine verdikleri yanıtların ortalaması 4,204, “Tekrar eden bir sağlık problemi karşısında tekrar bu hastaneye müracaat ederim” önermesine verdikleri yanıtların ortalaması 4,236 ve “Sağlık kurumunu, sunmuş olduğu hizmetler nedeniyle başkalarına da tavsiye ederim” önermesine verdikleri yanıtların ortalaması 4,280’dir. Bu önermelerin oluşturduğu “Hastaneyi tekrar tercih etme niyeti” faktörünün ortalaması ise 4,240’dır. Buradan yola çıkarak tedavi gören hastaların hastaneyi tekrar tercih etme niyeti yüksek düzeydedir sonucuna varılabilmektedir.

Araştırmaya Katılan Hastaların Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutlarının Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların, algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, fiziksel özellikler, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven, özdeşleştirme, genel hizmet kalitesi puanları ortalamalarının yaş, eğitim durumu ve gelir durumu değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların, algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Mann Whitney-U testi yapılmıştır.

$p < 0.05$ olduğunda grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 6: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Boyutlar	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	MW	p																																																				
Fiziksel Varlıklar	Erkek	154	4,1153	,73216	6573,000	,137																																																				
	Kadın	96	3,9792	,77516			Güvenilirlik	Erkek	154	4,2364	,74569	6538,000	,118	Kadın	96	4,0958	,71788	Cevap Verebilirlik	Erkek	154	4,2045	,81672	6506,000	,105	Kadın	96	4,0651	,84468	Güven	Erkek	154	4,1769	,76479	7080,000	,569	Kadın	96	4,1302	,77117	Özdeşleştirme	Erkek	154	3,9506	,87232	6465,500	,093	Kadın	96	3,7479	,95465	Genel Hizmet Kalitesi	Erkek	154	4,1325	,69657	6664,500	,190	Kadın
Güvenilirlik	Erkek	154	4,2364	,74569	6538,000	,118																																																				
	Kadın	96	4,0958	,71788			Cevap Verebilirlik	Erkek	154	4,2045	,81672	6506,000	,105	Kadın	96	4,0651	,84468	Güven	Erkek	154	4,1769	,76479	7080,000	,569	Kadın	96	4,1302	,77117	Özdeşleştirme	Erkek	154	3,9506	,87232	6465,500	,093	Kadın	96	3,7479	,95465	Genel Hizmet Kalitesi	Erkek	154	4,1325	,69657	6664,500	,190	Kadın	96	3,9960	,74017								
Cevap Verebilirlik	Erkek	154	4,2045	,81672	6506,000	,105																																																				
	Kadın	96	4,0651	,84468			Güven	Erkek	154	4,1769	,76479	7080,000	,569	Kadın	96	4,1302	,77117	Özdeşleştirme	Erkek	154	3,9506	,87232	6465,500	,093	Kadın	96	3,7479	,95465	Genel Hizmet Kalitesi	Erkek	154	4,1325	,69657	6664,500	,190	Kadın	96	3,9960	,74017																			
Güven	Erkek	154	4,1769	,76479	7080,000	,569																																																				
	Kadın	96	4,1302	,77117			Özdeşleştirme	Erkek	154	3,9506	,87232	6465,500	,093	Kadın	96	3,7479	,95465	Genel Hizmet Kalitesi	Erkek	154	4,1325	,69657	6664,500	,190	Kadın	96	3,9960	,74017																														
Özdeşleştirme	Erkek	154	3,9506	,87232	6465,500	,093																																																				
	Kadın	96	3,7479	,95465			Genel Hizmet Kalitesi	Erkek	154	4,1325	,69657	6664,500	,190	Kadın	96	3,9960	,74017																																									
Genel Hizmet Kalitesi	Erkek	154	4,1325	,69657	6664,500	,190																																																				
	Kadın	96	3,9960	,74017																																																						

Algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, tabloda görüldüğü üzere, fiziksel varlıklar, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven, özdeşleştirme, genel hizmet kalitesi puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testin sonucunda grup

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). İster kadın ister erkek olsun hastaların sağlık kurumundan algıladıkları hizmet kalitesi farklılık göstermemektedir. Algıladıkları sağlık hizmeti her iki cinsiyet için de aynıdır.

Tablo 7: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yaşa Göre İncelenmesi

Boyutlar	Yaş Grupları	N	Ortalama	Standart Sapma	KW	p
Fiziksel Varlıklar	16-35	84	3,8304	,80582	11,695	,009
	36-55	101	4,1931	,71927		
	56-75	60	4,1583	,67329		
	76 ve üzeri	5	4,2000	,48088		
Güvenilirlik	16-35	84	4,0214	,88957	3,612	,306
	36-55	101	4,2673	,65926		
	56-75	60	4,2633	,61008		
	76 ve üzeri	5	4,2000	,44721		
Cevap Verebilirlik	16-35	84	3,9286	,98067	7,065	,070
	36-55	101	4,2426	,77979		
	56-75	60	4,3125	,62032		
	76 ve üzeri	5	4,1000	,51841		
Güven	16-35	84	3,9256	,93363	7,166	,067
	36-55	101	4,2723	,66059		
	56-75	60	4,2750	,61703		
	76 ve üzeri	5	4,4000	,41833		
Özdeşleştirme	16-35	84	3,6452	1,02233	7,030	,071
	36-55	101	4,0396	,79146		
	56-75	60	3,9300	,86501		
	76 ve üzeri	5	3,6400	1,03344		
Genel Hizmet Kalitesi	16-35	84	3,8670	,84217	7,774	,051
	36-55	101	4,1978	,63997		
	56-75	60	4,1793	,59155		

Araştırmaya katılan hastaların, algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven ve özdeşleştirme boyutları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Fiziksel varlıklar ve genel hizmet kalitesi açısından değerlendirildiğinde hizmet kalite algılarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıklar genç hastaların hizmet kalite algılarının ileri yaştaki hastalara göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 8: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Boyutlar	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	KW	p
Fiziksel Varlıklar	İlkokul	44	4,1420	,74591	9,020	,061
	Ortaokul	19	4,3816	,53599		
	Lise	75	3,9833	,71699		
	Üniversite	91	4,1154	,72198		
	Lisansüstü	21	3,6667	,99791		
Güvenilirlik	İlkokul	44	4,1273	,91203	3,464	,483
	Ortaokul	19	4,3368	,68977		
	Lise	75	4,1600	,68181		
	Üniversite	91	4,2681	,60532		
	Lisansüstü	21	3,8667	1,00266		
Cevap Verebilirlik	İlkokul	44	4,1818	,80037	4,648	,325
	Ortaokul	19	4,3816	,59142		
	Lise	75	4,1700	,79712		
	Üniversite	91	4,1923	,75652		
	Lisansüstü	21	3,6310	1,25902		
Güven	İlkokul	44	4,3011	,81871	5,331	,255
	Ortaokul	19	4,1711	,72194		
	Lise	75	4,1233	,77151		
	Üniversite	91	4,1923	,68015		

	Lisansüstü	21	3,8333	,97254		
	İlkokul	44	3,9000	1,00834		
	Ortaokul	19	4,0737	,78091		
Özdeşleştirme	Lise	75	3,8453	,91272	2,273	,686
	Üniversite	91	3,8967	,85342		
	Lisansüstü	21	3,6286	1,03399		
	İlkokul	44	4,1198	,76413		
	Ortaokul	19	4,2621	,64614		
Genel Hizmet Kalitesi	Lise	75	4,0517	,69027	4,695	,320
	Üniversite	91	4,1276	,63088		
	Lisansüstü	21	3,7281	1,00288		

Algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, fiziksel varlıklar, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güven, özdeşleştirme, genel hizmet kalitesi puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucuna göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların her bir boyut için algılama düzeylerinin almış oldukları eğitimler açısından hiçbir fark görülmediği sonucuna varılabilir.

Tablo 9: Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi

Boyutlar	Gelir Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	KW	p
	1500 TL ve altı	87	4,0316	,68285		
Fiziksel Varlıklar	1500-3000 TL	99	4,1338	,76124	2,821	,244
	3001 TL ve üstü	64	3,9961	,82073		
	1500 TL ve altı	87	4,1701	,74367		
Güvenilirlik	1500-3000 TL	99	4,2747	,73932	4,637	,098
	3001 TL ve üstü	64	4,0563	,71489		
	1500 TL ve altı	87	4,1264	,72424		
Cevap Verebilirlik	1500-3000 TL	99	4,2854	,81910	6,140	,046
	3001 TL ve üstü	64	3,9766	,94567		
Güven	1500 TL ve altı	87	4,1207	,78860	3,767	,152

	1500-3000 TL	99	4,2576	,75800		
	3001 TL ve üstü	64	4,0586	,74101		
	1500 TL ve altı	87	3,8138	,90312		
Özdeşleştirme	1500-3000 TL	99	3,9899	,97912	5,338	,069
	3001 TL ve üstü	64	3,7719	,78709		
	1500 TL ve altı	87	4,0471	,67981		
Genel Hizmet Kalitesi	1500-3000 TL	99	4,1827	,74365	5,538	,063
	3001 TL ve üstü	64	3,9663	,70684		

Algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, fiziksel varlıklar, güvenilirlik, güven, özdeşleştirme ve genel hizmet kalitesi puanları ortalamalarının gelir durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucuna göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Cevap verebilirlik boyutundaki hizmet kalite algısı ile hastaların gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Bu farklılık gelir durumu yüksek olan hastaların kalite algılarının daha alt gelir grubundaki hastalara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Hizmet Kalite Boyutları ile Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki

Hizmet kalite boyutları ile hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasındaki ilişki korelasyon analizi ile test edilmiştir. Korelasyon analizi iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki veya daha fazla değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon analizinde amaç, bağımsız değişken değiştiğinde bağımlı değişkenin ne yönde değişeceğini görmektir.

Tablo 10: Hizmet Kalite Boyutları ile Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		Fiziksel Varlıklar	Güvenilirlik	Cevap Verebilirlik	Güven	Özdeşleştirme	Genel Hizmet Kalitesi
Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Niyeti	r	,194	,321	,400	,388	,331	,371
	p	,002	,000	,000	,000	,000	,000

Tablo 8’de görüldüğü üzere hizmet kalitesi boyutları ve genel hizmet kalitesi ile hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasındaki korelasyon analizi sonucu; 5 farklı hizmet boyutu ve genel hizmet kalitesi ile hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma neticesinde hastaların fiziksel varlıklar boyutundaki kalite algıları hastaneyi tekrar tercih etme niyetleri üzerinde %19, güvenilirlik boyutundaki kalite algısı %32, cevap verebilirlik boyutu %40, güven boyutu %38, özdeşleştirme boyutu %33, genel hizmet kalitesi ise %37 oranında etkiye sahiptir.

TARTIŞMA

Harput’un (2014) Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve hastaneyi tercih etme sebepleri değişkenlerine

göre algıladıkları sağlık hizmet kalitesi arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak hastaların gelir durumları ile algıladıkları hizmet kalitesi arasındaki farklılık araştırmamızda olduğu gibi anlamlı bulunmuştur. Bu farklılık benzer bir şekilde gelir düzeyi yüksek olan hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin düşük olması sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Gelir durumu yüksek olan hastaların beklentilerinin çok daha yüksek olması sebebiyle karşılanması da güçtür.

Devebakan ve Aksaraylı (2003) tarafından yapılan çalışmada hastaların cinsiyet değişkenine göre hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen erkek hastaların hizmet kalite algıları kadın hastalara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Yaş değişkenine göre incelendiğinde diğer araştırmalarla benzer bir şekilde genç hastaların hizmet kalite algılarının ileri yaştaki hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Hastaların gelir düzeylerine göre bir farklılık olup olmadığı analiz edilmiş ve diğer araştırmaların aksine gelir düzeyi yüksek olan hastaların hizmet kalite algılarının düşük gelir düzeyine sahip hastaların hizmet kalite algılarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Apay ve Arslan (2009) yaptıkları çalışmada bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeylerini araştırmışlardır. Tatmin olma düzeyi hastaların algılanan ve beklenen hizmet kalite düzeyleri arasındaki farkla açıklanmaktadır. Araştırma neticesine göre yatan hastaların cinsiyet, yaş, aktif çalışma durumları ve eğitim durumlarına göre hizmet kalite algılarının değiştiği görülmektedir. Diğer araştırmaların aksine burada kadın hastaların tatmin olma düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Genç hastaların tatmin düzeyleri ise ileri yaştaki hastalara göre daha düşüktür. Aktif olarak çalışan hastaların tatmin düzeyleri çalışmayan hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Ancak kendilerini işsiz olarak tanımlayan hastaların tatmin düzeyleri tüm gruplar içinde en düşüktür. Eğitim düzeyi yüksek hastaların tatmin düzeyi diğer araştırmalarda olduğu daha düşük seviyede eğitim görmüş hastalara göre daha düşüktür sonuçlarına ulaşılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma neticesinde algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin, hastaların cinsiyetine göre herhangi bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak hastaların cinsiyetleri algıladıkları hizmet kalitesi üzerinde etkili değildir.

Araştırmada elde edilen bir diğer sonuç da hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin yaş değişkeninden etkilendiğidir. Sonucun bu şekilde çıkması genç yaştaki hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin ileri yaştaki hastalara göre daha düşük olması ve özellikle 16-35 yaş aralığındaki genç hasta grubunun kalite beklentilerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olmasıdır. Genç bireylerin günümüz teknolojisini ileri yaştaki bireylere oranla daha fazla kullandıkları, yeniliklere kolay adapte olabildikleri ve durumsal faktörlerin değişmesine bağlı olarak ileri yaştaki hastaların yaşadıkları zorluklarla karşılaşmalarına paralel olarak beklentilerinin arttığı ve memnuniyet düzeylerinin de bundan etkilendiği görülmektedir. Dolayısıyla hastane yöneticilerin bu farklılıktan yola çıkarak yaş gruplarına göre sundukları sağlık hizmetlerini çeşitlendirmeleri ve sürekli yeni kalite kriterlerini ortaya koymaları gerekmektedir.

Araştırmamızda, hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakılmış ve farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında ise farklılık olduğu görülmüştür. Söz konusu farklılığın gelir düzeyi yüksek hastaların daha alt gelir grubundaki hastalara göre hizmet kalite beklentilerinin yüksek olmasından dolayı hizmet çıktısı sonucunda algılarının daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gelir düzeyi yüksek hastaların maddi değerleri kolay ve hızlı bir şekilde elde edebilmesi ve buna bağlı olarak da hizmet kalite beklentilerinin artması sonucun bu şekilde çıkmasına neden olmuştur. Hizmet kalite beklentisinin artması ise o beklentinin karşılanabilme olasılığını, hizmetten tatmin olma düzeyini

düşürmektedir. Bu durumda hastane yönetimlerinin, kalite algısını artırmak için hastaların gelir durumlarını dikkate almaksızın muayene için bekleme sürelerini iyileştirmek, çok ileri tarihe verilen tetkik randevularını kısa süre içinde gerçekleştirmek ve sağlık çalışanlarını sürekli hizmet içi eğitimlerle geliştirmek gibi bir dizi önlemler almaları gerekmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda hizmet kalite boyutları ile hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına da bakılmıştır ve hizmet kalite boyutları ile hastaneyi tekrar tercih etme niyeti arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür. Söz konusu bu durum sunulan hizmetin kalitesinin sağlık hizmetini talep edenler tarafından değerlendirildiğini ve tekrar aynı hastanenin hizmet alımı için tercih edildiğini göstermektedir. Araştırma sonucu görülmüştür ki; hastaların hastaneyi tekrardan tercih etmelerine etki eden hizmet boyutları öncelik sırasına göre cevap verebilirlik, güven, özdeşleştirme, güvenilirlik ve son olarak da en az etkiye sahip fiziksel varlıklar boyutlarıdır. Buna göre sağlık hizmetinden yararlananlar öncelikli olarak sağlık hizmeti sunucularına güvenmekte ve tercihlerini de ona göre kullanmaktadırlar. Bu doğrultuda sağlık hizmeti sunucularının bilgisi ve yeterliliği son derece önemlidir.

Araştırmamız sonucunda genel olarak kalite boyutlarının önemli olduğu ve artık hastaların pek çok kalite boyutunu göz önüne alarak sağlık hizmetini talep ettikleri görülmektedir. Bu doğrultuda hizmet kalite boyutlarının geliştirilmesi için küresel düşünmek ve hizmet kalite sunumunda olumsuz etki yaratan unsurları ortadan kaldırmak gerekmektedir. Bu düşünce doğrultusunda; hastane yönetimleri, teknolojik gelişmelere paralel olarak donanım ve teçhizatlarını sürekli olarak yenilemek, hijyene uluslararası standartlar bazında dikkat etmek, poliklinik önü, tahlil odaları gibi alanlardaki bekleme yerlerini daha düzenli ve ihtiyacı karşılayacak şekilde dizayn etmek, vaat edilen hizmeti zamanında yerine getirmek, hizmet talep edenlerin problemlerini çözmek için yeterince ilgili olmak ve hastanede hasta hakları biriminin etkili bir şekilde çalışmasını sağlamak durumundadır. Aynı zamanda özellikle sağlık sektöründe karşılıklı güven son derece önemlidir. Bu bağlamda güvenin önemli bir girdisi olan bilgi kavramını önemsemek gerekmektedir. Çünkü hastalar sağlık çalışanlarına sağlıklarını emanet etmektedirler. Bu yüzden hastane yönetimlerinin güncel tedavi yaklaşımlarını yakından takip ederek hem iç hem de dış müşterileri yani sağlık çalışanları ve hastaları hizmet içi eğitim, kurs, seminer vs. gibi etkinliklerle bilgilendirmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirme süreci aynı zamanda sağlık hizmeti kullanıcı ve alıcıları arasında empatiyi de artıracak ve ortaya çıkacak çatışmaların azalmasına yardımcı olacaktır.

Son olarak, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin belirli aralıklarla ölçülmesi ve değerlendirilmesi ve bununla ilgili gerekli bölümün oluşturulması hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Andaleeb S.S. (2001), Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country. *Social Science & Medicine*, (52), 1359-1370.
- Apay, E.S., Arslan, S. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8(3). 239-244.
- Aslan Ş, Sezgin M. ve Haşiloğlu S.B. (2008). Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20), 24-40.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2-3.
- Babakus E., Mangold, G. (1992). *Adapting the Servqual Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation*, *Health Services Research*, 26(2), 767.
- Chakrapani, C., (1998). *How to Measure Service Quality & Customer Satisfaction: The Informal Field Guide for Tools and Techniques*, American Marketing Association, 152.
- Choi, K.S., Lee, H. & Chankon, L., (2005). The Service Quality Dimensions And Patient Satisfaction Relationship In South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types Of Service, *The Journal of Services Marketing*, 19(3), 901-930.

- Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 5(1).
- Evans, J., Lindsay, W., (1999). *The Management and Control of Quality*, 4th Edition, t.Paul, MN:West.
- Garvin, A., (1987). *Competing on the Eight Dimensions of Quality*, *Harvard Business Review*, 65(6).
- Harpur, S. (2014). *Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kleinbaum, D. G., Lawrence L. Kupper and Keith E. Muller (1988), *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. Duxbury Press, 601.
- Küçük, N. (2009). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerine Diyarbakır İli Sağlık Müdürlüğü'nde Bir Uygulama (Diyarbakır Devlet Hastanesi)*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sivas, 11.
- Küçükaksu C., Ünlü S., Yarıcı T., ve Mahmutoğlu L. (2004). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi*, *Hastane Yaşam Dergisi*, 1(1), 26.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. (1985), *L. A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research*. Journal of Marketing.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service – Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press. 72
- Sağnak, P. (2010) *Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmini Yararlanmasındaki Rolü Ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; Gata Hastanesi'nde Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara, s.48
- Sevimli, S. (2006). *Hizmet Sektöründe Kalite Ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 48-49.
- Sower, V., Duffy, J., Kibourne, W., Kohers, G. & Jones, P., (2001). *The Dimensions of Services Quality For Hospitals: Development And Use of The KQCAH Scale* *Health Care Management Review*, 26(2), 47-59.
- Sözen, C., Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara: Nobel Yayınevi, 2.
- Tütüncü, Ö. ve Doğan, İ. Ö. (2003). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001-2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*. *D.E.Ü. Rektörlük Matbaası*. 28-54.
- Öksüz, A.S., (2010) *Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Yıldırım, O. (2016). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin "Servqual" Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA VE SOSYAL PAZARLAMA KAPSAMINDA E-NABIZ UYGULAMASININ BİLİNİRLİĞİ

Doç. Dr. Aykut EKİYOR

Gazi Üniversitesi İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü

aykutekiyor1974@yahoo.com

Aydın ÇETİN

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

aydctn@gmail.com

Özet

Sosyal pazarlama farklı hedef grupların tutum ve davranışlarını değiştirmeye odaklanır. Ayrıca sosyal pazarlama, sosyal programın planlanması ve yönetimi için pazarlama yaklaşımlarının uygulanmasını ortaya koyar. Sosyal pazarlama toplum sağlığını geliştirme, kazaları önleme, çevreyi koruma ve benzeri uygulamalarda yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Günümüzde insanlar birçok konu hakkında bilgi sahibi olmak ve yaşamını kolaylaştıracak mal ve hizmetlerden haberdar olmak isterler. Bu istek ve ihtiyaçları konusunda sosyal pazarlama kampanyaları yoluyla bireylerin yeni bilgi ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır. Bu çalışmada, e-nabız uygulaması sosyal pazarlama kapsamında değerlendirilmiş ve Türkiye’de ki e-nabız uygulamasının bilinirliği ölçülmüştür. Sağlık hizmeti tüketicisi ve sağlık çalışanlarına anket yöntemi uygulanmıştır. Değerlendirmeye 273 anket alınmıştır. Hem sağlık tüketicileri hem de sağlık çalışanları açısından e-nabız uygulamasının orta üstü seviyede bilinirliğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Pazarlaması, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sosyal Pazarlama, E-Nabız, Türkiye.

AWARENESS OF THE E-PULSE APPLICATION IN THE SCOPE OF HEALTH CARE DELIVERY AND SOCIAL MARKETING

Abstract

Social marketing focuses on changing the attitudes and behaviour of different target groups. Also, social marketing puts forth the marketing approaches applications for administration and planning the social programme. Social marketing principles and techniques are frequently used to improve public health, prevent accidents, protect the environment, and suchlike events. Today, people want to have knowledge about many topics and want to be informed about the products and services that will make their lives easier. By social marketing campaigns the individuals are provided new information and applications on their wants and needs. In this study, E-Pulse application is assessed under social marketing and the awareness of the E-pulse has been measured. A questionnaire method has been conducted to the health service consumers and healthcare staff. 273 questionnaires have been evaluated. It has been seen that both for the health consumers and healthcare staff the e-pulse awareness level is high mid-level.

Key Words: Service Marketing, Health Care Marketing, Social Marketing, E-Pulse, Turkey.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(EKİYOR,A/ÇETİN,A)

GİRİŞ

Sağlık sektörü diğer sektörlerle göre önemli bir yere sahiptir. Bu önem sağlık hizmetleri tüketicilerinin çok olmasından ve aynı zamanda insan hayatı gibi kritik bir konuyu içermesinden kaynaklanmaktadır. Bu da sağlık hizmetleri sunumunda pazarlamanın önemini arttırmaktadır. Sağlık hizmetleri pazarlaması, sağlık hizmeti alan tüketicilerin ne tür hizmetlere ihtiyacı olduğunun belirlenmesi, yeni hizmetler sunulması ve tüketicilerin bu hizmetleri kullanımının teşvik edilmesi şeklinde açıklanabilir. Bu kapsamda yeni hizmetlerin sunulması ve sağlık hizmeti alan tüketicilerin sunulan bu hizmetleri kullanımının teşvik edilmesi sağlık kurumlarında sosyal pazarlama uygulamalarının kullanımının yaygınlaşmasını sağlamıştır. Kalp sağlığını korumaya yönelik toplumu bilgilendirme, hareketli bir yaşam tarzının yani fiziksel aktivitenin önemi, sigaranın zararlarına yönelik toplumun bilgilendirilmesi ve sağlıklı beslenme gibi birçok uygulamada, sosyal pazarlama yöntemlerine başvurulduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında, çevre ile ilgili sorunlara ilişkin farkındalık kazandırmak, kadın ve çocukların eğitimi gibi birçok konuda toplumun duyarlılığını artırıcı sosyal pazarlama uygulamalarına rastlamaktayız. Sosyal pazarlama örnekleri incelendiğinde topluma hizmet eden bir hal aldığını söyleyebiliriz. Toplumda karşılaşılan problemlere karşı çözüm önerileri getirerek farkındalık oluşturduğunu, var olan tutumları değiştirdiğini ve yeni bir bakış açısıyla problemlerin ele alınmasını sağladığını söyleyebiliriz. Sosyal pazarlamada klasik anlamda olduğu gibi somut bir ürünün mübadelesi değil, hizmetlerin ve fikirlerin mübadelesi söz konusu olmakta, problem olarak tanımlanan olaylara karşı davranış değişikliği oluşturmak ve toplumsal faydanın artırılması amaçlanmaktadır.

Vatandaşların hizmet ve bilgi alma gereksinimlerin artması devletleri bu konuda çözüm arama yoluna itmiş, kamu hizmet sunumunda internet ve bilgisayar destekli uygulamaların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Günümüzde e-devlet (elektronik devlet) uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte birçok kurum sunduğu hizmeti e-Devlet uygulaması ile entegre ederek hizmet sunar hale gelmiştir. Hizmet sunumunda internet ve bilgisayar destekli uygulamaların artması, öncülüğü e-devlet ile yapılan uygulamaların sayısının artmasını sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı da bu değişim ve gelişime ayak uydurmuş e-nabız (kişisel sağlık sistemi) uygulamasını hayata geçirmiştir.

1. HİZMET PAZARLAMASI

Gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün payı giderek artmakta ve ülke ekonomisine önemli katkılarda bulunmaktadır. Türkiye’de ise 2009 yılları verilerine göre mevcut istihdamın %45,8’i hizmet sektöründe çalışmaktadır (Tengilimoğlu, 2014). Hizmet sektörünün giderek artan bu önemi çeşitli tanımları beraberinde getirmiştir. Hizmet, klasik anlamda ürün kavramından farklılıklar göstermesi nedeniyle tanımları farklılıklar arz etmekte ve mal kavramından daha karmaşıktır. Grönroos’e göre hizmet kavramı, dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri, çalışan ve fiziksel kaynaklar ile sistemler arasındaki etkileşim anında oluşarak müşteri problemlerine çözüm sunan faaliyetler dizisidir (Özgüven, 2008). Amerikan Pazarlama Derneği Tanımına göre ise; “bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” şeklinde tanımlamıştır (Öztürk, 2003). Tablo 1’de hizmet kavramının tarih içindeki çeşitli tanımlarına yer verilmiştir

Tablo 1: Hizmet Tanımlarının Tarihsel Gelişimi

Fizyokratlar (1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723 – 1790)	Somut (dokunabilir) bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B.Say (1767 – 1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler

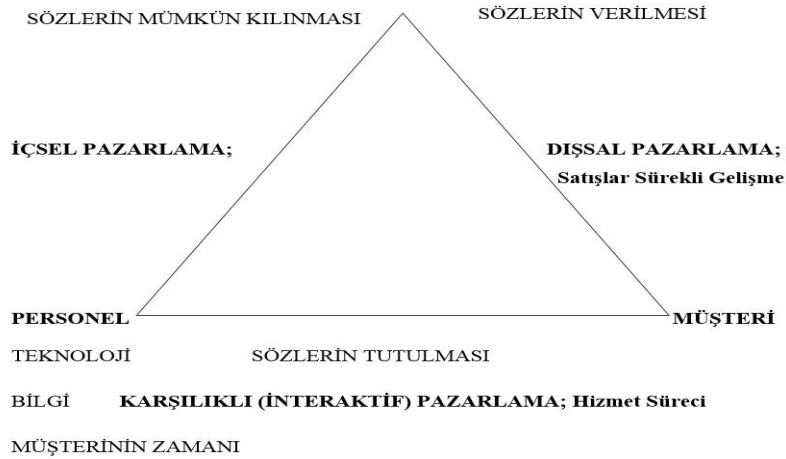
Alfred Marshall (1842–1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı Ülkeleri (1925 – 1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Kaynak: Tengilimoğlu, D. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (3.Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi, 41.

Hizmet sektörü pazarlama anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlandığı bir alandır. Gün geçtikçe gelişen ve zenginleşen uygulamalara tanık olunmaktadır. Bu durum, hizmet ve hizmet pazarlaması konularına dikkati yoğunlaştırmakta ve bu konulardaki özgün açıklamalar gittikçe artmaktadır. Geleneksel olarak pazarlama ürün yönüdür ve hizmet pazarlaması kendi özellikleri çerçevesinde yeni yaklaşımları ve uygulamaları kaçınılmaz kılmaktadır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün çok önemli bir noktaya gelmesi ve yarattığı iş olanakları nedeniyle, hizmet pazarlamasının kendine özgü nitelikleri çerçevesinde incelenmesi zorunludur (Odabaşı, 1994).

Hizmet pazarlamasının iç, dış ve interaktif pazarlamadan oluşan üç boyutundan bahsetmek mümkündür. Şekil 1’de bu boyutlar gösterilmektedir ve bu boyutlar sözlerin verilmesiyle ilişkilidir (Bayuk, 2006).

Şekil 1: Hizmet Pazarlaması Üçgeni



Kaynak: Bayuk, N.M. (2006). Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma, Akademik Bakış Dergisi, 10, 1-12.

Dışsal pazarlama, işletmenin pazarlanacak nesneyi hazırlaması, fiyatlandırması, tutundurması ve dağıtımını ile ilgili geleneksel pazarlama çalışmasıdır. Hizmet işletmelerinin müşterilere, onlar tarafından kabul gören sözlerin verilmesini ve satışları kapsar. İçsel pazarlama, işletmenin tüketicilere iyi hizmet

vermesini sağlamak amacıyla personelini eğitmesidir. İnteraktif pazarlama ise hizmeti sunan kişilerin müşterilerle iyi iletişim halinde olmalarını ifade etmektedir (Uyar, 2014).

2. SOSYAL PAZARLAMA

Sosyal pazarlama, ticari pazarlama unsurlarının kullanılarak sosyal konularda tutum değişikliği oluşturacak şekilde plan ve programların geliştirilmesidir.

İşletmenin fonksiyonu olarak pazarlama, öncelikle ürünlerin üretilmesi ve satılmasıyla ilgili olarak geliştirilmiştir. Ancak zaman içerisinde hızla gelişen pazarlama yöntemleri ve teknikleri sayesinde, amaçların ve düşüncelerin de pazarlanması söz konusu olmaya başlamıştır (Yılmaz, 2006). “Pazarlama yönetimi özellikle son yıllarda sosyal değişimlere daha duyarlı, daha ilgili hale gelmiştir. Geleneksel olarak pazarlama kararları maliyet-gelir çerçevesinde alınırken, günümüzde daha fazla firma pazarlama kararlarını sosyal maliyetler, sosyal kârlar ve sosyal faydalar çerçevesinde almaktadır. Sosyal pazarlama, pazarlama kararlarının sadece ekonomik maliyetler ve kârlılık göz önünde bulundurularak alınamayacağını ileri sürmektedir. Bu görüşe göre bazı ürün ve hizmetlerin kârı düşük olsa da, hatta hiçbir ekonomik getirisi olmasa da pazarlanması gerekebilir.” (İlter ve Bayraktaroğlu, 2007).

Sosyal pazarlama kavramı, 1970’li yıllarda, pazarlama araç ve tekniklerinin mal veya hizmete uygulanmasının, fikirlerin pazarlanmasına da uygulanabileceği düşüncesi ile ortaya çıkmıştır. Bir disiplin olarak ele alınması Kotler ve Zaltman’ın çalışmaları sonucunda gerçekleşmiştir. Kotler ve Zaltman’a göre sosyal pazarlama; malın planlanması, fiyatlandırılması, iletişimi, dağıtımı ve pazarlama araştırması konularını içeren ve sosyal düşüncelerin kabul edilebilirliğini etkilemek için yapılan programların kontrolü, uygulanması ve tasarımının tümüdür (Kotler ve Zaltman, 1971).

Sosyal pazarlama ile ticari pazarlama arasında farklılıklar tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2: Sosyal Pazarlama ile Ticari Pazarlama Arasındaki Farklar

Sosyal Pazarlama	Ticari Pazarlama
İyi bir şey yapmak ister	Para kazanmak ister
Sermayesi vergi ve bağışlardır	Yatırımcılar sermaye koyar
Kamuya karşı sorumludur	Özel kişiye karşı sorumludur
Performans ölçümü zordur	Performans, kar ve pazar payı ile ölçülür
Davranışsal hedefler uzun vadelidir	Davranışsal hedefler kısa vadelidir
Çoğunlukla tartışılabilir davranışları hedef alır	Tartışmaya yol açmayacak ürün ve hizmetler sağlar
Çoğunlukla yüksek riskli hedefler seçer	Açık hedefler seçer
Riskten kaçınan yöneticiler vardır	Risk alan yöneticiler vardır
Katılımcı karar alma vardır	Hiyerarşik karar alma vardır
Güvene dayalı bir ilişki vardır	Rekabete dayalı bir ilişki vardır

Kaynak: Andreasen A. R. (2000). Ethics in Social Marketing. George Town University Pres, Washington DC.

