

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Anabilim Dalı

115 059

**Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde
Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma**

Doktora Tezi

Aygül Yanık

Danışman
Doç. Dr. Işıl Pekdemir

T.C. İTİFAK KÜTÜPHANESİ
DOKÜMANLAMA VE ARAMA BİREME

T 115059

İstanbul
2000

İTİFAK KÜTÜPHANESİ
DOKÜMANLAMA VE ARAMA BİREME

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

İçindekiler Dizini.....	ii
Şekiller Dizini.....	vii
Tablolar Dizini.....	viii
Giriş.....	1
BÖLÜM I: Kalite, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite ve Müşteri Tatmini..	3
1. Kalite Kavramı.....	3
1.1. Kalite Kavramının Tanımlanması.....	3
1.2. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	5
2. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	8
2.1. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tanımlanması.....	8
2.2. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	11
2.3. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri ve Boyutları.....	15
2.4. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri.....	18
2.4.1. Kalite Kontrolü.....	18
2.4.2. Kalite Güvencesi.....	19
2.4.3. Toplam Kalite Yönetim (TKY) ve Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ).....	22
3. Müşteri (Hasta) Tatmini	27
3.1. Müşteri (Hasta) Kavramı.....	28
3.2. Hasta Beklentileri ve Tecrübeleri.....	31
3.3. HastaTatmini Kavramının Tanımlanması.....	35

3.4. Hasta Tatmini Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	37
3.5. Hasta Tatmini Modelleri.....	38
3.6. Hasta Tatmini ve Kalite	39
3.7. Hasta Tatmininin Önemi.....	42
BÖLÜM II: Hasta Tatmininin Boyutları ve Ölçme Yöntemleri.....	48
1. Hasta Tatmininin Özellikleri ve Boyutları.....	48
1.1. Hasta-Doktor İlişkisi.....	55
1.2. Hasta-Hemşire İlişkisi.....	60
1.3. Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi.....	64
1.4. Bilgilendirme.....	67
1.5. Beslenme Hizmetleri.....	68
1.6. Fiziksel ve Çevresel Koşullar.....	72
1.7. Bürokratik İşlemler.....	74
1.8. Güven.....	76
1.9. Bakım Maliyeti.....	76
2. Hasta Tatmini Araştırmalarında Ölçme Yöntemleri.....	77
2.1. Kalitatif (Niteliksel) Yöntemler.....	80
2.1.1. Odak Grup Görüşmeleri.....	81
2.1.2. Yönetimsel Gözlemler.....	82
2.1.3. Hizmet Sunan Feedback Programları	83
2.1.4. Çalışma Ekipleri ve Kalite Çemberleri	84
2.1.5. Kritik Olay Yöntemi.....	85
2.2. Kantitatif (Sayısal) Yöntemler.....	86
2.2.1. Posta Araştırmaları	86
2.2.2. Anket İle Yapılan Araştırmalar.....	87
2.2.3. Telefon Araştırmaları.....	88
2.2.4. Yorum Kartları.....	89

	IV
BÖLÜM III: ARAŞTIRMA	90
1. Araştırma Konusu.....	91
2. Araştırma Amacı.....	91
3. Araştırma Yöntemi.....	92
3.1. Hipotezler.....	92
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	98
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	99
3.4. Veri Toplama Aracı.....	99
3.5. Aracın Uygulanması.....	100
3.6. Verilerin İşlenmesi.....	100
3.7. Veri ve Bilgilerin Analizi.....	101
3.8. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	103
4. Bulgular ve Tartışma.....	104
4.1. Hastaların Genel Özellikleri.....	104
4.2. Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Tatminlerine İlişkin Değerlendirme Boyutları.....	108
4.2.1. Hemşire Davranışı Faktörü	109
4.2.2. Doktor Davranışı Faktörü.....	109
4.2.3. Temizlik ve Teknik Yeterlik Faktörü.....	110
4.2.4. Ulaşılabilirlik Faktörü.....	111
4.2.5. Yemeklerin Kendisi Faktörü.....	111
4.2.6. Bilgilendirilme Faktörü.....	111
4.2.7. Fiziksel koşullar Faktörü.....	112
4.2.8. Yemeklerin sunumu Faktörü.....	112
4.2.10. Kabul ve Gürültü Faktörü.....	113
4.2.10. Ziyaretçi Politikası Faktörü.....	113
4.3. Hastaların Özellikleri ve Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	115
4.3.1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	115

4.3.2. Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	121
4.3.3. Hastaların İkamet Durumuna Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri.....	127
4.3.4. Hastaların Gelir Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	133
4.3.5. Hastaların Daha Önce Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH)'nden Yararlanma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri.....	139
4.3.6. Oda Durumuna Göre Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri.....	145
4.3.7. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	149
4.3.8. Hastaların Kaldıkları Servise Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	155
4.3.9. Hastaların Daha Önce Başka Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri.....	161
4.3.10. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	166
4.3.11. Hastaların Bekleme Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	172
4.3.12. Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	177
4.3.13. Hastaların Ameliyat Olma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	182
4.3.14. Hastaların Yatış Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri.....	188
4.4. Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirmeleri ve Sadakat.....	194
4.4.1. Hasta Sadakati ile İlgili Literatür İncelemesi.....	194
4.4.2. Hastaneyi Diğer Kişilere Tavsiye Etme.....	197
4.4.3. Hastaneyi Tekrar Tercih Etme.....	198

	VI
5. Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar.....	200
5.1. Hastaların Hastane Hizmetlerine İlişkin Değerlendirme Boyutları.....	200
5.2. Hastaların zellikleri ve Hastane Hizmetleriyle ilgili Değerlendirmeleri.....	200
5.2.1. Yaş.....	200
5.2.2. Cinsiyet.....	201
5.2.3. Gelir Durumu.....	202
5.2.4. İkamet Durumu... ..	202
5.2.5. Daha nce HNEAH'den Yararlanma Durumu.....	204
5.2.6. Oda Durumu.....	205
5.2.7. Medeni Durum.....	205
5.2.8. Kaldıkları Servis Durumu.....	206
5.2.9. Daha nce Başka Hastaneye Yatma Durumu.....	206
5.2.10. Eğitim Durumu.....	207
5.2.11. Bekleme süresi.....	208
5.2.12. Sosyal Güvence Durumu.....	209
5.2.13. Ameliyat Olma Durumu.....	210
5.2.14. Yatış Durumu.....	210
5.3. Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri ve sadakat.....	211
5.3.2. Hastaneyi Diğer Kişilere Tavsiye Etme Durumu.....	211
5.3.3. Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumu.....	211
Genel Sonuçlar ve öneriler.....	213
zet.....	223
Kaynakça.....	227
Ekler	
Ek 1: Anket Formu.....	246

Şekiller Dizini

Şekil	Sayfa
Şekil 1: Temel Kalite Döngüsü.....	22
Şekil 2: Toplam Kalite Yönetimi ile Sağlanacak Faydalar.....	27
Şekil 3: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....	32
Şekil 4: Sağlık Bakım Tüketim Süreci.....	33
Şekil 5: Hastaların Önceki, Mevcut ve Gelecekteki Hastane Tecrübeleri Arasındaki İlişkinin Sistemik Diyagramı.....	34
Şekil 6: Tatmin Oluşumu.....	36
Şekil 7: Kalite ve Tatmin Piramidi (Beklentiler Hiyerarşisi.....	39
Şekil 8: Hastanelerde Kaliteli Bakım İçin Kavramsal Bir Çizelge.....	41
Şekil 9: Hastane Sisteminin Amaçları ve Boyutları Arasındaki İlişkiler..	42
Şekil 10: Kalite, Tatmin ve Sadakat Arasındaki İlişki.....	44
Şekil 11: Bakım Araştırmalarında Algının Kullanımı.....	46
Şekil 12: Hastane SKİ ve Hasta Tatmini İlişkisi.....	47
Şekil 13: Genel Bir Doktor-Hasta İletişim Modeli.....	59
Şekil 14: İletişim Sürecinin Aşamalarında Hemşirenin Sorumlulukları.	62
Şekil 15: Jefferson Yaklaşımı.....	195

Tablolar Dizini

Tablo	Sayfa
Tablo 1: Meta-Analizde Saptanan Boyutların Sayı ve Yüzdeleri.....	52
Tablo 2: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları...	104
Tablo 3: Hastaların Hastane İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....	106
Tablo 4: Hasta Tatmini Araştırmalarında Belirlenen Değerlendirme Boyutlarının Karşılaştırılması.....	114
Tablo 5: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	115
Tablo 6: Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	121
Tablo 7: Hastaların İkamet Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	128
Tablo 8: Hastaların Gelir Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	134
Tablo 9: Hastaların Daha Önce Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (HNEAH) Yararlanma Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	139
Tablo 10: Hastaların Oda Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	145
Tablo 11: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	149
Tablo 12: Hastaların Kaldıkları Servise Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	155
Tablo 13: Hastaların Daha Önce Başka Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	161
Tablo 14: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	167
Tablo 15: Hastaların Bekleme Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	173

Tablo 16: Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	178
Tablo 17: Hastaların Ameliyat Olma Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	183
Tablo 18: Hastaların Yatış Durumlarına Göre Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri.....	188
Tablo 19: Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme İle İlgili Ayırma Analizi Bulguları.....	197
Tablo 20: Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme İle İlgili Standartlaştırılmış Ayırma Fonksiyonu Katsayıları.....	197
Tablo 21: Hastaneyi Başkalarına Tavsiye Etme İle İlgili Sınıflandırma Sonuçları.....	198
Tablo 22: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme İle İlgili Ayırma Analizi Bulguları.....	198
Tablo 23: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme İle İlgili Standartlaştırılmış Ayırma Fonksiyonu Katsayıları.....	199
Tablo 24: Hastaneyi Tekrar Tercih Etme İle İlgili Sınıflandırma Sonuçları.....	199
Tablo 25: Araştırmada Kurulan Hipotezlerin Analiz Edildikten Sonraki Durumları.....	212

Giriş

Günümüz ekonomik faaliyetleri içinde, hizmet ile ilgili olanların payı her geçen gün artmakta ve hizmet sektöründe kaliteye yönelme gözlenmektedir.

Kurumların hayatta kalıp varlıklarını sürdürebilmeleri, herşeyden önce sundukları mal ve hizmetlerin kalitesine, fiyatlarının uygun olmasına bağlıdır. Maliyetleri kontrol altına alan, verimliliği arttıran, müşteri tatminini ön plana alan ve sürekli iyileştirmeyi düşünen, dolayısıyla toplam kalite yönetimi (TKY) uygulayan kurumlar, sözü edilen amaca daha yakın gözükümlerler. TKY, üretim ve hizmet sektöründe kaliteyi arttırarak rekabet gücünü geliştirmenin çağdaş yönetim biçimi olarak kabul edilmektedir.

Sağlık sektöründe 1980'li yıllardan itibaren uygulanmaya başlayan TKY, özellikle sağlık bakım hizmetlerinin önemli bir dalı olan tedavi edici hizmetlerin büyük bölümünün sunulduğu yataklı tedavi kurumları denilen hastanelerde, "kalite" sorununu gündeme getirmiştir. Hastaneler, daha az kaynak kullanarak kaliteyi arttırabilmenin bir yolu olarak TKY uygulamalarına geçmeye başlamışlardır. TKY'nde; kalitenin, müşterinin istek ve ihtiyaçlarını karşılayan bir ürün ya da hizmet olarak tanımlanması, müşterilerinde kaliteden sorumlu olmalarını ve bu sorumluluğun yönetim taahhüdü ile desteklenmesini beraberinde getirmiştir. Hastaların "müşteri" olarak görülmeye başlanmasının yakın zamanlara özgü bir davranış değişikliği olduğu, sağlık kurumları istedikleri hizmetleri sunmak ve hastaların da bu hizmetleri kullanmalarını beklemek yerine, hastaların ve hedef kitlelerin gereksinimlerini bilimsel olarak değerlendirmek ve onları tatmin edecek hizmetleri sunmak zorunda kaldıkları ileri sürülebilir. Ülkemizde de sağlık kurumlarının hizmet tasarımı, geliştirilmesinde ve sunumunda müşteri yönelimli yaklaşımı benimsemelerinin gerekeceği söylenebilir. Bu yaklaşımı benimseyen hastane, tercih ve tavsiye edilme üstünlüğünü elde edebilmektedir.

Sağlık bakım hizmetlerinde müşteriler; hastalar, hasta ailesi ve sosyal çevreleri, resmi kurumlar, sigorta kuruluşları, ilaç firmaları, sağlık bakım hizmetinde çalışanlar gibi çok çeşitli kesimlerden oluşmaktadır. Bu grup içerisinde de, öncelikle tatmininin sağlanması istenen grup, hastalardır. Çünkü; hastaların tatminlerinin sağlanmasının diğer müşteri gruplarını da etkileyeceği

düşünülmektedir. Hasta tatmini, sağlık kurumlarında, verilen hizmetin girdi, süreç ve çıktıları ile ilgili hasta reaksiyonlarını yansıtan bir ölçüm olarak, hastaların algıladıkları kalite ile bekledikleri kalitenin bir fonksiyonu olarak ifade edilmektedir. Hastalar, hizmetlerle ilgili beklentileri ile onlara verilen hizmet sonrasında edindikleri tecrübe arasındaki farka göre, sağlık hizmetini değerlendirmektedirler.

Gözden geçirilen literatürdeki araştırmalarda, hasta tatmininin özellikle üç faktörden etkilendiği belirtilmektedir. Bunların birincisi; hastaların durumları, hizmet beklentileri ve sosyo-demografik özelliklerini içeren hastaya ilişkin özellikler, ikincisi; bakımın teknik ve sanatsal (fonksiyonel) yönü ve çalışanların özelliklerini kapsamına alan hizmet sunanlara ilişkin özellikler, üçüncüsü ise; hizmetin oluşturulmasını, yapısını ve kabul edilebilirliğini içeren fiziksel ve çevresel faktörler ya da kurumsal özellikler olarak sıralanabilir.

Bu araştırmada da, hasta tatmininin oluşumunu ve sürecini etkileyen, yukarıda sıralanan her üç faktörü de içerdği düşünülen temel amaçlar saptanmıştır. Bunlar; (1) sağlık bakım hizmetlerinden belirli bir dönem yararlanmış hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili tatminlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, (2) bu faktörler yönünden sosyo-demografik ve ekonomik durumlarına göre hastaların, hizmetlerle ilgili değerlendirmelerinin ortaya çıkartılmasıdır. Bu çerçevede, araştırmanın birinci bölümünde; kalite, sağlık bakım hizmetlerinde kalite ve hasta tatmini hakkında genel bilgiler yer almıştır. İkinci bölümde; hasta tatmini boyutları ve ölçme yöntemleri incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise; araştırma yöntemi, bulgular ve tartışma, araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiştir. Son olarak da genel sonuçlar ve öneriler sunulmuştur.

Araştırmada, sağlık hizmetlerinin son kullanıcısı olan hastaların hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri bilimsel olarak ortaya konularak, sağlık kurumları yöneticileri yönlendirilmeye çalışılmıştır. Böyle bir çalışmanın etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunda önemli yararlar sağlayacağı ileri sürülebilir.

BÖLÜM I: KALİTE, SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE VE MÜŞTERİ TATMİNİ

1. Kalite Kavramı

Bugünün yoğun rekabet ortamında örgütlerin başarıya ulaşabilmeleri ve ürettiklerini satabilmeleri için, müşterilerini tatmin etmeleri gereklidir. Müşterilerini tatmin edebilmeleri için ise, örgütlerin en iyiyi üretmeleri ve müşterilerine en iyiyi sunmaları gerekli hale gelmiştir. En iyiyi üretme çabaları içinde; kaliteli üretim esas alınmalı, müşteri isteklerine mümkün olan en kısa sürede cevap verebilecek şekilde yeterli esnekliğe sahip olunmalı ve çalışanların tam katılımı sağlanmalıdır¹. Görüldüğü gibi, en iyiyi üretme çabaları içinde kalite en önemli unsur olarak yer almaktadır.

1.1. Kalite Kavramının Tanımlanması

Kalite kavramının ne olduğu, ne ifade ettiği ile ilgili pek çok tanım geliştirilmiştir. Bu tanımlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Türk Standartlar Enstitüsü ISO 9000 serisinde kalite, "bir ürün yada hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamı"² olarak ifade edilmektedir.

J.M. Juran ise kaliteyi, "kullanıma uygunluk"³ olarak özlü bir şekilde tanımlamaktadır..

Bir başka şekilde, kaliteyi gerçek (beklenen) kalite ve algılanan kalite şeklinde incelemek mümkündür. Bir ürün veya hizmeti sunan kişi veya örgütün, ürün veya hizmeti sunmak için sarfettiği çaba ve katlandığı harcamaların onun spesifikasyonlarına ulaşması durumunda elde edilen kalite gerçek kalitedir. Kalitenin geleneksel tanımı da bu şekilde yapılmaktadır. Algılanan kalite ise, subjektif bir kavramdır ve müşterinin algıladığı kalitedir. Bir ürün ve hizmet

¹İşıl Pekdemir, "Değişen Yönetim Anlayışı, En İyiyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi", Yönetim Dergisi; İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yıl:6, Sayı:22, Ekim 1995, s.27-28.

²Nurettin Peşkiroğlu, "Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Standartları", Ankara: Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, 1994, s.96.

Coşkun Atayeter, "Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi ve Toplam Kalite Kontrolü", 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğinboy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s.397.

³Peşkiroğlu, İbid., s. 95.

müşterilerin beklentilerini karşıladığı zaman algılanan kaliteye ulaşılmış olunur. Buna göre kalite, ihtiyaçları karşılama derecesidir ⁴.

Woodside ise, kalitenin makro ve mikro tanımlarının gerekliliğini ve bütün durumlara uygun bir kalite tanımının olmadığını ileri sürmektedir. Mikro düzeyde kalite: bir otel odasının temiz ve düzenli odası; uçağın zamanında varması; yeni bir arabanın takırtı yapmaması; kiralık oda endüstrisinde rezervasyonlara riayet etmek ve hastanede hasta odasında sunulan yemektir. Makro düzeyde kalite ise: ilk aşamada doğru şeyler yapmak; ayrıntılar olarak adlandırılan gereksinimleri karşılamak; rekabetçilerin engelleri karşısında tamamiyle başarılı olmak; sade toplantı ve basit tarzı kapsayan kalite tasarımı; stratejik iş birimlerinde her görüşe ulaşan toplam kalite sistemidir⁵. Her iki kalite tanımının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Norichi Kano kaliteyi tanımlamak amacıyla iki boyutlu bir model geliştirmiştir. Kalite ile ilgili boyutlardan biri "mecburi kalite" diğeri de "cazip kalite" dir⁶. Mecburi kalite, müşterinin ürün yada hizmetten mutlak beklentilerini ifade eder. Eğer bu karşılanmazsa müşteri tatmin olmaz. Örneğin, ürün güvenilirliği, kullanım kolaylığı. Cazip kalite ise, mevcut beklentilerin üzerinde, müşterinin beklemediği, talep etmediği ve hakkında önceden fikir sahibi olmadığı özelliklerle ve böyle özelliklerin geliştirilmesi ile ilgilidir. Örneğin, otomobillerde ani darbelere karşı hava yastığı geliştirilmesi. Ancak, cazip kalite belli bir süre geçtikten sonra, müşterinin bu özelliği benimsemesi, talep etmeye başlamasıyla mecburi kalite halini alır.