2.1. Sosyal Pazarlamanın Önemi

Sosyal pazarlamanın en büyük önemi ve farkı, toplum faydasına odaklanmış olup; işletmenin kendi ürünlerini satın alan müşterilerinin isteklerini tatmin ederken, firma faaliyetleri tarafından etkilenmiş toplumun isteklerini de tatmin etmesi gerekliliğinin altını çiziyor olmasıdır. Sosyal pazarlama özellikle yeni bir bilginin toplum genelinde yayılmasına, duyurulmasına ihtiyaç duyulduğunda önem kazanır. Toplumun yaşam standartlarını geliştirmek için, onlara bilgiler vermek ve olumlu alışkanlıklar kazandırmak için sosyal pazarlamadan faydalanılmaktadır. Sosyal pazarlama pazarlamamayı da kapsamakta ve özellikle toplumun zararına olan durumların ortadan kalkmasına ihtiyaç duyulduğunda önem kazanır. Örneğin dünyanın birçok ülkesinde sigara üreten ve satışını gerçekleştiren işletmeler, sigara gibi sağlığa zararlı ürünlerin tüketimini ve yaygınlaşmasını desteklemektedirler. İşletmelerin sigara tüketimini pazarlaması gibi topluma zarar veren durumlara karşı günümüzde sosyal pazarlama, birçok kamuoyu grubunu ve devleti arkasına alarak daha sağlıklı bir yaşam konusunda insanları yönlendirmeye çalışmaktadır. Bu durum pazarlamamaya örnek olup toplum zararına olan bir ürünün kullanılmaması fikrini pazarladığı, toplum faydasına olduğu için de sosyal pazarlama projesi olarak belirlenmektedir (Doğan, 2012).

Sosyal pazarlamanın yeni bilgi ve uygulamaların yayılması gerektiği zaman, karşı pazarlama gerektiği zaman ve harekete geçirilmek istendiği zaman, kullanılması sosyal pazarlamanın birçok alanda kullanılabilmesi ve önemi konusunda fikir vermektedir.

Günümüzde insanlar birçok konu hakkında bilgi sahibi olmak ve yaşamını kolaylaştıracak mal ve hizmetlerden haberdar olmak isterler. Bu istek ve ihtiyaçları konusunda sosyal pazarlama kampanyaları yoluyla bireylerin yeni bilgi ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır. Örneğin, tıbbi alanda yeni kullanılmaya başlamış tedavi yöntemleri, tıbbi cihazlar ve koruyucu sağlık hizmetleri hakkında farkındalık düzeyini arttıracak bilgilendirici yayınlar yapılması gibi bilimsel temele dayanan bilginin yayılması sağlanmış olur.

Karşı pazarlama gerektiği zaman ise; insanları toplumu zararlı alışkanlıklardan uzaklaştıran doğru davranışa yönlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Dünyada genel uygulama bir ürün zararlı dahi olsa o ürünün satışını arttıracak şekilde tüketicilere pazarlanması söz konusudur. Örnek verecek olursak sigaranın birçok bakımdan zararlı olduğu artık herkes tarafından bilinmekle birlikte sigara üreticileri tarafından satışını özendirici ve arttırıcı reklam ve tutundurma faaliyetlerinde bulunmaktadır. Sigara içilmesi ve sigaranın zararlarını önlemeye yönelik yasaklar getirilmesi, sigara içenlere para cezası verilmesi ve kapalı alanlarda sigara içilmesinin yasaklanması gibi uygulamalar karşı pazarlamaya örnek oluşturmaktadır.

Harekete geçirmek için ise; insanların yapmak istedikleri ama çeşitli nedenlerle yapmadıkları faydalı olan şeyleri yapmaları konusunda teşvik etmektir. Örneğin, çoğu insan kilo vermek için spor yapmasını gerektiğini bilir fakat bunu yapmayabilir. Sosyal pazarlama yoluyla fiziksel aktivitenin önemini vurgulayan reklamlar, kamu spotları, halkın kullanımına açık spor alanları yapılması ve benzeri yollarla toplumun ya da bireylerin harekete geçmesi konusunda teşvik eden uygulamalarda bulunur ve dikkat çekmekten çok eyleme geçilmesini sağlayabilir.

2.2. Sosyal Pazarlamanın Amacı

Geleneksel pazarlamadan farklı olarak sosyal pazarlamanın amaçları arasında sadece kar elde etmek ve/veya belirli bir ürünü pazarlamak bulunmamaktadır. Sosyal pazarlamanın faydaları ve tanımlarından da anlaşıldığı gibi sosyal pazarlamanın amaçları şu şekilde açıklanmaktadır (Kotler, 1987). (1) Öğretim: Sosyal pazarlamada toplumun eğitilmesi, bilinçlendirilmesi söz konusudur. Hedeflenen toplumun

Sosyal pazarlama sürecinin aşamaları şunlardır (Doyle, 2000). (1) Problemi tanımlama, (2) Hedef belirleme, (3)Hedef pazarın/kitlenin seçimi, (4)Tüketici analizi, (5) Kampanyada kullanılacak kanalların analizi, (6) Programın uygulanması ve değerlendirme.

2.4. Sağlık Hizmeti Sunumunda Sosyal Pazarlamanın Kullanımı

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunun yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Bu faaliyetler, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak kamu ya da özel sektör tarafından sunulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000; Tengilimoğlu 2001). Sağlık sektörü, diğer sektörlerle göre çok daha büyük çevresel zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Hem teknolojik hem de yasal değişiklikler, bu sektör üzerinde genellikle radikal değişimler gerektiren etkilere sahiptir. Sağlık sektörü yöneticileri, yaşam kalitesi gibi konuları alt sınır kârları ile dengelemek durumundadır, diğer sektörlerdeki yöneticilerin ise böyle bir mecburiyetleri yoktur (Erdem, 2007). Bu sebeple diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da pazarlama fonksiyonunun kullanımı önemli hale gelmektedir. Kamu sağlık kuruluşları da sağlık hizmeti sunumunda pazarlamayı kullanmaya başlamıştır, aşı kampanyaları, sigarayı bırakma kampanyaları gibi sosyal düşüncelerin pazarlandığı görülmektedir.

3.SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA SOSYAL PAZARLAMA KAPSAMINDA E-NABİZ UYGULAMASININ BİLİNİRLİĞİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Son yıllarda hizmet sektöründe yaşanan gelişmeler, sağlık sektörünü de etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin kendine has bir takım özellikleri olduğu bilinmektedir. Bu özellikler dolayısıyla sağlık hizmeti alan tüketicilerin ve iç müşteri olarak tabir edilen sağlık çalışanlarının sunduğu sağlık hizmeti ve onların tüketicileri olan hastaların kalite algılarını şekillendirmekte dolayısıyla sunulan hizmetten maksimum düzeyde fayda sağlamanın önemi artmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında yeni yöntemlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bunlardan birisi de sosyal pazarlamadır. Sosyal pazarlamanın en büyük önemi ve farkı, toplum faydasına odaklanmış olup; işletmenin kendi ürünlerini satın alan müşterilerinin isteklerini tatmin ederken, firma faaliyetleri tarafından etkilenmiş toplumun isteklerini de tatmin etmesi gerekliliğinin altını çiziyor olmasıdır. Sosyal pazarlama özellikle yeni bir bilginin toplum genelinde yayılmasına, duyurulmasına ihtiyaç duyulduğunda önem kazanır. Toplumun yaşam standartlarını geliştirmek için, onlara bilgiler vermek ve olumlu alışkanlıklar kazandırmak için sosyal pazarlamadan faydalanılmaktadır. Sosyal pazarlama pazarlamamayı da kapsamakta ve özellikle toplumun zararına olan durumların ortadan kalkmasına ihtiyaç duyulduğunda önem kazanır.

Günümüzde insanlar birçok konu hakkında bilgi sahibi olmak ve yaşamını kolaylaştıracak mal ve hizmetlerden haberdar olmak isterler. Bu istek ve ihtiyaçları konusunda sosyal pazarlama kampanyaları yoluyla bireylerin yeni bilgi ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(EKİYOR,A/ÇETİN,A)

Daha önce yapılan sağlık hizmetleri pazarlaması ilgili olarak yapılan sosyal pazarlama çalışmalarına bakıldığında organ naklinin önemi, sigaranın zararları ve sigara kullanımının azaltılması gibi çalışmalar yapıldığı görülmektedir. İnsanlar birçok konu hakkında bilgi sahibi olmak isterler ve bu istek-ihyaçları konusunda sosyal pazarlama kampanyaları yoluyla bireylerin/toplumların yeni bilgi ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır. Yaklaşık bir yıldır kullanımda olan e-nabız (kişisel sağlık sistemi) uygulaması bu bakımdan sosyal pazarlama kapsamında değerlendirilmiş ve bilinirliği araştırma konusu yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı bir hastaneden hizmet alanlar ile bu hastanede ki sağlık çalışanlarına yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, ana kütlelin tamamını incelemek, zaman ve maliyet bakımından mümkün olmadığından örnekleme yoluna gidilmiştir. Örnekleme yöntemlerinden en kısa zamanda ve en az maliyetle bilgi üretilmesini mümkün kılan kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Araştırma kaynak ve zaman yetersizliği nedeniyle Ankara'da faaliyet gösteren bir devlet hastanesinden hizmet alan tüketiciler ve çalışanlar ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle sonuçlar bütün evrene genellemez.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Öncelikli olarak literatür araştırması yapılmış, konuyla ilgili kitaplar, makaleler, tezler ve diğer yayınlar incelenmiş ve çalışmanın teorik kısmı hazırlanmıştır. Sonrasında üç bölümden ve toplamda yirmi yedi sorudan oluşan anket formu hazırlanmıştır. Anket formunun hazırlanmasında Bahar Yaşın ve Hilal Özen'in (2011) "Gender Differences in The Use of Internet for Health Information Search" isimli çalışmasından faydalanılmıştır.

Anketler yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmış, yüz yüze görüşmenin mümkün olmadığı durumlarda anket formları katılımcılara teslim edilmiş ve makul bir süre sonra iade alınmıştır. 300 anket formundan 273 değerlendirilebilir anket formu elde edilmiştir. Anket verileri SPSS Paket Programı ile analiz edilmiştir. Sağlık hizmeti tüketici/hastalarına uygulanan anket formu Cronbach' Alpha Değeri 0,844, sağlık çalışanlarının değerlendirildiği anketin ise Cronbach' Alpha Değeri 0,847 olarak bulunmuştur.

3.4. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde hasta ve sağlık çalışanlarının e-nabız (kişisel sağlık sistemi) uygulamasının bilinirliğine yönelik görüşleri ile ilgili olarak araştırma örnekleminde toplanan verilere uygulanan frekans analizleri, betimsel analizlerle ele alınacaktır.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Tüketici/Hastaların Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	65	46,1
Erkek	76	53,9
Toplam	141	100,0
Medeni Durum		
Evli	82	58,2
Bekâr	59	41,8
Toplam	141	100,0

Yaş		
18-25 Yaş	22	15,6
26-35 Yaş	58	41,1
36-45 Yaş	41	29,1
46-54 Yaş	20	14,2
Toplam	141	100,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	12	8,5
Lise	47	33,3
Önlisans	29	20,6
Lisans	44	31,2
Y.lisans/Doktora	9	6,4
Toplam	141	100,0
Gelir Durumu		
1000 TL ve altı	21	14,9
1001-2000 TL	43	30,5
2001-3000 TL	50	35,5
3001-4000 TL	23	16,3
4001 TL ve üzeri	4	2,8
Toplam	141	100,0

Araştırma sonuçlarına göre, sağlık hizmeti alan tüketicilerin/hastaların %46,1'i kadın %53,9'u erkek, tüketici/hastaların %58,2'si evli, 41,8'i ise bekârdır. Katılımcıların %41,1'i 26-35 yaş aralığında, %29,1'i 36-45 yaş aralığında, %15,6'sı 18-25 aralığında ve %14,2' i de 46-54 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların %33,3'ünün lise, %31,2'sinin lisans, %20,6'sının önlisans, %8,5'inin İlköğretim ve %6,4'ünün ise yüksek lisans veya doktora mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık hizmeti tüketicileri/hastalarının gelir durumuna ilişkin bulgularına göre; katılımcıların %35,5'i 2001-3000 TL arasında, %30,5'i 1001-2000 TL arasında, %16,3'ü 3001-4000 TL arasında, %14,9'u 1000 TL ve altı, %2,8'i ise 4001TL ve üzeri gelir elde ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	87	65,9
Erkek	45	34,1
Toplam	132	100,0
Medeni Durum		
Evli	82	62,1
Bekâr	50	37,9
Toplam	132	100,0

Yaş		
18-25 Yaş	23	17,4
26-35 Yaş	62	47,0
36-45 Yaş	36	27,3
46-54 Yaş	8	6,1
55 Yaş ve üzeri	3	2,3
Toplam	132	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	20	15,2
Önlisans	27	20,5
Lisans	59	44,7
Y.lisans/Doktora	26	19,7
Toplam	132	100,0
Gelir Durumu		
1000 TL ve altı	9	6,8
1001-2000TL	8	6,1
2001-3000 TL	76	57,6
3001-4000 TL	18	13,6
4001 TL ve üzeri	21	15,9
Toplam	132	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %65,9'u kadın, %34,1'i erkek; %62,1'i evli, %37,9'u ise bekârdır. Sağlık çalışanlarının %47'si 26-35 yaş aralığında, %27,3'ü 36-45 yaş aralığında, %17,4'ü 18-25 yaş aralığında, %6,1'i 46-54 yaş aralığında, %2,3'ü ise 55 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların, %44,7'si lisans, %20,5'i önlisans, %19,7'si yüksek lisans veya doktora, %15,2'si ise lise mezunu olduğu; %57,6'sının 2001-3000 TL arasında, %15,9'unun 4001 TL ve üzeri, %13,6'sının 3001-4000 TL arasında, %6,8'inin 1000 TL ve altı, %6,1'inin ise 1001-2000 TL arasında gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Sağlık Hizmeti Alan Tüketicilerin/Hastaların E-Nabız Uygulamasının Bilinirliğine Yönelik Bulgular

E-Nabız uygulamasını (Kişisel Sağlık Sistemi) daha önce duydunuz mu?	Frekans	Yüzde
Evet	72	51,1
Hayır	69	48,9
Toplam	141	100,0
E-Nabız uygulamasını kullanıyor musunuz?		
Evet	37	28,0
Hayır	95	72,0
Toplam	132	100,0

Araştırmaya katılan tüketici/hastaların "E-nabız uygulamasını (kişisel sağlık sistemi) daha önce duydunuz mu?" sorusuna verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım ele alınmıştır. Sağlık hizmeti alan

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(EKİYOR,A/ÇETİN,A)

tüketicilerin/hastaların %51,1'i e-nabız (kişisel sağlık sistemi) uygulamasından haberdar olduklarını, %48,9'u ise uygulamayı daha önce duymadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan tüketici/hastaların "E-nabız uygulamasını kullanıyor musunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlara ilişkin bulgulara göre, 141 katılımcıdan 132'si bu soruyu cevaplandırmıştır. Katılımcıların %28'i bu soruya evet cevabı verirken, %72'si ise hayır cevabı vermiştir. Katılımcıların e-nabız uygulamasını kullanım oranının düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Tüketici/hastaların E-Nabız Uygulamasından Ne Şekilde Haberdar Oldunuz? Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

"E-Nabız uygulamasından ne şekilde haberdar oldunuz?"	Yanıtlar		Yüzde N=71			
	Frekans	Yüzde N=92				
Tv Reklamlarından	33	35,9%	46,5%			
Gazete ve Dergilerden	5	5,4%	7,0%			
Billboardlardan	6	6,5%	8,5%			
İnternette	30	32,6%	42,3%			
Tanıdıklarım	12	13,0%	16,9%			
Diğer	6	6,5%	8,5%			
Toplam	92	100,0%	129,6%			
"E-Nabız uygulamasından ne şekilde haberdar oldunuz?"	N	%	N	%	N	%
	71	50,4%	70	49,6%	141	100,0%

Tablo 6'da araştırmaya katılan tüketici/hastaların "E-nabız uygulamasından ne şekilde haberdar oldunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım ele alınmıştır. Sağlık hizmeti alan tüketicilerin/hastalardan %50,4'ü bu soruyu yanıtlamıştır, %49,6'sı ise bu soruyu yanıtlamamıştır. Katılımcılara birden fazla seçeneği seçme imkânı tanınmıştır. Tv reklamlarını işaretleyenler %46,5, İnterneti işaretleyenler %42,3, Tanıdıklar cevabı verenlerin oranı %16,9'dur. Katılımcıların e-nabız uygulamasından haberdar olanların daha çok, Tv reklamları ve internet yoluyla haberdar oldukları söylenebilir.

Tablo 7: Tüketici/hastaların E-Nabız Uygulamasını Kullanma Şekliniz? Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

"E-Nabız uygulamasını kullanma şekliniz?"	Frekans		Yüzde (N=37)			
Bilgisayar	22		59,5%			
Cep Telefonu	18		48,6%			
Tablet	2		5,4%			
Toplam	42		113,5%			
Kullanma Şekli	N	%	N	%	N	%
	37	26,2%	104	73,8%	141	100,0%

Tablo 7’de “E-nabız uygulamasını kullanma şekliniz?” sorusunda katılımcıların %26,2’si bu soruyu cevaplamıştır. Katılımcılara birden fazla seçeneği seçme imkânı tanınmıştır. E-nabız uygulamasını bilgisayardan kullananlar %59,5, cep telefonundan %48,6, tablet bilgisayardan kullananların oranı ise %5,4’tür. E-nabız uygulaması bilgisayar ve cep telefonu üzerinden kullanılmaktadır.

Tablo 8: Tüketici/hastaların E-Nabız Uygulamasını Tanıdıklarınıza Tavsiye Eder misiniz? Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

“E-Nabız uygulamasını tanıdıklarınıza tavsiye eder misiniz?”	Frekans	Yüzde
Evet	81	62,8
Hayır	48	37,2
Toplam	129	100,0

Tablo 8’deki verilere göre 12 katılımcı bu soruyu cevaplandırmamıştır. “E-nabız uygulamasını tanıdıklarınıza tavsiye eder misiniz?” sorusuna katılımcıların %62,8’i evet, %37,2’si ise hayır cevabı vermiştir. Katılımcıların e-nabız uygulamasını tavsiye etme eğiliminde olduklarını söyleyebiliriz.

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının E-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi) Uygulamasının Bilinirliğine Yönelik Bulgular

E-Nabız uygulamasını (Kişisel Sağlık Sistemi) daha önce duydunuz mu?	Frekans	Yüzde
Evet	94	71,2
Hayır	38	28,8
Toplam	132	100,0
E-Nabız uygulamasını kullanıyor musunuz?		
Evet	24	18,2
Hayır	108	81,8
Toplam	132	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “E-nabız uygulamasını (kişisel sağlık sistemi) daha önce duydunuz mu?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre, sağlık çalışanlarının %71,2’nin e-nabız uygulamasından haberdar olduklarını, %28,8’i ise uygulamayı daha önce duymadıklarını ifade etmişlerdir. “E-nabız uygulamasını kullanıyor musunuz?” sorusuna sağlık çalışanlarının %18,2’si evet cevabı verirken, %81,8’i ise hayır cevabı vermiştir. Sağlık çalışanlarının, e-nabız uygulaması kullanım oranının düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının E-Nabız Uygulamasından Ne Şekilde Haberdar Oldunuz? Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Haberdar Olma Şekli	94	66,7%	47	33,3%	141	100,0%
“E-Nabız uygulamasından ne şekilde haberdar oldunuz?”			Frekans	Yüzde		
Tv Reklamlarından			36	28,8%		
Gazete ve Dergilerden			5	4,0%		

Bilboardlardan	3	2,4%
İnternette	46	36,8%
Tanıdıklarından	26	20,8%
Diğer	9	7,2%
Toplam	125	100,0%

Tablo 10’da araştırma katılan sağlık çalışanlarının “E-nabız uygulamasından ne şekilde haberdar oldunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının %66,7’si bu soruyu yanıtlamıştır, %33,3’ü ise bu soruyu yanıtlamamıştır. İnternet seçeneğini işaretleyenler %36,8, Tv reklamları seçeneğini işaretleyenler %28,8, tanıdıklar seçeneğini işaretleyenler ise %20,8’dir. Katılımcıların e-nabız uygulamasından haberdar olanların daha çok, Tv reklamları, internet ve tanıdıklar yoluyla haberdar oldukları söylenebilir.

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının E-Nabız Uygulamasını Kullanma Şekliniz? Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

	N	%	N	%	N	%
Kullanma Şekli	24	17,0%	117	83,0%	141	100,0%
“E-Nabız uygulamasını kullanma şekliniz?”	Frekans		Yüzde			
Bilgisayar			16	66,7%		
Cep Telefonu			11	45,8%		
Toplam			27	112,5%		

Katılımcılara birden fazla seçeneği işaretleme imkânı tanınmıştır ve sağlık çalışanlarının %17’si bu soruyu yanıtlamışlardır. Yine katılımcıların %83’ü bu soruyu yanıtlamamıştır. Katılımcılar, bilgisayar ve cep telefonundan e-nabız uygulamasını kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bilgisayar seçeneğini işaretleyenlerin yüzdesi %66,7 ve cep telefonunu işaretleyenlerin yüzdesi ise %45,8’dir. Sağlık çalışanlarının da e-nabız uygulamasını kullanma oranlarının düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının E-Nabız Uygulamasını Tanıdıklarınıza Tavsiye Eder misiniz? Sorusuna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

“E-Nabız uygulamasını tanıdıklarınıza tavsiye eder misiniz?”	Frekans	Yüzde
Evet	74	66,1
Hayır	38	33,9
Toplam	112	100,0

Verilere göre 20 katılımcı bu soruyu cevaplandırmamıştır. “E-nabız uygulamasını tanıdıklarınıza tavsiye eder misiniz” sorusuna katılımcıların %66,1’i evet, %33,9’u ise hayır cevabı vermiştir. Katılımcıların e-nabız uygulamasını tavsiye etme eğiliminde olduklarını söyleyebiliriz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal pazarlama, toplumda fayda sağlayacak şekilde fikir veya tutumların değiştirilmesine yönelik olarak yapılan faaliyetlerdir. Genellikle aile planlaması, sigara veya alkol alışkanlıklarından kurtulma, bulaşıcı hastalıklarla savaş vb. konularda uygulanmaktadır. Genellikle sosyal pazarlama uygulamalarının kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sürdürüldüğü görülmektedir. Kar amacı

gütmeyen kuruluşlar misyon ve amaçlarını topluma aktarmak için pazarlama yöntem ve tekniklerinden faydalanmaktadır. Sosyal pazarlama faaliyetlerinin birincil amacı ticari faaliyetlerden farklı olarak kar değil toplumun fayda düzeyini yükseltmektir. Genellikle sağlık alanında ve çevreyi koruma faaliyetleri kapsamında sıklıkla sosyal pazarlama faaliyetlerine başvurulduğu görülmektedir.

Günümüzde insanlar birçok konu hakkında bilgi sahibi olmak ve yaşamını kolaylaştıracak ürün ve hizmetlerden haberdar olmak isterler. Bu istek ve ihtiyaçları konusunda sosyal pazarlama kampanyaları yoluyla bireylerin yeni bilgi ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır.

Daha önce yapılan sosyal pazarlama ile ilgili çalışmalara bakıldığında organ naklinin önemi, sigaranın zararları, çevre kirliliğine karşı dikkat çekmek, yine sağlık alanında obeziteyle mücadele ve sigara kullanımının azaltılması gibi çalışmalar yapıldığı görülmektedir. E-nabız uygulamasının bilinirliğini ölçmek için 141 sağlık hizmeti tüketicisi ve 132 sağlık çalışanı olmak üzere toplamda 273 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, e-nabız'ı (kişisel sağlık sistemi) daha önce duydunuz mu sorusuna" sağlık hizmeti tüketicilerinin %51,1'i evet, sağlık çalışanlarının ise %71,2'si evet cevabı vermiştir. "E-nabız sistemini kullanıyor musunuz?" sorusuna sağlık hizmeti tüketicilerinin %28'i evet cevabı verirken, sağlık çalışanlarının ise %18,2'si bu soruya evet cevabı vermiştir. Sağlık çalışanları ve tüketicilerin e-nabız uygulaması kullanımının düşük olduğu görülmektedir.

Tüketiciler bu uygulamadan çoğunlukla televizyon reklamları (%46,5) ve internet (%42,3) yoluyla haberdar olduklarını, sağlık çalışanları ise televizyon reklamları (%38,3), internet (%48,9) ve tanıdıklarından (%27,7) şeklinde ifade etmiştir. Ağırlıklı olarak televizyon reklamları ve internet yoluyla uygulamadan bilgi sahibi oldukları söylenebilir.

Tüketicilerin "E-nabız uygulamasını tanıdıklarınıza tavsiye eder misiniz?" sorusuna %62,8'i evet cevabı verirken, sağlık çalışanlarında bu oran %66,1'dir.

Sağlık hizmeti alan tüketicilerin anket formunda yer alan ifadelerle verdikleri yanıtlara göre bilinirlik düzeyleri %60,24 ve standart sapması 8,36 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının ise yine anket formunda bulunan ifadelerle verdikleri yanıtlara göre 62,51 ve standart sapması 9,83 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre hem sağlık tüketicilerinin hem de sağlık çalışanlarının e-nabız uygulamasının orta üstü seviyede bilinirliğe sahip olduğunu söyleyebiliriz. Ancak hem sağlık hizmetleri tüketicilerinde hem de sağlık çalışanlarında e-nabız uygulamasının araştırmaya katılanlar tarafından kullanımının yaygın olmadığı görülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanları ve tüketiciler tarafından tv reklamları ve internet yoluyla uygulamadan bilgi sahibi olunduğu görülmektedir. Bu nedenle billboard, gazete ve dergi gibi mecralarda yer alması uygulamanın hem bilinirliğine hem de kullanım oranının artmasını sağlayacaktır. Sosyal pazarlama uygulamalarına yer verilmesi bireyden yola çıkarak toplumun fayda düzeyini arttıracaktır ve kurumsal itibara da katkı sağlayacaktır. Yine sosyal pazarlama faaliyetlerinin sağlık hizmetleri sunumunda kullanılması teknoloji yoğun çalışan sağlık kuruluşlarının, yeni uygulama ve gelişmeler hakkında bireyleri daha hızlı bir şekilde bilgilendirilmesini sağlayacaktır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

- Andreasen A. R. (2000). Ethics in Social Marketing. George Town University Pres, Washington DC.
- Bayuk, N.M. (2006). Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma, Akademik Bakış Dergisi, 10, 1-12.
- Cemalcılar, İ. (1979). Hizmetlerin Pazarlanması, Pazarlama Dergisi, 4(2), 3-7.
- Doğan, B. (2012). Sosyal Pazarlama Projelerinin Başarısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Mersin’de Bir Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Doyle, P. (2000). Değer Temelli Pazarlama, Media Cat Yayınları, İstanbul.
- Erdem, Ş. (2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Eser, Z., Özdoğan, B. (2006). Sosyal Pazarlama-Toplumun Refahı ve Kaliteli Yaşamı İçin, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- İlter, B., Bayraktaroğlu, G. (2007). Kar Amacı Gütmeyen Sosyal Amaçlı Pazarlama Uygulamaları: Sosyal Pazarlama, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (28), 49-64.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Odabası, Y. (1994). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 409, 19, Eskişehir.
- Özguven, N. (2008). Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma Sektörü Üzerinde Bir Uygulama, Ege Akademik Bakış, 8(2), 651-682.
- Öztürk, S.A. (2003). Hizmet Pazarlaması, Dördüncü Baskı, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Kotler P., Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach To Planned Social Change, Journal of Marketing, Vol. 35, s.5.
- Kotler, P. (1987). Strategic Marketing for Non-Profit Organisations Cases and Reading. Prentice Hall, 279, 1130-1135.
- Tengilimoğlu, D. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (3.Baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(EKİYOR,A/ÇETİN,A)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Toker, B. (2007). İşletmelerde Sosyal Pazarlama Faaliyetlerinin Performansa ve Marka Bilinirliğine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Tükel, İ.B. (2008). Sosyal Pazarlama ve Reklam: Dergi Reklamlarına Yönelik Bir Analiz, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Uyar, E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama Faaliyetlerinin Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.

Yasin, B., Özen, H. (2011). Gender Differences in the Use of Internet for Health Information Search, Ege Akademik Bakışı, 11(2), 229.

Yılmaz, D. (2006). Sosyal Pazarlama Anlayışı ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(EKİYOR,A/ÇETİN,A)

**DIŞ KAYNAK KULLANIMI OLARAK DIŞ KLİNİK DESTEK HİZMET ALIMININ
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİNE ETKİSİ
(Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği)**

**AS A OUTSOURCING USING THE EFFECT THE OF DENTAL CLINIC SUPPORT
SERVICE ON CUSTOMER SATISFACTION
(An Example Oral And Dental Health Center)**

Doç.Dr. Zekai ÖZTÜRK

Gazi Üniversitesi

zozturk@gazi.edu.tr

Emine TAŞ

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

eminekapdan@gmail.com

Özet

Sağlık işletmeleri, içinde buldukları rekabet koşullarında kaliteli ve güvenilir hizmetler sunmak, müşteri memnuniyetini en üst seviyede tutmak ve kalite hedeflerine ulaşabilmek amacıyla, sundukları hizmetlerin temel yetenekleri dışındaki faaliyetlerin uzmanlık gereklerini yerine getirememelerinden dolayı bu görevlerini tedarikçilerden karşılama durumunda kalmaktadır. Kamu ve özel kesimin bu durumda, belli hizmetleri kendi bünyeleri dışından, tedarikçiler kanalıyla karşılaması çağdaş yönetim anlayışının bir gerekliliği haline gelmiştir.

Bu çalışmanın amacı, bir ağız ve diş sağlığı merkezinde dış kaynak kullanımı yoluyla sunulan diş klinik destek (kliniklerde hekimlere ve hastalara her türlü destek) hizmetlerinin, ne kadar müşteri tatmini sağladığını ölçerek istenilen kalite hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını ortaya koymaktır. Bu kapsamda yapılan çalışmada yüz yüze anket yöntemi uygulanarak güvenilirlik oranı % 97 olarak bulunmuştur Bu oran ile çalışmanın katılımcılar tarafından anlaşılır bulunduğunu göstermiştir. Genel olarak çalışma sonucunda, diş klinik destek hizmetleri ile sunulan sağlık hizmetlerinin müşteri memnuniyetini önemli derecede olumlu yönde etkilediği görülmüştür.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Anahtar Kelimeler: Dış Kaynak Kullanımı, müşteri memnuniyeti, klinik destek hizmetleri

Abstract

Because of not being able to fulfill requirements of activities not related to basic capabilities of their expertise, Health Organisations are obliged to acquire these facilitating needs from the suppliers, for the purposes of providing quality and reliable services at competitive conditions in which they are, of keeping customer satisfaction at the highest level and of achieving their quality goals.

The procurement of some of the services needed by both public and private organisations from out of organisation suppliers has become a necessity of modern management approach.

The purpose of this study, it is put forward the achievement of the desired quality targets by measuring how to ensure customer satisfaction of dental clinic support (every support to physicians and patients in clinics) services offered by means of outsourcing an oral and dental health center. The work done in this context, by applying the method of face to face interviews, the reliability rate was found as 97%. This study showed that the rate that is understood by the participants. In general, the result of the study, it was observed that the health service supplied by dental clinic support services have significantly affected on customer satisfaction positively.

Key Words: Outsourcing, customer satisfaction, clinic support services

GİRİŞ

Dış Kaynak Kullanım (DKK) yöntemi, çağdaş bir yönetim ve organizasyon anlayışıdır. Bu anlayış neticesinde firmaların önceliklerini belirlemeleri ve var olan kaynaklarını bu öncelikleri oluşturan aktivitelere ve süreçlere harcamaları önem arz etmektedir. Prahalad ve Hamel (1990) “Gelecekte çok az firma dünya çapında beş ya da daha fazla temel yeteneğe (competence) sahip olacaktır” diyerek bu konuda firmaların kendi öz ya da temel yeteneklerine odaklanmak zorunda kalacaklarına vurgu yapmışlardır (Yıldız, 2008:3).

Daha kaliteli mal veya hizmet üretmek, müşterilerin istek ve gereksinimlerine daha hızlı yanıt vermek, maliyetlerini aşağıya çekmek, daha esnek ve dinamik bir örgütsel yapıya kavuşmak isteyen işletmeler, kaynaklarını en iyi yaptıkları süreçlere ya da işlemlere odaklayıp, bunların dışında kalan işlevlerini konuyla ilgili uzmanlaşmış tedarikçi firmalara devredebilmektedirler (Gözüküçük ve Çelik, 2012).

Dış Kaynak Kullanımı yöntemi ile hizmet yoğun işletmeler olarak hastaneler, tıbbi hizmetleri kendileri yapmaya, tıp hizmetleri dışındaki yapılması gerekenleri yüklenici (taşeron) firmalara yaptırarak hasta tatminini artırmaya yönelmiştir. Bu yöntem ile birçok amacı gerçekleştirmeye çalışan hastane yönetimi etkin ve verimli işleyen bir yapıya kavuşacaktır (Karahan, 2009:186).

Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde de dış kaynak kullanımı yöntemiyle birçok hizmet karşılanmaktadır. Bu çalışmada ele alınan kısım, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin esas hizmet üretim yerleri olan kliniklerde, tıbbi hizmetlerin tamamlayıcısı olan klinik destek hizmetlerinin yükleniciler (taşeronlar) vasıtasıyla karşılanması olacaktır.

1. DIŞ KAYNAK KULLANIMI (DKK-OUTSOURCING)

Dış kaynak kullanımı, en basit ifadeyle kuruluşların dış tedarikçilerden ürün veya hizmet satın almasıdır. Bu sayede işletmeler pazardaki rekabet avantajlarını korumak için temel yetenekleri üzerine yoğunlaşarak, kendileri için katma değer yaratmayan faaliyetlerini o alandaki uzman kurumlara devrederek ya da stratejik ortaklıklar kurarak daha yalın bir çalışma olanağı bulabilmektedirler (Lankford ve Parsa, 1999:310).

İşletmeler, ayakta kalmak ve rekabet üstünlüğü kazanmak için müşterilerine daha fazla değer yaratacak mal ve hizmetleri etkin bir şekilde sağlayabilmek amacıyla temel yeteneklerine odaklanarak, temel olmayan destekleyici fonksiyonlarını başka işletmelerden tedarik etmeye yönelmişlerdir. Bu uygulamaya “dış kaynak kullanımı -DKK” (dış kaynaklardan yararlanma - outsourcing) denilmektedir (Karaca, 2006:60).

İşletmelerin dış kaynaklardan yararlanmasının birçok nedeni bulunabilir. Bu nedenler işletmelerin türüne, yapısına, büyüklüğüne ve amaçlarına göre farklılık gösterebilmekte olup bir kısmı şu şekilde sıralanabilir; maliyetleri azaltmak, teknolojik yenilikleri takip etmek, rekabet gücünü artırmak, temel yetenekleri geliştirmek, esnekliği arttırmak, küçülme, riski azaltmak, yatırım harcamalarını azaltmak, kaliteyi artırmak, bilgi ve becerileri artırmaktır (Yılmaz, 2013: 29).

Dış kaynak kullanımı yönteminin olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilmektedir. Dış kaynak satıcılarına bağımlılık, işten çıkarmalar, işletmelerin içlerinin boşaltılması, stratejik yeteneklerin ve yönetimdeki kontrolün kaybedilmesi, tedarikçi ile sözleşme problemleri ve kurum mevcut insan kaynakları ile problemler, dış kaynak sağlayıcısının işletmenin gizlilik ilkesine aykırı olması, yasal ve vergisel sorunlar çıkması bu olumsuz etkiler arasında sayılabilir(Ekin ve diğ., 2012).

2.SAĞLIK HİZMETLERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, hem profesyonelliğin daha keskin sınırlarla belirlenmiş olması hem de sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri dış kaynak kullanımı sorunsalını biraz daha karmaşık hale getirmektedir. Diğer sektörlerde göre sağlık hizmetlerinde karar süreçleri daima daha kritik, daha az hata kaldıracı olan süreçler olmuştur. Aynı hassasiyet sağlık kuruluşlarına dış kaynak kullanımı anlayışının girişi için de söz konusudur(Akyürek, 2013:3).

Geniş bir amaçlar dizisi gerçekleştirmeye çalışan çağımızın kompleks organizasyonları hastaneler, daha etkin ve verimli olmak için temel yeteneklerine odaklanmalı, temel yetenekleri dışında kalan hizmetleri ise bu alanda temel yetenek kazanmış yüklenici(taşeron) firmalara vermelidir. Böylelikle hastanelerdeki hizmet kalitesi daha etkin ve verimli hale gelecektir (Çakırer, 2003:214).

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımını ve kullanım sonuçlarını sorgulayan yaklaşımlar, sağlık harcamalarının hızlı artışı ile birlikte dikkat çekmiştir(Kırılmaz,2013:12). Rekabetin yoğunlaştığı, gelir olanaklarının giderek azaldığı, hastanelerin ekonomik performansının yükseltilmesi gerektiği bir dönemde, yaşamlarını devam ettirebilmek için hastane yöneticileri, hızla değişen koşullara uyum sağlamak adına yeni stratejiler geliştirmek zorundadırlar. Dış kaynak kullanımı, yakın zamanlarda hastane yöneticilerinin performans sorunlarını gidermek için en çok benimsedikleri stratejik seçenek

durumuna gelmiştir. Bu alanda yapılan araştırmalar sonucunda, dış kaynak kullanımının sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetleri sunumunun verimlilik, eşitlik ve kalitesine olumlu yönde etki ettiği ortaya konmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:291).

Sağlık kurumlarında dış kaynak kullanımı uygulaması ile önceleri temizlik, yemek, çamaşır yıkama ve ütüleme gibi hizmetler satın alınırken, günümüzde alınan hizmetlerin sayısı hızla artarak temizlik, kahvaltı hazırlama, yemek pişirme ve dağıtma, çamaşır yıkama, kurutma ve ütüleme, haşerelere karşı ilaçlama, ambulans ve araç kiralama, otomasyon, güvenlik, muhasebe, maaş, bilgi işlem, teknik hizmet, bakım onarım, görüntüleme röntgen, laboratuvar hizmetleri, hasta karşılama ve yönlendirme, halkla ilişkiler, faturalandırma, danışma, arşiv, santral ve hasta randevusu gibi hizmetlerde de dış kaynak kullanılmaya başlanılmıştır. Son yıllarda yardımcı tıbbi hizmetlerinin sunumunda da yapılan dış kaynak kullanımı sözleşmelerinin dikkat çekici boyutlara ulaştığı görülmektedir (Topal, 2010:73).

Kısaca, sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması hastane yönetiminde kalmak suretiyle, yardımcı ve destek hizmetler yüklenici firmalara verilerek karşılanmaktadır (Miller ve Dess, 1996; akt., Karahan, 2009:190).

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Faydaları

Dış kaynak kullanımının faydalarından bazılarını şu şekilde de sıralayabiliriz (Çakırer, 2003:218);

- Dış kaynak kullanımıyla birlikte hastaneler daha esnek olabilmekte, ihtiyaç ve çevresel değişikliklere hızlı cevap verebilmektedir,
- Dış kaynak kullanımında hizmet alıcıyla bire bir temasta olan çalışanlar problemlerini ve imkânlarını daha iyi ortaya koyabildiği için dış kaynak kullanımı daha etkili olmaktadır,
- Dış kaynak kullanma yöntemi ile hastanelerde daha yüksek bir verimlilik ve kalite artışı sağlanmaktadır,
- Destek hizmetlerinin dış kaynak kullanma yöntemi ile karşılanması, karmaşık olan hastane yönetimini rahatlattığı gibi, tıbbi hizmetlerde hastanenin uzmanlaşmasını sağlamaktadır,
- Dış kaynak kullanımı ile daha çabuk karar alabilen, çevredeki değişimlere hemen reaksiyon verebilen, hastaların ve çalışanların ihtiyaçların daha çabuk karşılayabilen esnek bir yapıya sahip olmaktadır,
- Dış kaynak kullanımı ile kendi işiyle alakası olmayan işlemleri yapan personelin, bu işleri yüklenici firma yapacak olmasından dolayı kendi asıl işleriyle uğraşacaklardır.

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki; hastanelerin dış kaynak uygulamalarındaki beklentilerinin başında hasta talebine daha hızlı cevap verebilecek hizmet sunumu gelmektedir. İşçi ve arkadaşlarınca yapılan bir çalışmada işletmelerin dış kaynak uygulamalarından beklenen yararlar arasında; hasta talebine daha hızlı cevap verecek hizmet sunumu, rekabet avantajı sağlama, daha fazla kar elde edebilme, hizmetin toplam maliyetini azaltma, sunulan hizmet kalitesini artırma gösterilmiştir (İşçi ve diğ., 2003);(akt. Tengilimoğlu ve diğ., 2015:518).

Her ne kadar maliyetlerin azaltılması en temel ve en sık atıf yapılan kurum dışı kaynaklardan yararlanma nedeni olarak kabul edilse de Sağlık Bakanlığı hastane yöneticileri, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini öncelikli neden olarak görmektedirler. (Mollahaliloğlu ve diğ., 2010:34).

2.2. Dış Kaynak Kullanımının Hasta Memnuniyetine Etkisi

Hasta memnuniyeti, işletmelerin sundukları temel faaliyetler ile destek hizmetlerde, işletmenin hastaların beklentilerine cevap verebilmesi ve hastanın ihtiyacı olan bütün hizmetleri tek bir kurumdan elde etmesi açısından önem taşımaktadır.

Sağlık işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı da önemlidir. Eğer gerçekleşen hizmet müşterilerin beklentisini aşıyorsa büyük ihtimalle müşteri tatmin olacak ve işletmenin sunduğu hizmetlerden yararlanmaya devam edecektir. Müşteri sürekliliği hizmet kalitesinin belki de en önemli göstergesidir (Özgener ve Küçük, 2008:344).

İşletmeler, kaynaklarını kendisine değer yaratan fonksiyonlara yönlendirirken tamamen müşteri üzerine odaklaşma fırsatı bulurlar (Greenemeier 2002; akt., Gözüküçük ve Çelik, 2012:8). Bu durum özellikle sağlık hizmeti sunan işletmelerde daha fazla önem kazanmaktadır. Çünkü sağlık işletmelerinin hedef müşteri kitlesini hastalar/kendini hasta hissedenler/sağlığını geliştirmek isteyenler oluşturur. Hasta memnuniyetini yükseltmek için de dış kaynak kullanımı ile destek hizmetleri karşılayacak yükleniciler sağlık işletmeleri için büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılması için hizmetin verildiği kurumlarda hijyen, teknolojik alt yapı, zamanlılık gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetlerine uygun olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Çalışan personelin hastaların beklentileri doğrultusunda iletişim kurabilmesi, kişilik haklarına saygılı davranabilmesi ve güvenilir olması önemlidir (Çelikkalp ve ark.,2011:3). Bütün bunları karşılayabilecek nitelikte temel faaliyetlerin dışındaki hizmetlerde dış kaynak kullanımı yoluna giden işletmeler aldıkları hizmetlerin kalitesini yüksek tutarak iyi bir hizmet ve bunun sonucunda memnun müşteriler elde edebilirler (Sağnak, 2010:65).

3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; çağdaş yönetim yöntemlerinden biri olan dış kaynak kullanımı ile dış klinik destek hizmetlerinin, dış sağlık hizmetlerini kullanan hastalar tarafından nasıl algılandığı ve bu yöntemin dış sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetini nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Ankara ilinde bir ağız ve diş sağlığı merkezinde yapılan bu çalışmada, veri toplamak için yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Beşli Likert yöntemi kullanılarak hazırlanan anket 2015 yılı Aralık ayı içinde uygulanmıştır. Evreni oluşturan 400 kişinin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak anket sorularını cevaplamayı kabul eden 217 hastaya anket uygulanmıştır. Bu durumda evrenin % 54'üne ulaşılmıştır. Likert tipi ölçek kullanılan çalışmada; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum şeklinde ele alınmıştır. Ankete katılanlara,

demografik sorular hariç 20 soru yöneltilmiştir. Yapılan bu araştırma, SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak; güvenilirlik testi, frekans analizleri, t testi ve Anova testi ile değerlendirilmiştir.

3.3.Araştırma Bulgu ve Yorumları

Çalışmanın yapıldığı ADSM’de aylık ortalama hasta sayısı 7500 olarak belirlenmiş olup, bunlardan örneklem grubu olarak 217 si ile yüz yüze anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Cronbach’s Alpha güvenilirlik testi ile %97 gibi yüksek düzeyde ender bir güvenilirlik rakamı elde edilip çalışma sorularının katılımcılar tarafından anlaşılır bulunup hedeflenen amaca ulaşıldığını görülmüştür.

Tablo 1: Güvenirlik Analizi

Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N of Items
0,977	20

Tablo 2: Ankete Katılanların Kişisel Değişkenlere Göre Dağılımı

Kişisel Değişkenler	n	(%)	Kişisel Değişkenler	n	%
Cinsiyet	n	%	Meslek	n	%
Kadın	99	45,6	Memur	64	29,5
Erkek	118	54,4	Serbest Meslek	40	18,4
Toplam	217	100	İşçi	37	17,1
Yaş	n	%	Emekli	25	11,5
18-27	38	17,5	Öğrenci	22	10,1
28-37	53	24,4	Çalışmıyor	27	12,4
38-47	55	25,3	Diğer	2	1
48-57	42	19,4	Toplam	217	100
58 ve üstü	29	13,4	Sağlık Güvencesi	n	%
Toplam	217	100	SGK	163	75,1
Eğitim Durumu	n	%	Yeşil Kart	8	3,7
İlköğretim	36	16,6	Özel sağlık sigortası	16	7,4
Lise	60	27,6	Ücretli(kendisi)	30	13,8
Ön Lisans	26	12	Toplam	217	100
Lisans	64	29,5	Medeni Durum	n	%

Lisansüstü	31	14,3	Bekar	73	33,6
Toplam	217	100	Evli	144	66,4
			Toplam	217	100

Tablo 2’de, araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre dağılım görülmektedir. Tabloya baktığımızda ADSM’ den dış sağlık hizmeti alan ve çalışmaya katılan kişilerin %54,4 oran ile erkekler, %45,6 oran ile kadınlar olduğunu görmekteyiz. Yaş değişkenine göre baktığımızda en fazla katılımın %25,3 oran ile 38-47 yaş grubunun oluşturduğunu görmekteyiz. Eğitim durumuna göre baktığımızda, en fazla katılımın %29,5 oran ile Lisans grubu ve buna çok yakın %27,6 oran ile Lise grubunun izlediğini görmekteyiz. Katılımcıların Meslek grubuna göre dağılımında ise, en fazla %29,5 oran ile memur grubuna ulaşabildiğimiz görülmektedir. Sağlık güvencelerinde en fazla %75,1 oran ile SGK grubuna dahil olanlara ulaşılmıştır. Katılımcıların medeni durumlarına baktığımızda ise, %33,6 oran ile bekar, %66,4 oran ile evli olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Katılımcılar için Belirlenen İfadeler	Cilt/Volume : 3		Sayı/Issue : 1		Yıl/Year : 2017		ISSN -2149-6161		Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diş klinik yardımcı personeli hastalara karşı güleryüzlü ve saygılıdır.	37	11,0	106	48,8	27	12,4	34	15,7	13	6								
Diş klinik yardımcı personel sayısı etkili ve yeterlidir.	33	15,2	84	38,7	53	24,4	33	15,2	14	6,5								
Diş klinik yardımcı personeli genel olarak temizlik ve hijyen kurallarına dikkat etmektedir.	36	16,6	95	43,8	53	24,4	25	11,5	8	3,7								
Diş klinik yardımcı personeli hastaların mahremiyetleri konusuna dikkat etmektedir.	41	18,9	84	38,7	59	27,2	22	10,1	11	5,1								
Diş klinik yardımcı destek personeli kendi aralarında uyum içinde çalışarak hizmet vermektedir.	44	20,3	89	41	52	24	19	8,8	13	6								
Diş Klinik yardımcı personeli, tedavi işlemleri için diş hekiminin istekleri doğrultusunda hastayı ve diş ünitesini hazırlamaktadır.	47	21,7	113	52,1	31	14,3	19	8,8	7	3,2								
Diş klinik yardımcı personeli hastaları kişisel koruyucu tedbirlerin alarak hazırlamaktadır.	47	21,7	108	49,8	34	15,7	22	10,1	6	2,8								
Diş yardımcı personeli sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerini özen göstermektedir.	45	20,7	85	39,2	58	26,7	22	10,1	7	3,2								
Diş klinik yardımcı personeli protez işlemlerinin takibini hassasiyetle yapmaktadır.	46	21,2	75	34,6	65	30	24	11,1	7	3,2								
Diş klinik yardımcı personeli sistem hakkında bilgilendirerek ilgili birimlere yönlendirmektedir.	52	24	93	42,9	32	14,7	33	15,2	7	3,2								
Diş klinik yardımcı personeli randevular hakkında anlaşılır şekilde bilgilendirme yapmaktadır.	47	21,7	96	44,2	28	12,9	33	15,2	13	6								
Diş klinik yardımcı personeli yapılan tüm işlemleri düzenli bir şekilde kayıt altına almaktadır.	49	22,6	89	41	51	23,5	23	10,6	5	2,3								
Diş klinik yardımcı personeli tıbbi ve evsel atıklar konusunda bilgilendirme yapmaktadır.	39	18	72	33,2	38	17,5	53	24,4	15	6,9								
Diş klinik yardımcı personeli herkese eşit ve adil bir şekilde hizmet sunmaktadır.	35	16,1	73	33,6	51	23,5	30	13,8	28	13								
Diş klinik yardımcı personeli, hekimler ile koordineli bir şekilde çalışmaktadır.	41	18,9	105	48,4	41	18,9	21	9,7	9	4,1								
Diş klinik yardımcı personeli her zaman sorulara anlaşılır ve yeterli cevaplar vermektedir.	43	19,8	82	37,8	43	19,8	34	15,7	15	6,9								
Diş klinik yardımcı personel hizmetleri hasta memnuniyeti açısından etkilidir.	58	26,7	81	37,3	45	20,7	22	10,1	11	5,1								
Diş klinik yardımcı personeli hizmetlerinin kalitesini yeterli bulmaktayım.	39	18	86	39,6	47	21,7	28	12,9	17	7,8								
Muayene ve tedavi hizmetlerine ihtiyaç duyduğumda tekrar bu ADSM'yi tercih ederim.	53	24,4	90	41,5	43	19,8	13	6	18	8,3								
Hizmet aldığım bu ADSM'yi çevremdekilere de tavsiye ederim.	59	27,2	81	37,3	45	20,7	12	5,5	20	9,2								

Tablo 3: Katılımcıların Diş Destek Hizmetleri Hakkındaki İfadeleri

Dış kaynaktan yararlanma yoluyla karşılanan, dış klinik destek hizmetlerinin verimliliğini ve hasta memnuniyetini ölçen sorulara katılımcıların hepsinin verdiği cevap her soru için katılıyorum ile çoğunlukta olduğu saptanmaktadır. Elde edilen verilere göre değerlendirecek olursak, dış kaynak kullanımı ile karşılanan klinik destek hizmetlerinden memnuniyetin yüksek olduğundan söz edebiliriz.

Tablo 4: Katılımcılar için Belirlenen İfadelerin Ortalama ve Standart Sapmaları

Katılımcılar İçin Belirlenen İfadeler	N	Ortalama	Standart S.
Diş klinik yardımcı personeli hastalara karşı güleryüzlü ve saygılıdır.	217	3,553	1,12555
Diş klinik yardımcı personel sayısı etkili ve yeterlidir.	217	3,4101	1,11492
Diş klinik yardımcı personeli genel olarak temizlik ve hijyen kurallarına dikkat etmektedir.	217	3,5806	1,01571
Diş klinik yardımcı personeli hastaların mahremiyetleri konusuna dikkat etmektedir.	217	3,5622	1,06591
Diş klinik yardımcı destek personeli kendi aralarında uyum içinde çalışarak hizmet vermektedir.	217	3,6083	1,08803
Diş Klinik yardımcı personeli, tedavi işlemleri için diş hekiminin istekleri doğrultusunda hastayı ve diş üniti hazırlamaktadır.	217	3,8018	0,98244
Diş klinik yardımcı personeli hastaları kişisel koruyucu tedbirlerin alarak hazırlamaktadır.	217	3,7742	0,99055
Diş yardımcı personeli sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerini özen göstermektedir.	217	3,6406	1,0228
Diş klinik yardımcı personeli protez işlemlerinin takibini hassasiyetle yapmaktadır.	217	3,5945	1,04153
Diş klinik yardımcı personeli sistem hakkında bilgilendirerek ilgili birimlere yönlendirmektedir.	217	3,6912	1,09357
Diş klinik yardımcı personeli randevular hakkında anlaşılır şekilde bilgilendirme yapmaktadır.	217	3,6037	1,15854
Diş klinik yardımcı personeli yapılan tüm işlemleri düzenli bir şekilde kayıt altına almaktadır.	217	3,7097	1,00625
Diş klinik yardımcı personeli tıbbi ve evsel atıklar konusunda bilgilendirme yapmaktadır.	217	3,3088	1,21776
Diş klinik yardımcı personeli herkese eşit ve adil bir şekilde hizmet sunmaktadır.	217	3,2627	1,25467
Diş klinik yardımcı personeli, hekimler ile koordineli bir şekilde çalışmaktadır.	217	3,682	1,02076
Diş klinik yardımcı personeli her zaman sorulara anlaşılır ve yeterli cevaplar vermektedir.	217	3,4793	1,17489
Diş klinik yardımcı personel hizmetleri hasta memnuniyeti açısından etkilidir.	217	3,7051	1,12036
Diş klinik yardımcı personeli hizmetlerinin kalitesini yeterli bulmaktayım.	217	3,47	1,15881
Muayene ve tedavi hizmetlerine ihtiyaç duyduğumda tekrar bu ADSM'yi tercih ederim.	217	3,6774	1,15354
Hizmet aldığım bu ADSM'yi çevremdekilere de tavsiye ederim.	217	3,6774	1,19687

Tablo 4'e göre;

- 3,80 ortalama ile diş klinik yardımcı personeli, tedavi işlemleri için diş hekiminin istekleri ve doğrultusunda hastayı ve diş üniti hazırlamaktadır,
- 3,77 ortalama ile diş klinik yardımcı personeli hastaları muayene ve tedavi esnasında oluşabilecek olumsuzluklardan etkilenmemesi için, kişisel koruyucu tedbirlerin alınmasına yardımcı olarak hastayı hazırlamaktadır,
- 3,71 ortalama ile diş klinik yardımcı personeli tarafından yapılan tüm iş ve işlemler düzenli bir şekilde kayıt altına alınarak veri girişi yapılmaktadır,

İfadeleri en yüksek ortalamaya sahip ilk üç ifade olarak belirlenmiştir. Bu ifadeler çoğunluk tarafından en iyi algılanan ölçekler olmaktadır. Dolayısıyla da bu ifadelerden memnuniyetin ve verimliliğin yüksek olduğunu anlamaktayız.

- 3,26 ortalama ile diş klinik yardımcı personeli herkese eşit ve adil bir şekilde hizmet sunmaktadır,
- 3,30 ortalama ile diş klinik yardımcı personeli tarafından hastaları bilinçlendirmek amaçlı, tıbbi ve evsel atıklar konusunda bilgilendirme yapılmaktadır,
- 3,41 ortalama ile merkez kliniklerinde çalışmakta olan diş klinik yardımcı personel sayısı etkili ve yeterlidir,

İfadeleri ile en düşük ortalamaya sahip ilk üç ifade olarak belirlenmiştir. Bu ifadeler çoğunluk tarafından daha düşük algılanan ölçekler olmaktadır. Bu alandaki hizmetlerin yetersiz kaldığını ve beklentilerin daha yüksek olması gerektiğini görüyoruz.

Ölçeklerin ortalamalarına genel olarak baktığımızda, katılımcıların “kararsızım” ile “katılıyorum” seçenekleri arasında olduğunu, puan olarak 3 ile 4 arasında olduğunu görüyoruz ve dış kaynak ile sağlanan diş klinik destek hizmetlerinden verimliliğin ve memnuniyetin yükseğe yakın olduğu sonucunu çıkarıyoruz.

T testi sonuçlarının değerlendirilmesi; iki grubun ortalamaları karşılaştırılarak, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına karar vermek için kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ile Klinik Destek Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı hakkındaki algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H0: Katılımcıların Klinik Destek Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı hakkındaki algıları demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H1: Katılımcıların Klinik Destek Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı hakkındaki algıları demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

($p < \alpha = 0,05$)

Anketin genel ortalaması üzerinden yapılan T testi sonucunda demografik özelliklerin her aşamasında p değeri α (0,05) değerinden yüksek çıkmış olup her aşama için H0 hipotezi kabul edilmiştir. Cinsiyet için ($p:0,386 > \alpha:0,05$), Medeni durum için ($p:0,543 > \alpha:0,05$).

T testi sonuçlarında cinsiyet ve medeni durumlara göre anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

Anova testi sonuçlarının değerlendirilmesi; Bağımsız değişkende çok sayıda grup var ise, bağımsız değişkenlerin kendi aralarında nasıl etkileşime girdiklerini analiz etmek için kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ile Klinik Destek Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

($p < \alpha = 0,05$)

H0: Katılımcıların mobil sağlık uygulamaları hakkındaki algıları demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H1: Katılımcıların mobil sağlık uygulamaları hakkındaki algıları demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Anketin genel ortalaması üzerinden yapılan Anova testi sonucunda demografik özelliklerden Eğitim durumu için ($p:0,262 > \alpha:0,05$) olduğundan H0 hipotezi kabul edilip anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Yaş için ise ($p:0,15 < \alpha:0,05$) olduğundan H0 hipotezi red edilir, yani yaş ile Klinik Destek Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı algıları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir. Meslek durumlarına baktığımızda, ($p:0,065 > \alpha:0,05$) olduğundan H0 hipotezi kabul edilip anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Sağlık Güvenceleri için ($p:0,548 > \alpha:0,05$) olduğundan H0 hipotezi kabul edilip anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Demografik özelliklerin çoğu ile Dış Kaynak Kullanarak Klinik Destek Hizmetleri alımı arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmeyip, sadece yaş değişkeninde anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Yaş değişkeni için ortaya çıkan bu anlamlılık, 3,87 ortalama ile 18-27 yaş aralığındaki katılımcılar tarafından kaynaklanmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık işletmelerinde, tıbbi ihtiyaçların karşılanmasının yanında, hasta istek ve beklentileri de büyük önem taşımaktadır. Sunulan hizmetler, kalite standartları doğrultusunda sürekli yeniden geliştirilip şekillendirilmelidir. Nitekim hastalar, her seferinde bir öncekinden fazla ilgi, saygı, güler yüz ve kaliteli hizmet beklemekte ve talep etmektedir.

Katılımcıların genel olarak dış klinik destek hizmetlerinin dışarıdan alınmasından memnuniyet duyduğu araştırmamızın sonuçları arasında yer almaktadır. Ayrıca, dışarıdan satın alarak karşılanan bu hizmetlerin hastalar tarafından tatmin edici bulunması, sağlık kurumunun imajını da olumlu etkilemekte ve kişilerin tercihlerini belirlemekte olduğunu görmekteyiz.

Dış kaynak kullanımı yöntemi kullanılarak karşılanan dış klinik destek hizmetleri ile sunulan sağlık hizmetlerinin kalite, verimlilik ve müşteri memnuniyeti konularında başarılı bir düzeye geldiğini görmekteyiz.

Bu da gösteriyor ki, dış kaynak kullanımı ile sağlık kurumunun sunmuş olduğu kendi uzmanlık alanı dışındaki destek hizmetleri tedarikçiler aracılığıyla karşılayarak basitleştirecek, maliyetleri düşürecek ve esas amaçları doğrultusunda gerekli tıbbi ve teknolojik donanımını artırarak, ileri düzeyde sağlık hizmeti sunma fırsatı yakalayacaktır.

KAYNAKÇA

- AKYÜREK, Ç. E. (2013), “Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Alt Yapısı”, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:12, Sayı:2, ss:1-23*
- ÇAKIRER, M.A., (2003), “Sağlık Kurumları Bilgi Teknolojilerinde Dış kaynaklardan Yararlanma Yöntemi ve Hastane Yönetiminde Sağlayacağı Avantajlar”, www.kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak03/403-24.pdf (23.11.2015)
- ÇELİKKALP,Ü., TEMEL, M.,SARAÇOĞLU,G. ve DEMİR,M. (2011), “Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:6, Sayı:17 ss:1-14*
- GÖZÜKÜÇÜK, M. & ÇELİK, Y. (2012), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:15, Sayı:2*
- GREENEMEIER, L. (2002), Business-Process Outsourcing Grows. *Information Week 72(871):49*
- KARACA, A., (2006), “Sağlık Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama”, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli
- KARAHAN, A. (2009), “Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)”, *Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:12, Sayı:21, ss:185-199*
- KAVUNCUBAŞI, Ş. & YILDIRIM, S., (2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2.Baskı, Ankara
- KIRILMAZ, H. (2013), “Hasta memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi:Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:4, S:1, ss:11-21*
- LANKFORD, W.M &PARSA, F., (1999), “Outsourcing: A Primer”, *Management Decision, Vol 37(4), ss:310-316*
- MİLLER, A. & DESS, G.G (1996), *Strategic Management*, New York:The McGraw- Hill Companies.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 2 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2016 ISSN -2149-6161

- MOLLAHALİLOĞLU, S., GÜRSÖZ, H., ARI, H.O & ÖNCÜL, H.G, (2010), “Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları”, Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı:Ankara
- ÖZGENER, Ş. VE KÜÇÜK, F., (2008), “Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Olan Etkisi; Gevher Nesibe Hastanesi”nde Bir Uygulama”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, ss:341-358
- SAGNAK, P., (2010), “Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; Gata Hastanesinde Bir Araştırma”, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- TENGİLİMOĞLU, D., AKBOLAT, M. VE IŞIK, O., (2015), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınları, 7. Basım, Ankara
- TOPAL, S.C., (2010), “Hastane Yöneticilerinin Dış Kaynaklı Hizmet Alımlarına İlişkin Görüşleri; Bir Anket Çalışması”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- YILDIZ, B., (2008), Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing): Gaziantep’teki Kamu ve Özel Sektör Yataklı Tedavi Kurumlarında Bir Alan Araştırması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş
- YILMAZ, N., (2013), “Dış Kaynak Kullanımı(Outsourcing) ve Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE AYAKTAN TEDAVİ GÖREN HASTA VE YAKINLARININ MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Gazi Üniversitesi

mnilhan@gazi.edu.tr

Arş. Gör. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR

Gazi Üniversitesi

aniltoygargazi@gazi.edu.tr

Özet

Bu araştırma, GÜTF Hastanesi'nde ayakta tedavi alan hastaların ve hasta yakınlarının hastane çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentilerinin, memnuniyet durumlarının ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini GÜTF Hastanesi polikliniklerine 17-26 Nisan tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran ve anket uygulamayı kabul eden 18 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. 8577 kişilik evrenin ulaşım yüzdesi 83.3'tür. Yapılan çalışma da hastaneye başvuranlar aldıkları hizmetten genel memnuniyetlerini %47,8 iyi, %42 orta olarak değerlendirmiştir. Ayrıca genel hasta memnuniyetini hastaların demografik bilgilerini ele alarak karşılaştıracak olursak; okuryazar olanların %50'si hastaneden memnuniyetlerini orta, okuryazar olmayanların ise %50'si iyi olarak belirtmiştir. Aylık gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında, 1000 TL ve altı geliri olanların %78'i iyi, 5000 TL ve üzeri geliri olanların %51'i orta olarak nitelendirmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Kurumları Yönetimi, Hastane, Memnuniyet, Beklenti

Abstract

This study was carried out to determine the expectations and satisfaction levels of relatives and outpatients who receive treatment in Gazi University Faculty of Medicine (GUFM) Hospital; and the factors that affect them. The population of this study consists of people over 18 years old who applied GUFM Hospital policlinics for any reason between April 17 and 26 and who accepted to fill in the questionnaire. The access percentage of the population of 8577 people is 83.3. In this study, 47.8% of the attendants regarded the service that they received as good, and 42% of the attendants regarded it as average. Besides, if we are to compare the patient satisfaction regarding demographic information, 50% of the literate attendants indicated their satisfaction as average, and 50% of illiterate ones indicated it as good. When compared regarding the level of monthly income, 78% of people whose income is 1000 TL or less evaluated it as good, and 51% of people whose income is 5000 TL or more evaluated it as average.

Key Words: Healthcare management, hospital, satisfaction, expectation

GİRİŞ

Hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Linder-Pelz beklentileri, önemli bir psikososyal değişken olarak tanımlanmış ve memnuniyet üzerine belirgin etkisi olduğunu belirtmiştir (Karadağ, 2007).