Geçen zaman birimi içinde kalitenin tanımında da önemli bir değişim oluşmuş, nadir ve pahalı bir ürün yada hizmet olarak algılanan "kalite" deyimini, müşterinin istek ve ihtiyaçlarını karşılayan bir ürün yada hizmet olarak tanımlanmıştır. Endüstri sektöründe kaliteli ürün elde etmek için kullanılan İstatistik Kalite Kontrol yöntemleri ile üretilen bilgilerin uygulamalarda sağladığı

⁴ Işıl Pekdemir, "İşletmelerde Kalite Yönetimi", BETA Basım Yayım Dağıtım A. Ş., İstanbul: 1992, s. 7-8.

⁵ Arch G. Woodside, "Commentary On... What Is Quality and How Much Does It Really Matter?", *Journal of Health Care Marketing*, December 1991, 11 (4), s. 61.

⁶ Fırat Akdere ve d., "Yeni Kimliğiyle Toplam Kalite", İ.T.Ü. İşletme Mühendisleri Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi, Toplam kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi, Eylül 1994, s.9.

başarı benzeri mantığın sağlık ve diğer hizmet sektörlerinde de uygulanmasına yol açmıştır⁷.

1.2. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Kaliteli ürün, kaliteli hizmet, kalitenin geliştirilmesi gibi kavramlarla sık sık kullanılan kalite kavramının doğuşu ve gelişimi ile sağlık hizmetlerinde kullanımı çok uzun zaman öncesine dayanmaktadır. Tarihte kalite ile ilgili ilk kayıtlara M.Ö.2150 yılında Hammurabi Kanunlarında rastlanmaktadır; "Bir inşaat ustasının inşa ettiği ev, ustanın yetersizliği nedeniyle yeterince sağlam olmayıp yıkılır ve ev sahibi ölürse, o inşaat ustası da öldürülecektir"⁸.

19.yüzyılda modern endüstriyel sistem doğmuştur. A.B.D.'nde Frederick Taylor, iş planlamasını işçi ve nezaretçilerin elinden alıp, endüstri mühendislerinin kontrolüne vererek bilimsel yönetimin öncülüğünü yapmıştır. Taylor'a göre kalitenin gerçekleştirilmesi, uzmanların dediklerinin çalışanlar tarafından yapılmasıyla sağlanmalıdır. 20. Yüzyılda yalnızca bolluk amacı ile reserve edilen ürünlerden kaçınıldığı bir dönem başlamıştır. Henry Ford, Ford Motor Şirketi'nin imalat ortamında ilk kez hareketli montaj hattını kullanmaya başlamıştır. Böylece, karmaşık işlemler bölünerek düşük maliyette yüksek düzeyde teknik ürünlerin imali gerçekleşmiştir. Bu sürecin bir bölümü olarak, iyi ürünleri kötü ürünlerden ayırma işlemi gündeme gelmiştir. Daha önce kalite, imalattan daha az önemli algılanıyordu⁹.

1920 ve 1940 yılları arasında endüstriyel teknoloji hızlı bir şekilde değişmiştir. Bell Sistem ve Batı elektrik bölümler arası koordinasyon eksikliği ve ürünlerdeki kusurlar sonucu oluşan sorunları gidermek amacıyla kalite kontrolünü "Muayene Mühendisliği Bölümü" kurmak yolu ile başlatmıştır. Bu konuda Bell çalışanlarından George Edwards ve Walter Shewhart öncü liderler olmuştur¹⁰.

Kalite Güvence terimini ilk olarak kullanan Edwards'a göre kalite, yönetimin sorumluluğunda olmalıdır. Çünkü, iyi kalite iyi şeyler düşünerek ve

⁷Mithat Çoruh, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ed. Mithat Çoruh, 1-2 Kasım 1997, s.3.

⁸Rıdvan Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", Verimlilik Dergisi, 1994/3, MPM Yayını, s.114

⁹Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", s.115.

¹⁰Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", s.115-116.

şansa bağlı olarak elde edilemez. Kalite kuruluşun bütün örgütsel bölümlerinin planlı ve birbirine bağlı çalışmaları ile oluşur. Bu yaklaşımın anlamı, örgüt şemasına kuruluştaki diğer müdürler düzeyinde bir kadro ünvanının kalite kontrol programından sorumlu olarak eklenmesi demektir¹¹.

1924 yılında Matematikçi olan Shewhart seri üretim ortamlarında kalitenin ekonomik olarak kontrolü için bir yöntem olan İstatistiksel Kalite Kontrol kavramını gündeme getirmiştir. Sheward, aynı zamanda yönetim prensipleri ve davranış bilimleri konusunda da uzman sayılmaktadır¹².

İkinci Dünya Savaşı, kalite teknolojisinin gelişimini hızlandırmıştır. İmal edilen ürünlerin kalitesinin iyileştirilmesi gereksinimi, kalite kontrol konusundaki çalışmaların artmasına ve daha çok bilgi paylaşımına yol açmıştır. 1946 yılında Amerikan Kalite Kontrol Kurumu' nun (ASQC - American Society for Quality Control) kurulmasıyla temel kalite kavramlarının gelişmesi için daha elverişli bir ortam oluşmuştur. II. Dünya savaşı sona erdiğinde kalite kontrolüne ilgi yitirmeye başlanmıştır. Kuruluşların çoğu, kalite kontrolü savaş sırasında gerekli olan bir uğraşı olarak gördükleri için, savaş sonrası bu konuda yapılacak çalışmaları gereksiz olarak değerlendirmişlerdir¹³.

1950 yılında Bell Sistem'de Edwards ve Shewhard ile birlikte çalışmış olan W. Edwards Deming, Japon Bilim adamları ve Mühendisler Birliği tarafından önde gelen iş adamlarına konferans vermek üzere Japonya'ya davet edilmiştir. İş adamlarının amacı, savaş sonrası Japonya'yı yeniden imar etmek, dış pazarlara girmek ve düşük kaliteli ürünlerin kalitesini iyileştirmektir. İstatistiki kalite kontrol konusunda uzman olan Deming, Japon öğrencisi Kaora İshikawa ile birlikte çalışmalara başlamıştır. İş adamları Deming' in öğretilerini içten dinleyerek uygulamışlar; ve Japon kalitesi, verimliliği, rekabet gücü sürekli olarak iyileşmiş ve güçlenmiştir. Japonya'da adete bir kalite seferberliği başlatılmıştır. Deming yöntemleri dünya çapında yayılmayı sürdürmekte olup,

¹¹ Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", s.116.

¹² Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve deming'in Ondört İlkesi", s.116.

Curtis P. McLaughlin; Arnold D. Kaluzny, Continuous Quality Improvement in Health Care, Theory, Implementation and Applications, An Aspen Publication, 1994, s.12.

¹³ Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", s.116.

toplam kalite yönetimine de önemli katkılar sağlamıştır¹⁴.

Daha sonraki yıllarda Joseph Juran, Japonları organizasyon ve personel yönetimi konusunda eğitmiştir¹⁵. Bu dönemde, en meşhur Japon uzmanlardan Gennichi Taguchi ise, ürün ya da hizmetlerdeki değişik sorunları tanımlamak için tasarlanan istatistiksel teknikleri kullanmayı vurgulamıştır¹⁶.

Dr. Armond Feigenbaum ve ekibinin, örgütün her türlü faaliyetlerine entegre edilmiş bir kalite oluşturma ve geliştirme çalışmalarının ilk taslağı 1951 yılında "Toplam Kalite Kontrolü" kitabıyla ilk defa olarak dünyaya tanıtılmıştır¹⁷. O zamana kadar kaliteye yönelik çalışmalar önlemeye değil, düzeltici çalışmalara yöneliktir. Kore Savaşı güvenilirlik ve nihai ürün testi konularına yönelmesine neden olmuştur. 1960'ların sonlarında kalite teknolojisindeki gelişme ile bilgisayar teknolojisindeki atılım, bilgisayar kullanımını ve müşterinin tatmin olmasında yazılım, kalite güvencesini vazgeçilmez bir etken haline getirmiştir. En büyük Amerikan kuruluşlarına , kalite programları yayılmaya başlamıştır¹⁸.

Philp B. Crosby 1961'de "Sıfır Hata" yaklaşımını geliştirmiştir. Sıfır hata yaklaşımı, bir kerede ve doğru bir şekilde yapma anlamını taşımaktadır¹⁹. Burada önemli olan kişilerin sıfır hatalı üretim faaliyetlerinde bulunma yönünde bir hedefe sahip olmalarıdır.

Bütün bu gelişmeler, çalışanların kaliteyi önleyen sorunları saptadıkları ve istatistiksel yöntemlerin yardımıyla çözüm yollarını yine kendilerinin buldukları grup çalışmaları ile sağlanmıştır. Katılımı ve dolayısıyla motivasyonu arttıracak temel kalite döngüsü, ilk olarak 1962' de Deming ve Juran'ın çalışmaları ile Japonya'da Ishikava tarafından uygulanmıştır²⁰.

Tüketicilerin giderek kalite ile artan bir şekilde ilgilenmeleri ve dış rekabet, Amerikan şirketlerinin kalite konusuna daha çok önem vermelerine yol

¹⁴ Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Öndört İlkesi", s.117.

Atayeter, İbid., s.400.

İbrahim Kavrakoğlu, Toplam Kalite Yönetimi, KalDer yayınları, 1. Basım, Kasım 1992, s.32.

Mclaughlin; Kaluzny, İbid., s.13-14.

¹⁵ Atayeter, İbid., s.400.

¹⁶ Mclaughlin; Kaluzny, İbid., s.18.

¹⁷ Atayeter, İbid., s.398.

Mclaughlin; Kaluzny, İbid., s.15.

¹⁸ Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Öndört İlkesi", s.118.

¹⁹ Pekdemir, İşletmelerde Kalite Yönetimi, s.16.

²⁰ Özlem Özden; Fulya Ölmez, "Kalite Kavramının Gelişimi", Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Ed. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 11-12 Kasım 1994, s.18.

açmıştır. Böylece, yönetim; verimliliğin azaldığı, maliyetlerin yükseldiği, grevlerin ve işsizliğin olduğu bir ortamda yaşamını devam ettirebilmek için kalite iyileştirme çabalarına öncelik vermeye başlamıştır. 1970 ve 1980'li yılların sonlarına doğru kalite, işletmelerin ve hizmet kuruluşlarının tüm fonksiyonlarına (finans, satış, personel, bakım, yönetim, imalat ve hizmet) girmeye başlamıştır. Yalnızca imalat hattında değil, tüm sistem üzerinde odaklanılmaya başlanmıştır²¹. Yukarıda adı geçen Amerikalı ve Japon uzmanlar, toplam kalite yönetimi anlayışının ortaya çıkmasına önemli katkılar sağlamışlardır. Sonuçta, toplam kalite anlayışının uygulanmasıyla müşteriler, örgütler ve toplumun tatmini söz konusu olmuştur.

2. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık alanında kalitenin farklı bir anlatımı vardır. Sağlığın ve sağlık bakımının tanımları pek çok kez birbirinden farklı ve benzer olarak yapılmıştır. Donabedian, sağlık bakımında kalitenin; bakımın bir sonucu olarak, sağlık durumunda bakıma bağlı bir değişiklik olduğunu kabul etmektedir. Bakımın kalitesi arttıkça sağlığın da olumlu yönde gelişmesi beklenmektedir²².

2.1. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tanımlanması

Sağlık bakım hizmetlerinde bakım kalitesi; tanımlanması, anlaşılması ve uygulanması oldukça kompleks ve zor açıklanabilen bir kavramdır²³. Böyle olmasının gerçekte sağlık alanının özelliklerinden ileri geldiği belirtilmektedir²⁴.

Sağlık bakım hizmetlerinin amacı, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin yükseltilmesi olarak ifade edilmektedir. Sağlık bakım hizmetleri bir üretim süreci içerisinde sağlanmakta ve bu süreç içerisinde alıcılara sunulmaktadır. Hizmetlerin üretildiği ve alıcıya sunulduğu süreç içerisinde, bakım hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi

²¹ Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", s.119.

²² Avadis Donabedian, "Bakım Kalitesi ve Maliyeti Konularında Mesleki Sorumluluk", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Ankara:1993, s.101

²³ Steven Taylor, J. Joseph Cronin Jr., "Modeling Patient Satisfaction and Service Quality", Spring 1994, 14 (1), s.35.

²⁴ Saim Çerekçi; A. Kadir Teke, "Ankara Garnizonundaki Subay-Astsubay ve Ailelerinin GATA Eğitim Hastanesinden Beklentilerinin Analizi", III. Baştabib Oryantasyon Kursu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara: 19-23 Ekim 1998, s.59.

ve bunların açık bir biçimde tanımlanmayışı, daha subjektif olarak tanımlanabilecek unsurlardan etkilenmesi, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülemeyişi gibi nedenler, sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin tanımlanmasını güçleştirmektedir²⁵.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) tarafından, 1990 yılında, hasta bakımında kalite; mevcut bilgi dahilinde, hasta bakım hizmetlerinin arzulan hasta çıktılarının olasılığını artırma ve arzulanmayan hasta çıktılarının olasılığını azaltma derecesi olarak tanımlanmıştır. Günümüz sağlık bakım çevresi ve diğer hizmet örgütlerinde bu kalite tanımının yeterli olmadığı düşünülmektedir. Tanımın, hastaların görüş noktasından, yani hizmetten yararlananların düşüncelerini ihmal ettiği ileri sürülmüştür²⁶.

Donabedian'e göre ise, sağlık bakım kalitesi, bakımın iyiliği konusunda bir yargıya varmayı ifade etmektedir. Ve bu yargıya nasıl varılabileceği sorusuna cevap olarak da, sağlık bakım alanında mevcut bilgi ve teknolojinin sağlıkta en fazla iyileşmeye ulaşabilme potansiyeli; aileleri de dahil olmak üzere hastalar tarafından kabul edilebilirlik; ve toplum tarafından kabul edilebilirlik kriterlerini öne sürmektedir²⁷. Ayrıca, Donabedian sağlık bakım kalitesini, teknik, kişisel ve çevresel etkenlerin bir ürünü olarak görmektedir²⁸.

Bazı yazarlar ise sağlık bakım kalitesini; eşitlik, ulaşılabilirlik, süreklilik, tutarlılık, kabul edilebilirlik (hasta ve yakınları ve de toplum tarafından), etkinlik, etkililik, yeterlilik, bilimsel ve teknolojik kalite, sunulan bakımın uygunluğu, optimal olma, efficacy (ideal koşullar altında yürütülen faaliyetlerin sonucunu ifade eder) gibi niteliklere sahip bir kavram olarak tanımlamaktadır²⁹.

Amerikan Tıp Enstitüsü Komitesi'ne göre, sağlık bakım kalitesi, olası sağlık sonuçlarını bireyler ve toplum için artıran, bugünkü profesyonel bilgi ile tutarlı olan sağlık hizmetleri derecesidir. Bakımın sunumu, bilimsel, kliniksel,

²⁵ Çerekçi; Teke, İbid., s.59.

²⁶ Vincent K. Omachonu, Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991, s.34-35.

²⁷ Hacer Özgen, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", Toplum ve Hekim, Eylül-Aralık 1995, 10 (69-70), s.48.

Avedis Donabedian, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press Ann Arbor, Michigan: 1980, s.25.

²⁸ Osman Hayran; Hulki Uz, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, Yüce Yayın, İstanbul: 1998, s.153.

²⁹ Özgen, İbid., s.48.

teknik, kişilerarası ilişki, el becerisi, bilişsel ve sağlık bakımının örgütsel ve yönetsel unsurları hakkında en güncel bilgi kullanımını benimsemeyi yansıtmalıdır³⁰.

Sağlık hizmetleri kalitesinin kavramsallaştırılması ile ilgili, pek çok görüş ve araştırma vardır. Sağlık bakım kalitesi, artık aşağıdaki gibi ifade edilmektedir³¹.

Sağlık Bakım kalitesi=(Teknik Bakım + Bakım Sanatı) + (Teknik Bakım x Bakım Sanatı) + E

Teknik bakım: teşhis ve tedavi süreçlerinin yeterliliğini, Bakım sanatı ise: bakımın sağlanmasında ve hasta ile olan iletişimde hizmeti sağlayanların tarzı, davranışlarını ve sağlık hizmetlerinin hastaya sunulma biçimini ifade etmektedir. E : rasgele hatayı temsil eder³².

Genel olarak bakıldığında, sağlık bakım hizmeti kalitesinin, kaliteye genel yaklaşımdaki değişikliklerle birlikte daha çok boyutlu ve geniş kapsamlı bir biçimde tanımlandığı görülmektedir. Sağlık hizmeti kalitesinin tek bir amaca bağlı olarak, yalnızca tıbbi standartlara ulaşılması, hastanın memnun edilmesi veya iyileştirilmesi gibi kriterlerle tanımlanamayacağı anlaşılınca, kalitenin birçok amacı bir arada ele alacak şekilde tanımlanması gereği ortaya çıkmıştır.

Bu özelliklere uygun sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı; uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanısıra, bir örgütün tüm çalışanları tarafından, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması yönünde sürekli bir çaba³³ olarak tanımlanabilir.

³⁰ Lisa I. Lezzoni, "Monitoring Quality of Care: What Do Need to Know?", *Monitoring Quality of Care*, Summer 1993, vol.30, s.112.

³¹Stevan A. Taylor, "Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies", *Hospital and Health Service Administration*, summer 1994, 39 (2), s.228.

Donabedian, *Exploration in Quality Assesment and Monitoring, the Definition of Quality and Approaches to its Assesment*, s.28.

³²Joby John, "İmproving Quality Through Patient-Provider Communication", *Journal of Health Care Marketing*, December 1991, 11 (4), s.52.

Taylor, *İbid.*, s.229.