Beklenti ve memnuniyet ilişkisini inceleyen araştırmaların benimsedikleri yaklaşımların çeşitliliği bulgu çeşitliliğine yansımıştır. Staniszevska ve Ahmed, (1999:364-72) tarafından yapılan bir araştırmada sınırlı düzeyde bir beklentinin karşılanmış olmasına karşın, bunun hasta memnuniyeti üzerine hiçbir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu gibi bulgular yorumcuların, beklentilerin bakımın değerlendirmesinde önemli bir rolü olduğuna yönelik çok az kanıt olduğunu ileri sürmelerine yol açmıştır (Peck vd., 2004:1080-1087).

Bu karmaşık ilişkiye karşın verilen sağlık hizmetinden memnun olan hastaların memnun olmayan hastalara göre tıbbi hizmeti daha çok kullanmayı sürdürdükleri ve uyum gösterdikleri gözlenmiştir (Baykan vd., 2004:98-104). Sağlıkla ilgili konularda beklentileri ve bilgisi az olan hastalar daha çok, beklentileri ve bilgisi fazla olan hastalar daha az memnun olmaktadır (Baykan vd., 2004:98-104).

Hasta-hekim görüşmesiyle ilgili yapılan çalışmalarda hastaların görüşmeye bir gündemle geldiğini ve hekimin hasta gündemini anlamadaki başarısızlığı pek çok görüşmenin sonuçlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hasta gündeminin tam olarak anlaşılması, ancak hekimin tıbbi bilgi alma becerilerinin geliştirilmesi ve hastayla daha iyi iletişim kurabilmesi yoluyla gerçekleştirilebilir (Perron vd., 2003: 428-433).

Hasta-hekim görüşmesinde Stott ve Davies tarafından tanımlanan hekimin dört ana görevinden biri de hastanın geliş nedeni, ne istediği, kaygı, düşünce ve beklentilerinin saptanması, kısaca hasta gündeminin belirlenmesidir. Sıklıkla hasta gündeminin belirlenmesi sağlanamamaktadır (Perron vd., 2003: 428-433). Bu noktada hekim, başlıca bileşeni hastaların rahatsızlıkları hakkındaki görüş, kaygı ve beklentilerinin araştırılması olan hasta merkezli bakım yoluyla hastayla etkili iletişimi sağlayabilmektedir (Perron vd., 2003: 428-433).

Hasta beklentilerinin tanımlanmasında önemli bir nokta beklenti ve istek kavramlarının birbirinden farklı olduğunun anlaşılmasıdır. Nitekim araştırmaların çoğunda hastaların beklentileri araştırılırken bu farklılık göz önüne alınmamakta, istekler de beklenti olarak kabul edilmektedir. Verilen bakım bileşenlerinden birini isteme algısına “istek”, bakım bileşenlerinden birini alabilme olasılığının hasta tarafından algılanmasına “beklenti” olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre ise beklenti “ herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmak ” olarak da tanımlanabilir (Yılmaz, 2001:69-74).

Williams ve ark., (1995) beklentileri hekime gelmeden önceki arzu, istek ya da gereksinimler açısından tanımlamaktadır. Buetow ise (1995) beklentilerin istek ve öngörülerden oluştuğunu söyleyerek, beklentileri isteklerden ayırmıştır. Öte yandan isteklerin farklı olmayıp gereksinimlerin kendisi olduğunu ileri sürerek istek ve gereksinimleri aynı anlamda kullanmıştır. Hasta beklentileri ve hasta isteklerini birbirinden ayıran Like ve Zyanski (1987) başka bir beklenti tanımı yapar. Buna göre beklenti, hastanın bir görüşme sırasında neyin olmasını beklediği ile ilişkili iken, hasta istekleri kendisine nasıl yardım edileceği üzerine hastanın belirli fikirlerine gönderme yapar. Çeşitli araştırmalarda beklenti tanımı yapılmaya çalışılsa da tanım çeşitliliği nedeniyle beklenti kavramını anlamaya yönelik kuramsal bir ilerleme kaydedilmesi çok zaman almıştır. Bugün de beklenti kavramı hala üzerinde çalışılan



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

karmaşık bir ifadedir (akt:Staniszewska ve Ahmed, 1999:364-72). Thompson ve Suol, beklentileri ideal (istenilen), öngörülen (önceden bildirilen), değerlere uygun ve şekillenmemiş olma üzere dört grupta sınıflandırmıştır (Britten vd., 2002: 256-259).

Beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkiye ait farklı bulgular bu ilişkinin önceden düşünülenden çok daha karmaşık olduğunu ve bunu ölçmekte kullanılan anket teknikleri ile yeterince anlaşılmadığını göstermektedir. Örneğin, yalnızca anket tekniğini kullanan çalışmalar beklentilerin var olduğunu ve görece / nispeten durağan / değişmez varlıklar olduklarını varsayar. Fakat bu gibi varsayımlar niteliksel teknikler kullanıp bazı beklentilerin durağan olmadığı ve değişebileceği sonucuna ulaşmış çalışmaları göz önüne alıp sorgulanabilir. Bazı beklentilerin durağan olmama potansiyelini göz önüne alırsak, beklentileri ölçmeye girişmeden önce beklenti kavramını belli bir hasta grubu temelinde araştırmak daha yerinde olabilir. Beklentilere hastaların bakış açısıyla bakmak çalışmanın içerik geçerliğini sağlayacaktır. Çünkü Staniszewska ve Ahmed'e göre (1999:364-72) neyi ölçtüğümüzden ve hangi ölçü sistemini kullanmamız gerektiğinden emin olmamız gereklidir.

Hasta beklentilerinin anlaşılması ve dikkate alınmasının memnuniyet ve hasta uyumu, fiziksel sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Webb, 1994:165-169). Bunun yanında hasta beklentilerinin karşılanmasının hastanın tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasına, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığının artmasına, bunun sonucunda da halkın sağlık düzeyinin yükselmesine olanak sağladığı bilinmektedir (Perron, 2003:428-433, Webb, 1994:165-169).

Tanısal araştırmalar açısından karşılanmamış hasta beklentilerinin alınan bakımın kalitesini değerlendirmede etkili olduğu, hasta-hekim ilişkisini zedelediği ve hastanın sağlıkla ilgili kaygısını arttırdığı gösterilmiştir (Kravitz, 2000:38-45).

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, kapsamı, modeli, evreni, değişkenleri, veri kaynakları, uygulama şekli ve süresi açıklanarak elde edilen verilerin düzenlenmesi ve analizi ve araştırmanın kısıtlılıkları hakkında bilgi verilecektir.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, Türkiye'nin en büyük kentlerinden olan Ankara'da üniversite hastanesi olarak geniş yelpazede bir hasta popülasyonuna sahip Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (GÜTF) Hastanesi'nde ayakta tedavi alan hastaların ve hasta yakınlarının hastane çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentilerinin, memnuniyet durumlarının ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Önemi: GÜTF'de yapılan bu çalışmada ulaşılan örneklem büyüklüğü bu araştırma sonuçlarının önemini artırmaktadır. Buna ilaveten memnuniyetin sınırlı da olsa beklentiyle birlikte değerlendirilmeye çalışıldığı bu çalışma bundan sonra yapılacak benzer çalışmalara veri teşkil edecektir.

Araştırmanın Kapsamı: Araştırma, Ankara İli sınırları içerisinde yer alan GÜTF Hastanesi'ndeki çeşitli polikliniklere herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü kişilerin katılımıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın Modeli: Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Yapılan anket çalışması ile hasta ve yakınlarının hastane çalışanları ve hizmetlerinden beklentileri, memnuniyet düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca örneklem grubunda yer alan kişilerin demografik özellikleri ile hastane çalışanları ve hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında oluşabilecek farklılıklar tespit edilmiştir.

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini GÜTF Hastanesi psikiyatri, nöroloji, kardiyoloji, dahiliye, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, enfeksiyon, dermatoloji ve pediatri, nöroşürurji, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, kardiyovasküler cerrahi, göğüs cerahisi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, kulak burun boğaz, üroloji ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi polikliniklerine 17-26 Nisan tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran ve anket uygulamayı kabul eden 18 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Bu süreler arasında araştırmanın yapıldığı polikliniklere 8577 kişi başvurmuştur. 8577 kişilik evrenden %50 bilinmeyen sıklık alınarak, % 2.0 sapma ve %99 güven aralığında 2795 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında toplam 2330 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi 83.3'tür.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıda sunulmuştur. Buna göre araştırmanın bağımsız değişkenleri:

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Meslek durumu
- Aylık toplam hane halkı geliri
- Sosyal güvence durumu
- Kronik hastalık varlığı
- İkamet edilen yer
- Hastaneye Geliş Amacı
- Hastaneye Geliş Şekli
- Başvurduğu Bölüm
- Muayene Olduğu Hekimin Ünvanı
- Hastaneyi ve hekimi başkalarına tavsiye etmeyi düşünme durumu

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Başvurulan bölüm
- Muayene/Takip Eden Hekimin Ünvanı
- Hastaneyi ve Hekimini Başkalarına Tavsiye Etme Durumu
- Genel Olarak Alınan Hizmetten Memnuniyet Durumu
- Hastaneyi ve Hekimi Tavsiye Etmeyi Düşünme Durumu

Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada veri kaynağı olarak “Ayaktan Tedavi Gören Hastaların ve Yakınlarının Hastane Çalışanları ve Hizmetlerinden Beklentileri” anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket daha önce söz konusu hastanede yapılan çalışmalar ve ulusal düzeyde yapılan anketlerden yararlanılarak geliştirilmiştir.

Bu anket dört bölüm ve 26 sorudan oluşmakta olup, ilk bölüm dokuz sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde kişilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı ve ikamet ettiği yer sorgulanmıştır. İkinci bölüm yedi sorudan oluşmakta olup; kişilerin hastaneye geliş amacı ve şekli, hastaneyi tercih etme sebebi, muayene süresi, muayene eden hekimin ünvanı ve hastanede geçirdiği toplam süre sorgulanmıştır. Üçüncü bölüm beş sorudan oluşmakta olup, kişilerin hastaneden beklentileri değerlendirilmiştir. Kişilerin doktor, hemşire ve diğer hastane personelinden, temizlik hizmetleri, yemek/kantin/kafeterya hizmetlerinden beklentileri sorgulanmıştır. Dördüncü bölüm beş sorudan oluşmakta olup, kişilerin hastaneden memnuniyetleri değerlendirilmiştir. Kişilerin, çağrı merkezi/randevu alma sürecinden, muayeneden önceki süreçten, doktorlardan, tetkikler ve hemşirelerden, hastane danışmanları/sekreterlerden, temizlik hizmetlerinden fiziki ortamdan ve genel olarak alınan hizmetten memnuniyetleri sorgulanmıştır.

Araştırmanın Uygulama Şekli ve Süresi

Araştırma, GÜTF’de öğretim üyesi olan araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 8-10 dakikadır. Araştırma 1 Nisan – 15 Mayıs 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. 17-26 Nisan 2015 tarihleri arasında veri toplama işlemi tamamlanmıştır. 29 Nisan-10 Mayıs 2015 tarihleri arasında veri girişi ve analizi, 11-15 Mayıs 2015 tarihleri arasında raporlama işlemi yapılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığı ile yüklenmiş ve istatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikle, ki-kare testi kullanılmıştır. Veri ortalama(±)standart sapma, frekans dağılımı yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=2330)		
19 yaş ve altı	102	4.4
20-29	625	26.8
30-39	537	23.0
40-49	522	22.4
50 yaş ve üzeri	544	23.4
Cinsiyet (n=2330)		
Erkek	1068	45.8
Kadın	1262	54.2
Medeni Durum (n=2330)		
Evli	1642	70.5
Bekâr	688	29.5
Öğrenim Durumu (n=2329)		
Okuryazar değil	31	1.3
Okuryazar	110	4.7

İlkokul mezunu		258	11.2
Ortaokul mezunu		287	12.3
Lise mezunu		790	33.9
Yüksekokul-Üniversite mezunu		853	36.6
Mesleği (n=2330)			
Öğrenci		294	12.6
Ev Hanımı		586	25.2
İşsiz		99	4.2
İşçi		214	9.2
Memur		633	27.2
Emekli		232	10.0
Serbest Meslek		265	11.4
Diğer**		7	0.2
Aylık Toplam Hane Geliri (n=2330)			
1000 TL ya da daha az		461	19.9
1001 TL -1500 TL		423	18.3
1501 TL -2000 TL		529	22.8
2001 TL - 5000 TL		721	31.1
5000 TL'den fazla		182	7.9
Sosyal Güvence (n=2329)			
SGK		2201	94.6
Özel Sigorta		128	5.4
İkamet Edilen Yer (n=2330)			
Ankara		2088	89.7
	Merkez	1444	69.2
	İlçe	642	30.8
Ankara Dışı		241	10.3
	Merkez	140	58.1
	İlçe	101	41.9
Kronik Hastalık Varlığı(n=2321)			
Yok		1712	73.8
Var		609	26.2

*Yüzde: Kolon yüzdesi

**Diğer: Mühendis

Tablo 1'de araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılanların %26.8'i 20-29 yaşları arasında, %23.3'ü 50 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Araştırmaya katılanların %54.2'si kadın, %45.8'i erkektir. İncelenenlerin %70.5'inin evli olduğu; %36.6'sının yüksekokul mezunu, %33.9'unun ise lise mezunu olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %27.2'sinin memur, %25.2'sinin ise ev hanımı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %31.1'inin hane geliri 2001-5000TL arasındayken, 5000 TL üzeri hane geliri olanlar katılımcıların %7.9'udur. Katılımcıların %94.6'sı SGK'ya bağlıdır. Katılımcıların %89.7'si Ankara'dan, %10.3'ü ise Ankara dışından gelmektedir. Katılımcıların %73.8'inin kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların yaş ortalaması 38,9±13,921, ortancası 38.0 (min:18 – maks:87)' dir.

Tablo 2. Katılımcıların Hastaneye Geliş Amacı ve Şeklinin Dağılımı

	Sayı	(%)*
--	------	------

Hastaneye Geliş Amacı (n=2319)		
Refakatçi Olmak İçin	752	32.4
Kendisi İçin	1567	67.6
Hastaneye Geliş Şekli (n=2322)		
Sevкли	301	13.0
Kendi/Ailenin İsteğiyle Doğrudan	2021	87.0
Tercih Etme Nedeni (n=2015)		
Alışkanlık	586	29.1
Hastanenin Tanınmış Olması	520	25.8
Doktorların Tanınmış Olması	273	13.5
Tavsiye Üzerine	480	23.8
Medya Aracılığı İle	48	2.3
Daha Önce Aldığı Hizmetten Memnun Kalmış Olması	532	26.4
Yakın Olduğu/Ulaşımı Kolay Olması	358	17.8
Hizmetin Kaliteli Olması	308	15.3
Takip Eden Doktorun Bu Hastanede Çalışması	70	3.5
Personeli Tanınması	84	4.0
Sigorta Şirketinin Anlaşılmalı Olması	189	9.0

*Yüzde: Kolon yüzdesi

#: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler yanıt veren kişiler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2’de araştırmaya katılanların hastaneye geliş amacı ve geliş şeklinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %32.4’ü refakatçi olmak için, %67.6’sı kendisi için geldiğini ifade etmiştir. Kendisi için gelenlerin %87.0’si kendi isteğiyle, %13.0’ı sevкли olarak geldiğini belirtmiştir. Kendi isteğiyle gelenlerin %29.1’i hastaneyi tercih etme nedenlerini; alışkanlık olarak, % 25.8’i hastanenin tanınmış olması, %3.5’i ise takip eden doktorunun bu hastanede çalışması olarak ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Doktor, Hemşire ve Diğer Personelden Beklentilerinin Dağılımı

Beklentiler #	Doktor (n=2321)		Hemşire (n=2319)		Diğer Sağlık Çalışanı (n=2324)	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
İlgili Olması	1130	48.6	788	33.9	406	17.4
Şefkatli Olması	123	5.2	362	15.6	334	14.3
Saygılı Olması	324	13.9	450	19.4	484	20.8
Bilgilendirmesi	948	40.8	552	23.8	363	15.6
Güler Yüzlü Olması	525	22.6	741	31.9	524	22.5
Güven Vermesi	983	42.3	548	23.6	329	14.1
Yardımcı Olması	644	27.7	630	27.1	834	35.8
Görevini Düzenli Yapması	355	15.2	658	28.3	790	33.9
Görevini Zamanında Yapması	437	18.8	194	8.3	596	25.6
İhtiyaç Duyulduğunda Kolay Ulaşılması	146	6.2	216	9.3	365	15.7

*Yüzde: Kolon yüzdesi

#: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler yanıt veren kişiler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3’de araştırmaya katılanların doktor, hemşire ve diğer hastane personelinden beklenti dağılımını sunulmaktadır. Katılımcıların %48.6’sı doktorlardan ilgili olmasını, %42.3’ü güven vermesini, %40.8’i bilgilendirme yapmasını beklediğini ifade ederken, yaklaşık %5’i şefkatli olmasını ve kolay ulaşılablmesini beklediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %33.9’u hemşirelerden ilgili olmasını, %31.9’u güler yüzlü olmasını beklerken, yaklaşık %8.0’ı görevini zamanında yapmasını ve kolay ulaşılablmasını beklediğini belirtmiştir. Diğer sağlık çalışanlarından katılımcıların %35.8’i yardımcı olmasını, %33.9’u görevini düzenli yapmasını beklediğini ifade ederken yaklaşık %14.0’ı güven vermesini ve şefkatli olmasını beklediğini belirtmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Doktor, Hemşire ve Diğer Personelden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı

	Çok İyi		İyi		Orta		Kötü		Çok Kötü	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Doktorlar										
Doktorların nezaketi ve ilgisi	688	29.6	1132	48.6	481	20.7	20	0.8	7	0.3
Hastaya yeterli zaman ayırması ve dikkatle dinlemesi	605	26.0	1115	47.9	544	23.4	54	2.3	8	0.4
Hastalığı ve tedaviyi anlaşılacak şekilde açıklaması	656	28.2	1141	49.1	492	21.2	21	0.8	16	0.7
Tetkik sonuçlarını değerlendirmesi ve hastayı bilgilendirmesi	652	28.2	1669	49.0	553	23.8	23	1.0	25	1.0
Acil durumlarda kendisine ulaşabilme ve hastaya geri dönüş yapması	617	26.6	987	42.5	521	22.4	171	7.4	25	1.1
Doktorların bilgi ve uzmanlığına duyulan güven	679	29.3	1086	46.7	475	20.5	68	2.9	15	0.6
Hemşireler / Teknisyenler										
Hemşirelerin nezaketi ve ilgisi	122	5.3	930	40.0	911	9.2	305	13.1	55	2.4
Hemşire / teknisyenin yeterince bilgilendirmesi	171	7.4	945	40.8	841	36.3	314	13.5	46	2.0
Hemşire / teknisyenin duyarlılığı becerisi	118	5.1	866	37.4	891	38.5	349	15.0	92	4.0
İhtiyaç olduğunda hemşirelere ulaşabilme	144	6.2	1015	43.9	762	33.0	282	12.2	108	4.7
Tetkikler için bekleme süresi	118	5.1	906	39.3	891	38.6	338	14.7	54	2.3
Hastane Danışmanları/Sekreterlikler										
Hasta danışmanlarının nezaketi, ilgisi ve sorunlara yaklaşımı	148	6.4	874	37.8	990	42.8	238	10.3	65	2.7
Tedavi ile ilgili ödemeler konusunda bilgilendirilme	123	5.3	931	40.4	854	37.0	298	12.9	100	4.4

İhtiyaç olduğunda hasta danışmanlarına ulaşabilme	163	7.1	840	36.5	870	37.8	295	12.8	135	5.8
---	-----	-----	-----	------	-----	------	-----	------	-----	-----

*Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 4’de araştırmaya katılanların doktorlar, tetkikler/hemşireler ve hastane danışmanları/sekreterlikler hakkındaki memnuniyet durumlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %48.6’sı doktorların nezaketi ve ilgisinden memnuniyet durumunu iyi, %0.3’ü ise çok kötü olarak belirtmiştir. Katılımcıların %47.9’u doktorların hastaya yeterli zaman ayırmasından ve dikkatle dinlemesinden, %49.1’i hastalığı ve tedaviyi anlaşılacak şekilde açıklamasından, %49.0’ı tetkik sonuçlarını değerlendirmesi ve hastayı bilgilendirmesinden, %42.5’i acil durumlarda kendisine ulaşabilmesinden ve hastaya geri dönüş yapmasından, %46.2’si bilgi ve uzmanlığına duyulan güvenden memnuniyet durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. Katılımcıların %40.0’ı hemşirelerin veya teknisyenlerin nezaketi ve ilgisinden, %40.8’i yeterince bilgilendirmesinden iyi derecede, %38.5’i duyarlılığı ve becerisinden orta derecede, %43.9’u ihtiyaç olduğunda ulaşabilmesinden ve %39.3’ü tetkikler için bekleme süresinden iyi derecede memnun olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %42.8’i hasta danışmanlarının nezaketinden, ilgisinden ve sorunlara yaklaşımından orta derecede, %40.4’ü tedavi ile ilgili ödemeler konusunda bilgilendirilmelerinden iyi derecede ve %37.8’i ihtiyaç olduğunda hasta danışmanlarına ulaşabilmeden orta derecede memnun olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Başvurdukları Bölümlerin Dağılımı

	Acil		Dâhili Bölüm		Cerrahi Bölüm	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Yaş (n=2250)						
19 yaş ve altı	12	12.1	52	52.5	35	35.4
20-29	107	17.9	263	44.1	227	38.0
30-39	75	14.4	213	41.0	232	44.6
40-49	75	14.7	232	45.6	202	39.7
50 yaş ve üzeri	77	14.7	184	35.0	264	50.3
$\chi^2=27.688$ p=0.001						
Cinsiyet (n=2250)						
Erkek	183	17.6	456	43.8	402	38.6
Kadın	163	13.5	488	40.4	558	46.1
$\chi^2=15.131$ p=0.001						
Medeni Durum(n=2250)						
Evli	217	13.6	731	45.9	643	40.5
Bekâr	129	19.7	213	32.5	314	47.8
$\chi^2=36.792$ p=0.0001						
Öğrenim Durumu(n=2249)						
Okuryazar değil	1	3.2	13	41.9	17	54.9
Okuryazar	10	9.6	56	53.8	38	36.6
İlkokul mezunu	24	9.3	144	56.0	89	34.6
Ortaokul mezunu	52	18.6	107	38.2	121	43.2
Lise mezunu	140	18.8	281	37.6	326	43.6
Yüksekokul-Üniversite mezunu	119	14.3	343	41.3	368	44.4
$\chi^2=45.857$ p=0.0001						
Mesleği (n=2250)						
Öğrenci	61	21.8	119	42.5	107	35.7

Ev Hanımı	58	10.3	266	47.2	240	42.5
İşsiz	18	18.9	36	37.9	41	43.2
İşçi	33	15.6	79	37.5	99	46.9
Memur	103	16.7	276	44.7	238	38.6
Emekli	40	17.9	58	26.0	125	56.1
Serbest Meslek	33	13.0	110	43.5	110	43.5
$\chi^2=65.494$ p=0.0001						
Aylık Toplam Hane Geliri (n=2236)						
1000 TL ya da daha az	28	6.1	339	74.0	91	19.9
1001 TL -1500 TL	83	19.7	146	34.7	192	45.6
1501 TL -2000 TL	100	19.9	165	32.9	237	47.2
2001 TL - 5000 TL	129	19.2	211	31.4	333	49.6
5000 TL'den fazla	6	3.3	83	45.6	93	51.1
$\chi^2=275.640$ p<0.001						
Sosyal Güvence (n=2246)						
SGK	334	15.7	897	42.3	895	42.0
Özel Sigorta	11	10.1	44	44.4	66	45.5
$\chi^2=22.506$ p=0.001						
İkamet Edilen Yer (n=2249)						
Ankara	309	15.3	861	42.7	847	42.0
Ankara Dışı	37	15.9	83	35.8	112	48.3
$\chi^2=4.347$ p=0.114						
Kronik Hastalık Varlığı (n=2241)						
Yok	279	16.9	665	40.3	708	42.9
Var	67	11.4	271	46.0	251	42.6
$\chi^2=11.999$ p=0.002						

*Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 5'de araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre başvurdukları bölümlerin dağılımı sunulmaktadır. 19 yaş ve altı katılımcıların %52.5'i, 20-29 yaş grubunun %44.1'i, 40-49 yaş grubunun %45.6'sı dahili bölümlere, 30-39 yaş grubunun %44.6'sı, 50 ve üzeri yaş grubunun %42.7'si cerrahi bölümlere başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaş grubuna göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0.05).

Erkeklerin %43.8'i dâhili bölümlere, kadınların %46.2'si ise cerrahi bölümlere başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların cinsiyete göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05). Evli olanların %45.9'u dâhili bölümlere, bekâr olanların ise %47.9'u cerrahi bölümlere başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların medeni durumuna göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p<0.05).

Okuryazar olmayanların %54.8'i, ortaokul mezunlarının %43.2'si, lise mezunlarının %43.6'sı, yüksekokul-üniversite mezunlarının %44.3'ü cerrahi bölümlere, ilkökul mezunlarının %50.6'sı ise dâhili bölümlere başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05).

Öğrencilerin %42.5'i, ev hanımlarının %47.2'si, memurların %44.7'si, serbest meslek sahiplerinin %43.5'i dâhili bölümlere başvurduklarını belirtirken, işsizlerin %43.2'si, işçilerin %46.9'u, emeklilerin

%56.1'i cerrahi bölümlere başvurduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların mesleğine göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p<0.05).

1000 TL ve daha az aylık gelire sahip olanların %74.0'ı dahili bölümlere, 1000-1500 TL aylık gelire sahip olanların %45.6'sı, 1500-2000 TL aylık gelire sahip olanların %47.2'si, 2000-5000 TL aylık gelire sahip olanların %49.5'i, 5000 TL ve üzeri aylık gelire sahip olanların %51.1'i cerrahi bölümlere başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların aylık gelir durumuna göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p<0.05).

Sosyal güvencesi SGK olanların %42.3'ü, özel sigortaya sahip olanların %45.5'i, diğer sigortalılara sahip olanların %85.7'si cerrahi bölümlere başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların sosyal güvencelerine göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p<0.05). Katılımcıların ikamet ettikleri yerlere göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Kronik hastalığı olmayanların %42.9'u cerrahi bölümlere, kronik hastalığı olanların %46.0'ı dâhili bölümlere başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre başvurdukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 6. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hizmetten Memnuniyet Durumları

	İyi		Orta		Kötü	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Yaş (n=2297)						
19 ve altı	69	69.0	28	28.0	3	3.0
20-29	324	52.9	263	42.9	26	4.2
30-39	286	54.0	222	42.0	21	4.0
40-49	170	52.2	226	43.7	21	4.1
50 ve üzeri	275	51.2	231	42.9	32	5.9
		$\chi^2= 14.164$		p=0,078		
Cinsiyet (n=2297)						
Erkek	522	49.8	486	46.3	41	3.9
Kadın	702	56.3	484	38.8	62	5.0
		$\chi^2=13.618$		p=0.001		
Medeni Durum (n=2297)						
Evli	898	55.1	658	40.4	73	4.5
Bekar	326	48.8	312	46.7	30	4.5
		$\chi^2= 8.027$		p=0.018		
Öğrenim Durumu(n=2296)						
Okuryazar değil	15	50.0	12	40.0	3	10.0
Okuryazar	51	46.8	55	50.5	3	2.8
İlkokul mezunu	160	62.5	78	30.5	18	7.0
Ortaokul mezunu	146	51.6	127	44.9	10	3.5
Lise mezunu	366	47.2	370	47.2	40	5.2
Yüksekokul-Üniversite mezunu	485	57.6	328	39.0	29	3.4
		$\chi^2= 41.630$		p=0.0001		
Mesleği (n=2297)						
Öğrenci	126	44.1	153	53.5	7	2.4
Ev Hanımı	330	56.8	217	37.3	34	5.9
İşsiz	49	50.0	46	46.9	3	3.1
İşçi	101	48.3	91	43.5	17	8.1
Memur	359	57.5	246	39.4	19	3.0

Emekli	138	60.0	82	35.7	10	4.3
Serbest Meslek	119	45.4	130	49.6	13	5.0
$\chi^2= 50.838$ p=0.001						
Aylık Toplam Hane Geliri (n=2284)						
1000 TL ya da daha az	356	78.6	82	18.1	15	3.3
1001 TL -1500 TL	188	45.0	212	50.7	18	4.3
1501 TL -2000 TL	227	43.7	263	50.6	30	5.8
2001 TL - 5000 TL	363	50.9	317	44.5	33	4.6
5000 TL'den fazla	83	46.1	92	51.1	5	2.8
$\chi^2= 158.203$ p=0.001						
Sosyal Güvence (n=2293)						
SGK	1166	53.8	905	41.8	95	4.4
Özel Sigorta	39	38.6	54	53.1	8	7.9
$\chi^2= 13.855$ p=0.031						
İkamet Edilen Yer (n=2296)						
Ankara	1106	53.7	861	41.8	92	4.5
Ankara Dışı	118	49.8	109	46.0	10	4.2
$\chi^2=1.521$ p=0.467						
Kronik Hastalık Varlığı (n=2288)						
Yok	878	52.0	739	43.8	71	4.2
Var	340	56.7	229	38.2	31	5.1
$\chi^2= 6.012$ p=0.049						

*Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 6'da araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hastaneden alınan hizmetten memnuniyet durumlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcılardan erkeklerin %49.8'i, kadınların %56.3'ü hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılanlardan evli olanların %55.1'i, bekar olanların %48.8'i hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. Katılımcılardan okuryazar olmayanların %50,0'ı, ilköğretim mezunlarının %62.5'i, lise mezunlarının %47.2'si, yüksekokul-üniversite mezunlarının %57.6'sı hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak, okuryazar olanların %50.5'i orta olarak belirtmiştir. Öğrenim durumu göre aldıkları hizmetten memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcılardan öğrencilerin %53.5'i, ev hanımlarının %56.8'i, işsizlerin %50,0'ı, işçilerin %48.3'ü, memurların %57.5'i, emeklilerin %60,0'ı hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak, serbest meslek sahiplerinin %49.6'sı, diğer meslek sahiplerinin %71.4'ü orta olarak belirtmiştir. Katılımcıların mesleklerine göre hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcılardan aylık toplam hane geliri 1000 TL ya da az olanların %78.6'sı ve 2001 TL - 5000 TL olanların %50.9'u hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak, 1001 TL -1500 olanların %50.7'si, 1501 TL-2000 TL olanların %50.6'sı ve 5000 TL'den fazla olanların %51.1'i ise

orta olarak ifade etmiştir. Katılımcıların aylık toplam hane gelirlerine göre aldıkları hizmetten memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcılardan sosyal güvencesi SGK olanların %53.7'si ve diğer sigortalara sahip olanların %52.2'si hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak, özel sigortalıların %53.1'i orta olarak ifade etmiştir. Katılımcıların sosyal güvence durumlarına göre aldıkları hizmetten memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcılardan kronik hastalığa sahip olanların %56.7'si, olmayanların %52'si aldıkları hizmetten memnuniyet durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre katılımcıların hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların yaş gruplarına ve ikamet yerlerine göre hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Katılımcıların Hastaneye Geliş Amacı, Şekli ve Başvurduğu Bölüme Göre Hastaneyi ve Hekimi Tavsiye Etmeyi Düşünme Durumunun Dağılımı

	Düşünmüyorum		Düşünüyorum		Kararsızım	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Hastaneye Geliş Amacı (n=2309)						
Refakatçi Olmak İçin	21	2.8	522	69.6	207	27.6
Kendisi İçin	37	2.4	1144	73.4	378	24.2
		$\chi^2= 3.618$		$p=0.164$		
Hastaneye Geliş Şekli (n=2312)						
Sevкли	8	2.7	217	72.1	76	25.2
Kendi/Ailenin İsteğiyle Doğrudan	50	2.5	1454	72.3	507	25.2
		$\chi^2=0.032$		$p=0.984$		
Başvurulan Bölüm (n=2319)						
Acil	0	0	189	54.6	157	45.4
Dahili Bölümler	17	1.8	797	84.4	130	13.8
Cerrahi Bölümler	42	4.4	669	74,7	239	25.2
		$\chi^2=266.205$		$p=0.0001$		
Muayene/Takip Eden Hekimin Ünvanı (n=2316)						
Araştırma Görevlisi	21	1.3	1183	72.6	425	26.1
Uzman Doktor	24	6.4	267	71.0	85	22.6
Yardımcı Doçent	3	2.9	66	64.7	33	32.4
Doçent	4	4.1	73	75.9	20	20.0
Profesör	6	5.4	84	75.0	22	19.6
		$\chi^2=43.829$		$p=0.0001$		

(%)*:Satır yüzdesi

Tablo 7'de araştırmaya katılanların hastaneye geliş amacı, şekli ve başvurduğu bölüme göre hastaneyi ve hekimi tavsiye etmeyi düşünme durumunun dağılımı sunulmuştur. Katılımcılardan acile başvuranların %54.6'sı, dâhili bölümlere başvuranların %84.4'ü, cerrahi bölümlere başvuranların %70.4'ü hastaneyi ve hekimini başkalarına tavsiye edeceğini belirtirken, diğer bölümlere başvuranların %74.7'si tavsiye etmekte kararsız kaldığını ifade etmiştir. Katılımcıların başvurdukları bölümlere göre

hastaneyi ve hekimi başkalarına tavsiye etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Katılımcılardan araştırma görevlisi tarafından muayene edilenlerin %72.6'sı, uzman doktor tarafından muayene edilenlerin %71.0'ı, yardımcı doçent doktor tarafından muayene edilenlerin %64.7'si, doçent doktor tarafından muayene edilenlerin %75.3'ü, profesör doktor tarafından muayene edilenlerin %75.0'ı hastaneyi ve hekimini tavsiye edeceğini ifade etmiştir. Katılımcıların muayene oldukları hekimin ünvanına göre hastaneyi ve hekimi başkalarına tavsiye etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Katılımcıların hastaneye geliş şekli ve amacına göre hastaneyi ve hekimi başkalarına tavsiye etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma

Hastaların yaşı cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal statüleri, sağlık durumları, hastanın geçmiş deneyimleri, çevreden edindiği bilgiler, beklentileri, hastanın kendi sağlık algısı hasta memnuniyetini etkilemektedir (Yılmaz, 2001:69-74).

Sosyodemografik değişkenlerle ilgili olarak farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Literatüre bakıldığında yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun olduğunu saptayan çalışmalar (Carr-Hill 1992, Jakobsson ve ark. 1994) olmasına karşın yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulmayan çalışmalar da (Hart ve ark.1996; Zu ve ark., 1997) bulunmaktadır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise kadınların (Lookinland ve Pool, 1998) ya da erkeklerin daha memnun olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar olduğu gibi (Gray, 1997), memnuniyetle cinsiyetin ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da (Larsson 1999, Okumuş ve ark. 1993, Özmen 1990, Tengilimoğlu, 1996) bulunmaktadır. Carr-Hill tarafından yapılan bir çalışmada (1992), Esatoğlu (1996) ve Özmen (1990) tarafından yapılan çalışmalarda da, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların beklentileri fazla olduğu için daha az memnun olabileceğini ifade edilmektedir. Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde ise Yılmaz (2001) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık Okumuş (1993) ve Akyol (1993) tarafından yapılan çalışmalarda ise eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediğini sonucunda ulaşılmıştır. Tüm bu literatür bilgileri ve araştırma bulguları ışığında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile memnuniyet arasındaki ilişkinin tutarlı olmadığı ifade edilebilir.

Yukarıda açıklanan çalışmaların aksine beklenti ve memnuniyet arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Kravitz, 1997:67-72). Hiesh ve Doner Kagle (1991) beklentilerin hasta memnuniyetinin en önemli göstergesi olduğunu bulmuşlardır. Benzer bir şekilde, Korsch vd. (1968) beklentilerin karşılanma derecesinin memnuniyet açısından sonuçları etkilediğini bulmuşlardır. Williams vd. (1995) çoğu beklentisi karşılanmış olan hastaların çok az beklentisi karşılanmış hastalara göre çok daha yüksek memnuniyet ifade ettiklerini saptamışlardır.

Beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalar, beklenti ve memnuniyet her zaman birbirinden ayırt edilemediği için bu kavramları birlikte açıklamakta sıkıntı çekmişlerdir (Lindez-Pelz 1982, Fitzpatrick ve Hopkins 1983). Bu ayırım ölçmenin geçerliğini sağlamak açısından çok önemlidir. Bu nedenle beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkinin kanıtları karmaşıklığı konusuna vurgu yapılmaktadır (Staniszewska ve Ahmed, 1999:364-72). Hasta beklentilerinin doktor davranışlarını etkileyip etkilemediği konusunda bilinenler çok azdır. Görüşme süresince hasta beklentileri ve doktor eylemleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Webb, 1994:165-169).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, sağlıklı/hasta birey ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Ayrıca hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerden biridir. Sağlık kurumlarında kaliteli hizmet verilmesi ve hizmet sürecinin yapısı bu sayede gözden geçirilebilmektedir. Görüldüğü gibi, hasta memnuniyeti birçok değişkenin sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Bireyin memnuniyetini etkileyen faktörler ise kişiye, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler olarak incelenebilmektedir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili daha önce birçok çalışma yapılmıştır. 2004 yılında Düzce Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda yapılan çalışmada hastane hizmetlerinden genel memnuniyet %91,8 olarak bulunmuş (Aytar ve Yeşildal, 2004). 1999 yılında GÜTF Hastanesi'nde yatan hastalarda yapılan çalışmada ise hastane hizmetlerinden memnuniyet düzeyi %85,5 olarak saptanmıştır (Yıldırım vd., 1999). 2008 yılında Silvan Devlet Hastanesi'nde yapılan çalışmada başvuranların genel olarak hastaneden memnuniyetleri ise %76 olarak bulunmuştur (Özcan vd., 2008). Yapılan çalışma da hastaneye başvuranlar aldıkları hizmetten genel memnuniyetlerini %47,8 iyi, %42 orta olarak değerlendirmiştir. Hastanedeki memnuniyet oranlarının diğer çalışmalara göre düşük saptanmasının sebebi yatan hastaların çalışmaya dâhil edilmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada ayrıca genel hasta memnuniyetini hastaların demografik bilgilerini ele alarak karşılaştıracak olursak; okuryazar olanların %50'si hastaneden memnuniyetlerini orta, okuryazar olmayanların ise %50'si iyi olarak belirtmiştir. Aylık gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında, 1000 TL ve altı geliri olanların %78'i iyi, 5000 TL ve üzeri geliri olanların %51'i orta olarak nitelendirmiştir. Bu sonuçlar bize kişinin eğitim ve gelir düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığını göstermektedir.

Silvan Devlet Hastanesi'nde 2008 yılında yapılan çalışmada başvuranların hastaneye ilk başvuru, personelin davranışı ve danışmanlık hizmetlerinden memnuniyeti %85 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalar, doktorların davranışlarından %90, kendilerine ayrılan muayene süresinden %82, bilgilendirmeden %78 memnun olduklarını belirtmişlerdir (Özcan vd., 2008). 2009 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada araştırma kapsamına alınan poliklinik hastalarının %89,9'u hastalık ve tedavi konusunda yeterince bilgilendirildiğini belirtmiştir (Demir vd., 2009). 2004 yılında Düzce Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada doktorlardan %96, hemşirelerden %88 çok memnun ya da memnun olduklarını ifade etmişler (Aytar ve Yeşildal, 2004). 2006 yılında Ankara Dışkapı Hastanesi'nde yapılan çalışmada çocuk nefroloji polikliniğine başvuran hastaların yakınları "Doktorların hastanıza yaklaşımı nasıl" sorusuna %72,7 çok iyi, "Hemşirelerin hastanızın bakımında yeterliliği nasıl" sorusuna %64 çok iyi yanıtı vermiştir (www. millipediatri.org.tr). Dicle Üniversitesi Hastanesinde 2000 yılında yapılan çalışmada yatan hastalar; doktorların davranışları için %39,0 oranında mükemmel, %48,2 oranında iyi yanıtını vermişlerdir. Hemşireler için aynı oranlar %28,7 ve %54,4 olmuştur (Ertem vd., 2000). 2008 yılında İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yapılan araştırmada %89,2'si hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir (Önsüz vd., 2008). 2005 yılında Meram Tıp Fakültesinde yapılan başka bir araştırmada; hastaların % 77,9'u hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir (Şahin vd., 2005). Yapılan bu çalışmada dâhil edilen hastaların %49'u doktorların hastalıklarına yaklaşım ve kendilerini bilgilendirmesi konusundaki memnuniyetlerini iyi olarak değerlendirmişlerdir. Hemşirelerden memnuniyetini iyi olarak değerlendiren hastalar, toplamın %40'ını oluştururken, hastaların %42,8'i danışmanlardan

memnuniyetlerini orta olarak değerlendirmişlerdir. Hastaneler arasında memnuniyet düzeylerindeki farklılık başvuran hastaların eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi gibi özelliklerinin farklı olması nedeniyle olabilir.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2009 yılında yapılan çalışmada erkek hastaların memnuniyet düzeylerinin kadın hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Demir vd., 2009). İstanbul'da 2008 yılında bir tıp fakültesi hastanesinde yapılan çalışmada; genel memnuniyet düzeyi erkeklerde %71,9, kadınlarda %68,5 olarak belirtilmiştir (Önsüz vd., 2008). Eskişehir'de 2002 yılında bir özel hastanede yapılan bir çalışmada da; genel memnuniyet düzeylerinin erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kartaloğlu vd., 2002). Bu çalışmada kadın hastaların %56'sı, erkek hastaların %49'u hastaneden aldıkları hizmetten memnuniyet derecesini iyi olarak nitelendirmiştir.

Fırat Üniversitesi'nde 2009 yılında yapılan çalışmada polikliniğin genel temizliğinden hastaların %96,3'ü memnun olarak belirtilmiştir (Demir vd., 2009). 2004'te Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada; hastaların %59,4'ü oda temizliğinden memnun olduğunu, %63,2'si fizik teknik koşullardan memnun olmadığını belirtmiştir (Ertem vd., 2000). 2000 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada hastaların %40,3'ünün hastane temizliğinden memnun olduğunu belirtirken (Kırbiyık vd., 2000), 2008 yılında Kayseri Devlet Hastanesi'nde yapılan çalışmada temizlikten memnuniyet oranı %74,6 olarak bulunmuştur (Ünalın vd., 2008). Yapılan bu çalışmada hastaların %43,7'si genel olarak hastane temizliğini iyi olarak değerlendirmiştir. Poliklinik temizliğini iyi olarak nitelendirenler ise hastaların %45,6'sını oluşturmaktadır. Fiziki ortam yeterliliğini iyi olarak değerlendiren hastalar ise çalışma kapsamına alınan hastaların %41,2'sini oluşturmaktadır.

Silvan Devlet Hastanesi'nde 2008 yılında yapılan çalışmada hastaların %75'i tekrar hastalanma durumunda aynı hastaneyi tercih edeceklerini, %76'sı da başkalarına tavsiye edebileceklerini söylemiştir (Özcan vd., 2008). Aynı oranlar Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada sırasıyla, %93 ve %94 olarak bulunmuş olup hastaların büyük bir kısmını Düzce'de oturan kişiler oluşturmaktadır (Aytar ve Yeşildal, 2004). Bu bilgilerden anlaşılıyor ki, insanlar hastalandığında yakınlarında hemen başvurabileceği bir sağlık kurumunun olmasını istemekte ve bu kurumları kullanmaktadır. Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde 2000 yılında yapılan çalışmada hastaların %51,2'si ihtiyaç halinde hastaneyi tekrar tercih etme ihtimalinin yüksek olduğunu, %25,9 ise bu konuda kararsız olduğunu bildirmiştir. Ayaktan hastaların %22,9'u ise hastaneyi tekrar tercih etmeyeceğini söylemiştir (Ertem vd., 2000). Bu çalışmada hastaların %72,3'ü tekrar hastalanma durumunda hastanemizi tercih edeceklerini belirtirken, %72,2'si hastaneyi yakınlarına tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Başvurdukları bölüme göre tekrar gelme ve yakınlarını getirme oranları karşılaştırıldığında acile başvuranların %56'sı, dâhili birimlere başvuranların %83'ü, cerrahi birimlere başvuranların %70'i olumlu yanıt vermiştir.

Hasta ihtiyaç ve isteklerinin daha doğru bir biçimde belirlenmesi için sürekli araştırmalar yapılmalı ve bunları karşılayacak programlar geliştirilmelidir. Memnuniyet düzeyini arttırmak için hizmetlerin farklı boyutlarının sorgulanması, hasta taleplerine önem verilmesi, kalite çalışmalarının hastane çalışanları tarafından benimsenmesi ve memnuniyet çalışmalarının düzenli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında bazı öneriler ortaya konulabilir. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

- Diğer hastane çalışanlarının motivasyonlarını olumlu etkileyeceği düşüncesiyle araştırma sonuçları ile ilgili bilgilendirilmelerinin ve bu durumun devamlılığının sağlanması için gerekli iyileştirme çalışmalarının devam ettirilmesi gerekmektedir.
- Şikayet ve öneri mekanizmaları geliştirilerek, daha işler hale getirilmelidir.
- Hastanenin birden fazla bloktan oluşan ve dikey yapısı göz önüne alınarak asansör denetimlerinin sıklaştırılmalıdır.
- Temizlik hizmetlerine ilişkin denetimler sıklaştırılmalı, özellikle tuvaletler gibi hasta ve yakınlarının sağlığına doğrudan etki edebilecek bölgelerde temizlik personeli denetlenmelidir.
- Eğitim ve gelir düzeyi yüksek hastalar da hedeflenmeli, onların tercihini artıracak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Verilen hizmetlere ilişkin olarak, hizmetlerin farklı boyutları sorgulanmalı ve araştırılmalıdır.

Sonuç olarak; bu çalışmada hastaların tekrar Gazi hastanesini tercih etme ve başkalarına tavsiye etme oranları yüksek olarak saptanmış olsa da, fizik koşullar, temizlik ve hasta hekim ilişkisi konularında eksiklikler olduğu görülmektedir. Bu nedenle; sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması çok yönlü olarak ele alınmalı ve öncelikle eksiklik görülen konularda iyileştirilmelere gidilmelidir. Çalışan sağlık personelinin de memnuniyeti göz önünde bulundurularak kaliteli hizmet bilinci yerleştirilmeli, hasta ile iletişim konusunda gerekli hizmet içi eğitim programlarına öncelik verilmelidir.

KAYNAKLAR

Aytar G, Yeşildal N. Yatan Hasta Memnuniyeti Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 3: 10-14.

Basak O. Tıp öğrencisi ders notları: Hastayla görüşme. ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı Eğitim Materyali.

Baykan Z, Özkan S, Maral I. Ana-çocuk sağlığı aile planlaması merkezine başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. Erciyes Tıp Dergisi 2004; 26(3): 98-104

Britten N, Ukoumunne O C, Boulton M G. Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions. Blackwell Science Ltd Health Expectations 2002; 5: 256-69.

Demir T, Açık Y, Kaya MK, Devci SE, Pirinççi E, Yıldırım B, Oğuzöncül AF, Ozan AT: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na Poliklinik ya da Klinik Hizmeti Almak İçin Başvuran Hastaların Sunulan Hizmetten Memnuniyet Düzeyleri. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. 2009;23(3): 119-124.

Ertem M, Oto R, Karayel P. "Dicle Üniversitesinde yatan hastalarda hasta Memnuniyeti Araştırması" Modern Hastane Yönetimi Dergisi 2000;4: 25-29

Esatoğlu, E. A. Hastanelerde Hasta Tatminin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1997, H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Karadağ Z. Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, 2007.

Kartaloğlu Ç, Harmancı H, Aytekin T, Akdaş A. Dr. Siyami Ersek Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahi Merkezinde yatarak tedavi gören hastaların tatmin düzeyleri ve bunu etkileyen bazı faktörler. IV.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir, 2002: 225-237.

Kırbyık S, Doğan M, Kişioğlu AN, Öztürk M. SDU Hastanesi polikliniklerine başvuranların hastane hizmetlerinden memnuniyet durumları", Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2000; 7: 32-36.

Kravitz R L, Callahan E J, Azari R, Antonius D, Lewis C E. Assessing patients' expectations in ambulatory medical practice: Does the measurement approach make a difference?. J Gen Intern Med 1997; 12: 67-72.

Kravitz R L, Callahan E J. Patients' perceptions of omitted examinations and tests. J Gen Intern Med 2000; 15: 38-45.

Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, ve ark İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. Marmara Medical Journal 2008; 21: 33-49.

Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ: Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008;35(2):96-101.

Peck B M, Ubel A, Roter D L, Goold S D, Asch D A, Jeffreys A S, Grambow S C, Tulsky J A. Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction?. J Gen Intern Med 2004; 19: 1080-87.

Perron N J, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. Family Practice 2003; 20: 428-33.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun No: 224, 1961.

Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? Journal of Advanced Nursing 1999; 29(2): 364-72.

Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, ve Ark. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2005; 15: 137-142.

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Ünalın D, Öztürk A, Tolga Y, *ve ark.* Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3: 85-98.

Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. British Journal of General Practice 1994; 44: 165- 69.

Yıldırım A, Maral I, Aycan S, Bumin MA: Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinde Hizmet Alanların Bazı Temel Özelliklerine Hastaneden Memnuniyet Durumları. Gazi Kalite Günleri II Bildiri Özet Kitabı 71, 1999.

Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(2): 69-74.

KADINLARIN ESNEK ÇALIŞMA UYGULAMALARI İLE ÇALIŞMA HAYATINA KATILIMININ SAĞLANMASI

Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE

Gedik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu

kemal.kordeve@gedik.edu.tr

Özet

Kadınlar geçmişten günümüze dezavantajlı gruplar arasında yer almıştır ve toplumlarda hak ettikleri statüye kavuşamamışlardır. Bunun birçok nedeni vardır. Bunlardan en önemlileri eğitim, cinsiyet eşitsizliği, medeni durum, yasal düzenlemeler ve cinsel ve psikolojik tacizdir. Bu faktörler kadının çalışma hayatına katılımını da olumsuz etkilemektedir. Kadının çalışma hayatındaki yerini alamaması hem ekonomik özgürlüğünü hem de toplumda söz hakkı elde etmesini engellemektedir. Bununla beraber kadın iş gücünden faydalanılamaması hem ekonomiyi hem istihdamı olumsuz etkilemektedir.

Bu araştırmanın amacı esnek çalışma uygulamaları ile kadınların çalışma hayatına katılımının artırılmasına katkı yapmaktır. Araştırmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket soruları iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait demografik değişkenler yer almaktadır. İkinci bölümde ise esnek çalışma ile ilgili sorular yer almaktadır. Araştırmaya 234 kişi katılmış ve 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Anket verileri SPSS 22.0 programına girilerek çalıştırılmıştır. Araştırmada, Esnek çalışma faktörü ile medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenleri arasında %05 anlamlılığa göre ilişki bulunmuştur ($F(2,231)=4,289$; $p=0,015$).

Anahtar kelimeler: Kadın çalışanlar, esnek çalışma, çalışma hayatı

ENSURING OF WOMEN'S PARTICIPATION TO WORKING LIFE WITH FLEXIBLE WORKING PRACTICE

Abstract

Women have been among the disadvantage groups from time past and they couldn't earned the status deserve in society. There are many reasons for this. The most important of these are education, gender inequality, marital status, legal regulations and sexual and psychological abuse. These factors also negatively affect the participation of women in working life. The fact that a woman can not take her place in her working life prevents her from obtaining both economic freedom and the right to speak in society. Nevertheless, women are not benefited from the labor force negatively affects both the economy and employment

The purpose of this research contributes to increasing the participation of women in working life with the flexible working. Survey method was applied in the study. The survey consists of two parts. In the first section are included participants' demographic variables. In the second section questions that about flexible working are included. 234 person participated and have been used five point Likert scale in the research. The survey datas were examined with entering into SPSS 22.0 software package. In the research, according to 5% significance, there is relation between flexible working and marital status and having child ($F(2,231)=4,289$; $p=0,015$).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(KÖRDEVE,M,K)

Keywords: Women labours, flexible working, working life

GİRİŞ

Geçmişten günümüze çeşitli kategorilerde insanlar toplumca dışlanmışlardır. Toplum tarafından dışlanan bu gruplar dezavantajlı gruplar olarak da adlandırılmaktadır. Dezavantajlı grupların bazıları engelliler, yaşlılar ve çocuklardır. Bunlara ek olarak kadınlar da bu grupta yer almıştır. Günümüz çalışma hayatının en önemli problemlerinden birisi de kadın çalışanlar ve istihdam oranlarıdır. Kadınlar ne yazık ki geçmişten günümüze çalışma hayatının vazgeçilmez diğer bir yarısı olmasına rağmen hep ikinci planda tutulmuş bulunmaktadır. Günümüze gelindiğinde de bu problem kendini göstermekle beraber devlet eliyle ve çeşitli sivil örgütler aracılığıyla bu probleme çözüm önerileri üretilmeye çalışılmıştır ve çalışmalar arttırılmıştır. Günümüzde sosyal dışlanmış bireyler arasında değerlendirilmekte ve sosyal içerme kavramı ile çalışma hayatına kazandırılmaya çalışılmaktadır.

Sosyal dışlanmışlık, bireylerin her hangi bir sebepten ötürü toplumsal ve ekonomik hayattan çıkarılması ve bu kimselerin görünmezden gelmesidir (Hekimler, 2012). De Haan ve Maxwell (1998:2) ise sosyal dışlanmayı daha sınırlı bir tanımlama ile sosyal ve politik aktivitelere katılmada başarısızlık olarak tanımlamaktadır (Dedeoğlu, 2011).

Sosyal içerme kavramı sosyal dışlanmanın karşıtı olarak dezavantajlı grupları (engelli, yaşlı, kadın vb.) sosyal hayata dâhil eden, toplumla bütünleştiren ve kaynaştıran bir kavramdır (Genç ve Çat, 2013).

Kadınlar geçmişten günümüze hep dezavantajlı gruplar içerisinde yer alagelmışlerdir. Kadının toplumdaki yeri hep tartışılmış ve kadınlar hak ettikleri toplumsal statüye ne yazık ki ulaşamamışlardır. Her ne kadar günümüzde kadınlara yönelik öncelikli organizasyonlar yapılıyor ve kadın hakları çeşitli sivil toplum kuruluşlarınca savunuluyor olsa da hem dünya da hem de ülkemizde henüz istenilen seviyeye gelinebilmiş değildir.

ESNEK ÇALIŞMA VE ESNEK ÇALIŞMA MODELLERİ

Esnek çalışma, standart çalışma sisteminden farklı olarak belirli gün ve saatlerde çalışma düzenine bağlı kalmaksızın çalışmanın ön görüldüğü alternatif çalışma sistemi olarak adlandırılmaktadır (Kaya ve Doğan, 2016)

Esnek çalışma modelleri literatürde çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Timms ve arkadaşlarına (2015) göre başlıca türleri, esnek çalışma saatleri, sıkıştırılmış hafta çalışması, evden çalışma, yarı zamanlı çalışma şeklinde sınıflandırmışlardır (Kördeve, 2016).

Evde çalışma, çalışanların, bir iş yerinde veya fabrikada değil, kendi evlerinde iş görmeleri (Kandemir, 2014) ve bunun bir sözleşme gereğince yapmalarınıdır.

Di Martino ve Wirth (1990) tele çalışmayı, çalışanın işini bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmak kaydıyla iş yeri dışında ve müşterisinden uzakta gerçekleştirmesi biçimi şeklinde tanımlamışlardır (Kördeve ve Aydın, 2016).

Çağrı üzerine çalışma, 4857 sayılı iş kanununa göre çağrı üzerine çalışma; işçinin ihtiyaç duyulması halinde iş görme ediminin yerine getirildiği bir çalışmadır (www.mevzuat.gov.tr)

Part-time çalışma, iş kanununa göre, işçinin, tam süreli çalışan emsal işçiye göre çalışma süresinin önemli ölçüde daha az belirlenmesidir (www.mevzuat.gov.tr)

İŞ GÜCÜ VE KADINLARIN İŞ GÜCÜNE KATILIMI

Genel anlamda kadınlar çalışma hayatında yer alsalar da almasalar da ev işlerinden tam anlamıyla sıyrılamamaktadır. Diğer bir ifadeyle kadın çalışma hayatı içinde hangi etkinlikte yer alırsa alsın, ev kadınlığı sorumluluğunu sürdürmektedir (Tutar ve Yetişen, 2009). Ülkemizde kadın nüfus oranı toplam nüfusun %49,8'i düzeyinde olmasına rağmen bu oran çalışma hayatına aynı şekilde yansımamıştır. Kadınların istihdam oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Buna göre;

Tablo 1. İstihdam Edilenlerin Yıllar ve Cinsiyete Göre İktisadi Faaliyet Kolları (15+ yaş)

Yıllar	TOPLAM	Erkek	Kadın
2004	19 632	14 585	5 047
2005	20 067	14 959	5 108
2006	20 423	15 165	5 258
2007	20 738	15 382	5 356
2008	21 194	15 598	5 595
2009	21 277	15 406	5 871

Kaynak: TÜİK, Hane halkı İşgücü Anketi Sonuçları

Tabloda görüldüğü üzere 15 yaş üzeri kadın çalışanların çalışma hayatına katılımı 15 yaş üzeri erkek çalışanların çalışma hayatına katılımına oranla göre 1/3 düzeyindedir. Diğer bir ifadeyle çalışan bireylerin sadece %30'u kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Yıllara göre iş gücüne katılmama nedenleri ise aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2. İşgücüne Dahil Olmayanların Yıllar Ve Cinsiyete Göre İşgücüne Dahil Olmama Nedenleri (Bin kişi, 15+ yaş)

Yıl	İşgücüne dahil olmayan nüfus	Cinsiyete göre işgücüne dahil olmayan nüfus	İş bulma ümidi olmayanlar (İş aramayıp hazır olanlar)	Diğer	Mevsimlik çalışanlar	Ev işleriyle meşgul	Eğitim/ Öğretim	Emekli	Çalışamaz halde	Diğer
-----	------------------------------	---	---	-------	----------------------	---------------------	-----------------	--------	-----------------	-------

Yıl	TOPLAM	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
2004	25 527	6 903	18 624	207	104	352	438	114	270	-	13 042	2 000	1 417	2 559	565	1 081	1 803	589	984
2005	25 905	6 969	18 936	292	194	426	651	81	310	-	12 703	1 981	1 472	2 528	584	1 132	1 966	530	1 056
2006	26 423	7 258	19 164	364	261	527	758	83	259	-	12 409	2 035	1 553	2 587	651	1 202	2 096	462	1 179
2007	26 879	7 415	19 464	383	229	424	706	82	207	-	12 124	2 082	1 598	2 824	695	1 196	2 029	425	1 875
2008	26 966	7 440	19 526	371	241	460	778	72	243	-	12 186	2 086	1 670	2 806	682	1 270	2 144	375	1 582
2009	26 938	7 471	19 466	447	310	451	854	20	67	-	12 101	2 134	1 832	2 858	763	1 252	2 143	308	1 397
2010	26 901	7 544	19 357	416	300	462	835	15	49	-	11 914	2 210	1 912	2 847	730	1 238	2 156	355	1 461
2011	26 867	7 453	19 414	406	271	446	821	13	50	-	11 872	2 175	2 043	2 844	772	1 232	2 174	336	1 410
2012	27 385	7 804	19 581	479	212	463	840	13	51	-	11 992	2 256	2 153	2 959	836	1 277	2 182	358	1 316
2013	27 337	7 814	19 523	401	237	485	956	13	37	-	11 463	2 244	2 221	3 006	831	1 307	2 360	359	1 419
014	28 048	8 045	20 004	349	248	546	938	22	39	-	11 856	2 495	2 394	3 027	865	1 270	2 296	335	1 368

Kaynak: TÜİK, Hane halkı İşgücü Anketi Sonuçları

Tabloya bakıldığında kadınların iş gücüne katılmama oranı erkeklere oranla 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle erkeklerde işsizlik oranı kadınlara göre 3 kat daha azdır.

Bu veriler OECD verileri ile de örtüşmektedir. Ülkemizin OECD ülkelerine göre erkek ve kadınlarda istihdam oranı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3. OECD Çalışma çağındaki nüfusun toplam nüfusa göre istihdam oranı

Ülke	Ort.	Erkek	Kadın	Ülke	Ort.	Erkek	Kadın
İzlanda	84,7	87,1	82,3	Kolombiya	67,6	79,9	55,9
İsviçre	80,2	84,4	76	Lüksemburg	66,2	71,3	60,8
İsveç	75,5	77	74	Kore	65,7	75,7	55,7
Norveç	74,8	76,5	73	Avrupa Birliği (28 ülke)	65,6	70,8	60,4
Yeni Zelanda	74,3	79,6	69,2	Slovenya	65,2	69,2	61
Hollanda	74,2	79	69,2	Euro Bölgesi (19 ülke)	64,5	69,6	59,4
Almanya	74	78,3	69,9	Macaristan	64	70,3	57,8
Danimarka	73,5	76,6	70,3	Portekiz	63,9	66,9	61,1
Japonya	73,3	81,9	64,6	Fransa	63,8	67,1	60,6

Birleşik Krallık	72,7	77,6	68	İrlanda	63,3	68,7	57,9
Kanada	72,5	75,6	69,4	Polonya	62,9	69,3	56,6
Avustralya	72,2	77,5	66,8	Slovak Cumhuriyeti	62,7	69,4	55,9
Estonya	71,9	75,3	68,5	Şili	62,4	73	51,9
Avusturya	71,1	75,2	67,1	Belçika	61,8	65,5	58
Çek Cumhuriyeti	70,2	77,9	62,4	Meksika	60,7	78,3	44,7
G7	69,1	74,9	63,4	İspanya	57,8	62,9	52,7
Amerika Birleşik Devletleri	68,7	74,2	63,4	İtalya	56,3	65,5	47,2
Finlandiya	68,5	69,3	67,7	Yunanistan	50,8	59,3	42,5
İsrail	68,3	72,1	64,6	Türkiye	50,1	69,8	30,4
Letonya	68,1	69,9	66,4	Güney Afrika	43,7	49,9	37,7
OECD Ortalama					66,2	74,1	58,5

<https://data.oecd.org>

OECD verileri incelendiğinde çalışma çağındaki kadın nüfusunun, toplam nüfusa oranı ülkemizde %30,4'tür. Bu oranla ülkemiz en düşük orana sahip ülke konumundadır. Bu nedenle kadın istihdamının daha üst seviyelere çıkarılabilmesi için yeni düzenlemeler de gerekmektedir. Hem işçi hem de işveren olarak kadınların çalışma hayatına kazandırılması önem arz etmektedir. Kadınların iş gücüne katılımını arttırmak için öncelikle iş gücüne katılım önündeki engellerin incelenmesinde fayda vardır. Buna göre kadınların iş gücüne katılımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları ve en önemlileri eğitim, ücretsiz iş gücü, medeni durum, cinsiyet eşitsizliğidir.

KADINLARIN İŞ GÜCÜNE KATILIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kadınların iş gücüne katılımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları eğitim, ücretsiz iş gücü, medeni durum, yasal düzenlemeler (Bozkaya, 2013), cinsel ve psikolojik taciz (Çakır, 2008), cinsiyet eşitsizliğidir. Bu faktörler kadının iş gücüne katılımını hem ülkemizde hem de dünyada etkilemektedir.

Eğitim

Kadınların iş hayatına katılımını etkileyen en önemli hususlardan birisi eğitimidir. Eğitimi düşük olan kadınlar iş bulmada zorlanmaktadır. Eğitimi diğer etmenlerle de birleşince daha büyük bir engel teşkil etmektedir. Çeşitli problemler nedeniyle eğitimine devam edemeyen veya eğitimini tamamlayamayan kadınların iş hayatına girmeleri zorlaşırken küçük yaşlarda evlenmek zorunda kalmakta ve bu nedenle de ev kadını olmaktadır.

Tablo 4. Ev kadınlarının eğitim düzeyi, 2013

Eğitim düzeyi	Oran
Okul Mezunu Olmayan	29,9
İlköğretim	54,7
Genel Lise	6,9
Mesleki ve Teknik Lise	5,2
Yüksekokul/Fakülte	3,3
Toplam	100

www.tuik.gov.tr

Tabloda da görüldüğü üzere, eğitimini tamamlayamayan veya eğitimine devam edemeyen kadınlar küçük yaşlarda evlilik hayatına geçtiklerinden evlilik sonrası bu eksikliklerini tamamlamakta zorlanmaktadır. Bu nedenle ev hanımlarında çalışma hayatına katılımı zor diğer bir ifadeyle neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Özellikle, günümüzün bilgi çağı olması daha eğitilmiş ve donanımlı çalışan istihdamını gerektirdiğinden, ev kadınları ya daha vasıfsız ve kayıt dışı işlerde çalışmak zorunda kalmakta ya da iş bulamamakta ve aile ekonomisine katkı sağlamamaktadırlar.

Tablo 5. 2013 Yılı Evlenme yaşı, eğitim ve istihdam oranı

Seçilmiş göstergeler	Erkek	Kadın
İlk evlenme yaşı	26,8	23,6
Okur-yazar olmayan nüfus oranı (%)	1,9	9,4
Yüksekokul veya fakülteden mezun nüfus oranı (%)	15,1	10,7
İstihdam oranı (%)	65,2	27,1
İşgücüne katılım oranı (%)	71,5	30,8
Genç işsizlik oranı	17	21,9

Tablodan da anlaşılacağı üzere kadınlar erkeklere oranla daha erken yaşlarda evlenmekte, eğitim imkânlarından daha az yararlanmakta ve böylece iş gücüne katılımı daha düşük düzeylerde olmaktadır. Ülkemizde yasal evlilik yaşı 18'dir. Bu yaş ebeveyn izni ve mahkeme kararı ile beraber 16 yaşa kadar

düşmektedir. Henüz eğitimini tamamlamayan bu yaş grubu kadınların ev hanımı statüsünde olması eğitimlerini tamamlamalarında engel teşkil edebilmektedir. Diğer bir ifadeyle iş hayatına katılımını zorlaştırmaktadır.