³³Yaman Zorlutuna, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Ed. Mithat Çoruh, 17-18 Ekim 1997, s.185.

Michael R. Bowers; John E. Swan; William F. Koehler, "What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery", *Health Care Manage Review*, Fall 1994, 19 (4), s.51.

Joby John, "Research İn Brief, Patient Satisfaction: The İmpact of Past Experience", *Journal of Health Care Marketing*, September 1992, 12 (3), s.58.

Kalite tanımının, birbirine bağımlı iki bölümden oluştuğu belirtilmektedir. Bunlar, kalitenin kendisi ve kalitenin algılanması ya da değerlendirilmesidir. Kalitenin kendisi; sağlık örgütünün kendi beklentilerini, çalışma standartlarını ifade etmektedir. Kalitenin algılanması ise, hizmetten yararlananların beklentilerini kapsamaktadır. Bunlardan hiç birinin kurumu tek başına ifade edemeyeceği ileri sürülmektedir³⁴.

2.2. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, yüzyıllar öncesinin uygarlıklarına değin uzanan, sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahip olduğu izlenmektedir. Ellis ve Whittington, Eski Mısır, Asur, Çin, Yunanistan ve Roma'da iyi niteliklere sahip değişik uygulama geleneklerinin olduğunu belirtmektedirler. Bu dönem, özellikle kalite olarak ifade edilmeyen, ancak kaliteyi ima eden tekniklerin kullanıldığı kalitenin embriyonik aşaması olarak belirtilmektedir. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bazıları (hipokratın yemini gibi) hizmet verenler için günümüzde referans noktası olmayı sürdürmektedir. Fine ve Meyer de, organize edilmiş kalite sistemlerinin sürekliliğinin sağlanması ile birlikte, eski çağlarda yaratılan kalite değerlendirme ve geliştirmede karşı karşıya kalınan sorunları ortaya çıkartmışlardır. Sağlık bakımında kalite kavramının sistematik değerlendirmesi yeni değildir³⁵.

Paris Louvre Müzesi'nde bulunan Babil kralı Hammurabi'ye ait metinde "doktor, gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse on sikke, eğer hasta köleyse iki sikke alır, fakat apse açılırken neşterin körlüğünden hasta görme duyusunu kaybederse doktorun eli kesilir" denilmesi, tıbbi bakım konusundaki

³⁴ Çerekçi; Teke, İbid., s.59.

Omachonu, İbid., s.35.

³⁵Nancy O. Graham, *Quality in Health Care Theory, Application, and Evolution*, An Aspen Publication, 1995, s.16-17.

Bozkurt, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", s.114.

bir takım beklenti ve yaptırımların İ.Ö. 2000 yıllarına dayandığını belgelemektedir³⁶.

Güncelliğini hala koruyan sağlık bakımında kalite güvencenin temeli Kırım Savaşı (1854-1856) süresince Florence Nightingale'in çalışmalarına kadar uzanmaktadır. Nightingale, savaş hastanelerinde hastalara gıda sunumu, temizlik ve enfeksiyon kontrolünü başlatarak, ölüm oranını %43'ten %2'ye düşürerek önemli bir katkı sağlamıştır³⁷.

20. Yüzyılın başlarında, çok sayıda Amerikalı doktor sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. Örneğin; Ernest Avery Codman, taburcu olduktan sonra hastaları çağırarak tedavinin sağladığı faydayı ve yan etkilerin varlığını araştırmış, aynı zamanda hizmet sunucuların yeterliliğinin bakım kalitesinin tek belirleyicisi olmadığını ileri sürmüştür. Codman, hastane çıktılarına odaklanmıştır³⁸. Flexner ise, doktorların eğitimi ile ilgili bir rapor yayınlamıştır. Bu çalışmasında, tıp mesleğinde otorite birliği olarak ifade edilen Hastane Standardizasyon Programını geliştirmeyi hedeflemiş ve tıp eğitimi için standartlar önermiştir³⁹.

Michael M. Davis, Isodore S. Falk ve diğerleri Tıbbi Bakım Maliyet Komitesi çalışmalarında, Amerika'da, sağlık bakım hizmetleri araştırmalarının kökenini incelemişlerdir. 1928'den 1932 yılına kadar sağlık bakım hizmetlerinin sunumu, tıbbi bakımın finansı ve kaliteli bakımı etkileyen makro düzeydeki faktörlerin geniş bir değerlendirmesini içermiştir. 1940 ve 1950'li yıllarda, sınırlı olarak, sağlık bakım kalitesinde araştırma konuları finansa odaklanmış ve nadiren sermaye sağlanmıştır⁴⁰. 1952 yılında, Hastane Standardizasyon Programı Birliği, diğer çok sayıdaki profesyonel birliklerle birleşerek Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization'ı (JCAHO) oluşturmuşlardır⁴¹.

³⁶Korkut Ersoy;Şahin Kavuncubaşı, "Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi", 1. Uluslararası Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğinsoy, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası/ Aydın, s.349.

³⁷Renee A. Stiles; Stephen S. Mick, "Classifying Quality Initiatives: A Conceptual Paradigm for Literature Review and Policy Analysis", Hospital & Health Services Administration, Fall 1994, 39 (3), s.310.

³⁸Graham, İbid., s.17.

³⁹Graham, İbid., s.17.

⁴⁰Stiles; Mick, İbid., s.310.

⁴¹Graham; ibid., s.18.

1960'larda hükümetten sermaye alan sağlık bakım hizmetlerinde artış olmuştur. 1970'lerde sosyal bilimler alanında, sağlık bakım hizmetleriyle ilgili artan kalite çalışmalarındaki potansiyel uygulamalar tanınmaya başlanmıştır. Ayrıca, 1973'te Örgütlerde Profesyonel Standartlar Gözden Geçirme Organizasyonu kurulması, demografik olarak benzer nüfusa doktor hizmetlerinin sunumu ve kalitenin ölçümü için objektif kriterlerin geliştirilmesine yönelik yeni güç sağlamıştır⁴². 1960 ve 1970'li yıllar formal kalite güvencesinin başlangıcı olarak düşünülmüştür. Bu dönemde maliyetleri düşürmek ve kaliteyi geliştirmek esas alınmıştır. 1970'lerin başlarında JCAHO'a bir akreditasyon standardı olarak içsel kalite güvence ilave edilmiştir. Palmer ve Adams, radikal olarak doktor otoritesinin profesyonel modelinden ayrılan bu dönemi, bir hiyerarşi ve örgütsel kurallara göre karar veren profesyonelliği, bürokrasi olarak yeni bir yaklaşımla ifade etmiştir⁴³. 1970'lerin sonlarında kalite çalışmaları, bakım maliyetinin artması nedeniyle kendi üstünlüğünü gölgelemiştir. 1980'lerin ortalarına kadar çalışmalar maliyetler üzerine odaklanarak kalite çalışmaları azalmıştır. 1982'de Beklenen Ücret Sistemi'nin yürürlüğe girmesi ve harcamaların artması üzerine etkili ücret sistemi için yeniden kaliteye dikkat çekilmiştir. Bu hareket, Amerikan sanayisinde kalite yönetimi prensiplerinin önemini anlaşılmamasını sağlamıştır. Bu durum, sürekli geliştirilmesi gereken temel bir konu olarak kalitenin kavramsallaştırılmasında bir aşama olmuştur. İlaveten, hızlı olarak artan bilgi ağı, yöntemi değerlendiren önemli görüşler ve kalite geliştirme çabalarına ilham vermiştir⁴⁴.

Sağlık bakım sunumunda "kalite" 1990'larda müthiş bir meydan okumadır. Nelson ve Goldstein'e göre, sağlık bakım kalitesi gelecek on yılda önemli bir pazarlama sorunu olacaktır. Çünkü; sağlık sektörü, artan bir şekilde bilgili tüketiciler, hizmet sunanlar, hükümet yetkilileri ve diğer sağlık bakım satıcıları ile etkileşim içindedir. Kalite sorunlarına dikkati çeken bu gruplar, kalitenin tanımı ve ölçümü için yaklaşımlar geliştirme ve sağlık bakımı sunulacak yer hakkında objektif kanıt ve hizmet kalitesi algılamalarına odaklanmıştır. Woodside, Frey ve Daly sağlık bakım hizmetleri kalitesinin doğru olarak hasta odaklı ölçümünün sağlık bakım örgütleri için zorunlu olduğunu ileri

⁴² Stiles; Mick, *İbid.*, s.311.

Graham, *İbid.*, s.7.

⁴³ Graham, *İbid.*, s.18.

sürmüştür. Çünkü; hizmet kalitesi ile hastaların tatmini algılamaları, hizmet kullanımının amaçlarını ve gerçek geleceğini etkilemektedir. Sağlık bakım kalitesini açıklamak, ölçmek ve değerlendirmek güç olmaktadır⁴⁵.

Ülkemizde yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular da önemli kalite sorunlarının bulunduğunu kanıtlamaktadır. Örneğin; 1989'da Ersoy tarafından gerçekleştirilen ve apandisit vakaları ile ilgili araştırmada, komplikasyon varlığı ile ortalama yatış süresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada, çeşitli nedenlerle komplikasyonla karşılaşan hastaların ortalama yatış süresinin (14.36 gün), komplikasyonla karşılaşmayan hastaların ortalama yatış süresinden (4.42 gün) yaklaşık üç kat fazla olduğu belirlenmiş ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur⁴⁶.

Akbari tarafından 1993'te yapılan ve inguinal hernia vakalarının incelendiği bir diğer araştırmada, komplikasyonların %70'inin hastalardan, %30'unun ise hastane ortam ve süreçlerinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Aynı araştırmada komplikasyonlu vakaların ortalama yatış süresinin uzun olduğu bulunmuştur⁴⁷.

Günümüzde de, gerek endüstri gerekse sağlık sektöründe kalitenin beşiği olan ABD başta olmak üzere pek çok ülkede maliyetlerin artması, teknolojideki hızlı gelişmeler ve artan tüketici beklentileri gibi nedenlerle kaliteli sağlık bakım hizmeti sunma kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir⁴⁸. Literatürde, sağlık bakım hizmetlerinde çağdaş kalite döneminin, Toplam Kalite Yönetimi ya da Sürekli Kalite İyileştirme'nin uygulanması ile sağlanacağı belirtilmektedir⁴⁹.

Sağlık bakım hizmetleri alanında, gelecekte de kalite güvencesi yayılmaya devam edecek ve hızlı olarak genişleyecektir. Mevcut sağlık reformu kalite sağlama önerileri incelenerek ve endüstriyel kalite eğilimleri gözden geçirilerek, gelecekteki kalite terimlerinin anlamı tahmin edilecektir. Geçmiş,

⁴⁴ Stiles; Mick, İbid., s.311.

⁴⁵ Richard S. Lytle; Michael P. Mokwa, "Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes", *Journal of Health Care Marketing*, March 1992, 12 (1), s. 4.

⁴⁶ Ersoy; Kavuncubaşı, İbid., s.349.

⁴⁷ Ersoy; Kavuncubaşı, İbid., s.349.

⁴⁸ Hacer Özgen, İbid., s.47.

⁴⁹ Graham, İbid., s.19.

kişilerarası tecrübe ve diğer endüstriler gelecek için yeniliğin zengin kaynağıdır⁵⁰.

Yukarıda izlendiği üzere kalite, yeni bir konu değil evrimli bir konudur⁵¹.

2.3. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri ve Boyutları

Donabedian, sağlık bakım hizmetleri kalitesinin boyutlarının ortaya çıkartılması için, öncelikle sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin özellikleri olarak tanımladığı, bazı kavramların belirtilmesinin, uygun olduğunu ifade etmiştir. Bu özellikler; etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilirlilik, yasallık ve adil olmadır⁵²:

Etkililik: Mevcut sağlık bakım olanakları ile, sağlık durumunda en iyi iyileşme ve ilerlemeyi gerçekleştirebilme yeteneğidir. Ulaşılan bilgiye paralel sürekli standartlar geliştirilir. Bu yüzden etkililiğin denetlenmesi, bilimsel işlemlerin uygulanmasındaki beceri kadar bilimsel bilgi ve kararı da test eder. Ayrıca hastaların kendi bakımlarına etkili bir şekilde katılımlarına da etki eder. Etkililik, hizmetlerin istenen etkiyi yapmasıdır.

Verimlilik: Sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneğidir. Ancak maliyetler düştüğünde, kalite azalmamalıdır.

Optimallik: Sağlık bakımının yararları hakkındaki etkilerine karşı maliyetlerin dengelenmesidir. Yani yararlar ve maliyetler arasında en iyi dengenin sağlanmasıdır.

Kabul Edilirlilik: Hastaların ve aile üyelerinin arzuları, istekleri ve beklentilerinin belirlenmesi ve sürekliliğinin sağlanmasıdır. Hastalar, bakımın kolay ulaşılabilir olmasını, iyi bir ortamda sağlanmasını ve bu ortamda ilgililerin kendilerine yönelik davranışları konusunda çok ilgilidirler. Hastalar nezaket, saygı ve kişisel ilgi beklerler.

Yasallık: Ahlaki prensipler, değerler, normlar, kanunlar ve düzenlemelerde ifade edildiği gibi sosyal tercihlerde süreklilik ve uygunluktur.

⁵⁰ Graham, İbid., s.21-24.

⁵¹ Stiles; Mick, İbid., s.311.

⁵² A. Donabedian, "Kalite Güvencesi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1(1), 1992, s.19.

Şahin Kavuncubaşı, "Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite Verimlilik Karşılaştırması", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 1-2 Kasım 1997, s. 82-83.

Adil olma: Toplumun üyeleri arasında sağlık bakımının ve yararlarının dağıtımında doğru yada adil olmayı belirleyen bir prensibin sürekliliğini sağlamaktır.

Kısaca, iyi kalite sağlık bakım hizmeti; profesyonel mükemmelliğin en yüksek derecesi, kaynak kullanımında etkililik, hastalara minimum risk ve sağlıkta olumlu bir etki sağlamalıdır⁵³.

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Services) tarafından sunulan bir raporda ise direkt olarak sağlık bakım kalitesi tanımlanmamakta, bunun yerine yüksek kaliteli bakımın aşağıdaki özellikleri taşıması gerektiği belirtilmektedir⁵⁴:

* Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,

* Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ya da çeşitli rahatsızlıklardan kaynaklı sınırlılıkların önlenmesi ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavi üzerinde durulması,

* Bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekliliğinin sağlanması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve bakımın gereksiz bir şekilde uzatılmaması,

* Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarının aranması,

* Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,

* Kişinin kendini hasta hissedebileceği, stres ve gerginliğe karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,

* İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistemi kaynaklarının etkili kullanılması,

* Bakımda sürekliliğin sağlanması ve hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması.

⁵³N.T. Racoveanu, Kirsten Staehi Johansen; "Technology for the Continuous Improvement of the Quality of Health Care", World Health Forum, Geneva: 1995, 16 (2), s.139.

⁵⁴ Özgen, İbid., s.48-49.

Çerekçi, Teke, İbid., s.60-61.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry yapmış oldukları bir araştırmada, bir iç değerlendirme sonucunda oluşan müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesini belirleyen boyutları ortaya koymuşlardır. Yapmış oldukları keşfedici araştırmalar sonucunda (Odak Grup) hizmet kalitesinin (SERQUAL) hasta tatmini ile ilişkili 10 boyutunu aşağıda sunulduğu biçimde belirlemişlerdir⁵⁵:

Güvenilirlik: Yapılması gereken hizmeti, güvenilir ve doğru olarak yerine getirme yeteneği.

Sorumluluk: Müşterilere yardım arzululuğu ve hızlı hizmet sağlama.

Yetenek: Hizmeti yerine getirmek için gerekli bilgi (knowledge) ve becerilere sahip olmak. İlgili personelin beceri ve bilgisi, faaliyetler destek personelin bilgi ve becerisi, örgütün araştırma yeteneğini ifade eder.

Nezaket: Temas personelinin nazikliği, saygısı, düşünceliliği ve samimiyeti (telefon operatörleri, danışma elemanları vb.). Müşterinin özelliklerine göre düşünceli davranış (halının üstünde çamurlu ayakkabı ile dolaşmamak gibi), personelin temiz ve düzenli görünüşünü kapsar.

İletişim: Müşterilerin anlayabileceği bir dil kullanılarak bilgi verilmesi ve anlamalarının sağlanması ve müşterilerin dinlenmesi. Farklı müşteriler için uygun dil seçilmelidir. Hizmet ayrıntılarını açıklamak, hizmet maliyetini açıklamak, hizmet ve maliyet arasındaki ilişkiyi açıklamak ve bir sorun olmayacağını temin etmek iletişimin içine girer.

İnanılabilirlik (Credibility): Doğru, inanılır ve dürüst olma. Müşterilerin gönlünde en iyi olduğunu hissettirmektir. Kurumun adı, itibarı, temas personelinin kişisel özelliklerini kapsar.

Güvenlik: Tehlike, risk yada şüphelerden korunma. Fiziksel, finansal güvenliği ve kurum ile ilişkilerde özel olmayı ifade eder.

Ulaşılabilirlik: Yakınlık ve bağlantı kolaylığı sağlama. Telefonla hizmete kolayca ulaşabilmek (hatların meşgul olmaması, aldatılmamak gibi), hizmeti almada bekleme zamanının uzun olmaması, faaliyet saatlerinin uygunluğu ve hizmet binasının uygun yerleşimini kapsar.

Müşteriyi anlama ve Tanıma: Müşterilerin ihtiyaçlarını anlama çabaları. Müşterinin spesifik gereksinimlerini öğrenmek, bireyselleşmiş ilgi göstermek ve devamlı müşterileri tanımadır.

⁵⁵ Woodside, İbid., s.6.

Maddi unsurlar (tangibles): Hizmetin fiziksel kanıtı, araç-gereç ve personelin görünüşünü kapsar.

2.4. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri

Sağlık Bakım hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşları ve hastanelerde kalite kavramı bir sistem yaklaşımı (yapı-süreç-çıkıtı) içinde ele alınmalıdır. Yapı; bina, teçhizat, malzeme, finansman, insangücü vb. sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanması için altyapıyı oluşturan unsurlardır. Süreç; tıbbi bakım ve diğer hizmetlerin çalışanlar tarafından sunumu ve bu hizmetlerin hasta tarafından alınmasını içerir. Bakımın sağlanmasında neyin yapıldığını gösterir. Çıkıtı; hizmetin hastalarla toplumun sağlık düzeyine olan etkileridir ve tatmin açısından değerlendirilmesini içermektedir⁵⁶.