Ücretsiz İş Gücü

Türkiye'nin tarım ülkesi olması nedeniyle kırsal kesimde kadın işçiler tarım alanında çok çalışmaktadırlar. Kırsal kesimde kadının işgücüne katılım oranı, tarımda ücretsiz aile işçisi olarak çalışması nedeniyle yüksek düzeydedir (Bozkaya, 2013). Tarım alanında denetimleri zorluğu nedeniyle kırsal alanda çalışmakta olan kadınlar işsiz olarak gözükmektedir. Özellikle az gelişmiş bölgelerde ücretsiz iş gücü daha fazladır (Çakır, 2008). Kırsal kesimdeki her 100 kadından 84'ü tarım alanında çalışmakta ve bunun da %78'i ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (Deniz ve Hobikoğlu, 2012). Bu durum resmi anlamda kadının iş hayatına katılımını olumsuz etkilemektedir. Kadının ücretsiz işçi statüsünde çalışması hem kayıt dışı istihdam oluşturmada, hem de ekonomik anlamda bağımsızlığını engellemektedir. Çalışmasına karşın düzenli bir gelir sahibi olamayan diğer bir deyişle ücretsiz işçi olarak çalışan kadınlar kendilerini daha iyi ifade edememekte ve ekonomik anlamda aile içi kararlarda da fikir beyan edememektedirler.

Medeni Durum

Kadın, çalışma hayatı içinde hangi etkinlikte yer alırsa alsın, ev kadınlığı sorumluluğunu sürdürmektedir (Tutar ve Yetişen, 2009). Bu durum kadının ev işlerini yaparken çalışma hayatına katılımını olumsuz etkilemektedir. Evli ve 0-6 yaş grubu çocuk sahibi olan kadınların çalışma hayatına katılımının daha az olduğu tespit edilmiştir (Çakır, 2008). Ayrıca geleneksel toplumlarda bir dışlanma örneği olarak kadınların toplumda yer edinmelerini sağlayan tek olgu olarak evlilik görülmektedir (Çakır, 2002). Özellikle de kadının küçük yaşlarda evlendirilmek istenmesi ve dolayısıyla eğitiminin de eksik veya yarım kalması nedeniyle çalışma hayatına katılımı olumsuz etkilenmektedir.

Nüfus ve Konut Araştırması (NKA) sonuçlarına göre 2011 yılında, 15 ve daha yukarı yaşta ve en az bir evlilik yapmış okuryazar olmayan kadınların %74,9'u 4 ve daha fazla, lise veya dengi okul mezunu kadınların %4,8'i 4 ve daha fazla doğum yapmıştır. Yükseköğretim mezunlarının %22,9'u hiç doğum yapmazken %1,9'u 4 ve daha fazla doğum yapmıştır (TÜİK). Eğitimin düşük olması ve bakım ve ilgi gerektirdiği için çocuk sayısının çok olması da kadının çalışma hayatında yer almasının olumsuz etkileyecektir.

Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde kadınlarla ilgili geçmişten günümüze yapılan yasal düzenlemelerin bazıları şunlardır (Demir, 2011:32);

- 1982 Anayasası'nın 10. maddesi "Herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeple ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. Bu maddeye, 07.05.2004 tarihli 5170 sayılı Yasanın 1. maddesi ile eklenen cümleye göre ise; "Kadın-erkek eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür" hükmü getirilmiştir.

- Kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engelliler gibi özel surette korunmayı gerektiren kimseler için alınan tedbirler, eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz.

Yine Anayasamızın 03.10.2001 tarih ve 4709 sayılı 17. maddesi ile değişik; 41. maddesinde ailenin korunması ile ilgili düzenlemeler yer almış, madde hükmünde “Türk toplumunun temeli olan ailenin temeli eşler arası eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır” düzenlemesi yer almıştır. İş kanunu Madde 72 - Maden ocakları ile kablo döşemesi, kanalizasyon ve tünel inşaatı gibi yer altında veya su altında çalışılacak işlerde on sekiz yaşını doldurmamış erkek ve her yaşta kadınların çalıştırılması yasaktır.(www.mevzuat.gov.tr). Ayrıca iş ilişkisinde dil, ırk, renk, cinsiyet, engellilik, siyasal düşünce, felsefî inanç, din ve mezhep ve benzeri sebeplere dayalı ayırım yapılamaz ifadesi yer almaktadır.

Kadınların çalışma hayatında daha fazla yer almalarını hedefleyen bu düzenlemelere rağmen kadın çalışan sayısı henüz istenilen seviyede değildir. Bu düzenlemeleri destekleyici yeni düzenlemelere ve teşviklere de ihtiyaç vardır. Örneğin iş kanununa göre çocuk emziren kadın işçilerin çocuklarına süt vermeleri için süt izninin verilmesi veya doğum öncesi ve doğum sonrası izinlerin verilmesi, kadın çalışanların işverenlerce tercih edilmemesine negatif etki yapmaktadır. Bu nedenle kadının çalışma hayatına katılımını kolaylaştırıcı uygulamalar geliştirilmelidir. İşverenlere kadın çalışanlar için sağlanacak vergi indirimleri ve ücret teşvikleri sayesinde kadın çalışanların sayısı arttırılmalıdır.

Cinsiyet Eşitsizliği

Çalışma hayatında kadınların yaşadığı zor kullanma ve baskı neticesinde kadının çalışma hayatına tutunması zorlaşmaktadır.

Tablo 6. 2010-2014 yılları cinsiyete göre işveren olarak çalışanların dağılımı (15+ yaş,)

Yıl	Erkek	Kadın	Toplam
2010	93,1	6,9	100
2011	93	7	100
2012	92,5	7,5	100
2013	92	8	100
2014	92	8	100

www.tuik.gov.tr

Çalışma hayatındaki kadın istihdamının azlığı, kadın girişimciliğine de doğru orantılı olarak yansımıştır. Tabloda da görüldüğü üzere çalışma hayatında erkek girişimci oranı 5 yıllık süreçte %90’ın üzerinde seyrederken, kadın girişimciliği 5 yıllık süreçte %9’un altında kalmıştır. Diğer bir ifadeyle erkek girişimcilerin oranı kadın girişimcilere oranla 10 kat daha fazladır. Bu nedenle kadın girişimcilerin pozitif anlamda daha fazla desteklenerek çalışma hayatına kazandırılması gerekmektedir.

Kadınlar çalışan olarak da bazı mağduriyetler yaşayabilmektedir. Bunun en dikkat çekici örneği sigortasız çalıştırılan kadınların sigortasız çalıştırılan erkeklere göre daha fazla olmasıdır (Birgül, 2012, s.315).

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma, kamuda ve özel sektörde memur ve işçi statüsünde çalışmakta olan kadınlar üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma kadınların çalışma hayatına katılımlarını esnek çalışma modellerine göre değerlendirmek üzere yapılan nicel bir araştırmadır.

İki bölümden oluşan araştırmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket soruları Kördeve'nin (2016) çalışmasında kullandığı sorular temel alınarak ve araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Sekiz sorudan oluşan birinci bölümde demografik faktörlere ilişkin sorular sorulmuştur. On bir sorudan oluşan ve 5'li Likert ölçeklendirmesi kullanılan ikinci bölümde ise esnek çalışmaya yönelik sorular sorulmuştur. Katılımcılara "Bu bölümde esnek çalışma ile ilgili sorular yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen aşağıdaki soruların, size göre en uygun olanını, cevap kutucuğuna (X) işareti koyarak işaretleyiniz." denilerek, katılımcıların cevaplarını 'Kesinlikle Katılıyorum (5)' seçeneğinden 'Hiç Katılmıyorum (1)' seçeneğine doğru vermeleri istenmiştir. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı esnek çalışma uygulamaları ile kadınların çalışma hayatına katılımının artırılmasına katkı yapmaktır. Bu amaçla, çalışma hayatında yer alan kadınların esnek çalışma modellerine bakış açılarını araştırarak, çeşitli engeller nedeniyle iş gücüne katılmayan kadınların çalışma hayatına katılımını sağlamak için yeni yöntemler geliştirmektir. Araştırmada kadınların çalışma hayatına katılımına etki edecek faktörler ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırma hem iş hayatını hem de ev işlerini bir arada yürütmeleri nedeniyle çalışan kadınlar üzerinde yapılmıştır.

Bu araştırmanın amacı esnek çalışma uygulamaları ile kadınların çalışma hayatına katılımının artırılmasına katkı yapmaktır

Araştırmanın Modeli

Araştırma çalışan kadınların esnek çalışma modellerine bakış açılarını değerlendirmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Veri toplama işlemi 2016 yılı Kasım ayında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada sınırlılıklardan ve izin probleminden dolayı basit tesadüfi örnekleme yöntemi uygulanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma aşamasında zaman kısıtlılığının olması ve çalışma hayatında kadınların yeterince yer alamaması, anket çalışmasının uygulanması için gerekli izinlerin zaman alması nedeniyle araştırma 234 kadın katılımcıyla sınırlı kalmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni İstanbul ilinde çeşitli kurum ve kuruluşlarda çalışmakta olan kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılım zorunlu olmayıp toplam 234 kişi katılmıştır. Araştırmada sadece kadın çalışanlara yapılmış olup, kadın çalışanların bakış açısına göre kadınların çalışma hayatına katılımları değerlendirilmeye çalışılmıştır. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcılara ait özellikler

Faktörler	Kategoriler	Frekans	Yüzde
Yaş	18-25	40	17,1
	26-35	101	43,2
	36-45	80	34,2
	46 ve üzeri	13	5,6
	Toplam	234	100,0
Eğitim	İlköğretim-Ortaöğretim	33	14,1
	Ön Lisans	64	27,4
	Lisans	108	46,2
	Y.Lisans-Doktora	29	12,4
	Toplam	234	100,0
Medeni Durum	Evli	167	71,4
	Bekâr	67	28,6
	Toplam	234	100,0
Çocuk Sayısı	0	88	37,6
	1	61	26,1
	2	64	27,4
	3	19	8,1
	4	2	,9
	Toplam	234	100,0
Çalışma Yılı	1-3 Yıl	46	19,7
	4-10 Yıl	79	33,8
	11-20 Yıl	75	32,1
	21 ve Üzeri	34	14,5
	Toplam	234	100,0
	İşçi	105	44,9

Meslek	Memur	129	55,1
	Toplam	234	100,0
Maaş	1300-2000	87	37,2
	2001-2700	82	35,0
	2701-3500	47	20,1
	3501 ve üzeri	18	7,7
	Toplam	234	100,0

Kadın çalışanlarda en yüksek oran 36-45 yaş grubundadır. Buna göre kadınlar belli bir yaşa kadar çalışmakta, daha sonra ise kadınlarda çalışma oranı düşmektedir. Diğer bir deyişle aile, çocuk ve benzeri sorumlulukları artan kadınlar çalışma hayatını terk etmektedirler. Tablodan da anlaşılacağı üzere çocuk sayısı arttıkça kadın çalışan sayısı ters orantılı olarak azalmaktadır.

Dikkat çeken diğer bir nokta ise çalışanların maaş durumuna bakıldığında görülmektedir. En fazla çalışan sayısı en az maaş aralığındadır. Bu da akla kadın çalışanlarda ücretlerin daha düşük olduğu yaklaşımını getirmektedir.

Tablo 8. Soru Bölümleri ve Değişken Türleri

Soru Bölümleri	Değişken Türü	Soru Sayısı	Ölçek
Kişisel ve İş Hayatı Bilgileri	Bağımsız	8	Nominal-Ordinal
Esnek Çalışma Ölçeği	Bağımlı	11	5’li Likert

Tabloda görüldüğü üzere araştırmada, 8 bağımsız ve 11 bağımlı olmak üzere toplam 19 sorudan oluşan bir ölçek kullanılmıştır.

Anketi oluşturan her bir sorunun madde analizi yapılmış, anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Soru-Bütün istatistiklerine göre Cronbach’s Alfa katsayılarında ilgili soru çıkarıldıktan sonraki değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmediğinden bütün soruların ölçekte yer alması gerektiği değerlendirilerek soru çıkarılmamıştır.

Cronbach's Alpha modeline göre ölçek 0,933 düzeyinde güvenilir bulunmuş olup, literatüre göre “Yüksek Derecede Güvenilir”dir.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(KÖRDEVE,M,K)

Araştırmada esnek çalışma uygulamaları ile ilişkili olabilecek değişkenlere göre hipotezler aşağıdaki gibi kurulmuştur.

H1: Kadınların çalışma hayatına kazandırılmasında esnek çalışma faktörü ile medeni durum arasında ilişki vardır.

H2: Kadınların çalışma hayatına kazandırılmasında esnek çalışma faktörü ile çocuk sahibi olma arasında ilişki vardır.

BULGULAR

Öncelikle anket modelimiz faktör analizine uygundur ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testiyle ispatlanmıştır. KMO değeri 0,933 olup, literatüre göre ‘Çok iyi’ bir değerdir ve model faktör analizi yapmak için uygundur. Değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Barlett’s test anlamlılığı da ($p=0,000$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör analizine uygunluğunun bir başka kanıtı olarak Anti-imağ korelasyon katsayılarına ait köşegen değerleri 0.50’den büyük bulunmuş ve faktör analizinden soru çıkarılmamıştır. Metot olarak Temel Bileşenler (Principal Components) seçilmiş ve Öz değeri (Eigenvalues) 1’den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. Öz değeri 1’in üzerinde 1 tane faktör bulunmuş ve kümülatif toplamda bu ölçek, ölçülmeye çalışılan özelliğin % 63,589’unu açıklayabilmektedir. Eğer toplam varyansın açıklanmasında % 63,589 oranında bir bilgi yeterli görülmeseydi, ankete yeni sorular ve faktörler ekleyerek çalışmanın tekrarlanması düşünebilirdi. Okunabilirliği arttırmak ve daha uygun bir yapı ortaya çıkarmak için varimax metoduyla rotasyon yapılmıştır.

Tablo 9. Faktör Yüğü Tablosu

Faktör Adı	Faktör yükü 1
S.1- Esnek çalışma uygulamaları ile aileme daha çok vakit ayıracağıma inanıyorum.	,830
Esnek Çalışma Faktörü	
S.2- Esnek çalışma uygulamaları ile iş yerindeki performansımın daha çok artacağına inanıyorum.	,798
S.3- Esnek çalışma modelleri ile sosyal aktivitelerimin artacağına inanıyorum.	,796

S.4- Esnek çalışma uygulamaları ile gelir düzeyimin artacağına inanıyorum.	,540
S.5- Esnek çalışma uygulamaları ile stresimin azalacağına inanıyorum.	,819
S.6- Esnek çalışma ile çalışma hayatındaki kadınların eğitim olanakları genişler ve eğitim düzeyleri artar.	,805
S.7- Esnek çalışma modelleri sayesinde evli kadınlarının çalışma oranı artar	,775
S.8- Esnek çalışma modelleri ile kadınların istihdamı artar	,847
S.9- Esnek çalışma modellerinin uygulanması ile Kadınların işten ayrılmaları azalır.	,833
S.10- İş hayatı dışındaki sorumluluklarımı halledebilmem için esnek çalışma uygulamaları gereklidir	,803
S.11- Esnek çalışma uygulamaları ile iş-aile dengesini daha iyi kurarım	,875

Elde edilen faktörler arasındaki ilişkiler cinsiyet ve medeni durum değişkenine göre korelasyon tablosunda gösterilmiştir.

Tablo 10. Korelasyon Tablosu

		Medeni Durum	Çocuk Sahibi	Esnek Çalışma Faktörü
Medeni Durum	Pearson Correlation	1	-,543**	-,130*
	Sig. (2-tailed)		,000	,048
	N	234	234	234
Çocuk Sahibi	Pearson Correlation	-,543**	1	,186**
	Sig. (2-tailed)	,000		,004
	N	234	234	234
Esnek Çalışma Faktörü	Pearson Correlation	-,130*	,186**	1
	Sig. (2-tailed)	,048	,004	
	N	234	234	234

** . Korelasyon, 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

* . Korelasyon, 0.05 seviyesinde anlamlıdır (2-tailed).

Elde edilen faktör ile medeni durum ve çocuk sahibi değişkeni arasındaki ilişkiler, %1 düzeyinde anlamlılığa göre iki yıldız ile %5 düzeyinde anlamlılığa göre ise bir yıldız ile işaretlidirler. Buna göre, medeni durum ile esnek çalışma faktörü arasında -,130 düzeyinde zayıf, negatif yönlü anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Çocuk sahibi olma ile esnek çalışma faktörü arasında ,186 düzeyinde zayıf, pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Medeni durum, çocuk sahibi olma ve esnek çalışma faktörü arasındaki ilişki çoklu regresyon modeli ile test edilmiştir.

HİPOTEZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Tablo 11. Hipotezlere ait bulgular

HİPOTEZLER	KORELASYON	BULGULAR	REGRESYON (a, b)		SONUÇ
			R	R ²	
			R = 0,189 R ² = 0,0136 F = 4,289 (p=0,05) Sabit = 0,368		
H1: Kadınların çalışma hayatına kazandırılmasında esnek çalışma faktörü ile medeni durum arasında ilişki vardır.	r=-0,130* p=0,015	İlişki anlamlı	B= -0,089 β= -0,040 t= -0,523	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ
H2: Kadınların çalışma hayatına kazandırılmasında esnek çalışma faktörü ile çocuk sahibi olma arasında ilişki vardır.	r=-0,186* p=0,015	İlişki anlamlı	B=0,160 β=0,164 t=2,135	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ

Esnek çalışma faktörü ile medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenleri arasında %03 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır (F(2,231)=4,289; p=0,015). Cinsiyet ve medeni durumun, esnek çalışma faktörü üzerinde %5 anlamlılık seviyesinde (p=,015) aynı yönlü doğrusal bir etkisi vardır Beta katsayıları karşılaştırıldığında cinsiyet faktörü esnek çalışma faktörünü ,040 düzeyinde; medeni durum ise esnek çalışma faktörünü ,164 düzeyinde etkilemektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ülkemizde kadınların iş gücüne katılımı henüz istenilen seviyede değildir. TÜİK verilerine göre bakıldığında da bu durum daha iyi görülmektedir.

Tablo 12. İş gücüne Katılım Oranı

Yıllar	Erkek	Kadın
2014	65%	31%
2015	66%	32%

www.tuik.com.tr

Tabloya göre son iki yılda erkeklerin iş gücüne katılımı kadınlara göre iki kat daha fazladır. Bunda birçok faktörün etkisi söz konusudur. Bu durumun iyileştirilebilmesi için bazı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Geleneksel toplum anlayışı, aile, çocuk ve eş sorumluluklarının olması kadının kariyer anlamında ilerlemesinde zorlayıcı etki yapmaktadır (Negiz ve Yemen, 2011). Diğer bir ifadeyle toplumumuzda özellikle çocuğun sorumluluğunun kadınlara yüklenmesi, kadınların hem çalışma hayatına katılımını zorlaştırmakta hem de çalışma hayatındaki kadınların ilerlemesini engellemektedir.

Kadınların çalışma hayatındaki problemleri Osmanlı devleti zamanında da ele alınmış, toplumsal ilerleme ve değişim için kadının söz sahibi olmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur (Özkiraz ve Arslanel, 2011). Ancak geçmişten günümüze kadının çalışma hayatındaki yerini yeterince alamaması ve ekonomik bağımsızlığının istenilen düzeyde olmaması nedeniyle toplumsal hayatta da söz sahibi olması istenilen seviyelerde değildir.

Cinsiyet eşitsizliğinin ekonomik, Sosyo kültürel ve siyasi anlamda giderilmesi gerekmektedir (Tutar ve Yetişen, 2009). Ekonomik büyüme ve kalkınma anlamında nitelikli iş gücü ülke ekonomisi için çok önemlidir. Ancak nitelikli iş gücü sayesinde uluslararası alanda bu büyüme hızı yakalanabilir. Bu büyüme hızının yakalanması için cinsiyet ayrımını kaldıracak düzenlemelerle sağlanabilir. Diğer bir ifadeyle kişiler arasındaki ayrımın sadece nitelikli ve niteliksiz iş gücü olarak yapılması gerekmektedir.

Kadın çalışanların istihdamında bekâr kadınlar evli kadınlara göre daha çok tercih edilebilmektedir. Bu nedenle kadınların iş hayatına daha çok katılımının sağlanması için evli kadınların da istihdamı teşvik edilmelidir. Kadın çalışanları ve evli kadın çalışanları istihdam eden işverenler teşvik edilmeli; kamu kurum ve kuruluşlarında pozitif ayrımcılık anlamında bazı teşvikler sağlanmalıdır.

Çalışma hayatına kadın çalışanların sayısını arttırmak için yeni donanımlar kazandırılmalı özellikle eğitilmiş kadınların sayısı artırılmalıdır. Erken yaşta evlenen ve eğitimi yarım kalan ev kadınlarının eğitim faaliyetleri desteklenmelidir.

Kadınların çalışma hayatına kazandırılması için sadece çalışan olarak değil işveren olarak da daha fazla desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle kadın girişimciler için yeni politikalar geliştirilmeli özellikle KOSGEB ve proje desteği veren kurum ve kuruluşlarca kadın girişimciler daha fazla desteklenmelidir. Ülkemizde 2004 ile 2014 yılları arasındaki TÜİK verilerine göre 10.000'in üzerinde sadece ev işleriyle meşgul olan kadınlar da göz önüne alındığında, ev kadınlarına yönelik düzenlemeler ve faaliyetler yapılması önem arz etmektedir.

Kadınlar erkeklere göre daha fazla esnek çalışma uygulamalarına yönelik tutum sergilemektedirler (Scandura ve Lankau, 1997). Kadınların geleneksel toplum anlayışına göre ev işlerinden de birincil derecede sorumlu olması da bunda etkili olabilir. Hem çalışma hayatı hem de aile hayatını bir arada götürmeye çalışan kadınlar esnek çalışma modellerine de sıcak bakacaklardır.

Jain ve swami yaptıkları çalışmada esneklik ile verimliliğin artacağı ve devamsızlığın azalacağını savunmuşlardır (Jain ve Swami, 2014). Bu da araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Leschkei de esnek çalışma ile çocuklu aileler için farklı izin sistemleri geliştirilerek çalışanlara avantajlar sağlanacağını savunmuştur (Leschkei, 2011). Çıkan bu sonuç araştırmada elde edilen verilerle paralellik arz etmektedir

Bu alanda yeterli araştırma yapılmış olmadığından daha geniş ve kapsamlı araştırma yapılması önerilmektedir.

Araştırma sadece çalışan kadın katılımcılar üzerinde yapılmıştır. Erkek katılımcıların ve ev kadınlarının da katılımı sağlandığı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Bilgin, B., (2012). Çalışma yaşamında kadın ve yasal düzenlemeler. TBB Dergisi. (99), 311-315.
- Bozkaya, G. (2013). Kadınların işgücüne katılımını belirleyen faktörler: Türkiye üzerine bir analiz. Sosyal Bilimler Dergisi, 3(5), 69-89.
- Çakır, Ö. (2008). Türkiye'de kadının çalışma yaşamından dışlanması. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (31), 25-47.
- Çakır, Ö., (2002), Sosyal dışlanma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 4 (3), 83-104
- Dedeoğlu, S. (2011). Türkiye'de göçmenlerin sosyal dışlanması: İstanbul hazır-giyim sanayinde çalışan Azerbaycanlı göçmen kadınlar örneği. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(01), 027-048.
- Demir, A., (2011). Yasal düzenlemelerde kadın hakları. Hukuk Gündemi., Mart sayısı, 32-36
- Deniz, M., Hobikoglu, E. (2012). Cinsiyete göre gelişme endeksi çerçevesinde kadın istihdamının ekonomik değerlendirmesi: Türkiye örneği. In International Conference on Eurasian Economies.11-13
- Genç, Y., Çat, G. (2013). Engellilerin istihdamı ve sosyal içerme ilişkisi. Akademik İncelemeler Dergisi, 8(1), 363-393
- Hekimler, Ö. G. O. (2012). Yoksulluk mu yoksunluk mu? Sosyal dışlanma üzerine bir değerlendirme. 1, 1-28.
- Jain, B.,Swami, Y. (2014). Flexible Work Arrangements and Employee Retention in IT Sector. International Journal of Advance Research in Computer Science and Management Studies Volume 2 (12) 109-116.
- Kandemir, M. (2014). Evde çalışma ve 6098 sayılı türk borçlar kanunu'nun evde hizmet sözleşmesine ilişkin hükümleri. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 72(2), 143-166.
- Kaya, M., Doğan, B. B. (2016). Esnek Çalışma Modeli: Ev Eksenli Çalışma. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 15 (58), 1066-1099.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(KÖRDEVE,M,K)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Kördeve, M. (2016). Esnek Çalışma Uygulamalarının Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi: Demografik Değişkenlere Göre Sağlık Sektöründe Sağlık Profesyonelleri Harici Personel Üzerinde Bir Uygulama. Doktora tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,30

Kördeve, M., Aydınlan, B., (2016). Esnek çalışma ve örgütsel bağlılık ilişkisi: sağlık profesyonelleri üzerinde bir uygulama. İşletme araştırmaları dergisi, 8(2), 277-292

Leschkei, J. (2011). Flexible working lives and pension coverage in Europe with a focus on women: Lessons to be learned by Germany. Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe. (1) 1-27.

Negiz, N., Yemen, A. (2011). Kamu Örgütlerinde Kadın Yöneticiler: Yönetici ve Çalışan Açısından Yönetimde Kadın Sorunsalı. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2011(24), 195-214.

Özkiraz, A., & Arslanel, M. N. (2011). İkinci meşrutiyet döneminde kadın olmak. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 3(1), 1-8.

Scandura T. A. ve Lankau M. J.(1997). Relationships of gender, family responsibility and flexiblework hours to organizational commitment and job satisfaction', Journal Of Organizational Behavior, 18, 377-391.

Tutar ve Yetişen (2009). Türkiye’de kadının ekonomik kalkınmadaki rolü. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 2009, 2(2), 116-131.

<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf> 12.10.2016 tarihinde alınmıştır.

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007 21.11.2016 tarihinde alınmıştır.

HASTANE YATAK KULLANIM VERİMLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRMESİNDE PABON LASSO METODU: LİTERATÜR TARAMASI

Dr, Mustafa Said YILDIZ

Sağlık Bakanlığı

msaid@email.com

Giriş

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek ve etkinliğini artırmak politika yapıcıların ve hastane yöneticilerin amaçları arasındadır. Hastane maliyetleri sağlık harcamaları içinde önemli yer tutmakta, yatak sayısının etkili şekilde planlanması, organizasyonu ve kullanımını önemli belirleyiciler haline gelmektedir. Pabon Lasso metodu yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı göstergelerinin aynı anda değerlendirilebilmesi için elverişli bir araçtır. Bu çalışmada, öncelikle metodun kullanımına ilişkin açıklamalarda bulunulmuş, sonrasında metodun literatürdeki kullanım şekilleri ve amaçlarına yer verilmiştir. Metodun görece olarak kolayca uygulanabilirliği, sağlıklı verilere dayanması ile anlamlı ve elverişli sonuçlar verme potansiyeli nedeniyle yıllar içinde sıklaşacağı öngörülebilecektir. Metodun ve uygulama örneklerinin daha iyi anlaşılması Türkiye hastanelerinde uygulamaların artışıını destekleyeceği beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Yatak Kullanım verimliliği, Pabon Lasso metodu, Sağlık kurumlarının etkinliği

Abstract

Decreasing costs and increasing efficiency of healthcare is among the goals of policy makers and hospital administrators. While hospital costs occupies an important place in healthcare expenditures; effective planning, organization and utilization of hospital beds becomes crucial determinants. Pabon Lasso method is a convenient tool which evaluates important indicators as bed occupancy rate, bed turnover rate and average length of stay at the same time. After explanation about usage of the method, application styles and purposes in literature are compiled for this study. With features like relative simplicity of its application, dependence to robust data and ability of reaching significant and feasible results; Pabon Lasso method has a more frequently application potential. It is anticipated that a better understanding of the method and its examples may support its applications for hospital settings in Turkey.

Keywords: Hospital beds utilization productivity, Pabon Lasso methodology, Efficiency of healthcare institutions

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde maliyetleri artırmadan etkinlik ve kalitede artış sağlamak gerek, mikro düzeyde hastanelerin, gerekse sağlık politikası yapıcılarının en önemli amaçlarından biri olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunun maliyetinde sürekli bir artış yaşanmış, bu durum etkinlik çalışmalarına duyulan ilginin giderek artmasına sebep olmuştur (Worthington, 2004). Etkinliğin iyileştirilmesi ile daha fazla miktarda sağlık hizmetinin daha az kaynakla sağlanması, erişim artırılırken, maliyetlerin azaltılması mümkün olabilecektir (Rosko ve Mutter, 2011) Sağlık hizmeti sunum kaynaklarının kıtlığı; optimal yatak tahsisini, kaliteli sağlık hizmetini ve yeterli finansal desteği aynı anda garanti edecek politikaların dikkatle yürütülmesini gerekli kılmaktadır (Belciug ve Gorunescu, 2015).

Etkinlik ölçümü ve değerlendirilmesi için çok çeşitli yöntem ve araçlar kullanılmış, veri zarflama analizi ve stokastik sınır analizi bu ölçüm yollarından en sık kullanılanları olarak öne çıkmıştır (Liebenstein ve Maital, 1992). Ülkemizde de sağlık alanında stokastik sınır analizi daha az olmak üzere, her iki metod da uygulanmıştır (Öztürk ve Yıldız, 2016).

Hastaneler pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamalarında önemli pay işgal etmekte, hastane yataklarının verimsiz kullanılması doğrudan genel sağlık harcamalarına olumsuz etkide bulunabilmektedir. Hastane yataklarının etkin şekilde kullanımı finansal sürdürülebilirliği ve hizmet sunum kalitesini beraberinde getirebilecektir. Makro ölçekte ise doğru bir planlama ile mülkiyet, nitelik, rol ve büyüklük bakımından farklı türdeki hastaneler arasında uygun kaynak tahsisi ülke toplam sağlık harcamasını etkileyebilecektir. Özellikle kamu payının ve müdahalesinin yoğun olduğu ülkelerde sağlık tesislerinin etkinliğinin iyi anlaşılması sağlık kaynaklarının etkin ve etkili kullanımı için önem taşımaktadır (Jacobs, Smith ve Street, 2006). Tüm ülkeler için geçerli olan bu durum sağlık tesisi etkinlik ölçümü literatürünün yıllar boyunca artış göstermesine sebep olmuştur (Hollingsworth, 2003).

Bu makalede yatak kullanım verimliliğinin analiz edilmesinde sıklıkla kullanılan üç göstergesi (yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı) aynı anda değerlendirebilen Pabon Lasso metodunun açıklaması yapılmış ardından metodun kullanıldığı literatür derlenmiştir. Metodun ne şekilde ve hangi amaçlarla kullanıldığının görülmesi ile ülkemiz hastane verilerinin değerlendirilmesi amaçlı kullanımın artmasına katkı sağlanması beklenmektedir.

1. PABON LASSO METODU

Hastane yataklarının verimli şekilde kullanılması hastane yöneticileri ve politika yapıcılarının hedefi olmuştur. Yatakların boş kalması yüksek maliyetle hizmet verdiği bilinen sağlık

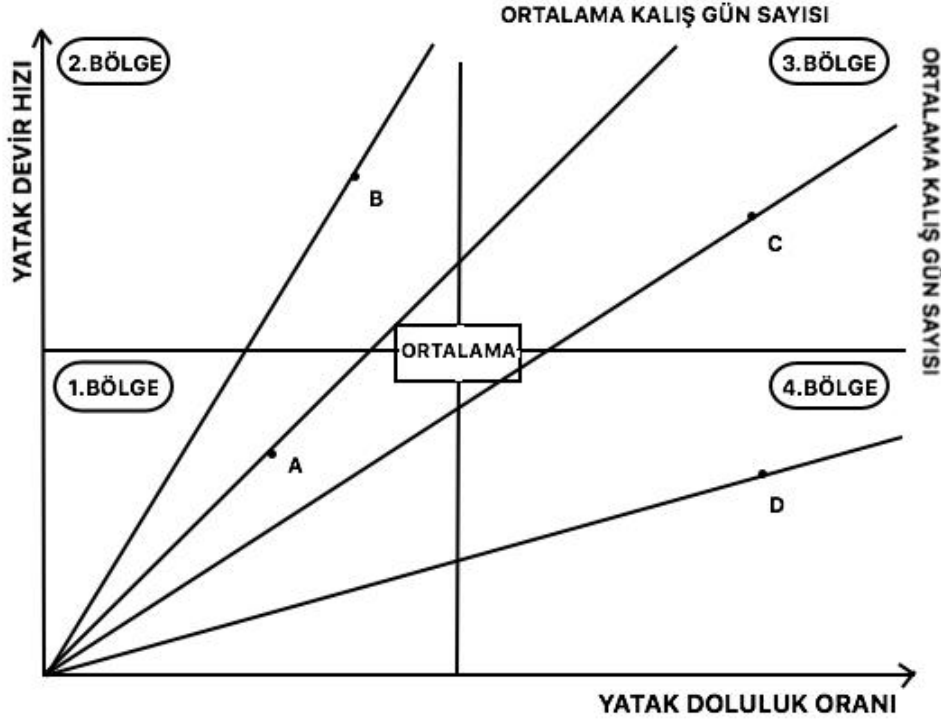
tesislerinde yatırım, teknoloji ve insan kaynağının israfını beraberinde getirmektedir. Bu durumda optimal yatak doluluğu ile hizmet vermek önem kazanmaktadır.