Genel olarak bakıldığında, kalite sistemlerinin tarihsel gelişimi, faaliyetlerin standartları karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi olan kalite kontrolü ile başlamıştır. Daha sonra sunulan hizmetlerin kalite düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapıldığı faaliyetler olan kalite güvencesi ile devam etmiştir. Son evre ise, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini ve müşterilerin memnun edilmesini hedefleyen toplam kalite yönetimi olup devam edecektir⁵⁷.

2.4.1. Kalite Kontrolü

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

⁵⁶ Fulya Sarvan; Oğuz Berk, "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi, İ. Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, Avcıol Basım Yayım, İstanbul: Kasım 1995, 24 (2), s.14.
Donabedian, "Kalite Güvencesi", İbid., s.28.

⁵⁷ Ayşe Turgu, "Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmini", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: 1997, s.28.

ve kurumu zarara uğratan bir yaklaşımdır. Bu durumun sağlık hizmetlerindeki karşılığı ise yanlış tedavi sonucu hastanın dava açması ya da en azından o kurumun müşterisi olmaktan vazgeçmesi olarak düşünülebilir⁵⁸.

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite özelliklerinin ölçülmesi zordur. Bu yüzden başlangıçta daha çok yapı üzerinde durulmuştur. Kalitenin; personel, araç, gereç ve malzemeyle, diğer olanaklar ve bunların özellikleri ölçülmeye çalışılmış; böylece kaliteli sağlık bakım hizmeti verilebileceği düşünülmüştür. Ancak; sağlık bakım hizmetlerinin de bir üretim ve dolayısıyla bir süreç olduğunun kabul edilmesiyle birlikte, yapısal özelliklerinin yanısıra hizmetin üretim sürecine ilişkin özellikleri de belirlenmeye başlanmıştır. Yine de bu yaklaşım daha çok çıktılar üzerinde yoğunlaşmıştır. Genel ya da hastalığa özgü hizmetler ve görevler için nitel ölçütler geliştirilmiştir. Böylece; hastalık oranları, hastalıkların iyileşme oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, yatak sayısı ve yatak işgal oranı gibi oranlar ölçülerek kalite değerlendirilmeye çalışılmıştır⁵⁹.

Örgüt olarak hastaneler, karmaşık bir sosyal sistem olup, en önemli girdileri hastalar, temel çıktısı ise hasta bakımınıdır. Temel çıktısı - üretimi - olan hasta bakım hizmetlerini mümkün olan en az maliyetle ve en yüksek kalite düzeyinde sunmayı amaçlayan hastanelerde, kalite kontrol olayının temel inceleme alanı, değerlendirme zorluklarına rağmen, hasta bakım hizmetleridir⁶⁰.

2.4.2. Kalite Güvencesi

Sağlık bakım hizmetlerinin özelliklerinden dolayı, kalite kontrolü sağlık sektöründe uygulanamayan bir yaklaşımdır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde kalite sağlama kavramı kalite güvencesi adı altında başlamış ve sağlık sistemiyle bütünleşmiştir⁶¹.

Geniş anlamda kalite güvencesi; sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirmek ve korumak için gerçekleştirilen bütün çabaları içermektedir⁶².

⁵⁸ Sarvan; Berk, İbid., s.15.

⁵⁹ Sarvan; Berk, İbid., s.16.

⁶⁰ Korkut Ersoy, "Hastanelerde Kalite Kontrolü", Toplum ve Hekim, Nisan 1993, s.68.

⁶¹ Sarvan; Berk, İbid., s.16.

⁶² Donabedian, Kalite Güvencesi, s.15.

Kalite güvencesi, kaliteyi etkileyen tüm faaliyetler üzerinde kontrol hakimiyetinin kurulması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi yolu ile kuruluşun yönetimi için belirli kalite hedeflerine uygun olarak kalite fonksiyonunun işlerliğine ilişkin güvence sağlarken, bir yandan da çeşitli amaçlarla (belgelendirme vb.) dışarıya karşı kalite sisteminin işleyişi ile ilgili olarak, sunulan mal ve hizmetlerin kalite düzeylerinin beklentileri karşılayacağına dair güvenceleri ve bunların delillerini oluşturur⁶³.

Kalite sözlüğünde ise, kalite güvencesi, bütün planlanmış sistematik faaliyetlerin kalite sistemi içerisinde yerine getirilerek bir ürün veya hizmetin kalite ile ilgili tüm istekleri karşılayacağı güvenini sağlamaktır. Yani kalite güvencesi insan unsuruna önem veren ve böylece kalite sağlamada farklı bir yönetim anlayışının bulunması gerektiğini ortaya koyan bir sistemdir⁶⁴.

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite güvencenin işleyiş unsurları; hizmetlerin gözetimi, sorunların tespiti ve kalitenin düzeltilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Kalite güvencesi, temelde geriye dönük olarak kayıtların incelenmesiyle yapılan bir gözden geçirmedir. Kalite kontrol sistemi istenilen standart yada normlara uygunluğun sağlanması iken, kalite güvencesi sistemi, süreç ve çıktı değerlerinin değerlendirilmesi yaklaşımıdır. Böylece belli bir örgütlenme içinde sağlık örgütlerinde oluşturulan sağlık güvencesi komiteleri aracılığıyla istenmeyen olaylar izlenmiş ve değerlendirilmiştir. İstenmeyen olaylar dışındaki her prosedür istenmiş ve uygun kabul edilmiştir. Standartlar ise, çoğunlukla kabul edilebilir ve edilemez uygulamalar şeklinde her hastanenin kendi keyfiyetinde oluşturulmuştur. Bu nedenle toplanan veriler kalitesizlik üzerinde yoğunlaşmıştır⁶⁵.

Kalite güvencesi, hasta tatmini üzerinde de profesyonel anlamda durmaktadır. Bilimsel yaklaşım yanında kişilerarası ilişkileri ele almakta ve bakımın sanatsal yönünü de değerlendirmektedir. Hasta tatmininin kalite güvencesi faaliyetlerinde üç önemli rolü bulunmaktadır; kaliteyi onaylayan ve

⁶³ Peşkiroğlu, İbid., s.99.

⁶⁴ Sarvan; Berk, İbid., s.17.

⁶⁵ Sarvan; Berk, İbid., s.17.

istenilen bir sonuçtur, kalite göstergesidir, yüksek kalite için hedeflenen bir ölçüttür. Hasta tatmin olmadığı sürece yüksek kaliteden söz edilemez⁶⁶.

Kalite Güvencesi, sağlık hizmetlerinde sorunları bulup çözmeyi içeren bir sistemdir. Sorunlar belirlendikten sonra nedenlerinin araştırılması ve bulunması, birlikte kararlaştırılan önlemlerin uygulamaya konulması ve izlenmesi, belirlenen göstergelerin standartlara oranlanarak değerlendirilmesi, sistemin esasını oluşturmaktadır⁶⁷. Örgütlerde, kaliteli bakım faaliyeti, hiç sonlanmayacak bir döngü olarak Şekil 1'de şematize edilmiştir. "Planlama" aşamasında, yönetim ekibinin yapması gereken planın kapsamı verilmektedir. Bunlar; hizmetin çıktılarının, müşterilerinin ve beklentilerinin belirlenmesi, mevcut sürecin tanımlanması, uygun ölçümlerin kullanılarak mevcut durumun analizinin yapılması, bir geliştirme olanağına odaklanma, asıl sorunların belirlenmesi, çözüm önerileri geliştirme ve bunlar arasından seçim yapılmasıdır. "Yap" aşamasında, hazırlanan faaliyet planına göre yapılan uygulama ifade edilmektedir. "Kontrol et" aşamasında, uygulama sonuçları değerlendirilerek üzerinde yorumlar yapılmasıdır. "Düzeltil, iyileştir" aşamasında, gerekli görülen değişikliklerin standardize edilmesi ve elde edilen olumlu sonuçların devam ettirilmesidir⁶⁸.

Vuori'ye göre, hasta tatmini, yasal ve arzulan bir sonuç ve kaliteli bakımın bir tutumu olarak kalite güvence değerlendirmelerini içermektedir⁶⁹.

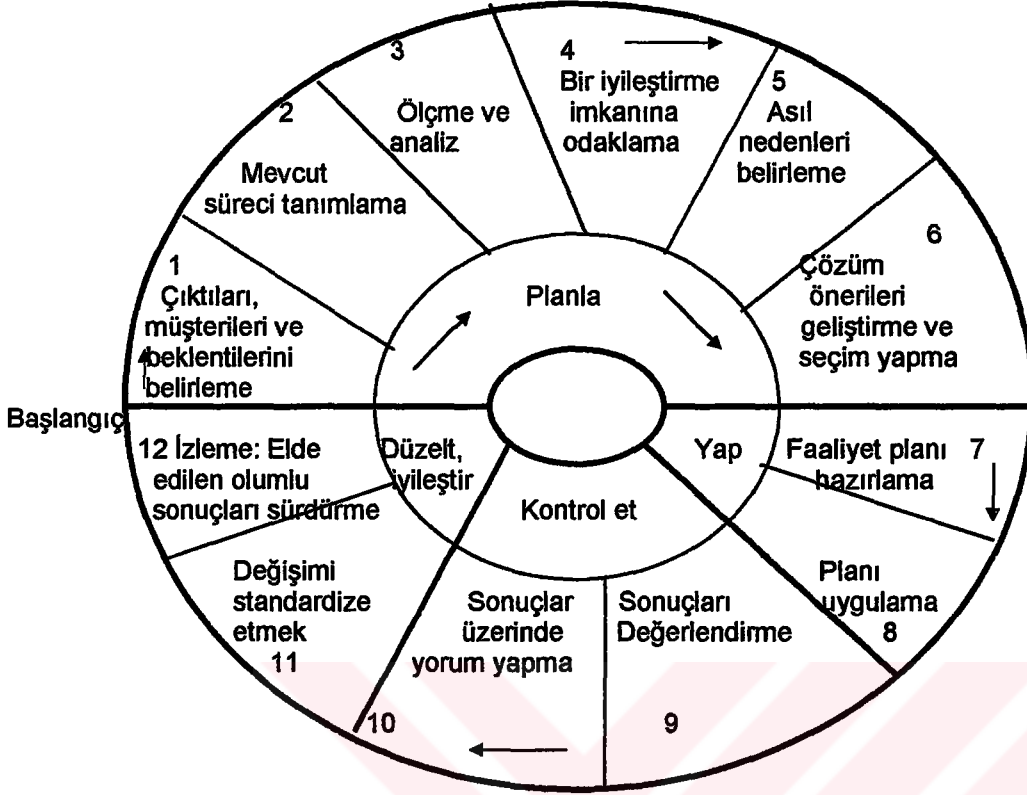
⁶⁶ Oğuz Berk, Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemlerindeki Gelişmeler ve Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye'de Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Model Önerisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, 1994, s.42.

⁶⁷ Mithat Çoruh, "Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde Kalite Güvencesi Uygulaması", 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, der. M. Doğan, Ö.Harmancıoğlu, Y. Yeğinsoy, Kuşadası, 4 - 7 Mayıs 1994, s.339.

⁶⁸ Wendy Leebov; Gail Scott, Service Quality Improvement, The Customer Satisfaction Strategy for Health Care, AHA, 1994, s. 23.

⁶⁹ Brian Williams, "Patient Satisfaction: A Valid Concept?", Soc. Sci. Med., 1994, 38 (4), s.510.

Şekil 1: Temel Kalite Döngüsü



Kaynak: Wendy Leebov; Gail Scoot, Service Quality Improvement, The Customer Satisfaction Strategy for Health Care, AHA, 1994, s.23.

2.4.3. Sürekli Kalite İyileştirme(SKİ) ve Toplam Kalite Yönetimi(TKY)

SKİ ve TKY terimleri çağdaş yönetim literatüründe adeta bir madalyonun iki yüzü gibi birbirinden ayrı tutulamayan iki kavram olarak kullanılmaktadır. SKİ başarıyı amaçlayan örgütler için temel bir hedef ve felsefe, TKY ise bu hedef ve felsefeyi gerçekleştirmeyi mümkün kılacak yönetim yaklaşımları, teknikleri ve yöntemleri bütünüdür⁷⁰.

Tüm faaliyetlerde daha iyi olmak için sürekli olarak yeni imkan ve fırsatlar aramak anlamına gelen ve Kaizen olarak adlandırılan SKİ yaklaşımının hastane hizmetlerinde kalite sağlama çabalarına da esas teşkil etmesi vurgulanmaya başlanmıştır. SKİ felsefesine göre, kalitenin sağlanmasında en tepeden en aşağıya kadar tüm çalışanlar çok önemli rol oynarlar. Hatalar ve sorunlar çalışanlardan değil sistemden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden süreç tekrar gözden geçirilmeli ve hataların sürecin neresinde ve neden

kaynaklandığı bulunmalı ve süreç iyileştirilmelidir. Sistem sürekli iyileştirilmeli ve bir bütün olarak yönetilmelidir. Bu felsefe ve amacın gerçekleşmesini sağlayacak olan yönetim süreci ise TKY adını almıştır⁷¹. TKY, bireylerin yerine örgütsel sisteme ve denetim yerine sürekli iyileştirmeye odaklanır. Örgütlerde TKY'de spesifik adımlar; bir geliştirme fırsatının seçimi, spesifik bir sorunun tanımlanması, sorunun temel sebebinin ortaya çıkartılması ve alternatif geliştirme fırsatları arasından uygun olanı seçmek, inceleme ve düzeltici bir uygulamayı içerir⁷². TKY; müşteriye dikkate alan, katılımcı, dinamik, esnek, sürekli gelişen, bilgi donanımlı, planlı bir yönetim anlayışıdır⁷³, denilebilir.

TKY' nin tek bir tanımı bulunmamaktadır. TKY, bir düşünce yada duygular dizisi olmayıp, kalitenin geliştirilmesine ilişkin verilere ve gerçeklere dayanan bir karar alma sistemidir. Bir başka tanıma göre ise TKY, her görevin, her işin ilk seferde ve her zaman doğru olarak yapılmasına dayanan bir yönetim anlayışı olup herkesi ilgilendirmektedir⁷⁴.

TKY örgütte tüm çalışanları kaliteden sorumlu tutan, kalite olgusunu işletmenin tümüne yayan bir yaklaşım, bir yönetim felsefesidir⁷⁵. TKY, sürekli gelişme veya kaizen dinamikmi, sürekli bir arayışı ifade eder. Bu yaklaşım mükemmellik arayışı ve sıfır hata yaklaşımının temelidir. Sürekli iyileştirme, yönetim, liderlik ve iş hayatı ile ilgili olduğu kadar bir hayat felsefesi ve tarzıdır. TKY, bir örgüt kültürü ve yaşam tarzında bir değişimi gerektirir⁷⁶.

Hem üretici hem de tüketici açısından TKY, insancıl değerlerle yola çıkmıştır. TKY literatürüne katkıda bulunanların hemen hemen hepsi, insan faktörü olmadan üretime toplam kalite değerlerinin yerleştirilemeyeceğini ifade etmektedirler. Sürekli güvence sağlayan temel kalite döngüsü, işletmede sürekli olarak insanı değerleri eyleme, eylemi insanı değerlere çevirmek üzere hazırlanmıştır. Uygulama yetisi sorumluluğu, sorumluluk da, uygulama yetisini

⁷⁰ Sarvan; Berk, İbid., s.10.

⁷¹ Sarvan, Berk, İbid., s.18.

⁷² Margarete Arndt; Barbara Bigelow, "The implementation of total quality management in hospital: How good is the fit?", Health Care Management Review, Fall 1995, 20 (4), s.7.

⁷³ Pekdemir, "Değişen Yönetim Anlayışı, En İyi Üretim ve Toplam Kalite Yönetimi", s.29.

⁷⁴ Hayran; Uz, İbid., s.147-148.

⁷⁵ Mahmut Paksoy, "Toplam Kalite Yönetiminde İnsan", Değişim, İ.Ü.İşletme Fak. Davranış Bilimleri Anabilim Dalı Dergisi, Yıl:3, Sayı:3, Eylül 1996, s.10.

⁷⁶ Akdere ve d., İbid., s.13.

güçlendirerek, işletmede verimlilik ve memnuniyet üretilmektedir. Kaliteli ürün ve hizmet de, tüketici tatminini yaratmaktadır⁷⁷.

TKY, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim anlayışıdır⁷⁸. Buradaki müşteri kavramı geniş anlamlıdır. Müşteri sadece örgüt dışındaki nihai tüketici değildir. Örgüt içerisindeki her birey ya da departman diğerinin müşterisidir. Müşteriler için kalite, satın aldıkları ürün ya da hizmetten tatmin olmalarıdır⁷⁹.

TKY anlayışının benimsenip uygulanabilmesi için uyulması gereken en önemli ilkeler ise şunlar olmalıdır⁸⁰.

* Her şeyden önce üst yönetim böyle bir yönetim anlayışının örgütte uygulanabilmesi için tam destek vermelidir.

* Örgütün tüm personeli tarafından bu anlayış anlaşılmalı ve benimsenmelidir.

* Örgüt için stratejik bir plan oluşturulmalıdır.

* Amaçlar belirlenmeli ve görev tanımları yapılmalıdır.

* Ekip çalışması esas alınmalıdır.

*Çalışmaları yönlendirecek ve gözden geçirecek bir çalışma grubu oluşturulmalıdır.

* Bu anlayışın gerçekleştirileceği bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır.

* Bölümlerarası ilişkiler teşvik edilmelidir.

TKY hastanelerde; hizmet üretim sürecinin iyileştirilerek kaliteli bakım (hizmet çıktısı) ile müşteri tatmininin artırılması, hastaların sağlığının düzeltilmesi (klinik çıktısı), hizmet ve bakım maliyetlerinin azaltılması amaçlarıyla uygulanmaktadır⁸¹.

Konu insan sağlığı olduğunda, kalite konusundaki hassasiyet, doğal olarak çok daha belirgin duruma gelmektedir. Öncelikle sağlık sektöründeki üç temel özellik bu duyarlılığın ne kadar da yerinde olduğunu göstermektedir⁸².

⁷⁷ Steven R. Steiber, William J. Krowinski, *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, AHA American Hospital Publishing, Inc., 1990, s.3.

⁷⁸ Akdere ve d. , İbid., s.12.

⁷⁹ Pekdemir, "Değişen Yönetim Anlayışı, En İyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi", s.29.

⁸⁰ Pekdemir, "Değişen Yönetim Anlayışı, En İyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi", s.30.

Pekdemir, *İşletmelerde Kalite Yönetimi*, s.54.

⁸¹ Sarvan; Berk, İbid., s.20.

⁸² Zorlutuna, İbid., s.188.

* Üretim, insan sağlığıyla ilgilidir. Hatalar onarılamayacak hasarlara yol açabilecektir.

* Hizmeti verenler ile, bu hizmetten yararlananlar dolaysız bir ilişki içindedirler.

* Bir sağlık kurumunun hatası maliyetine hastalık oranı olarak yansımakta ve olumsuzluk ortaya çıktıktan sonra bu maliyet artışından kaçınmak söz konusu olmamaktadır.

Bu üç temel nokta sağlık hizmetinde yüksek kalitenin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Hastanelerde TKY uygulaması sonucu, bütün müşteriler için mümkün olduğu kadar iyi tatmin gibi, daha iyi kliniksel sonuçlar elde edilir. Örneğin; hastalar, onların aile ve arkadaşları, doktorlar vb. ve toplum tatmini. TKY, sadece uygulanan hastanede değil aynı zamanda bir bütün olarak tüm sağlık bakım sisteminde etkililik ve verimliliğin gelişmesine inancı ifade eder⁸³. TKY ile bir örgüt aşağıdaki faydaları sağlayabilir⁸⁴.

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

* Çalışanlar için iş daha kolay, az karmaşık ve daha memnun edici olur. Çalışanlar gelişmeleri kendisi takip eder, planlar ve uygularsa, bu durum kaliteyi yükseltmek için onları teşvik ve motive eder.

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

⁸³ Arnd; Bigelow, İbid., s.9.

⁸⁴ Zahide Kocadağ, Hacer Özgen, "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi", 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö., Harmancıoğlu, Y. Yeğinboy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s.327-328.

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

* Rekabet avantajı yaratır.

Ovretveit tarafından kalitenin yükseltilmesinin sağlayacağı faydalar, Şekil 2' de gösterildiği gibi açıklamaktadır⁸⁵.

Sağlık bakım hizmetlerinin üretim sürecinin sürekli iyileştirilerek kalitenin sağlanması yaklaşımı (TKY), kalite kontrolünde olduğu gibi sadece yapı ve çıktı yada kalite güvencesindeki gibi süreç ve çıktı üzerinde odaklanmamakta, hepsini bir bütün olarak ele almaktadır⁸⁶.

Örgütlerin, müşteri tatminini ön plana çıkaran TKY anlayışını benimsemeleri, önemli başarılar elde etmeleri açısından yararlı olabilir⁸⁷.

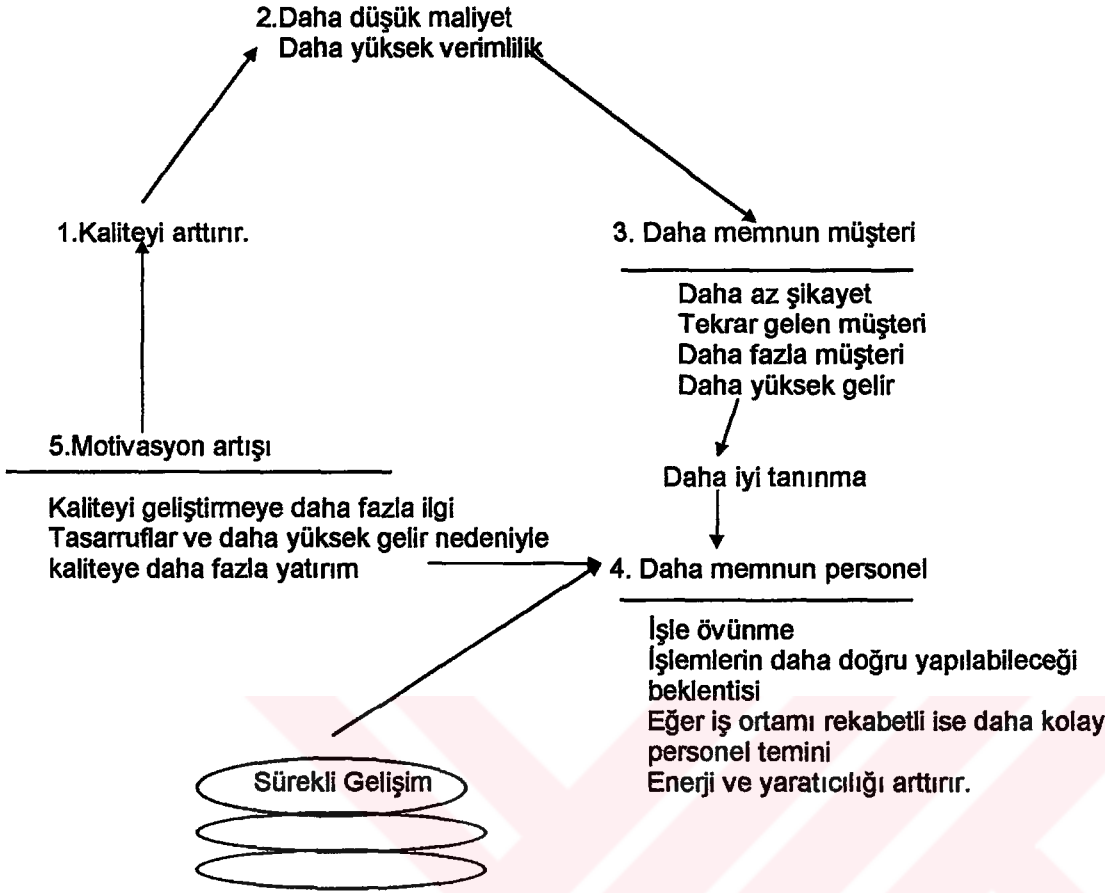


⁸⁵ Kocadağ; Özgen, İbid., s.328.

⁸⁶ Sarvan; Berk, İbid., s.21.

⁸⁷ Pekdemir, "Değişen Yönetim Anlayışı, En İyiyi Üretme ve Toplam Kalite Yönetimi", s.30.

Şekil 2: Toplam Kalite Yönetimi İle Sağlanacak Faydalar



Kaynak: Zahide Kocadağ; Hacer Özgen, "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi", I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, E.Y. Yeşinboy, Kuşadası / Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s.328.

3. Müşteri (Hasta) Tatmini

Sağlık sektöründe seksenli yıllarda başlayan TKY uygulamalarında, hasta tatmini sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır⁸⁸. TKY öncesi, müşterilerin ürün veya hizmetle ilgili şikayetleri bulunmadığı takdirde müşterilerin tatmin oldukları kabul edilmekteydi. Bugün ise, TKY felsefesiyle, müşterilerin tepki vermeleri beklenmeden çok daha önce onların

⁸⁸ Çerekçi; Teke, İbid., s.62.

gerçek arzu ve ihtiyaçlarının anlaşılması ve yerine getirilmesi amaçlanmaktadır⁸⁹.

Modern Örgütler, müşterilerin ihtiyaç ve isteklerini tatmin etmeyi ön planda tutma felsefesiyle hareket eden ve bunun doğal sonucu olarak da kar'a ulaşmayı hedefleyen örgütlerdir. Pazarlama alanında genel olarak müşteri tatmini; tüketicinin ürün ya da hizmetten beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda algıladığı gerçek performans arasındaki farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Benzer şekilde sağlık alanında da, hizmetin tüketimiyle ortaya çıkan performans mevcut beklentileri en azından karşılıyor ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı, buna karşın beklentilerin altında kalıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir. Beklentiler zaman içinde değiştikçe duyulan tatmin düzeyi de değişecektir. Buna bağlı olarak geçmişte yeterli olarak algılanan bir hizmet daha sonra yetersiz olarak düşünülebilir. Ayrıca bireylerin değer yargıları da zaman içinde değişmekte olup, değişen değer yargılarının gerisinde kalan hizmetler de tatminsizlik yaratacaktır⁹⁰.

3.1. Müşteri (Hasta) Kavramı

Müşteri, örgütün sunulan ürün ya da hizmetlerinden yararlanan, çalışma çevresi içinden ya da dışından herkes olarak tanımlanmaktadır⁹¹. Örgütün içinden veya dışından bir kişi veya grup, diğer birey veya grupların emeğinden yararlanıyorsa, "müşteri" olarak adlandırılmaktadır. Profesyonel sağlık hizmetlerinde önceleri hiç kullanılmayan müşteri sözcüğü, 1980'li yılların ortalarından beri yoğun şekilde kullanılmaktadır. Hizmet endüstrisinde 1990'lı yılların, müşterilerin hizmette egemenlik çağları olduğu söylenebilir⁹².

Sağlık hizmetlerinde müşteri teriminin açıklığa kavuşturulması önemlidir. Bu hizmetlerde müşteri; hastanın yanı sıra daha farklı grupları da içine almaktadır. Sağlık sektöründe, müşteriye hizmetin sunulması için farklı

⁸⁹ C.Demir ve Diğerleri, "GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmin Düzeyinin Saptanması", II. Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed., Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, Ankara:15-16 Mayıs 1999, s.3.

⁹⁰ Semra Kardeş, "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini", I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğinboy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1995, s.233.

⁹¹ D. H. Stamatis, Total Quality Management in Health Care, Implimentation Strategies for Optimum Results, 1996, s.47.

⁹² Afsun Esatoğlu, "Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi", H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara:1997, s.20.

bölümlerin birlikte çalışması gerekmektedir. Bu bölümlerin bir çoğu hastalar için hayati önem taşımaya rağmen onlarla direkt temas halinde değildir. Bu duruma patoloji, muhasebe, beslenme bölümleri örnek verilebilir. Bölümler arasındaki ilişkiler tüm örgütsel süreçlerin parçalarını oluşturur, kaliteli hizmet sunumu için bu ilişkilerin etkili bir şekilde işlenmesine ihtiyaç vardır. Dolayısıyla bu ilişkiler kuruluş içinde müşteri zinciri oluşturmaktadır. Bu zincir bölümler arasında ve dışarıda hizmetin sunulduğu müşterilerle devam eder⁹³.

Daha önceleri sadece "hastalar", sağlık hizmetlerinin müşterileri olarak kabul edilirken, bugün, "gerçek anlamda sağlık hizmetleri sürecine iştirak eden tüm bireyler" müşteri olarak kabul edilmektedir. Bu genel bakış açısıyla müşteri kavramının eskiden olduğu gibi sadece hastayla sınırlı kalmadığı söylenebilir. Literatürde, örgütü oluşturan içerideki müşteriler "iç müşteriler", örgütün dışındaki, hizmetten yararlanan müşteriler ise, "dış müşteriler" olarak adlandırılmaktadır. İç ve dış müşteri grupları kapsamına dahil edilen farklı birey ve gruplar aşağıda belirtilmektedir⁹⁴.

Dış müşteriler:

Hastalar

Hastanın ailesi ve yakınları

Refakatçılar

Ziyaretçiler

Resmi daireler, yerel örgütler

Dış yardımcı sağlık mensupları, klinikler

Anlaşmalı kuruluşlar

Eczaneler

Dernekler

Medya kuruluş ve mensupları

Sağlık sigorta şirketleri

Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları

Toplum

⁹³ Çerekçi; Teke, İbid., s.61.

⁹⁴ Steiber, Krowinski, İbid., s.3-4.

Leebov; Scott, İbid., s.16.

Çerekçi; Teke, İbid., s.61-62.

Omachonu, İbid., s.37-38.

Mclaughlin; Kaluzny, İbid., s.103-104.

İç Müşteriler:

Örgüt çalışanları

Danışmanlar

Şirket ortakları

Ayrıca, modern yönetim yaklaşımlarında, bir organizasyon içinde görev alıp çalışan bireylerin, profesyonel (mesleki) tutum ve davranışları açısından sorumlu oldukları müşteri grubunu üç grupta toplayanlar da mevcuttur⁹⁵.

Global Müşteri: Tutum ve davranışlarımızdan dolayı olarak etkilenen kişi ve kuruluşlardır. Toplum, Sağlık Bakanlığı vb.

Dış Müşteri: Mesleki faaliyetlerimiz sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır. Hastalar, hasta yakınları, sigorta kuruluşlar vb.

İç Müşteri: Mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır. Yöneticiler, hekimler, hemşireler, çalışma grupları vb.

"Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür"⁹⁶. Ingram ve Chung ise , müşteri yada hastayı, sağlık bakım hizmetlerinin son kullanıcısı olarak tanımlamışlardır⁹⁷.

Çeşitli müşteri gruplarından her birinin, hizmetleri kendi perspektiflerinden yorumlaması yüzünden, örgütlerin müşteri hizmetlerini müşteri gruplarına yönelik olarak, onların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde vermelerinin gerekli olduğu belirtilmektedir⁹⁸.

⁹⁵ Oğuz Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", Hastane Yöneticiliği Kitabı, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 1997, s.61.

H.Seval Akgün; Rengin Erdal, "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 1997, s.223.

⁹⁶ Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", s.62.

⁹⁷ Barbara Lichner Ingram, Richard S. Chung; "Client Satisfaction Data and Quality Improvement Planning in Managed Mental Health Care Organizations", Health Care Manage Review, 1997, 22 (3), s.40.

3.2. Hasta Beklentileri ve Tecrübeleri

Genel olarak, hastaların hastane hizmetlerinden beklentilerini etkileyen pek çok faktör vardır. Bu faktörler Şekil 3'de görüldüğü gibi, aşağıdaki biçimde özetlenebilir⁹⁹.

Hastaların tıbbi ihtiyaçları; sağlık sorunlarını yavaşlatma, tedavi olma ya da belirli bir hastalığın ilerlemesini önleme ihtiyaçları hastaların beklentilerinin belirlenmesinde önemlidir.

Mevcut ve diğer sağlık örgütlerinden edinilen tecrübeler; hastaların sağlık bakım hizmeti ile geçmişteki karşılaşmalarından elde ettikleri deneyimlerdir.

Teknoloji ve çevre bilgisi; hastaların sosyo-kültürel durumlarına göre, mevcut hizmet çeşitlerini, hizmet faaliyetlerinin risklerini ve hizmetlerin teknolojik düzeyini bildikleri belirtilmektedir. Ayrıca hastaların yakınları, arkadaşları ve ziyaretçileri gibi diğer kişilerin tecrübelerinden elde ettikleri bilgileri önemlidir.

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

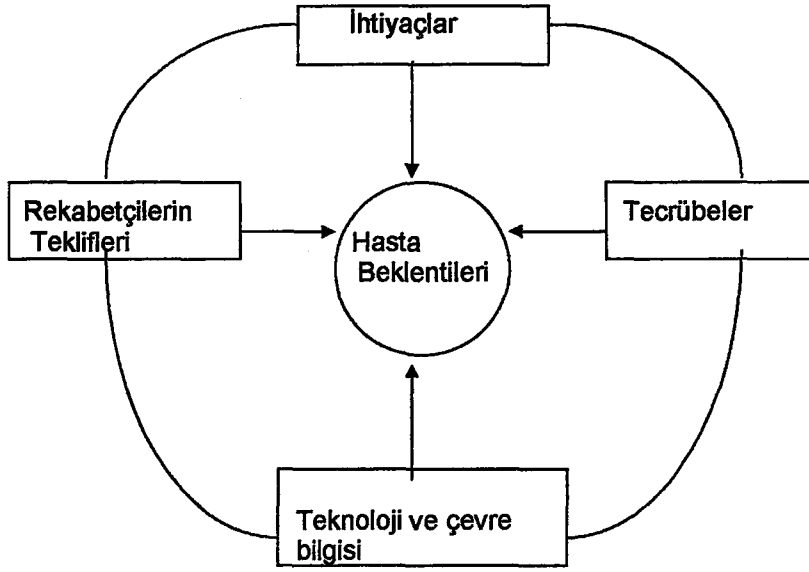
Ayrıca hastaların psikolojik durumları ve zihinlerinde oluşan kalite olgusu da hastane hizmetlerinden beklentilerini etkileyen faktörlerdir.

⁹⁸ Çerekçi; Teke, İbid., s.62.

⁹⁹ Omachonu, İbid., s.43.

Akgün; Erdal, İbid., s.220.

Şekil 3: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler



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

Hasta beklentilerinin tamamıyla anlaşılabilmesi için Şekil 4'de gösterilen sağlık bakım tüketim sürecinin açıklanması gerekmektedir. Hastalar için sağlık bakım tüketim süreci üç aşamayı içerir: Hizmet ile karşılaşma öncesi, hizmet ile karşılaşma ve hizmet ile karşılaşma sonrası¹⁰⁰.

İlk aşama, her çıktı düzeyinde hastaların hizmet gereksinimleri, hizmet sağlayıcının tavsiyelerine karşı hastaların hissettiği beklentileri olarak kavramsallaştırılmıştır. Çünkü; beklentiler, gerçek sağlık bakım sağlayıcısı ile karşılaşmadan önce başlar. Bunlar; doktor tavsiyesi, diğer insanların tecrübesi, önceki kişisel tecrübeler ve reklamlardan elde edilen bilginin bir fonksiyonudur. Bu aşamada, hastalık doğru teşhis edilmeli, hastalık hakkında yeterli açıklama yapılmalı, yapılacak işlemlerdeki riskler açıklanmalı, verilen bilgi güvenilir ve tam olmalıdır.

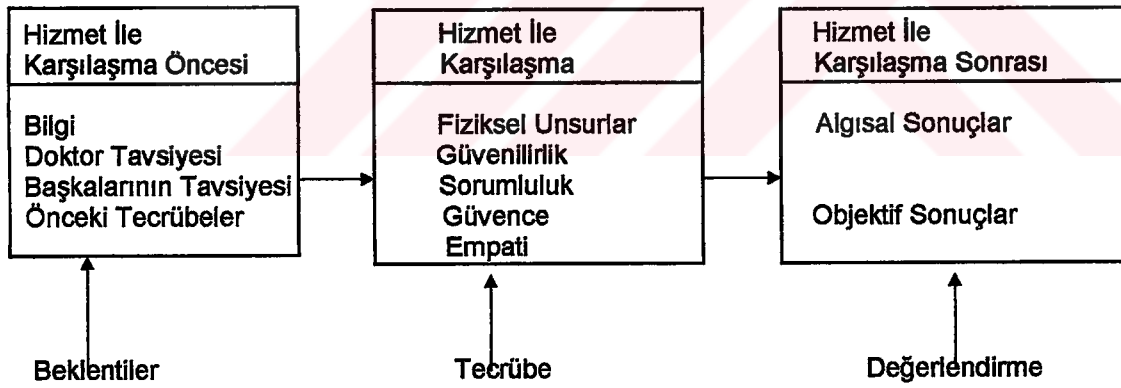
İkinci aşama ise, gerçek hizmet sağlayan ile hastanın karşılaşması sürecidir. Bu karşılaşma, dolaysız olarak, bir hastanın toplam sağlık bakım ürün tavsiyesi ile ilişkisi sürecinde bir zaman periyodudur. Personeli, fiziksel çevreyi ve diğer maddi unsurları içerir. Sağlık bakım çıktısı ürünlerinin çoğu, hem hasta hem de hizmet sağlayan olmaksızın dağıtılamaz. Bu aşamada; tıbbi personel

¹⁰⁰ Lytle; Mokwa,, İbid., s. 6.
Omachonu, İbid., s.44.

tarafından yapılacak işlemler yerine getirilmeli, işlemler daha önce açıklandığı gibi devam etmeli, tıbbi personel şevkatli, ilgili ve insancıl olmalı, iyileşme açıklandığı gibi ilerlemeli ve personel iyileşmeyi tamamlamak için elinden geleni yapmalıdır. Ayrıca; kabul edilebilir hijyen ve temizlik düzeyi sağlanmalı, yemekler kabul edilebilir ısıda, yeterli kalitede, besinsel dengeyi sağlayıcı ve doğru zamanda sunulmalıdır. Çağrı ışığına çabuk yanıt verilmeli, rehabilitasyon ve ilaçla tedavi açıklanmalıdır.