Bu amaçla birçok gösterge kullanılmış ve verimlilik düzeyi böylelikle anlaşılmaya ve takip edilmeye çalışılmıştır. Yatak doluluk oranı, yatan hasta ortalama kalış gün sayısı ve yatak devir hızı bu göstergelerden en sıklıkla kullanılanı olarak öne çıkmıştır. Yatak kapasitesi kullanımına ilişkin sayılan bu göstergelerin tek başlarına kullanımının yanlış yönlendirebileceği düşünülmüştür. Değerlendirme için birbirinden bağımsız şekilde kullanılan bu göstergeleri Lasso (1986) birleştirme ve birlikte değerlendirmenin yolunu tariflemiş ve Colombia'daki hastaneler için kullanmış; günümüze değin farklı şekillerde bu değerlendirme yolu kullanılmıştır. Söz konusu gösterim ve analiz metodu Pabon Lasso olarak anılmıştır. Oldukça basit bir kullanımının olması, sağlıklı elde edilen verilerden oluşan göstergeleri kullanması ve elverişli sonuçlar sunması ile kullanımı yaygınlık göstermiştir.

Pabon Lasso metodunda kullanılan üç gösterge ve kısa açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir. Açıklamalar Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarına uygun olarak yapılmıştır.

- **Yatak Doluluk Oranı (Bed Occupancy Rate):** Belirli bir sürede yatakların hasta tarafından ne oranda kullanıldığını göstermektedir. Bu süre karşılaştırma için genelde bir yıl olarak belirlenmekte, yatak sayısının 365 ile çarpımı paydada bulundurularak bir yılda kullanım hesaplanmaktadır. Yatak doluluk oranı'nın yüzde yüzden fazla olması da olasıdır. Bir salgın durumunda resmi yataklara geçici yatakların eklenmesi veya gece taburculukları bunun sebepleri olabilir. Gösterge; $(\text{Yatılan Gün Sayısı} \times 100) / (\text{Yatak sayısı} \times 365)$ şeklinde hesaplanmaktadır.
- **Ortalama Kalış Günü (Average Length of Stay):** Bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısını göstermektedir. Bir hastanın kalış gün sayısı yatışından taburculuğuna geçen süredir. Bir günden az yatış yapanların kalış gün sayısı bir gün sayılır. Toplam hasta kalış gün sayısı söz konusu kalışların toplamıdır. Yatılan gün sayısı'nın taburcu olan veya ölen hasta sayısına bölünmesi ile ise kalış günü'ne ulaşılır. Gösterge; $(\text{Yatılan Gün Sayısı}) / (\text{Taburcu} + \text{Ölen})$ Kişi Sayısı şeklinde hesaplanmaktadır.
- **Yatak Devir Hızı (Bed Turnover Rate):** Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını göstermektedir. $(\text{Taburcu} + \text{Ölen})$ Kişi Sayısı / (Yatak Sayısı) şeklinde hesaplanmaktadır.

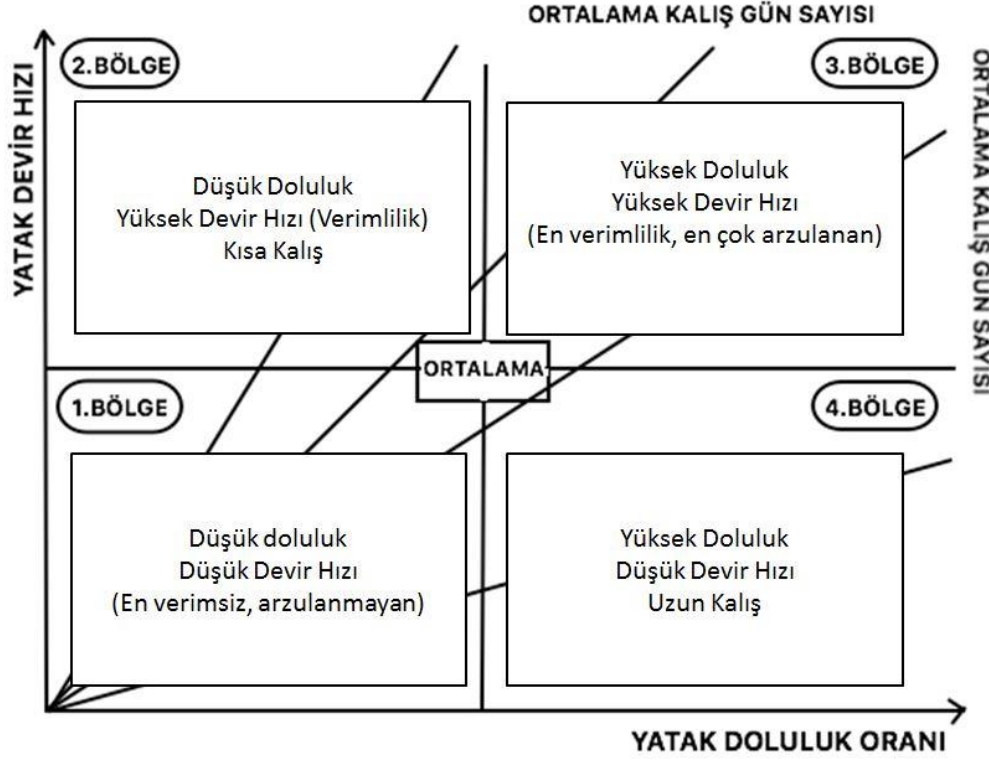
Pabon Lasso Modeli (PLM) üç göstergenin birbiriyle olan matematiksel ilişkisinden yararlanarak Yatak Devir Hızı'nı (YDH) dikey, Yatak Doluluk Oranı'nı (YDO) yatay ekseninde göstermiş; böylelikle 0 noktasından başlayıp bu iki oranın birleştiği noktadan geçen doğru Ortalama Kalış Günü'nü temsil edebilmiştir. Model, Söz konusu buluşma noktalarının grafikte yerleştikleri bölgelere göre hastane yatak verimliliği üzerine yorum yapabilmıştır.



Şekilde A, B, C ve D noktaları hastanelerin yatak kullanım durumlarına göre grafikte konumlandıkları yeri ifade etmektedir.

- A hastanesi düşük yatak doluluk oranı ve düşük devir hızı ile 1.Bölgede,
- B hastanesi düşük yatak doluluk oranı, yüksek yatak devir hızı ile 2.Bölgede,
- C hastanesi, yüksek yatak devir hızı ve yüksek, yatak doluluk oranı ile 3.Bölgede,
- D hastanesi düşük yatak devir hızı ve yüksek yatak doluluk oranı ile 4.Bölgededir.
- Ortalama Kalış Gün Sayısı ise x ve y eksenindeki yatak doluluk oranı ve yatak devir hızının ilişkisinden dolayı soldan sağa doğru artarak gösterilmiştir. B en düşük ortalama kalış gün sayısına sahiptir, A ondan daha büyük; C daha büyük ve D en büyük ortalama kalış gün sayısına sahiptir.

Oluşan grafiği yorumlamak amacıyla model, grafik alanını x ve y eksenlerindeki değerlerin ortalamasından geçen iki doğru ile 4 parçaya ayırmıştır. Pabon Lasso ortalama yerine standart sapmaların da kullanılabilmesini önermiştir.



Grafikteki bölgeler, anlamları ve örnekleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. Bölge (sol alt köşe): Bu bölgeye yerleşen hastaneler düşük devir hızı, düşük doluluk göstermektedir. En az arzulanandır. Daha düşük yatak doluluğu ve düşük verimliliğe işaret etmektedir. Yataklardan yeteri kadar yararlanmama, şayet yatak sayısı ile orantılı sayıda işler çalışanlardan ve yatırımlardan da yeteri kadar yararlanmama sonucunu verebilecektir. Bunun sonucunda maliyet gerekenden fazla olacaktır. Fazla kapasitenin maliyeti daha küçük ölçekli hastanelerde daha az; daha büyük ölçekli, teknolojiyi ve diğer kaynakları daha fazla kullanan hastaneler için daha fazla olacaktır.

Bu bölgede bulunma sebepleri çeşitlilik arzedebilir. Hastaların diğer alternatifleri tercih edebilmeleri, sağlık çalışanları ve özellikle doktorların düşük motivasyonu (Adham ve diğerleri), ayakta tedavi hizmetlerinin daha fazla sunulması veya gelen hastaların başka hastanelere sevk edilmesi (Çalışkan, 2016) bunlardan bazıları olarak sayılabilir.

2. Bölge (sol üst köşe): Bu bölgedeki hastaneler yüksek devir hızı, düşük doluluk ve kısa kalış süreleri göstermektedir. Bu bölgede bulunma sebeplerinden bazıları ise hastanenin kısa dönemli bakım rolü bulunan hastanelerden olması, doğumevi fonksiyonu (Mohammadi ve diğerleri), normal doğumların yoğun olduğu bir hastane olması (Nwagbara ve Rasiah, 2015), fazlaca gereksiz yatış potansiyeli (Bahadori ve diğerleri, 2011), gözlem gerekçesiyle yatışların fazlalığı (Goshtasebi ve diğerleri, 2009) olarak sayılabilir.

3. Bölge (sağ üst köşe): Bu bölgede konumlanan hastaneler yüksek devir hızı ve yüksek doluluk göstermektedirler. En çok arzulanan durum burada bulunmaktadır. En yüksek kantitatif performans, daha az oranda kullanılmayan yatak bulundurlar. Uygun coğrafi pozisyon (Adham ve diğerleri, 2014) ve hasta yatak sayısının gerçekçi ve uygun şekilde belirlenmiş olması (Nabukeera, Boerhannoeddin ve Noriza, 2015) bu bölgede konumlanmaya sebep olabilir.

4. Bölge (sağ alt köşe): Bu bölgedeki hastaneler düşük devir hızı, yüksek doluluk ve uzun kalış süreleri bulunmaktadır. Aynı coğrafi alanda bulunan hastanelere az sevk yapılması (Bahadori ve diğerleri, 2011), vaka karmasının daha çok daha yüksek oranda ciddi vakalar ve daha yoğunlukla kronik vakalardan oluşuyor olması (Mohammadi ve diğerleri, 2014), psikiyatri hastanesi fonksiyonu (Kalhor ve diğerleri, 2016) bu bölgede yer almanın sebeplerinden bazılarıdır.

2.PABON LASSO KULLANIMINA İLİŞKİN LİTERATÜR

Pabon Lasso Metodunun kullanım şekillerini ülke çapında, tek yıllık (kesit) ve çok yıllık (trend) olarak sınıflandırabiliriz. Bu kapsamda yapılan çalışmalar ve metodu kullanım şekillerine bu bölümde yer verilmiştir. Son olarak ülkemiz hastaneleri için kullanımına değinilmiştir.

2.1. ÜLKE ÇAPINDA ÇALIŞMALAR

Ülkelerin hastanelerinin genel durumlarını saptamak üzere Pabon Lasso grafiğinin kullandıkları görülmektedir. Bunu bazı durumlarda diğer ülkelerle karşılaştırma ve bazı durumlarda ise ülke içinde politika belirlemeye yardımcı olma amaçlı kullandıkları görülmektedir.

Çin taşra sağlık sisteminin incelendiği bir Dünya Bankası raporunda Pabon Lasso metodu ile değerlendirme yapılmış, 2005 yılı için Çin ve Türkiye'nin benzer düşük yatak doluluklarına sahip olmasına karşılık Çin'in Türkiye'nin yarı vaka akışına sahip olduğu, bunun ise Türkiye'nin daha düşük ortalama kalış sürelerine (merkezden çıkan doğrunun Türkiye için daha yüksek eğime sahip olması) işaret ettiği belirtilmiştir (Wagstaff ve diğerleri, 2009).

Malawi Sağlık Bakanlığı (2008) tarafından bölge hastanelerinin teknik etkinliğinin araştırılması için yapılan çalışmada veri zarflama analizi ile birlikte Pabon Lasso Modeli de kullanılmış, hastanelerin çoğunluğunun en az arzulanan bölge olan 1. Bölge'de bulunduğu değerlendirilmiştir. Myanmar sağlık sistemi değerlendirmesinin yapıldığı Dünya Sağlık Örgütü Raporunda (2014) da hastanelerin PL grafiğinde yerleştiği bölgeler ve muhtemel gerekçeleri değerlendirilmiştir. Birinci bölgede yer alan hastanelerin düşük etkinliklerine coğrafi, sosyoekonomik ve kültürel bariyerler ve hastanın güven duymaması nedeniyle talebin az olduğu bölgelerde bulunmaları gerekçe gösterilmiştir. Ayrıca Myanmar Sağlık Bakanlığı (2012) yıllık hastane istatistik raporunda PL grafiği kullanılmış kamu hastanelerinin yüzde 57'si en verimsiz birinci bölgede, yüzde 27'si verimli üçüncü bölgede değerlendirilmiştir.

Endonezya'daki hastanelerin etkinliğine yer verilen çalışmada ise adalara göre karşılaştırma yapılmış, Sumatra adasındaki hastanelerin görece düşük etkinlikleri hastalar tarafından bu adadaki alternatif sağlık tesislerinin tercih edilmesi ile ilişkilendirilmiştir (Tanner ve Harpham, 1995).

Malezya'da yapılan bir diğer çalışmada kamu sağlık sisteminin verimsizliği nedeniyle hastanelerin ticarileştirilmesinin sonuçları Pabon Lasso tekniği ile değerlendirilmiştir. Malezya hastanelerinin 2006-2010 yıllarının analizi sonucunda ticarileşmenin performansta iyileşme ile sonuçlanmadığı değerlendirilmiştir (Nwagbara ve Rasiah, 2015),

2.2 TEK YILLIK KESİT KARŞILAŞTIRMALAR

Pabon Lasso grafiğinin kullanım şekillerinden biri hastanelerin aynı yıl verilerinin karşılaştırılması ve grafikte konumlandıkları bölgelere göre çıkarımlarda bulunulmasıdır. Böylelikle hastanelerin durumlarına özgü yorum ve tavsiyelerde bulunma imkanı doğmaktadır. Goshtasebi ve arkadaşları (2009) altı hastanenin 2006 verisini kullanarak yatak kullanımını değerlendirmiş, iki hastaneyi verimli üçüncü bölgede, 3 hastaneyi verimsiz birinci bölgede, bir hastaneyi ise dördüncü bölgede yerleşik olarak gözlemlemişlerdir. Benzeri bir çalışmada Bahadori ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan diğer bir çalışmada 23 hastaneye ait 2009 verisi kullanılarak değerlendirme yapılmış, hastanelerden altısının verimsiz birinci bölgede, sekizinin verimli üçüncü bölgede yerleştiği sonucuna ulaşılmış; verimsiz bölgede yer alan hastanelerin bu durumun gerekçeleri konusunda çalışma yürütmeleri tavsiye edilmiştir. Benzeri diğer bir çalışmada Mohebbifar ve arkadaşları (2013), aynı yerleşim yerindeki 11 hastanenin yatak kullanımları değerlendirilmiş, 9 hastane verimli üçüncü bölgede, 1 hastane ikinci ve 1 hastane dördüncü bölgede değerlendirilmiştir. Bir diğer çalışmada 14 hastaneden toplanan 2013 yılı verisi analiz edilmiş, bu hastanelerin Pabon Lasso grafiğinde konumlandıkları bölüm değerlendirilmiştir (Adham ve arkadaşları, 2014). Mohedine (2014) Tunus'da 2012 yılı verilerinin 30 kamu ve 10 özel hastanenin değerlendirildiği çalışmada 19 hastane birinci bölgede, 11 hastane ise verimli üçüncü bölgede bulunmuştur.

Uganda'da 9 sağlık merkezi ve iki hastane'den alınan 2012-2013 verileriyle yapılan çalışmada; farklı servislerin (pediatrik, kadın hastalıkları, yoğun bakım, psikiyatri...) PL grafiğinde konumlandıkları alanlar yorumlanmıştır (Nabukeera, Boerhannoeddin ve Raja, 2015).

2.3. ÇOK YILLI TREND ÇALIŞMALAR

Hastanelerin yatak kullanım verimliliklerinin zaman içinde değişim gösterip göstermediğini tespit amaçlı olarak değerlendirme yapmak bir diğer kullanım şekli olarak öne çıkmaktadır. Pabon Lasso'nun metodu ilk olarak uyguladığı 1986 tarihli çalışması bu tür kullanımın da ilk örneği olarak kaydedilmelidir (Lasso, 1986). Lasso makalesinde 1977'den 1980'e farklı hastane özelliklerinin göstergeler karşısında durumunu değerlendirmiş, 100 yatak'tan daha az yatağı bulunan küçük hastanelerin en düşük yatak dolulukları ve en kısa hasta yatış ortalamalarına; büyük ölçekli hastanelerin (200 yatak ve fazlasına sahip olan) ise en yüksek doluluk oranı ve en uzun ortalama kalış günlerine sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır. Böylelikle küçük, orta ve

büyük ölçekteki hastanelerin performansının aynı standart seti kullanılarak karşılaştırılmaması gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

Mohammadi ve arkadaşları çalışmalarında beş yıllık dönemde (2008-2012) bir bölgedeki hastanelerin Pabon Lasso bölgelerinden hangilerinde yerleştiklerinin araştırılmış, hastanelerin çoğunluğunun buldukları bölgeyi değiştirmedikleri ve büyük çoğunluğunun birinci bölge'deki konumlarında kaldıkları değerlendirilmiştir (Mohammadi ve diğerleri).

Psikiyatri, nöroloji ve beyin ve sinir cerrahisi kliniklerinin 2007, 2010 ve 2014 verilerinin incelendiği çalışmada Psikiyatri kliniği 2007'de 4.bölümde, beyin ve sinir cerrahisi kliniği 1.bölümde iken 2014'de performansın yüksek olarak değerlendirildiği 3.bölüme geçtiği; Nöroloji kliniğinin ise 2007'de 3.bölümde iken yatak fazlasının bulunduğu 2. Bölüme geçtiği görülmüştür (Tripathi, 2016).

Pabon Lasso modeliyle hastanelerin yıllar içinde yatak kullanım durumununun Kalhor ve arkadaşları(2016) tarafından değerlendirildiği bir diğer çalışmada; hastanelerin altı yıl boyunca Pabon Lasso grafiğindeki dört bölümden hangisinde yer aldıkları izlenmiş; aynı türdeki hastanelerin bir araya toplandıkları ve hastaneler özelinde büyük değişikliklere rastlanmadığı görülmüştür. En verimli ve arzulanılan bölge olan üçüncü bölgedeki az sayıdaki hastane yıllar içinde değişiklik göstermemiştir.

Bir eğitim hastanesinin 2008-2012 yılları arasında 5 yıllık kapasite kullanım analizinin yapıldığı çalışmada 2008 ve 2009 yıllarında dördüncü bölgede bulunan hastanenin; 2010-2011 yıllarında birinci bölgede, 2012 yılında ise verimli üçüncü bölgede bulunduğu ifade edilmiştir (Masoompour ve diğerleri, 2015).

2.4 TÜRKİYE HASTANELERİNİ DEĞERLENDİREN ÇALIŞMALAR

Türkiye'nin üç büyük ilinde (İstanbul, Ankara ve İzmir) faaliyet gösteren 5 Kamu üniversite ve 5 özel üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları bölümlerinin PL modelindeki yerleri analiz edilmiş, özel üniversite hastanelerinin kamu üniversite hastanelerinden daha yüksek verimlilik bölgelerinde konumlandıkları değerlendirilmiştir. İstanbul'un en yüksek, İzmir'in en düşük ortalama kalış gün sayısı'na sahip olduğu; İstanbul ve Ankara'daki kamu üniversite hastanelerinin düşük yatak devir hızları ve yüksek yatak doluluk oranları ile aynı bölgede konum aldıklarını (dördüncü bölge), özel üniversite hastanelerinin ise en verimli bölge'de (üçüncü bölge) buldukları; İzmir'deki hastanelerin ise düşük devir hızları ve düşük doluluk oranları ile en verimsiz bölgede buldukları görülmüştür (Ekiyor, 2015).

Bir diğer çalışmada 89 Kamu Hastane Birliği'nin 2014 verileriyle değerlendirme için PL metodu kullanılmıştır. Birlik hastanelerinden yüzde 25'inin verimli üçüncü bölgede bulunduğu, bununla beraber birlik hastanelerinin çoğunluğunun ortalamaya yakın olması nedeniyle hastane performansının olumlu değişikliklere kolaylıkla yanıt vereceği yorumu yapılmıştır. Çalışmada geçmiş yıllardaki performans göstergeleri ile değerlendirildiğinde zaman içerisinde Sağlıkta Dönüşümle birlikte ne düzeyde değiştiğinin görüleceği belirtilmiş; performansla dayalı ek

ödeme sistemi, özel hastanelerin hizmet sunma kapasitesindeki genişleme gibi gelişmeler yanında coğrafi koşullar, hastalıkların yapısı, geri ödeme sistemleri, sevk zinciri gibi unsurlara da etken faktörler olarak yer verilerek çalışmada bu unsurların veri alındığı belirtilmiştir (Çalışkan, 2016).

Bir diğer çalışmada 2000 ve 2013 yıllarında ülke hastanelerinin Pabon Lasso grafiğinde konumları değerlendirilmiştir; 2000 yılında Norveç, İsrail, İspanya, İngiltere ve Avustralya verimli üçüncü bölgede yer alırken, 2013 yılında İngiltere, Norveç, İrlanda ve İsrail'in söz konusu verimli bölgede yer aldığı değerlendirilmiştir. Türkiye'nin ise her iki yılda (2000 ve 2013) düşük doluluk oranı ve yüksek yatak devir hızının bulunduğu sol üst kısımda bulunduğu değerlendirilmiştir (Yiğit ve Kumru, 2016).

3. SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Hastanelerde hasta yatağı kullanımında verimliliğin değerlendirilmesi sıklıkla Pabon Lasso metodu ile yapılmıştır. Çalışmada öncelikle metoda ilişkin açıklamalarda bulunulmuş, sonrasında metodun kullanım alanları ve şekillerine yer verilmiştir. Yapılan literatür derlemesinde metodun kullanımı ile hastane yöneticileri ve politika yapıcılara yardımcı sonuçların elde edilebildiği görülmüştür.

Pabon Lasso metodu ile hastaneler özelinde gerçekleştirilen çalışmaların derlenmesiyle ulaşılan sonuçlar aşağıdaki gib derlenmiştir:

- Pabon Lasso metodu ve grafik gösterimi çeşitli şekillerde ve amaçlarla kullanılmıştır. Bir kısmı Dünya Bankası çalışması olmak üzere ülke çapında değerlendirme yapan çalışmalar, hastanelere ait tek yıllık göstergeleri ortaya koymak ve değerlendirme yapmak amaçlı çalışmalar, yıllar içinde göstergelerin değişimini ve Pabon Lasso grafiğindeki hareketleri değerlendiren çalışmalar bunlardan bazıları olarak öne çıkmıştır.
- Kullanım kolaylığı ve değerlendirme kapsamındaki göstergelerin (yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı) kolaylıkla erişilebilir ve çoğu ülkede sağlıklı şekilde takip edilen göstergeler olması nedeniyle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha sıklıkla olmak üzere kullanım alanı bulmuştur.
- Üç sık kullanılan ve önem taşıyan göstergelyi aynı anda anlamlı şekilde gösterebilmesi nedeniyle ülkemiz hastanelerine ait verilerin değerlendirilmesinde kullanımı elverişli sonuçlar verebilecektir.

Politika yapıcılara makro ölçekte kaynak tahsisi, planlama ve organizasyon konularında fikir verebileceği gibi mikro ölçekte hastane yöneticilerine yatak kullanım durumları konusunda yardımcı olabilecek metodun anlaşılması ve uygulanması önem taşımaktadır.

Hastane yatağı planlamalarının önemli yüzdesinin merkezi olarak gerçekleştirildiği ve kamu hastanelerinin verimlilik değerlendirmeleri ve uygulamalarının son yıllarda daha fazla öne



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

çıktığı göz önünde bulundurulursa bu ve benzeri metodların yerinde kullanımı gereksinimi daha iyi anlaşılacaktır.

Ülkemizde uygulama örneği henüz az sayıda bulunan metodun kullanımının kolayca uygulanabilirliği, sağlıklı verilere dayanması ile anlamlı ve elverişli sonuçlar verme potansiyeli nedeniyle yıllar içinde sıklaşacağı öngörülebilecektir.

KAYNAKLAR

Adham D., Panahi M., Barfar I., Ameri H., Sadeghi G. and Salarikhah E., (2014). Contemporary Use of Hospital Efficiency Indicators to Evaluate Hospital Performance Using the Pabon Lasso Model European Journal of Business and Social Sciences, Vol. 3, No.2 , pp 1-08.

Bahadori M., Sadeghifar J., Hamoudzadeh P., Hakimzadeh M and Nejati M. (2011). Combining Multiple Indicators to Assess Hospital Performance in Iran using the Pabon Lasso Model. AMJ, 4, 4, 175-179 <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2011.620>.

Belciug S., Gorunescu F. (2015). Improving hospital bed occupancy and resource utilization through queuing modeling and evolutionary computation Journal of Biomedical Informatics, 53: 261-269. doi: 10.1016/j.jbi.2014.11.010

Çalışkan Z. (2016). Kamu Hastane Birliklerinin Performansının Pabon Lasso Modeli ile Analizi, Sosyal Güvence Dergisi, 5(10): 1-24 DOI: 10.21441/sguz.20161020712

Ekiyor, A. (2015). Evaluating Performance of Chest Diseases Departments Using Hospital Efficiency Indicators in Turkey, British Journal of Economics, Management & Trade 6(2): 145-150.

Goshtasebi A., Vahdaninia M., Gorgipour R., Samanpour A., Maftoon F., Farzadi F., Ahmadi F. (2009). Assessing Hospital Performance by the Pabon Lasso Model, Iranian J Publ Health, (38)2: 119-124.

Hollingsworth B. (2003). Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care, Health Care Management Science 6, 203-218.

Jacobs, R., Smith, P. ve Street, A. (2006). Measuring efficiency in health care : analytic techniques and health policy, Cambridge University Press, Cambridge ; New York.

Kalhor R., Ramandi F.D., Rafiei S., Tabatabaee S. S., Azmal M. and Kalhor L. (2016) Performance Analysis of Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences Using the Pabon Lasso Model: A Six-Year-Trend Study, Biotech Health Sciences. November; 3(4):e38629, doi: 10.17795/bhs-38629.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(YILDIZ,M,S)

Lasso, P. H., (1986). Evaluating Hospital Performance through Simultaneous Application of Several Indicators. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 20 (4): 341–57.
Liebenstein H., Maital S. (1992). X-efficiency after a quarter of a century. *American Economic Review*, 82, 428-433.

Malawi Sağlık Bakanlığı (2008). Technical efficiency of district hospitals in Malawi: an exploratory assessment using data envelopment analysis. Lilongwe. s.16.

Masoompour S.M., Petramfar P., Farhadi P., Mahdaviazad H. (2015). Five-Year Trend Analysis of Capacity Utilization Measures in a Teaching Hospital 2008-2012 *Shiraz E-Med J.* 16(2): e21176.

Mohammadi M., Ziapoor A., Mahboubi M., Faroukhi A., Amani N., Hydarpour F., Anbari S.Z.G., Esfandnia A. (2014). Performance Evaluation of Hospitals under Supervision of Kermanshah Medical Sciences using PabonLasoty Diagram of a Five-year Period (2008-2012) *Life Science Journal*; 11(1), 77-81.

Mohebbifar R., Sokhanvar M., Hasanpoor E., Isfahani H. M., Ziaififar H., Kakemam E. and Mohseni M. (2014). A Survey on the Performance of Hospitals of Qazvin Province by the Pabon Lasso Model, *International Research Journal of Biological Sciences*, Vol. 3(12), 5-9.

Moheddine Y. (2014). Performance of Tunisian Public Hospitals: A Comparative Assessment Using Pabón Lasso Model *International Journal of Hospital Research* 3(4):159-166

Myanmar Sağlık Bakanlığı (2012). Ministry of Health, The Republic of the Union of Myanmar, Annual Hospital Statistics Report, s.22

Nabukeera M., Boerhannoeddin A., Raja N.R.A (2015). An evaluation of health centers and hospital efficiency in Kampala City Authority, Uganda: Using Pabon Lasso Technique. *Journal of Health and Translational Medicine*, 18 (1). pp. 18-24.

Nwagbara V.C., Rasiah R. (2015). Rethinking health care commercialization: evidence from Malaysia, *Globalization and Health*, DOI 10.1186/s12992-015-0131-y

Öztürk Z., Yıldız M.S. (2016). Hastane Etkinliklerinin Tahmininde Stokastik Sınır Analizi; Tarihi ve Amprik Uygulamaları, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(3): 1-12.

Rosko M.D., Mutter R. (2011). What have we learned from the application of Sochastic Frontier Analysis to US Hospitals, *Med Care Res Rev*, 68: 75

Tanner M., Harpham T., (1995). *Urban Health in Developing Countries: Progress and Prospects*, Earthscan, Routledge, New York, USA, s.129.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Tripathi C.B., Kumar R., Sharma R.C. and Agarwal R. (2016). Assessment of performance of services in a tertiary care Neuropsychiatric Institute using Pabon Lasso Model, Asian Journal of Medical Sciences, 7(6): 69-74.

Wagstaff A., Lindelow M., Wang S and Zhang S. (2009). Reforming China's rural health system, The World Bank, Washington D.C. s.23.

World Health Organization (2014). The Republic of the Union of Myanmar health system review, Health Systems in Transition, 4(3), s.178.

Worthington, A.C. (2004). 'Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications', Med Care Res Rev, 61(2): 135-70.

Yiğit P., Kumru S., (2016). Türkiye’de Hastane Verimliliğinin Pabon Lasso Yöntemi ile İncelenmesi, 10.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde sözlü olarak sunulmuştur. Aralık 2016, Kızılcahamam, Ankara.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(YILDIZ,M,S)

HASTANELERDE YATAK KULLANIM ETKİNLİĞİNİN PABÓN LASSO MODELİ İLE ANALİZİ

ANALYSIS OF CLINICAL BED UTILIZATION EFFECTIVENESS IN HOSPITALS WITH PABÓN LASSO MODEL

Yrd. Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü
Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı
yigitv@hotmail.com

Özet

Bu araştırmanın amacı, hastanelerde yatak kullanım etkinliğinin Pabón Lasso Modeli ile analiz edilmesidir. Araştırma kapsamına Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastanelerin klinikler alınmıştır. Araştırmada hastanelerin yatak kullanımı etkinliğini tespit edebilmek için Pabón Lasso Modeli kullanılmıştır. Modelde değişken olarak yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama yatış süresi alınmıştır. Araştırmada kullanılan veriler Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığından derlenmiştir. Verilerin analizinde MS Visio yazılımından yararlanılmıştır. Pabón Lasso modeline göre yapılan analiz sonucunda kliniklerin % 23'nün mükemmel bir performans (yüksek yatak devir hızı ve yüksek yatak doluluk oranı ve kısa yatış süresi), %18'nin ise çok düşük bir performans (düşük yatak doluluk oranı, düşük yatak devir hızı, uzun yatış süresi) düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin diğer kliniklerin (%59) ise modelde değişken olarak kullanılan performans göstergelerinin en az biri bakımından çok düşük performansa olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Performans, Verimlilik, Pabón Lasso Modeli

Abstract

The purpose of this research is to analyze the bed- utilization effectiveness in hospitals with Pabón Lasso Model. Within the scope of the research, clinicals of the hospitals affiliated to the Public Hospital Unions of Turkey were obtained. The Pabón Lasso Model was used in the study to determine the effectiveness of hospital bed utilization. In the model, bed occupancy rate, bed turnover rate and average length of stay, which are hospital performance indicators, were taken variable. The data of the study were compiled from public hospital associations statistical yearbook data. MS Visio software was used for analyzing the data. According to the Pabón Lasso model, 23% of the clinicals exhibited excellent performance (high bed turnover and high bed turnover rate and short average length of stay), while 18% had a very low performance (low bed turnover and low bed turnover rate, long length

of stay). Other clinics (59%) of the hospitals were found to be very low in terms of at least one performance indicator.