Sonuç olarak; hastaların sağlık bakım çıktısı, beklentileri ile tecrübelerini karşılaştırmaları değerlendirmelerini etkilemekte ve gelecek karşılaşmalara doğru yeni davranışsal amaçları ve tutumları yönlendiren süreç de üçüncü aşama olarak ifade edilmektedir. Hastaların tatmin algıları, ya doğrulanmış ya da doğrulanmayan sağlık bakım ürünü üçüncü düzeyde ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada; aynı sorun için hastaneye tekrar bir ziyaret olmamalı, hastane faturası ve profesyonel personel doğru ve yeterli olarak açıklanmalıdır. Ayrıca; iyileşme açıklandığı gibi olmalı, eğer sorun tekrar geliştirse hastane ve profesyonel personel çabuk olarak yanıtlamalıdır.

Şekil 4: Sağlık Bakım Tüketim Süreci



Kaynak: Richard S. Lytle; Michael P. Mokwa, "Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes", Journal of Health Care Marketing, March 1992, 12 (1), s.6.

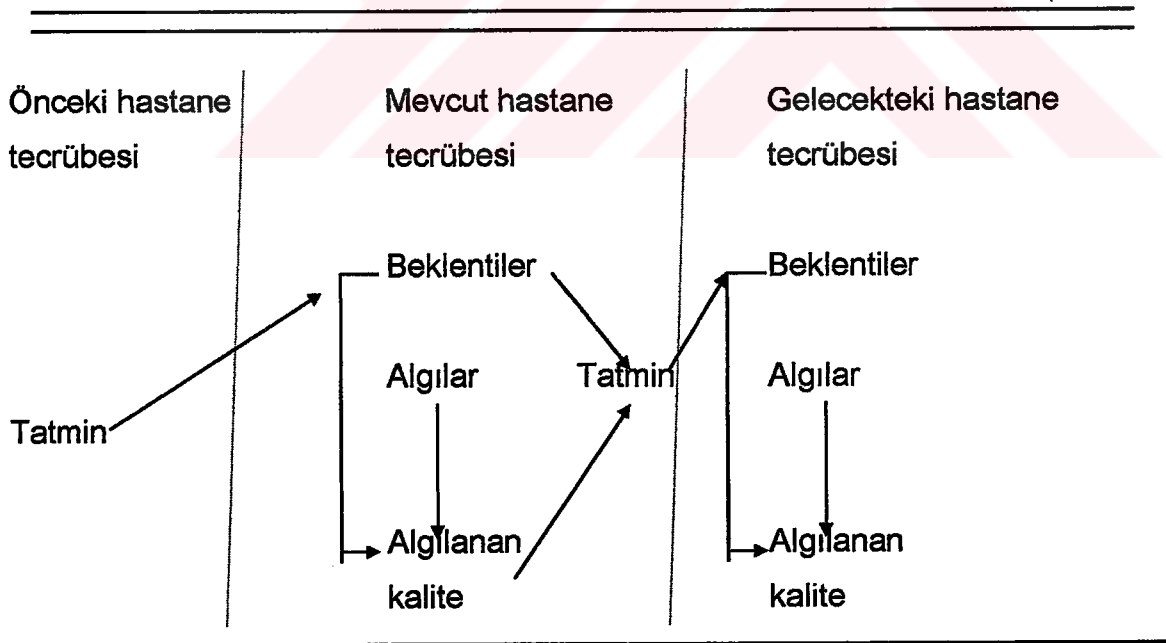
Hasta değerlendirmeleri bu süreç çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Hastaların sağlık bakım hizmeti tecrübelerini değerlendirmeleri; algılanan kalite, hasta tatmini ve gelecek davranışı öngören davranışsal amaç olarak ortaya çıkmaktadır. Algılanan kalite; hastane performans algılamaları vasıtasıyla belirlenen bir hastane tecrübesini değerlendirmedir. Algılanan kalite,

beklentilerden de etkilenmektedir. Hasta tatmini ise, beklentilerin gerçekleşmesi ya da gerçekleşmemesinin bir fonksiyonudur. Hasta tatmini, mevcut tecrübe algılarından etkilenir¹⁰¹. Böylece, hasta tecrübelerine dayanarak gelecekte seçeceği hastane ya da sağlık bakım hizmeti sunucularını belirlemektedir.

Hasta beklentileri; ideal, beklenen, minimum hoşgörülebilir, alternatif öngören ve istenen bir oluşum olabilir. Beklentilerin oluşumu her ne olursa olsun, hastalar, spesifik sağlık bakım sunucusu ya da sağlık bakım sistemi hakkında önceki tecrübelerine dayanarak değerlendirme yapmaktadırlar. Böylece; hasta beklentileri, önceki hasta tecrübeleri ile hasta tatmininin bir fonksiyonu olup, hasta değerlendirmelerinin anahtar belirleyicisidir¹⁰².

Şekil 5'de özetlendiği gibi, ilerleyen zamanda ard arda gelen değerlendirmeler yapan hastalar, her zaman hastane hizmetleri ile tecrübelenebilir. Her değerlendirme gelecek hastane tecrübesinde, bir sonraki değerlendirmeyi etkiler¹⁰³.

Şekil 5: Hastaların Önceki, Mevcut ve Gelecekteki Hastane Tecrübeleri Arasındaki İlişkinin Sistematik Diyagramı



Kaynak: Joby John, "Research In Brief Patient Satisfaction: The Impact of past Experience", JHCM, 12 (3), September 1992, s.57.

¹⁰¹ John, "Research in Brief Patient Satisfaction: The Impact of Past Experience", s.56.

¹⁰² John, "Research in Brief Patient Satisfaction: The Impact of Past Experience", s.57.

¹⁰³ John, "Research in Brief Patient Satisfaction: The Impact of Past Experience", s.57.

3.3. Hasta Tatmini Kavramının Tanımlanması

Hasta tatmini; hastanın bakıma uyumu, sunulan hizmetin teknik ve fonksiyonel (kişilerarası ilişkiler) yönünü ve verilen hizmetin maliyetlerini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır¹⁰⁴.

Thompson'a göre hasta tatmini, hastane bakım kalitesi algıları, demografik özellikler, kişisel özellikler, geçmişteki tecrübeler, tutumlar, beklentiler, bakım sonuçları, hastane fiziksel kaynakları, örgütsel yönetim, kaliteyi hatırlama, hastanede kalış süresi, kurumsal özellikler ve hastalık özelliklerinden etkilenen kompleks bir konudur¹⁰⁵.

Bazı yazar ve araştırmacılar hasta tatmini kavramının, gerçek anlamı ile tanımlanamadığı fikrinde birleşmektedirler¹⁰⁶.

Hasta tatmini; "algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur". Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri vardır ve hizmetin sunumundan sonra ise geçirdiği tecrübeye dayalı olarak belli algılara sahip olur. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar verir¹⁰⁷.

Kleinsorge ve Koenig "kalite" ve "müşteri tatmini" kavramlarını benzer terimler olarak ifade eder¹⁰⁸. Literatürde fikir birliğine varılan bir başka görüşe göre, hizmet kalitesi ve hasta tatmini yapılarının ayrı olduğudur. Hizmet kalitesi; tamamıyla uzun dönemli bir tutumu, hasta tatmini ise; spesifik iş ölçümü ve hasta yargılarını kapsayan kısa dönemli bir tutumu¹⁰⁹, ifade eder.

Şekil 6'da, Steiber ve Krowinski'nin, şematize ettikleri hasta tatmininin oluşumu izlenmektedir. Birbirinden farklı beklentileri ile sağlık örgütüne gelen hastalar, hizmetin sunumu sırasında, olumlu veya olumsuz olaylarla karşılaşmaktadırlar. Hizmetin sunumu sırasında, beklentilerine kavuşan

¹⁰⁴ Demir ve d., İbid., s.5.

¹⁰⁵ Williams, İbid., s.512.

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

¹⁰⁶ Steiber, Krowinski, İbid., s. 16.

¹⁰⁷ Özgen, İbid., s. 49.

Demir ve d., İbid., s.5.

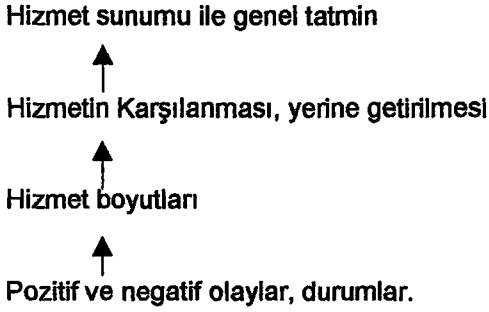
¹⁰⁸ Taylor, İbid., s.223.

¹⁰⁹ Taylor, Cronin, "Modeling Patient Satisfaction and Service Satisfaction", s.36.

Taylor, İbid., s.223.

hastaların tatmin oldukları ifade edilmektedir. Beklediği hizmeti hastaneden alamayan hastaların ise genel tatminlerinin daha düşük olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir¹¹⁰.

Şekil 6: Tatmin Oluşumu



Kaynak: Steiber, S.R.; Krowinski, W.J., *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, American Hospital Publishing Inc., 1990, s.17

Linder-Pelz, tatmini tanımlamada kullanılabilecek 10 temel öge belirlemiştir. Bunlar¹¹¹:

- * Kolay erişebilme, konfor,
- * Kaynakların kullanılabilirliği,
- * Bakımın devamlılığı,
- * Bakımın çıktıları, yararlılık,
- * Finans
- * İnsanca yaklaşım,
- * Bilgi Toplama
- * Bilgi verme
- * Ortamın hoş gitmesi,
- * Kalite ve yeterlilik.

"Hasta tatmini; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne,

Taylor, Cronin, "SERPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality", *Journal of Marketing*, January 1994, Vol.58, s.126.

¹¹⁰ Steiber, Krowinski, *İbid.*, s. 16-17.

¹¹¹ Steiber, Krowinski, *İbid.*, s. 17-18

sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur"¹¹².

3.4. Hasta Tatmininin Tarihsel Gelişimi

Doktor-hasta ilişkisi araştırmalarının 1950'li yıllarda artması, araştırma gündeminin kuvvetle hastaların perspektifine yerleşmesine yardımcı olmuştur. Konuyu ilk olarak ele alan Parsons, Szasz ve Hollender gibi sosyologlardır. Onlara göre hasta davranışları daha iyi anlaşılmış olsaydı, potansiyel faydalarını görmek mümkün olacaktı¹¹³. Bu dönemde hasta tatmini olarak ifade edilen kavram, hastalara randevu vermek, onların önerilen tedaviyi kabul etmeleri ve ilaçları kullanma niyetleri ile bunlar arasındaki uygun bir ilişkiyi içermektedir.

1960'ların sonları ve 1970'lerin başlarında müşteriye artan ilginin sürdüğü ve tıbbi bakım ile hasta tatmini araştırmalarının filizlenmeye başladığı görülmektedir. Bu dönemde, hasta tatmini araştırmalarının başlıca anlamı ise, bakımın hastalar tarafından nasıl algılandığının ortaya çıkartılmasıdır¹¹⁴. Böylece; artan müşteri değerlerinin kabulü, hasta tatmini ve davranışı konusunda daha fazla araştırmanın desteklenmesini sağlamıştır. Teknik yeteneğin hastaların elinde olduğu ortaya çıkmıştır. Tatmin olmayan bir hasta ilaçlarını almaz ve sonraki randevularında hazır bulunmaz yada randevuyu reddedebilir. Müşteri hareketi örgütsel ve yapısal değişiklikler için baskı oluştururken, yönlendirici prensipler olarak müşterinin düşüncelerini değerlendirmede bir inanç oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu baskı sonucu, kullanılan kalite tanımı değişiklik göstermektedir. Eğer bir hastaya hizmet sunulduysa, daha sonraki tıbbi bakım sürecinde bir düşüncesi olmalıdır. Hasta tatmini, 1970'lerden beri kalite geliştirme programlarının önemli bir parçası olan sonuç göstergesidir¹¹⁵.

1980'lerden başlayarak sağlık hizmetlerinde hasta tatmini çok konuşulup, tartışılmaya başlanmış ve hasta tatmini araştırmaları popülaritesi de artmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir artış ve aynı

¹¹² Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", s.64.

¹¹³ Williams, İbid., s.510.

¹¹⁴ Ingram; Chung, İbid., s.40.

Judith A. Hall; Michael C. Dornan, "What Patient Like About Their Medical Care and How They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction Literature", Soc. Sci. Med., 27 (9), 1988, s.935 ve937.

Steiber; Krowinski, İbid., s.7.

¹¹⁵ Ingram; Chung, İbid., s.40.

zaman sürecinde tüketici özelliklerinin yeniden canlanması izlenmektedir. Benimsenen değerlendirme prosedürleri, ölçüm için açıklayıcı kriterler ve minimum standartların tanımlanmasını gerektirmekteydi. Sağlık bakımını değerlendirmek için uygun kriterleri belirlemek politik öneme sahiptir. Bu kriterler gündeme yerleşen hasta tatmini kavramında toplanmıştır¹¹⁶.

3.5. Hasta Tatmini Modelleri

Hasta tatmininin kavramsal çerçevede bazı modelleri aşağıda açıklanmaktadır.

Değer-beklenti modeli: En iyi bilinen model olup, Linder-Pelz tarafından önerilmektedir. Bu modele göre tatmin, sağlık bakımının farklı boyutlarının olumlu değerlendirmeleri olarak tanımlanmaktadır. Bu model kullanılarak beklentiler, değerler, yetki ve tatmin göstergeleri olarak algılanan olayların bir karşılaştırması yapılmış olup, en önemli göstergenin beklentiler olduğu ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak tatmin, inanç güçlülüğü ve bakım boyutlarının değerlendirilmesi olmak üzere iki bilgi bölümüne odaklanmaktadır¹¹⁷.

Tamamlayıcı model: Değer - beklenti modeline alternatif olarak Lawler tarafından öne sürülmüş olup, değer-beklenti modeline benzerdir. Tatmin, arzulanan ödüller ve alınan ödüller arasındaki fark, olarak tanımlanır (Tatmin= Arzulanan ödül - Alınan ödül). Tamamlayıcı teoriler beklenen ya da önemli görülen hizmetlerle gerçekte ortaya çıkan hizmetler arasındaki esas farkı düşündürür¹¹⁸.

Farklılık Modeli: Bu modele göre tatmin, bireysel arzular ve bu arzuların bir ilerlemesi olarak edinilen tecrübeler arasında algılanan farkın sonucudur. Arzuların anlamı konusunda yazarlar farklı görüşlere sahiptir. Bir kısmı, ilk tedavi için beklentiler, diğerleri önemli olan şeyler ve bir kısmı da, olması gereken şeyler olarak ifade ederler. Farklılık yaklaşımı, Lawler'ın değer - beklenti modeline alternatif olup, çalışmaların çoğunda kullanılmıştır¹¹⁹.

¹¹⁶ Williams, İbid., s.510.

¹¹⁷ Williams, İbid., s.511.

¹¹⁸ Williams, İbid., s.511.

Eşitlik modeli: Değer - beklenti modeline alternatif olarak Lawler'ın öne sürdüğü bu modele göre tatmin, algılanan eşitlik ya da algılanan girdiler ve çıktılar dengesidir. Özellikle sosyal karşılaştırma süreçleri başta olmak üzere, sağlık bakım değerlendirmeleri için önemli bir yaklaşımdır¹²⁰.

3.6. Hasta Tatmini ve Kalite

Hasta tatmininin, hizmeti sunanların ve hastaların beklentilerini esas alan özel, pozitif yönlü bir hizmet değerlendirmesi olduğu ve kalite ile tatmin kavramının farklı olarak görünseler de, çok yüksek düzeyde birbiriyle ilişkili oldukları belirtilmektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmada, kalite ve tatminin, hasta bakımıyla yakından ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır. Kalite ve tatmin arasındaki ilişki, Maslow'un hiyerarşi modelinden esinlenerek oluşturulan bir hizmet değerlendirme modeli olarak Şekil 7'de açıklanmaktadır¹²¹.

Şekil 7: Kalite ve Tatmin Piramidi (Beklentiler Hiyerarşisi)



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

Şekil 7'de, hasta beklentileriyle, kalite arasında doğrusal yönde bir ilişki olduğu; beklentiler arttıkça, kalitenin de yükseldiği piramit üzerinde

¹¹⁹ Williams, İbid., s.511.

¹²⁰ Williams, İbid., s.511.

görülmektedir. Piramidin tabanında, "uygunluk" olarak ifade edilen salt işin yapılmasının (örneğin, doktor muayenesinin) hastanın tatmininin sağlayamadığı, zayıf, sıradan bir bakımın söz konusu olduğu ifade edilmektedir. İkinci düzeyde, "sadece işin yapılması" ile hastaların beklentilerinin karşılanmasının orta düzeyde kalite olarak belirtildiği görülmektedir. Üçüncü düzeyde, beklentilerin yüksek düzeyde yerine getirilmesi ise, (örneğin, tıbbi personelin hastayı bilgilendirmesi, dinlemesi, anlaması vb.), hastalara psiko-sosyal tatmin sağladığı; iyi düzeyde kaliteli hizmetin sağlanması olarak ifade edilmektedir. En üst düzeyde beklentilerin karşılanması ise, mükemmel düzeydeki kaliteyi ifade ettiği belirtilmektedir¹²². Bu şekil, örgütlerde hasta tatmini sağlama ve kaliteli hizmet üretme işinin, sürekli bir devinim içerisinde olması gerektiğini göstermektedir.

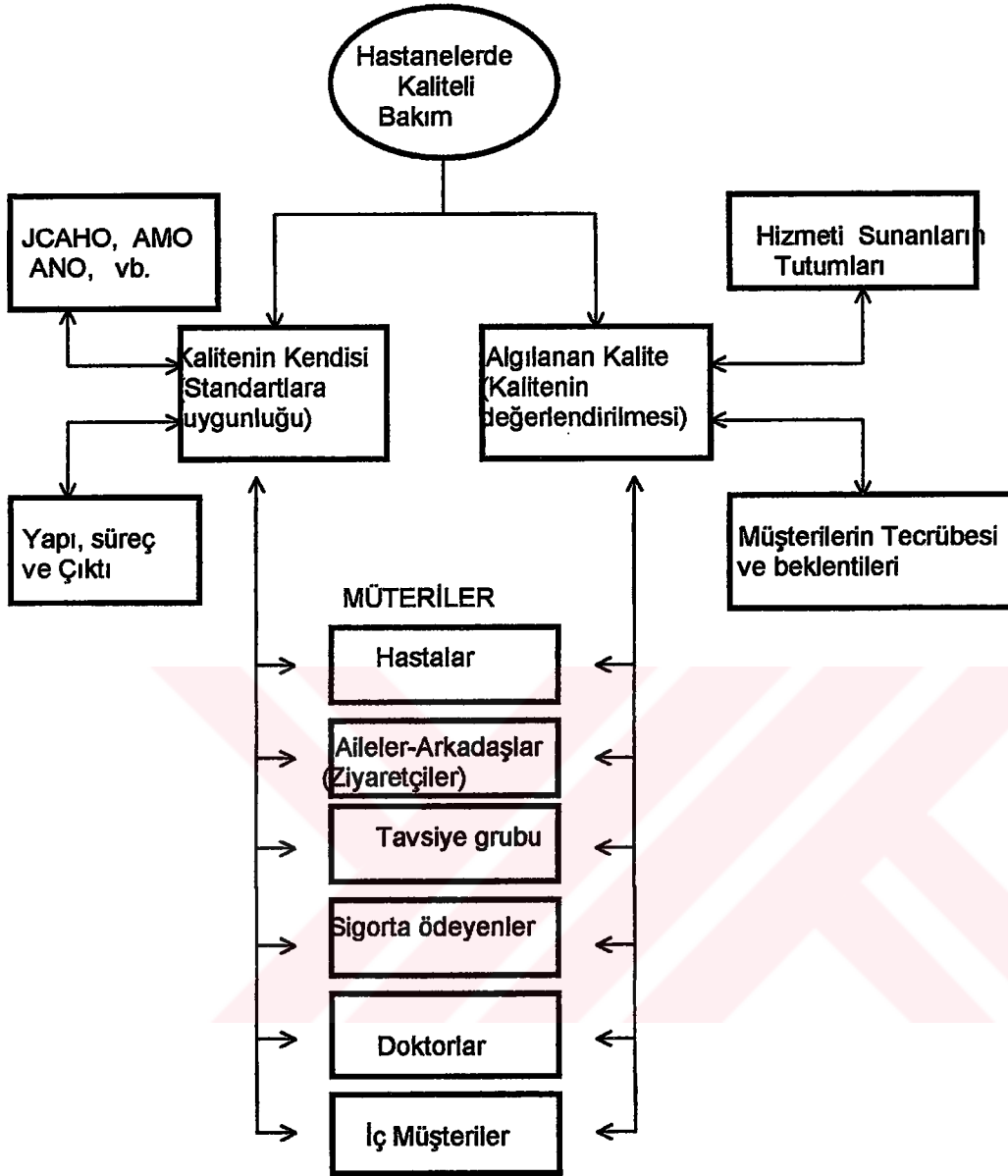
Omachonu'nun Şekil 8'de hastanelerde kaliteli bakım için kavramsal çizelgesinde de, kalite ve müşteri hizmetleri arasındaki ilişki ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunan örgütlerin bakım kalitesi; kalitenin kendisi (hizmetin standartlara uyumu) ile kalitenin müşteriler tarafından algılanması şeklinde belirtilmektedir. Sonuç olarak, hastanelerde bakım kalitesinin yükseltilmesiyle birlikte hasta tatmini sağlanmış olacaktır¹²³.

¹²¹ Steiber, Krowinski, İbid., s.20.

¹²² Steiber, Krowinski, İbid., s.21.

¹²³ Omachonu, İbid., s.38

Şekil 8: Hastanelerde Kaliteli Bakım İçin Kavramsal Bir Çizelge



Kaynak: Vincent K. Omachonu, Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991, s.38.

Kalite ve tatmin arasındaki ilişkide önemli unsurlardan biri de maliyetlerdir. Hasta tatminini sağlamanın, maliyetleri yükselteceğinden korkulmuşsa da, böyle olmadığı ortaya çıkmıştır. Omachonu, hastaların şikayet ve taleplerini dinlemenin, önlem alma ve yapılanmayı sağladığını; tıbbi teşhis hatalarını, dolayısıyla maliyetleri azalttığını belirtmektedir. Başarılı hastaneler ve sağlık bakım örgütleri, düşük maliyetlerle bakımlarını, dolayısıyla da kalitelerini etkin hale getirmektedirler. Hastane sisteminin kalite, maliyet, verimlilik, fayda ve müşteri tatmini boyutları Şekil 9' da gösterilmiştir. Sistemin

amacı, maliyetlerin düşük olması, kalitenin yükseltilmesi, dolayısıyla talep, verimlilik ve faydanın artması yoluyla müşteri tatmininin oluşturulmasıdır¹²⁴.

Şekil 9: Hastane Sisteminin Amaçları ve Boyutları Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5
Sistemin Boyutları	Kalite	Maliyetler	Verimlilik	Fayda	Müşteri tatmini
Sistemin Amaçları	Yüksek	Düşük	Yüksek	Yüksek	Yüksek
		*Azalan iş tekrarları *Azalan şikayetler *Azalan tıbbi hatalar *Daha yüksek talep	*Azalan maliyetler *Artan talepler	*Azalan maliyetler *Artan talepler	

Kaynak: Vincent K. Omachonu, Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations, American Society for Quality Control, Wisconsin, 1991, s.53.

3.7. Hasta Tatmininin Önemi

Örgütlerde üstün bir hizmet ortamının sağlanması ve devam ettirilebilmesinde, müşterilerin tatmin düzeylerinin ölçümü ve yönetimi önemli bir araçtır. Son yıllarda, sağlık bakımında müşteri ilişkileri ve hizmet kalitesi yaklaşımı, hizmetin yükseltilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda odak noktası olmuştur. Bu odak noktasının anahtarının da "müşteri tatminini sağlamak" olduğu belirtilmektedir¹²⁵.

Tıbbi uygulamaların etkililiği, daha iyi hasta tatmini sağlanması ile artırılabilmektedir. Hasta tatmini, hizmet kullanımı ile hizmete uygunluk oranlarını etkilemekte ve dolaysız olarak, tedavi sonuçları ve sağlık statüsü ile ilgili olmaktadır. Hasta tatmini, artan bir şekilde, hizmet sonuçlarını ve doktor - hasta iletişimini değerlendirmeyi sağlayan faydalı bir ölçüm olarak görülmektedir.

¹²⁴ Omachonu, İbid., s.52-53.

Değerlendirmelerde, hastalara odaklanma derecesini gösteren hasta tatmininin, potansiyel olarak, dolaysız bir sistem performans göstergesi olduğu ve sağlık bakım sunumunda, alternatif stratejiler arasından birini seçmeyi sağladığı belirtilmektedir¹²⁶.

Sağlık sektöründe hasta tatmini, tıbbi bakım kalitesini değerlendirmede kullanılacak kriterlerden biri olması yanında, sektördeki modern pazarlama anlayışının da bel kemiğini oluşturmaktadır. Son yıllarda yükselen maliyetler, yeterince kullanılmayan departmanlar, kar elde etme zorunluluğu, profesyonel çalışma arzusu, geçen zaman içerisinde değişen hasta-doktor ilişkileri gibi nedenler, sağlık sektöründe pazarlama hizmetlerinin büyük önem kazanmasına neden olmuştur¹²⁷.

Sağlık hizmeti sunan örgütler için, "hasta sadakatı" şeklinde ifade edilen, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık örgütüne geri dönmeleri veya tercih etmeleri önemlidir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakatı oranlarının da arttığı bilinmektedir¹²⁸. Araştırma sonuçları, hasta sadakatının, hastaların demografik ve psikolojik özellikleri, sağlık durumları, hizmetin sunumu gibi faktörlerden etkilenmesi yanında hasta tatmini ile de ilişkili olduğunu göstermektedir. Steiber ve Krowinski, Amerika'da yaptıkları bir araştırmada kalite, tatmin ve hasta sadakati arasında yüksek düzeyde bir korelasyon bulunduğunu belirtmektedirler. Bu araştırmada bulunan tatmin ile kalite arasındaki ilişkinin 0.71, tatmin ile hasta sadakatı arasındaki ilişkinin 0.43 ve kalite ile hasta sadakatı arasındaki ilişkinin de 0.47 olduğu Şekil 10'da izlenmektedir¹²⁹.

¹²⁵ Steiber, Krowinski, İbid., s. 4-5.

¹²⁶ Lewis, İbid., s.656.

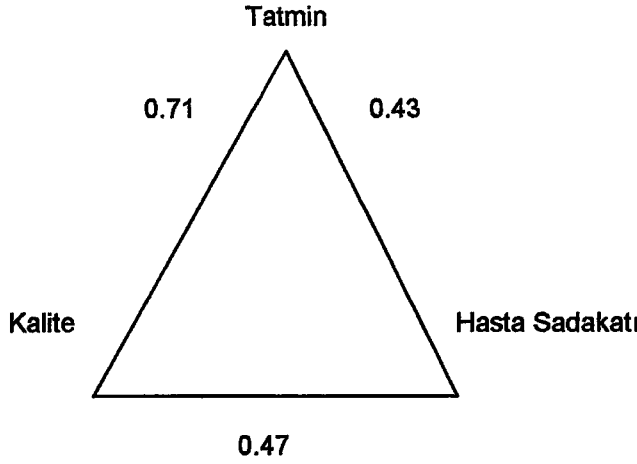
¹²⁷ Çerekçi; Teke; İbid., s.63.

Demir ve d., İbid., s.4.

¹²⁸ Çerekçi; Teke; İbid., s.63.

¹²⁹ Steiber, Krowinski, İbid., s.21.

Şekil 10: Kalite, Tatmin ve Sadakat Arasındaki İlişki



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

Müşteri tatminini izleme ve kontrol etmenin, örgütte çalışanlar ve hastaların potansiyel gelişimleri için, çok kıymetli bir hazine niteliği taşıdığı ifade edilmektedir. Sağlık bakım hizmetlerinde hasta tatmininin önemi aşağıdaki biçimde belirtilmektedir¹³⁰ :

* Tatmin, sağlık hizmetlerinin temel çıktısıdır.

* Tatmin, sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.

* Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.

Leebov ve Scott tarafından ise, hastaların yararlandıkları hizmetleri değerlendirmeleri ve tatminleri ile ilgilenilmesinin nedenleri, örgüt başarısı için dört ana nedenle aşağıdaki gibi özetlemektedir¹³¹:

Hümanistik neden: Hastalar, mükemmel kaliteli bakım ve hizmeti hak etmektedirler. Endişeli, ağrılı ve anksiyete içinde örgüte gelen hastaların, fiziksel, duygusal ve ekonomik olarak tedavi edici mükemmel hizmeti almaya hakları vardır. Mükemmel hizmet, tedavi edicidir.

¹³⁰ Taylor, *İbid.*, s.23.

¹³¹ Leebov; Scott, *İbid.*, s. 16.
Omachonu, *İbid.*, s. 46-47.

Ekonomik neden: Hastalar, müşterilerdir. Hastalar, içinde buldukları koşullar nedeniyle de aldıkları hizmet ile ilgili olarak, diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha dikkatli belirlerler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler.

Pazarlama nedeni: Hastalar, örgütün resmi olmayan halkla ilişkilerini üstlenerek, satış gücüne hizmet etmektedirler. Hastalar, örgütün geleceğini etkileyen kontrol gücüne de sahip olmaktadır.

Etkililik nedeni: Tatmin olan hastalara hizmet sunmak daha kolaydır. Tatmin olmayan hastalar, personelin değerli zamanını tüketirler. Bu durum ise, daha fazla hastaya daha iyi, daha kısa zamanda hizmet olanağını kısıtlamaktadır. Böylece, tatminsizliğin etkililiği bozduğu belirtilmektedir.

Bir yönetim perspektifinden ise, sağlık bakımı ile hasta tatmini, aşağıdaki sebeplerden dolayı önemli olmaktadır. Bunlar¹³²:

* Tatmin olan hastalar, spesifik bir hizmet sunucu ile, daha fazla olarak tutarlı bir ilişkiyi sürdürebilirler. Bugünün rekabetçi sağlık bakım piyasasında, hastaların tekrar geri dönmesi, sağlık bakım hizmeti sunucuları için önemli olan temel bir pazarlama prensibidir.

* Tanımlanan hasta tatmini verileri(kaynak) ile örgütün sistem zayıflıkları ifade edilebilir. Böylece örgüt için risk yönetimi geliştirilebilir.

* Tatmin olan hastalar, istenen tıbbi rejimleri ve tedavi planını daha fazla takip edebilirler.

* Hasta tatmininin ölçümü, sistemin performansına önemli bilgi toplayarak, örgütün TKY çabasına önemli katkı sağlar.

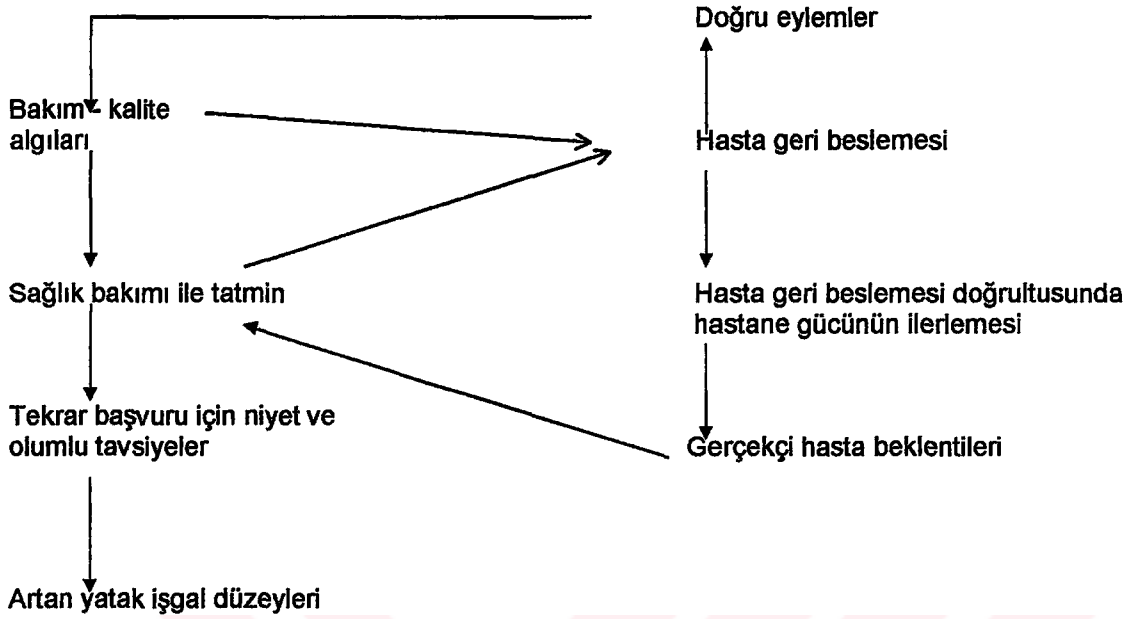
Sağlık bakım araştırmalarında, hasta algılarının kullanılmasıyla gelişen hasta tatmininden hastanenin sağlayacağı yararlar Şekil 11'de gösterilmektedir. Tatmin olan hastalar; ihtiyaçları olduğunda hastaneyi tekrar tercih edecek, başkalarına olumlu tavsiyelerde bulunacak, doktor önerilerini uygulayacak ve hastanenin hasta kabul ile yatak işgal oranlarını arttırmaya yardım edecektir¹³³.

Afsun Ezel Esatoğlu; Korkut Ersoy, "Hasta Tatmininin Ölçülmesi", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, 1-2 Kasım 1997 s.62-63.

¹³² Kathryn H. Dansky, Jeffrey Miles, "Patient Satisfaction with Ambulatory Healthcare Services: Waiting Time and Filling Time", Hospital & Health Services Administration, Summer 1997,42 (2), s.166.

¹³³ John, "Improving Quality Through Patient-Provider Communication", s.52.

Şekil 11: Bakım Araştırmalarında Algının Kullanımı



Kaynak: Joby John, "Improving Quality Through Patient-Provider Communication", Journal of Health Care Marketing, December 1991, 11 (4), s.52.