Keywords: Hospital, Performance, Effectiveness, Pabón Lasso Model

GİRİŞ

Hastane işletmelerinin en önemli hedefi kaynakları verimli kullanmaktır (Kalhor et al., 2014). Hastanelerin temel verimsizlik nedenleri kullandığı girdilere karşılık, çıktı miktarlarının düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Wang, et al. 1999; Yiğit, 2016a). Türkiye’de kamu hastanelerinin en önemli sorunlarının başında hastane yataklarının atıl kapasite ile kullanılması gelmektedir. Örneğin Türkiye de 2015 yılında yatak doluluk oranı ortalama % 69 (Sağlık Bakanlığı, 2016) olarak gerçekleşmiştir. Hastanelerin önemli bir çıktısı olan yatak doluluk oranı; sağlık hizmetlerine olan talebin bir ölçüsü olarak ele alınmakta ve hizmet planlayıcıları için önemli bir gösterge olmaktadır (Akdeniz, 2008).

Günümüzde hastaneler arasında artan rekabet koşulları ve sağlık hizmeti birim maliyetlerinin artması hastanelerin tüm kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını zorunlu kılmaktadır (Yiğit, 2016b). Geri ödeme kuruluşlarının daha çok arz ve talep yönlü maliyet sınırlayıcı politika uygulaması hastanelerin verimsiz olmalarına ve finansal olarak sürdürülebilirliği sağlamada güçlük çekmesine sebep olmuştur (Yiğit ve Yiğit, 2016). Hastanelerde finansal sürdürülebilirliği sağlamak için verimlilik ve performans düzeyini tespit etmek bir zorunluluk haline gelmiştir.

Hastanelerde performansın değerlendirilmesinde ve maliyetlerin izlenmesinde yatak kullanım etkinliği en önemli performans göstergelerden biri olarak değerlendirilmektedir (Yiğit, ve Ağırbaş, 2004). Hastane işletmelerinde hasta yataklarının etkin ve optimum kapasitede kullanılması birim maliyetleri düşürmekte ve hastaların hizmetlerini daha kısa sürede almalarını sağlamaktadır (Aksaraylı, Kıdak ve Güneş, 2009). Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu açısından en büyük paya sahip olan kamu hastaneleri kaynaklarını etkin ve verimli kullanmayı temel bir politika haline getirmiştir (Çakmak, Öktem, ve Ömürgönülşen, 2009).

Hastane işletmelerinin yatak kullanım etkinliğini analiz eden hastane performans modelleri arasında Pabón Lasso Modeli de bulunmaktadır. Pabón Lasso Modeli 1986 yılında hastanelerin göreceli performansının belirlenmesinde kullanılmak üzere Hipolito Pabón Lasso tarafından geliştirilmiştir (Hosseini et al., 2016). Yapılan akademik çalışmalarda modelin hastane veya kliniklerin yatak kullanım performanslarını karşılaştırarak verimsizlik alanlarını saptamak ve kötü performans sergileyen hastane ve klinikleri tespit etmek için kullanılan en iyi performans modellerden biri olduğu ifade edilmektedir (Davoud et al., 2014; Goshtasebi et al., 2009; Jakob et al., 2000; Aeenparast et al., 2015). Modelde yatak kullanımı ile ilgili üç performans göstergesi kullanılmaktadır (Tripathi et al., 2016; Marnani et al., 2012).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(YİĞİT,V)

1. Yatak Doluluk Oranı (YDO)
2. Ortalama Yatış Süresi (OYS)
3. Yatak Devir Hızı (YDH)

Ortalama Yatış Süresi (OYS): Bir hastanın ortalama kalış günü; belirli bir süre içerisinde toplam (klinik bazında) yatılan gün sayısının, çıkan toplam (taburcu olan ve ölen) hasta sayısına bölünmesiyle elde edilen sayıdır. Bu ölçüt, hastanın hastanede ortalama olarak kaç gün kaldığını ifade eder. YDO aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016);

$$OYS = \frac{\text{Belirli Zaman Dilimindeki Yatılan Gün Sayısı}}{\text{Belirlenen Zaman Dilimindeki Taburcu Olan ve Ölen toplam Hasta Sayısı}}$$

Hasta yatış süresinin uzaması hastane birim maliyetlerini artırmaktadır. Hastanelerde oluşan komplikasyon nedeniyle hastaların yatış süresi uzayabilmektedirler. Bu nedenle hastaların yatış sürelerini uzatan faktörlerin doğru tespit edilerek ortadan kaldırılması, yatış süresinin kısaltılmasına ve buna bağlı olarak maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir. Ayrıca hasta yatış süresinin kısaltılması mevcut yatak sayısı ile daha fazla hastaya sağlık hizmeti sunulmasına (yatak devir hızının artmasıyla) olanak sağlayacaktır (Aksaraylı et al., 2009). Özellikle günümüzde uygulanan tanıya dayalı ödeme ve global bütçe geri ödeme sistemleri hastanelerin OYS'nin kısa tutulmasına neden olmaktadır. 2015 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye de ortalama OKS 3.9 gün iken OECD ülkelerinde bu süre 7.5 gün olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Yatak Doluluk Oranı (YDO): Yatak doluluk oranı, belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösteren bir performans göstergesidir. YDO aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016);

$$YDO = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı}}{\text{Dönemdeki Toplam Gün Sayısı x Fiili Yatak Sayısı}} \times 100$$

YDO, hastane işletmelerinde performans ve verimliliğin değerlendirilmesinde oldukça yaygın olarak kullanılan bir kapasite kullanım göstergesidir. Oranın yüksek olması mevcut hasta yataklarının verimli kullanıldığını gösterirken, düşük olması ise hasta yataklarının verimsiz kullanıldığını ifade etmektedir. Hastanelerin düşük yatak kapasitesi ile çalışması maliyetlerin kontrolü açısından önemlidir. Bu nedenle hastanenin yatak kapasitesi artırılır iken bu husus göz önünde bulundurulmalıdır. YDO'nin 2015 yılında Türkiye de ortalama % 69.6 iken OECD ülkelerinde % 76.7 (Sağlık Bakanlığı, 2016) olduğu tespit edilmiştir.

Yatak Devir Hızı (YDH): Bir yatağın ilgili dönem (ay, yıl) içerisinde hastalar tarafından kaç kez kullanıldığını; başka bir deyişle belirli bir süre içerisinde yatak başına tedavi edilen hasta sayısını gösteren bir performans göstergesidir. YDH bazen yatak devir aralığı ile karıştırılmaktadır. Oysa ki Yatak devir aralığı, bir hasta yatağının kaç gün boş kaldığını göstermektedir. YDH aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016);

$$YDO = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı}}{\text{Dönemdeki Toplam Gün Sayısı x Fiili Yatak Sayısı}} \times 100$$

Hasta sayısını arttırmada hastanelerin ilk başvurdukları strateji, yatan hastaların OYS'nin kısaltılması olmaktadır. YDH'nin düşük olması hasta birim maliyetlerinin yüksek olmasına

neden olmaktadır. Bu nedenle ülkemizde uygulanmakta olan tanıya dayalı ödeme ve global bütçe uygulaması geri ödeme yöntemleri hastanelerde YDH'nın yüksek tutulmasını zorunlu kılmaktadır. Hastanelerin statüsü ile YDO, YDH ve OYS arasında pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin üçüncü basamakta yer alan hastaneler tedavisi zor, komplikasyonlu ve tedavi süreci uzun olan hastalıklara yönelik sağlık hizmeti sundukları için OYS zorunlu olarak uzun, buna karşılık YDH düşük ve YDO yüksek olmaktadır. Diğer taraftan ikinci basamakta yer alan hastanelerde az sayıda hasta yatırıldığı için, YDO ve hastanın yatış süresi kısa olsa bile YDH düşük olmaktadır. Bu durum hizmet üretim birim maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Yiğit, ve Ağırbaş, 2004). YDH, Türkiye de ortalama 64.6 iken (Sağlık Bakanlığı, 2016) araştırma yapılan hastane kliniklerinde 71.8 olarak tespit edilmiştir.

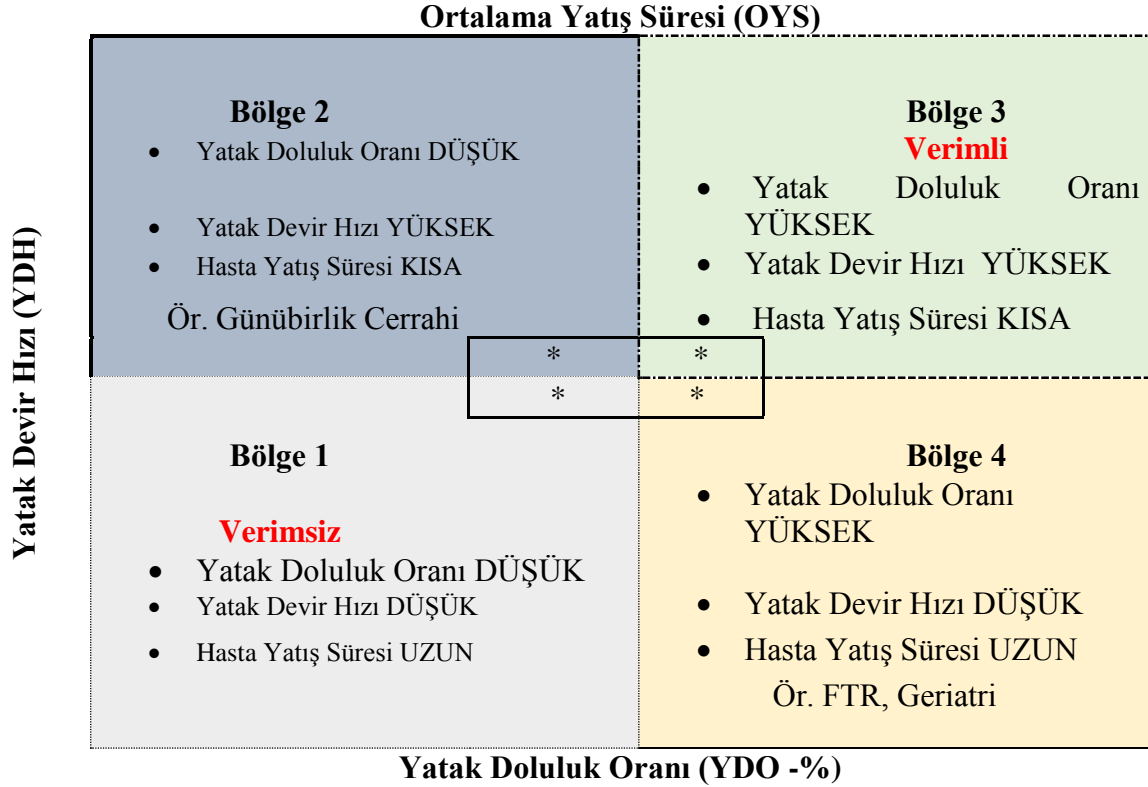
Pabón Lasso Modeli yukarıdaki anlatılan yatak performans göstergelerini (YDO, YDH ve OYS) tek bir diyagramda görüntülediğinden, hastanenin veya kliniklerin performansı hakkında hastane yöneticilerine çok önemli bilgiler sunmaktadır (Kalhor et al., 2014). Modelde (x) eksenini yatak kapasite kullanım oranını; (y) eksenini ise yatak devir hızını göstermektedir (Davoud et al., 2014; Goshtasebi et al., 2009; Jakab et al., 2000). Bu üç ölçüt arasında bir matematiksel bağıntı göz önüne alındığında, sıfırdan başlayan ve grafikteki her noktadan geçen bir çizgi, soldan sağa ve üstten alta artan OYS'ni göstermektedir. Pabón Lasso Modeli literatürdeki bilgilere göre Şekil 1'de oluşturulmuştur. Buna göre hastaneler veya yataklı servisler 4 bölgede değerlendirilmektedir. Bu bölgeler ile ilgili açıklamalar ve Şekil 1'de bu bölgelerin hangi özelliklere sahip olduğu verilmiştir (Tripathi et al., 2016; Lasso, 1986; Mehrtak and Yusefzadeh, 2014; Aeenparast et al., 2015; Bahadori et al., 2011; Kalhor, et al., 2014; Lasso, 1986; Mohammad Mehrtak et al., 2014; Kalhor et al., 2016; Masoumi et al., 2014);

Bölge 1: Bu bölgede düşük yatak devir hızı ve düşük yatak doluluk oranına sahip, mevcut talebe göre hasta yatağı fazla olan hastaneler bulunmaktadır. Bu nedenle bu bölge hastanelerin verimli olmadığı bölgedir.

Bölge 2: Bu bölgede yatak devir hızı yüksek, yatak doluluk oranı düşük ve yatış süresin kısa olan hastaneler bulunmaktadır. Bu bölgede yer alan hastanelerin hastalarını gününbirlik yatışlarla tedavi ettiği, gereksiz yatış yaptığı ve gereğinden fazla hasta yatağına sahip olduğu varsayılmaktadır.

Bölge 3: Bu bölge yüksek yatak devir hızı ve yüksek yatak doluluk oranı ile en etkin bölge olarak kabul edilmektedir. Bu bölgede hastaların kısa süreli yatırılarak tedavi edilmesi ve boş yatak sayısının azlığı hastanelerin verimli olmasına neden olmaktadır.

Bölge 4: Bu bölgede yer alan hastanelerin uzun süreli kalınan, düşük devir hızı ve yüksek doluluk oranına sahip hastaneler olduğu kabul edilmektedir. Bu bölge Fizik Tedavi, Psikiyatri veya kronik hastalıkların tedavi edildiği uzun süre bakım gerektiren hastaların tedavi edildiği hastanelerin performansını göstermektedir.



*Ortalama

Şekil 1. Literatüre Göre Oluşturulan Pabón Lasso Modeli

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı hastanelerin kliniklerinin yatak kullanımı etkinliğinin Pabón Lasso Modeli ile analiz etmektir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak hizmet veren hastanelerin cerrahi ve dahili klinikleri oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, FTR, Geriatri, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kardiyoloji, Nöroloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Estetik Cerrahi ile Üroloji klinikleri alınmıştır. Araştırmada örneklem çekilmemiştir.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada hastanelerin yatak kullanımı etkinliğini tespit edebilmek için Pabón Lasso Modeli kullanılmıştır. Modelde değişken olarak hastane performans göstergesi olan yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama yatış süresi alınmıştır. Araştırma verileri 2014 yılı Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı’ndan (Çukurova, et al., 2015) alınmıştır. Pabón Lasso Model grafiği oluşturulmasında MS Visio yazılımından yararlanılmıştır.

BULGULAR

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastanelerde hizmet sunan 17 kliniğin yatak kapasite kullanımı ile ilgili performans göstergeleri Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre araştırma kapsamına alınan kliniklerin 2014 yılı YDO % 69.9, OYS 6.4 gün ve YDH 63.1 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Tablo 1'de görüleceği üzere YDO bakımından en yüksek değere sahip klinik FTR (%86), en düşük değere sahip klinik Geriatri (%26), OYS performans göstergesi bakımından en yüksek değere sahip klinik Psikiyatri (18 gün), en düşük değere sahip klinik Çocuk Cerrahisi, Göz, Kadın Hastalıkları (2 gün) ve YDH göstergesi açısından ise en yüksek değere sahip klinik Kadın Hastalıkları ve Doğum (128), en düşük değere sahip klinik Geriatri (6) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1. Hastane Klinik Performans Göstergeleri

S.NO	Servisler	Kod	YDO (%)	OYS	YDH
1	Beyin ve Sinir Cerrahisi	S1	78	6	52
2	Çocuk Cerrahisi	S2	66	2	119
3	Genel Cerrahi	S3	75	3	86
4	FTR	S4	86	15	20
5	Göğüs Cerrahi	S5	66	6	41
6	Geriatri	S6	26	15	6
7	Göğüs Hastalıkları	S7	84	7	41
8	Göz Hastalıkları	S8	59	2	121
9	İç Hastalıkları	S9	54	7	31
10	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S10	73	2	128
11	Kalp ve Damar Cerrahisi	S11	72	5	53
12	Kardiyoloji	S12	70	4	71
13	Nöroloji	S13	72	6	42
14	Ortopedi ve Travmatoloji	S14	84	5	60
15	Plastik ve Estetik Cerrahi	S15	78	3	98
16	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	S16	77	18	15
17	Üroloji	S17	69	3	89
	Ortalama		69,94	6,41	63,12
	Std. Sapma		14,171	4,912	38,148
	Min		26	2	6
	Max.		86	18	128

Pabón Lasso Modeli'ne göre mevcut yatak ortalamasına göre kliniklerin performansı Şekil 2'de verilmiştir. Buna göre yüksek yatak doluluk oranı, yüksek yatak devir hızı ve kısa hasta yatış süresine sahip klinikler verimli olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda verimli alan olan üçüncü bölgede; Kadın Hastalıkları ve Doğum, Plastik ve Estetik Cerrahi, Üroloji ve Kardiyoloji kliniklerinin olduğu tespit edilmiştir. Pabón Lasso Modeli'ne göre kliniklerin %



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

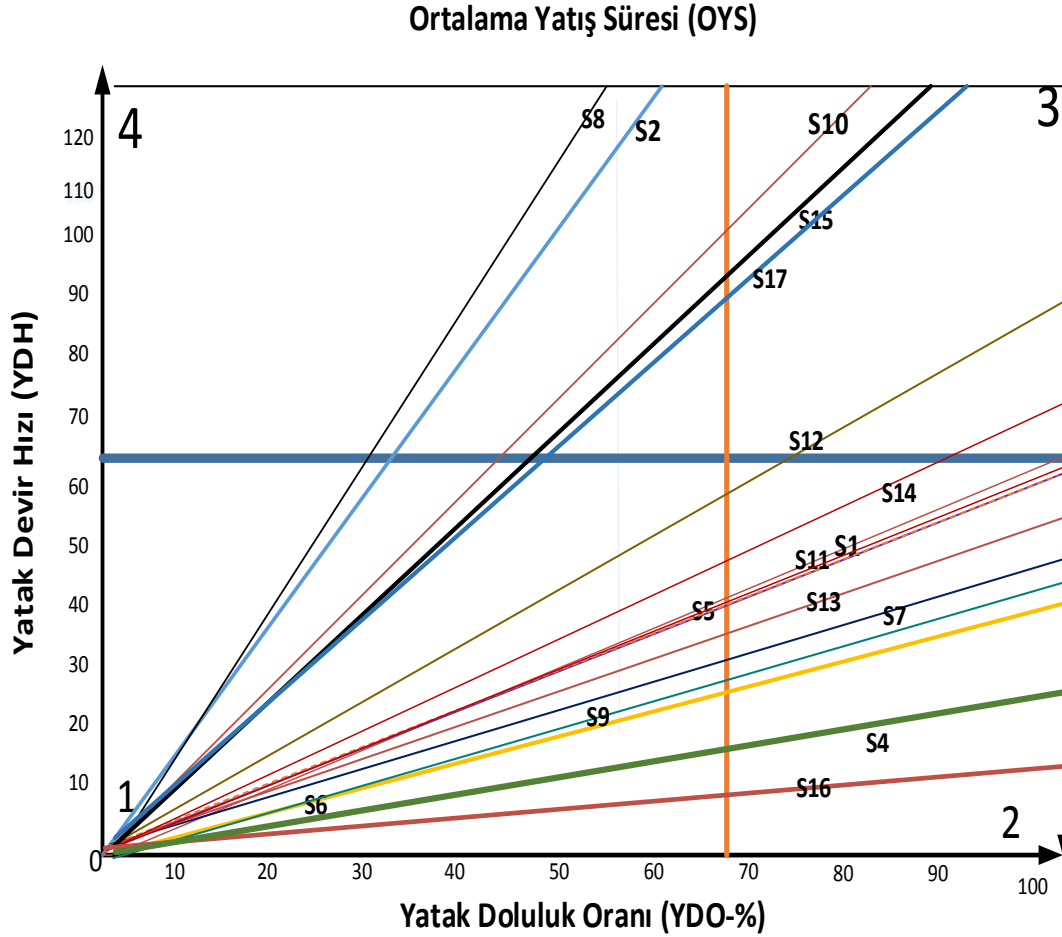
23'nün tamamen verimli olduğunu saptanmıştır. Düşük yatak doluluk oranı, düşük yatak devir hızı, uzun hasta yatış süresine sahip klinikler verimsiz olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda verimsiz alan olan birinci bölgede; Geriatri, İç Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi kliniklerinin olduğu tespit edilmiştir. Pabón Lasso modeline göre kliniklerin % 18'nin tamamen verimsiz olduğunu saptanmıştır.

Düşük yatak doluluk oranı, yüksek yatak devir hızı, kısa hasta yatış süresine sahip klinikler olarak Göz Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi servisleri tespit edilmiştir. Yüksek yatak doluluk oranı, düşük yatak devir hızı, uzun hasta yatış süresine sahip klinikler olarak Göğüs Hastalıkları, Kalp ve Damar Cerrahisi, Nöroloji, FTR, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Beyin ve Sinir Cerrahisi tespit edilmiştir. Bu kapsamda ikinci ve dördüncü bölgede yer alan verimsiz olmayan ancak modele göre verimli de olmayan, fakat ortalamalara yakın olan bu klinikler örneklemin %59'unu oluşturmaktadır. Hastane yöneticileri bu klinikleri ikinci ve dördüncü bölgeden, üçüncü bölgeye geçirdiklerinde sözkonusu klinikler verimli olabileceklerdir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(YİĞİT,V)



Şekil 2. Pabón Lasso Modeline Göre Hastane Kliniklerinin Performansı

Hastane işletmelerinde Pabón Lasso yöntemi ile yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmalar temelde hastane yatak kullanımı ile ilgili performans düzeylerini tespit etmeye çalışmıştır (Gholipour and Delgoshai, 2013; Bahadori et al., 2011; Davoud et al., 2014; Mohebbifar et al., 2014; Tripathi et al., 2016; Masoumi et al., 2014; Kalhor et al., 2016; Masoumi et al., 2014; Goshtasebi et al., 2009; Rahbar et al., 2014; Mohebbifar et al., 2014).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyada hem sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kıtlığı, hem de daha iyi bir sağlık seviyesine ulaşma isteği sağlık sistemlerinin performansını ölçmeye yönelik ilgiyi giderek artırmaktadır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005). Sağlık sektörü kamu harcamalarında en büyük payı

alan sektörlerden birisidir. Bu nedenle gerek sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların tahsisinde, gerekse sunulan hizmetin kalitesi hakkında karar alıcılara önemli bir gösterge olması nedeniyle performans değerlendirmesi büyük önem arz etmektedir (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013). Hastane kliniklerinin performans ve verimlilik analizlerinin yapılmasının temel nedeni hasta yatış sürecindeki kaynak israfını önlemeye yöneliktir (Yiğit, 2016b). Hastanelerde maliyetin önemli bir kısmı gereksiz hasta yatış süresinden kaynaklanmaktadır.

Araştırma sonucundan elde edilen bulgularla Pabón Laason modeline göre kliniklerin bölgeler arası dağılımının; birinci bölgede %18, ikinci bölgede 41, üçüncü bölgede % 23 ve dördüncü bölgede ise %18'inin olduğu tespit edilmiştir. Pabón Lasso modeli ile Türkiye'de yapılan bir çalışmada Türkiye Kamu Hastane Birlik Hastaneleri'nin % 25'nin iyi bir performans (yüksek yatak devir hızı ve yüksek yatak doluluk oranı) gösterirken, geriye kalan birlik hastanelerinin bir ya da daha çok performans göstergesi bakımından zayıf bir performansa sahip olduğu tespit edilmiştir (Çalışkan, 2016).

Bu araştırmada klinik birimlerin verimlilik düzeylerini tespit edebilmek için bir grafik analiz yönteminin üç performans göstergesi ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olarak hizmet sunan 17 kliniğin genel performans düzeyi analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda kliniklerin sadece %23'ü verimli bölgede çıkmıştır. İkinci ve dördüncü bölgelerde yer alan kliniklerin üç performans göstergesi açısından düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle hastane yöneticilerinin düşük performans düzeyine sahip ve verimsiz olan bu servisleri üçüncü bölgeye geçirebilmek için plan, politika ve stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

Günümüzde hastane yöneticileri uzun veya kısa vadeli stratejik planların geliştirmesi, izlemesi veya iyileştirmesi sürecinde performans göstergelerini bir araç olarak kullanmak zorundadır (Bastani and Vatankhah, 2013). Ülkemiz açısından bu zorunluluğun en önemli nedenlerinden bir tanesi Türkiye'de 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte hastanelerin performans ve verimlilik düzeylerini iyileştirmek için "Verimlilik Karne Değerlendirmesi" gibi yasal düzenlemelerin yapılmış olmasıdır. Bu düzenlemeler ile hem hastanenin kurumsal performansını (tıbbi, idari, mali ve diğer ölçütlerle) ortaya konması istenmekte, hem de hastanenin global bütçeden alacağı miktar belirlenmektedir. Bu kapsamda hastanelerin yatak kullanımı etkinliğini artırmak için aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Hastanelerin tanıya dayalı ödeme ve global bütçe geri ödeme sistemlerini maliyet etkin bir şekilde yönetebilmeleri OYS'nin kısa tutulması sağlayabilecektir.
- Hastanelerde kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak ve maliyetleri azaltmak için her hastalığa özel yatış süresi standartlarının geliştirilmesi hastanenin ve kliniklerin OYS'ni azaltılabilir. Bu nedenle hastanelerde gereksiz yatışları engellemek için tedavi protokollerinin hazırlanması tavsiye edilmektedir.
- Hastanelerde OYS kısaltmak için gereksiz yatışlar engellenmelidir. Hastanelerde gereksiz yatışa neden olan faktörlerden biri de hastanın operasyonunda kullanılacak tıbbi malzemenin hızlı temin edilememesidir. Hasta bazlı satın alımlarda birim fiyat anlaşmalar yapılması, hastanın sağlık hizmetine olan talebinin ortaya çıkması durumunda beklemeden hizmet almasına imkan sağlamakta böylece OYS kısaltılabilmektedir.
- Hastanelerde OYS kısaltmak için gününbirlik cerrahi uygulamalara daha fazla önem verilmesi,
- Sağlık Bakanlığı 2015 yılı istatistik yılına göre özel hastanelerde yatan hastaların OYS'i 2.5 gün iken Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4.3 gün, üniversite hastanelerinde ise 5.6 gündür.

Kamu hastanelerinde gereksiz yatış nedenlerinin tespit edilerek yalın yönetim anlayışının benimsenmesi halinde OYS kısaltılabilecektir.

KAYNAKÇA

- Aeenparast, A., Farzadi, F., Maftoon, F., Zandian, H., Rezaei Yazdeli, M. (2015). Quality of Hospital Bed Performance Studies Based on Pabon Lasso Model. *International Journal of Hospital Research*, 4(3), 143-148.
- Akdeniz, H. A. (2008). Türkiye 'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kategorize Edilen Yatak Kapasitelerinin Sıralı Logistik Regresyon Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(4), 1-18.
- Aksaraylı, M., Kıdak, L. B., Güneş, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde Yatak Kullanım Etkinliğinin Benzetim Yoluyla Optimizasyonu: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 1-22.
- Bahadori, M., Sadeghifar, J., Hamouzadeh, P., Hakimzadeh, S. M., Nejati, M. (2011). Combining Multiple Indicators to Assess Hospital Performance in Iran Using The Pabon Lasso Model. *Australasian Medical Journal*, 4(4), 175-179.
- Bastani, P., Vatankhah, S. (2013). Performance ratio analysis: A National Study on Iranian Hospitals Affiliated To Ministry of Health and Medical Education. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 876-882.
- Çakmak, M., Öktem, M. K., Ömürgönülşen, U. (2009). Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 1-36.
- Çalışkan, Z. (2016). Kamu Hasta Birlikleri Performansının Pabon Lasso Modeli ile Analizi. *Sosyal Güvence*, (10), 1-20
- Çukurova, Z., Akın, M., Özgül, E., Kazancı, E. G., vd. (2015). Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1000, Ankara.
- Davoud, A., Issac, B., Sadeghi, G., Mohammad, P. (2014). Contemporary Use of Hospital Efficiency Indicators to Evaluate Hospital Performance Using The Pabon Lasso Model. *European Journal of Business and Social Sciences*, 3(2), 1-8.
- Gholipour, K., Delgoshai, B., Masudi-Asl, I., Hajinabi, K., Iezadi, S. (2013). Comparing Performance of Tabriz Obstetrics And Gynaecology Hospitals Managed As Autonomous And Budgetary Units Using Pabon Lasso Method. *The Australasian Medical Journal*, 6(12), 701.
- Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gorgipour, R. (2009). Assessing Hospital Performance by the Pabon Lasso Model. *Iranian Journal of Public Health*, 38(2), 119-124.
- Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gorgipour, R., Samanpour, A., Maftoon, F., Farzadi, F., Ahmadi, F. (2009). Assessing Hospital Performance by the Pabon Lasso Model. *Iranian Journal of Public Health*, 38(2), 119-124.
- Hosseini, S. E., Ebrahimipour, H., Badiie, S., Haghighi, H., Vafae-najar, A. (2016). Performance Evaluation of Mashhad University of Medical Sciences ' Hospitals During 2006-2011 : Application of Pabon Lasso Model. *Jentashapir J Health Res.*, 7(4), 1-6.
- Jakab, M., Harding, A., Preker, A., Hawkins, L. (2000). Organizational Reform and Management of Public Providers: Focus on Hospitals: Common Performance Problems in Public Hospitals and Their Causes. Washington D.C. World Bank.
- Kalhor, R., Ramandi, F., Rafiei, S. (2016). Performance Analysis of Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences Using the Pabon Lasso Model: A Six-Year-Trend Study. *And Health Sciences*, 3(3), 1-6.
- Kalhor, R., Salehi, A., Keshavarz, A., Bastani, P., Orojloo, P. H. (2014). Assessing Hospital Performance in Iran Using the Pabon Lasso Model. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 9(2), 77-82.
- Lasso, H. P. (1986). Evaluating Hospital Performance Through Simultaneous Application of Several Indicators. *Pan American Health Organization*, 20(4), 341-357.
- Marnani, A. B., Sadeghifar, J., Pourmohammadi, K., Mostafaie, D., Abolhalaj, M., & Bastani, P. (2012). Performance Assessment Indicators: How DEA and Pabon Lasso Describe Iranian Hospitals Performance. *HealthMED*, 6(3), 791-796.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

- Masoumi, G., Kasnaviyeh, M. H., Tahrizadeh, A., Panahi, M., Najafi, E. (2014). Hospital Performance Based on Pabon Lasso Model. *International Journal of Hospital Research*, 3(1), 49–54.
- Mehrtak, M., Yusefzadeh, H., Jaafaripooyan, E. (2014). Pabon Lasso and Data Envelopment Analysis: A Complementary Approach To Hospital Performance Measurement. *Global journal of health science*, 6(4), 107.
- Mohebbifar, R., Sokhanvar, M., Hasanpoor, E. (2014). A survey on the performance of hospitals of Qazvin Province by the Pabon Lasso Model. *International Research Journal of Biological Science*, 3(12), 5–9.
- Rahbar, A., Hamidi Parsa, H., Khosravi, M. (2014). The Assessing Performance of Educational Therapeutic Hospitals Dependent to Qom and Kashan Medical Sciences and Health Services Universities and Their Comparison Using by the Pabon Lasso Model. *Health Inf Manag*, 11(3), 362-70.
- Sağlık Bakanlığı (2016). 2015 Sağlık İstatistik Yıllığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Toygar, Ş. A. (2013). Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3, 50–78.
- Tripathi, C. B., Kumar, R., Sharma, R. C., & Agarwal, R. (2016). Assessment Of Performance Of Services in A Tertiary Care Neuropsychiatric Institute Using Pabon Lasso Model. *Asian Journal of Medical Sciences*, 7(6), 69-74.
- Uğurluoğlu, Ö., Çelik, Y., (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 1–29.
- Wang, B. B., Özcan, Y. A., Wan, T. H., Harrison, J. (1999). Trends in Hospital Efficiency Among Metropolitan Markets. *Journal of Medical Systems*, 23(2), 83–97.
- Yiğit, V. Ağırbaş, İ. (2004). Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7(Sayı:2), 141–161.
- Yiğit, V. (2016a). Bir Üniversite Hastanesinin Tıbbi Bölümlerinin Teknik Verimlilik Analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(23), 199–214.
- Yiğit, V. (2016b). Hastanelerde Teknik Verimlilik Analizi : Kamu Hastane Birliklerinde Bir Uygulama, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 9–16.
- Yiğit, V., Yiğit, A. (2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 253-273
- Younsi, M. (2014). Performance of Tunisian Public Hospitals: A Comparative Assessment Using The Pabón Lasso Model. *International Journal of Hospital Research*, 3(4), 159-166

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(YİĞİT, V)