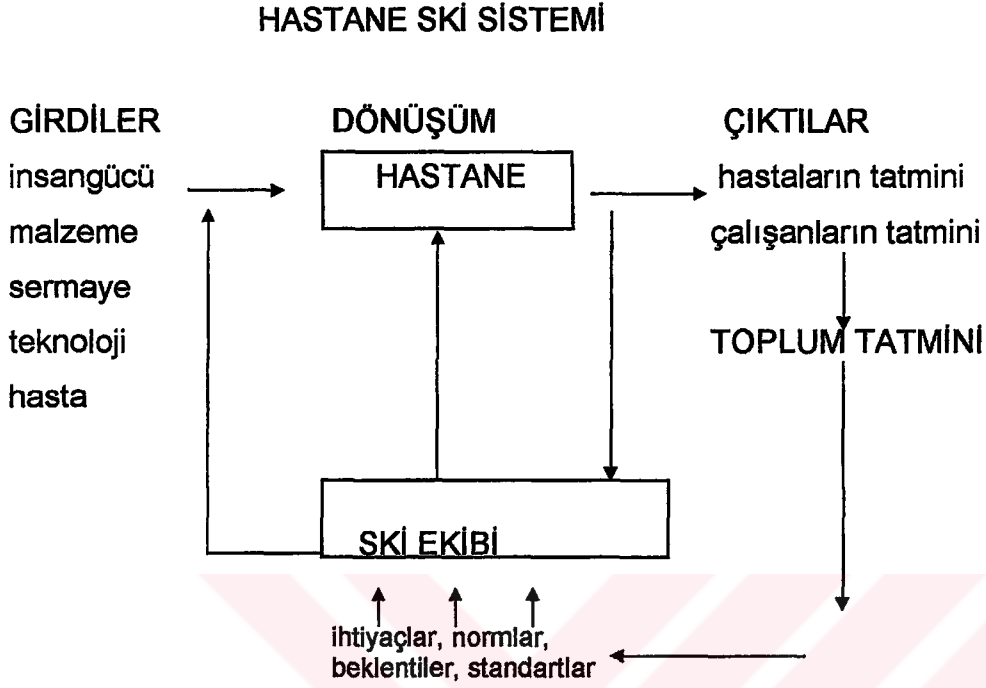
Hasta tatmini, kaliteli bakımın önemli bir boyutu olarak temel önemdedir. Çünkü, son otorite olan hasta, sorunlarla ilgili hasta beklentileri ve değerleri ile karşılaşan hizmet sunucusunun başarısı üzerine bilgi sağlar. Bu yüzden, hasta tatmininin ölçümü; araştırma, yönetim ve planlama için önemli bir araçtır¹³⁴. Şekil 12' de hasta tatmininin, sağlık bakım kalitesinin bir boyutu olarak, alınan bakımın girdi, süreç ve çıktıları ile ilgili hasta tepkilerini yansıttığı ve bu durumun da çalışanların tatminleri ile birlikte toplumun tatminini oluşturduğu izlenmektedir. Yöneticinin de bu süreci en iyi şekilde değerlendirmekle görevli olan kişi olduğu belirtilmektedir¹³⁵.

Yukarıda ifade edildiği üzere, sağlık bakım hizmetleri sunumunda hasta tatmini çok önemli bir göstergedir.

¹³⁴ Lewis, İbid.,s.511.

¹³⁵ Korkut Ersoy, "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme", II. Baştabib Oryantasyon Kursu kitabı, GATA, Ankara: 17-21 Kasım 1997, s.2.

Şekil 12: Hastane SKİ ve Hasta Tatmini İlişkisi



Kaynak: Ersoy, "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme", II. Baştabib Oryantasyon Kursu kitabı, GATA, Ankara: 17-21 Kasım 1997, s.2.

BÖLÜM II: HASTA TATMİNİ BOYUTLARI VE ÖLÇME YÖNTEMLERİ

1. Hasta Tatmini Boyutları

Hasta tatmini kavramının çok boyutlu olması, onu etkileyen boyutların ya da faktörlerin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Bireysel ve sosyal olarak, yaşam tarzı, geçmişteki tecrübeler, gelecekteki beklentiler ve değerleri içine alan birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavram olan hasta tatmininin, boyutlarının neler olması gerektiği konusunda literatürde tartışmalar olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmeti sunan örgütler, hastaların yüksek derecede tatminkar kalarak, hasta sadakatı yaratacak bir hizmet düzeyini sağlayabilmek için, nasıl bir hizmet sunmaları gerektiğini bilmelidirler. Araştırmacılar bir kavram olarak hasta tatmininin boyutlarını belirleyebilmek için, araştırma sonuçlarını sıklıkla analiz etmektedirler. Konuyla ilgili sınıflandırmalarda benzerlikler ve farklılıklar olması, yönetici kararlarını zorlaştırmaktadır¹³⁶.

Jones ve arkadaşlarının, hasta tatmini ile ilişkilendirilen bu faktörleri, dört ana grupta topladıkları izlenmektedir. Bunlar¹³⁷:

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

Bernhart ve arkadaşları tarafından Endonazy'a'da yapılan bir hasta tatmini araştırmasında, hasta tatmini 14 boyut altında, önem sırasıyla şöyle sıralanmıştır¹³⁸: Tedavi olmak, ilaç almak, mahremiyet, kurumun temizliği, bilgilendirme, anlaşılır cevap alma, cesaretlendirmek, anlaşılır dil, hizmetin

¹³⁶ Steiber, Krowinski, İbid., s.14.

Hall; Dornan, "What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction", s.936.

¹³⁷R. B. Jones; H. Whlie Carnon; A.J. Hedley, "How do we Measure Consumer Opinions of Outpatient Clinics?", Public Health, 1993, V.107, s.235.

¹³⁸ Michael H. Bernhart; I.G.P.Wiadnyana; Haryoko Wihardjo; İmbalos Pohan, "Patient Satisfaction in Developing Countries", Social Science & Medicine, Vol. 48, 1999, s.991.

sürekliliği, bekleme süresi, tuvalet varlığı, bakım maliyeti, bekleme salonu varlığı, sosyal sohbet ortamında hizmet almak.

Steiber ve Krowinski ise, hastaların hastane tecrübelerine yönelik olarak yapılan hasta tatmini araştırmasının sonucunda, hastaların belirttikleri bakım boyutlarını 11 başlık altında , tatmin ortalaması en yüksek olandan düşük olana doğru şöyle sıralamışlardır¹³⁹: Temizlik, ziyaretçi politikası, doktor bakımı, hemşire bakımı, oda hizmetleri, personel hizmetleri, genel bakım, giriş ve taburcu hizmetleri, park hizmetleri, beslenme hizmetleri ve bakım maliyeti.

Meterko ve arkadaşları¹⁴⁰ da, tatmini altı boyutta incelemiştir. Bunlar: hemşirelik ve günlük bakım, hastane çevresi ve diğer hizmetler, tıbbi (doktor) bakım, bilgilendirme, kabul işlemleri, taburcu işlemleri ve maliyet (faturalama) lerdir.

Hastalar bakımlarıyla ilgili yargıya, kişisel izlenimlerine dayanarak, beklentileriyle yaşadıkları tecrübeleri karşılaştırarak varmaktadır. Bu yargılar, hasta tatmin ölçümlerini gerçekleştirmek için yeterli sayılmaktadır. Hasta tatmin ölçümlerinin, hasta tecrübelerine odaklanarak düzenlenmesinin, araştırmalarla ilgili sorunları çözebileceği kabul edilmektedir. Hastaların, özellikle yakından ilişki kurdukları birim ve kişilerle ilgili yargıları, tatminin oluşumunda önemli noktaları oluşturmaktadır¹⁴¹.

Foletti ve meslektaşları, Avustralyalı hastalarla yaptıkları araştırmalarında, beklentilerle sonuçları karşılaştırarak, iletişim, bakım ve güven, profesyonel tutumlar ve davranışlar, hastanın çalışanlara itimadı, doktora güven ve doktorun teknik yeteneğini içine alan altı tatmin boyutu belirlemiştir¹⁴².

Like ve Zynanski ise, hasta beklentileri ve istekleri arasında bir ayırım yaparak, hasta istekleri ile ilgili beş boyutu tatminin önemli belirleyicileri olarak

¹³⁹ Steiber, Krowinski, İbid., s.13.

¹⁴⁰ M. Meterko; C. Engene Nelson ve R. Haya Rubin, "Patient Judgement of Hospital Quality Report of a Pilot Study", Medical Care, September 1990, 28 (9), s.23-26.

¹⁴¹ Steiber, Krowinski, İbid., s.7.

¹⁴² Lewis, İbid., s.656.

Mustafa Taşdemir, "Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi", Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, M.Ü.Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı,İstanbul:1998, s.23.

vermişlerdir. Bunlar; tıbbi bilgilendirme, psiko-sosyal yardım, tedaviye yönelik dinleme, genel sağlık tavsiyeleri, biyo-medikal tedavidir¹⁴³.

Brody, istekler ile beklentiler arasında daha fazla bir ayrım ortaya koyar. Beklentiler tatmin ile ilişkili görünmesine rağmen, isteklerin pek ilişkili olmadığını ifade etmiştir¹⁴⁴.

Ross, Steward ve Sinacore ise tatmini; bakıma ulaşılabilirlik, hizmetlerin mevcudiyeti, teknik bakım kalitesi, kişilerarası ilişki, iletişim ve bakım maliyeti olarak altı boyutta belirtmektedirler¹⁴⁵.

Ware ve meslektaşları, hizmet ile karşılaşmada, beklentilerin yerine tecrübelerle dayandırdığı tatmini sekiz boyutta önermektedirler. Bunlar; bakım sanatı, kaliteli teknik bakım, ulaşılabilirlik / uygunluk, bakım maliyeti, fiziksel çevre, hizmeti kullanabilirlik, süreklilik ve etkililik yada bakım sonucudur. Bu model, bakımın sanatsal ve teknik görüşleri arasında ayrım yapmaz¹⁴⁶.

Carey ve Seibert, yatan hastalar ve ayakta tedavi gören hastaların belirttikleri tatmin boyutlarını ayrı olarak incelemiştir. Yatan hastaların tatmin boyutları; doktor bakımı, hemşire bakımı, tıbbi sonuç, nezaket, beslenme hizmetleri, konfor ve temizlik, kabul/faturalama ve dini bakımdır¹⁴⁷. Ayaktan tedavi olan hastaların tatmin boyutları ise; doktor bakımı, hemşire bakımı, tıbbi sonuç, kuruluş özellikleri, bekleme zamanı, tetkik hizmetleri ve kayıt sürecidir¹⁴⁸.

Greenfield ve Attkisson da, birincisi "çalışanların davranış ve becerileri" ve ikincisi "hastaların algıladığı bakım sonucu" olmak üzere birbiriyle ilişkili iki nosyon halinde hasta tatminini belirtmektedirler. Birincisi, çalışanların davranışı, bilgi ve yeteneği, genel tatmin, dinleme ve anlama kabiliyeti, doğruluk ve gerçeklerin güven verici bir şekilde saklanması olmak üzere altı temel unsurda toplanmaktadır. İkincisi ise, hastalık belirtilerinin iyileşmesini sağlamak ve iyi bakımın sürekliliği yada hastalığı önleme olarak ifade edilmektedir¹⁴⁹.

¹⁴³ Lewis, *İbid.*, s.656.

¹⁴⁴ Lewis, *İbid.*, s.656.

¹⁴⁵ Caroline K. Ross; Colette A. Steward; James M. Sinacore, "The Importance of Patient Preferences in the Measurement of Health Care Satisfaction", *Medical Care*, J.B. Lippincott Company, 31(12), s.1141.

¹⁴⁶ Lewis, *İbid.*, s. 656.

¹⁴⁷ Raymond G. Carey; Jerry H. Seibert, "A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity", *Medical Care*, 31 (9), 1993, s. 839.

¹⁴⁸ Carey; Seibert, *İbid.*, s.841-842.

¹⁴⁹ Lewis, *İbid.*, s.656.

Taşdemir, *İbid.*, s.24.

Hulka ve meslektaşları ise, sadece profesyonel yetenek, kişisel nitelikler ve maliyet/uygunluk olarak hasta tatminini üç boyutta incelemişlerdir. Ancak, esas ayırımın, bakım sanatı (algılanan nitelikler) ve teknik bakım (profesyonel yetenek) olmak üzere iki boyutta olduğunu belirtmişlerdir¹⁵⁰.

Yapılan meta-analizlerin muhtemelen en geniş kapsamlısı olan Hall ve Dornan'ın, 221 hasta tatmin araştırması sonuçlarının incelendiği, genel literatür analizinde, araştırmaların pek çoğunun, hasta beklentileri ve tecrübeleri üzerine yoğunlaştığı ifade edilmektedir. Bu araştırmalarda en fazla kullanılan hasta tatmin boyutları 12 kategoride , aşağıdaki gibi özetlenmiştir¹⁵¹:

İnsanca yaklaşım ile tatmin: Nezaket, saygı, dinleme arzuluğu, sıcaklık, kişilerarası ilişki ve uyumlu davranışları içeren yaklaşımdır.

Bilgilendirme ile tatmin: Hizmet sağlayıcı tarafından teşhis, tedavi ve işlemler hakkında sağlanan bilgiyi kapsar.

Genel kalite ile tatmin: Bu kategori genel tatminden daha az kapsamlı, fakat insancılık ve yetenek ile tatminden daha kapsamlıdır. Hizmet sağlayanlar ile geçirilen zaman süresini içerir.

Yetenek ile tatmin: Geleneksel tıbbi bakım sürecinde teknik performans ve tanımlanabilir yeterliliğini ifade etmektedir.

Genel tatmin: Genel bir soru yada sorular yada tanımlanamayan boyutlar üzerine odaklanan bir bileşke olmalıdır.

Bürokrasi ile tatmin: Bölümde bekleme süresi, kayıtlar vb. içeren bürokratik düzenlemeler ve bürokrasi çalışanlarını içerir.

Ulaşılabilirlik ile tatmin: Randevuların kolay alınması, hizmet saatlerinin uygunluğu, kurumun uzaklığı, gerekli hizmetlerin mevcudiyeti gibi unsurları içerir.

Maliyet ile tatmin: Hizmetin mali yönü, ödemeler ve sağlık sigortaları ile ilgilidir.

Fiziksel olanaklar ile tatmin: Estetik ve fonksiyonel kapasite, park hizmetleri, teçhizat yeterliliği ve laboratuvar hizmetlerini içermektedir.

Bakım sonucu ile tatmin: Hastaların, sağlanan sağlık bakımının sonuçları ile tatmin olmalarını içermektedir.

¹⁵⁰ Lewis, İbid., s.656.

¹⁵¹ Lewis, İbid., s.657.

Bakımın sürekliliği ile tatmin: Hastaneye yatış yada taburculuk sonrasında bakımın takibini içermektedir.

Psiko-sosyal sorunlara dikkat ile tatmin: Hizmet sağlayanların, hastaların psiko-sosyal sorunlarına ilgisini ve onlarla olan iletişimi içermektedir.

Hall ve Dornan'ın meta-analizinin belirlediği 12 boyut ve her bir boyutun ele alındığı araştırmaların sayıları ve yüzdeleri tablo 1'de sunulmaktadır.

Tablo 1: Meta-Analizde Saptanan Boyutların Sayı ve Yüzdeleri

BOYUTLAR	n	%
İnsanca yaklaşım	143	65
Bilgilendirme	111	50
Genel kalite	100	45
Genel Memnuniyet	96	43
Yetenek	95	43
Bürokrasi	61	28
Ulaşılabilirlik	59	27
Maliyet	40	18
Fiziksel Olanaklar	36	16
Bakım sonucu	13	6
Bakımın sürekliliği	10	4
Psiko-sosyal sorunlara ilgi	7	3

Judith A. Hall; Michael C. Dornan, "What Patient Like Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction Literature", Soc. Sci. Med., 27 (9), 1988, s.937.

Wensing ve arkadaşları da genel literatür analizlerinde, inceledikleri hasta tatmini boyutlarının analizi için; Ulusal Toplum Sağlığı Konseyi ve Sağlık Araştırma Konseyi tarafından geliştirilen boyutları kullanmışlardır. Hastaların perspektifinden başlayan bu boyutlar, genel sağlık bakım hizmetleri için faaliyetler olarak uygulanmıştır. İnceledikleri 40 hasta tatmin araştırması sonucunda, üç başlık altında 25 hasta tatmini boyutu belirlemişlerdir. Bunlar¹⁵²:

Profesyonel Performans:

(1) Etkililik (bakım sonucu): Araştırmaların %8' inde kullanılmış olup, sağlık durumunun gerçek gelişmesini ifade eder.

(2) Profesyonel yetenek: Araştırmaların %18' inde kullanılmış olup, gerekli bilgi ve becerilerin mevcudiyeti anlamındadır.

Hall; Dornan, " What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The satisfaction", s.936.

¹⁵²Michel Wensing; Richard Grol; Anton Smits, "Quality Judgements by Patients on General Practice Care: A Literature Analysis", Soc. Sci. Med., 38 (1), 1994, s.46-48.

(3) Anlatma: Araştırmaların %15' inde kullanılmıştır. Hizmet sunucunun yeteneğini ve diğer profesyonellerle birlikte uygun tedavi şeklini hastaya anlatmasını içerir.

(4) Uygunluk: Araştırmaların %5' inde kullanılmış olup, meslek uygulaması için fiziksel ve duygusal uygunluğu ifade eder.

(5) Güvenlik: Araştırmalarda kullanılmamıştır. Minimum risk anlamındadır.

(6) Doğruluk: Araştırmaların %38' inde kullanılmış olup, bilgi ve becerilerin doğru kullanımını ifade eder.

(7) Hijyen: Araştırmaların %3' nde kullanılmış olup, enfeksiyon riskini minimize etme anlamındadır.

(8) Beslenme: Araştırmalarda kullanılmamıştır. Diyetin kalitesi ve tadını içerir.

(9) Yoğun koruyucu bakım: Araştırmaların %8' inde kullanılmıştır.

(10) Hastaya külfet: Araştırmaların %3' nde kullanılmış olup, hastaların genel fonksiyonlarına göre sonuçları ifade eder.

Profesyonel Tutum:

(11) nsancılık: Araştırmaların %65' inde kullanılmıştır. Hastalara saygı ve sorumluluk anlamındadır.

(12) Bilgilendirme: Araştırmaların %48' inde kullanılmış olup, hastalara bilgi verme istekliliğini ifade eder.

(13) Karşılıklı dürüstlük: Araştırmaların %5' inde kullanılmış olup, bir hastanın kişisel özelliğine saygı anlamındadır.

(14) işbirliği: Araştırmaların %3' nde kullanılmış olup, hizmet sunucu ve hasta arasındaki işbirliğini ifade eder.

(15) Hesaplanabilirlik: Araştırmaların %5' inde kullanılmıştır. Hastanın eylemlerini ve davranışlarını anlayabilmek için hizmet sunucu yeteneğidir.

(16) Empati (psiko-sosyal sorunlara dikkat): Araştırmaların %25' inde kullanılmış olup, hizmet sunucunun kendini hastanın yerine koyarak iletişim kurması anlamındadır.

(17) Hastanın zerkliği: Araştırmaların %5' inde kullanılmıştır. Her ne zaman olursa olsun hastaların sorunlarını ağıklayabilme eylemini ifade eder.

Örgütsel Bakım:

(18) Süreklilik: Araştırmaların %10' unda kullanılmıştır. Gerektiği durumlarda daha fazla hizmet sunucunun sağlanarak tedavinin uygun aktarımının yapılması ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması anlamındadır.

(19) Mevcudiyet (Ulaşılabilirlik): Araştırmaların %62' sinde kullanılmış olup, potansiyel hastalar için hizmet sunucunun mevcudiyetidir.

(20) Verimlilik: Araştırmaların %5' inde kullanılmış olup, girdi (para, zaman, ara-gereçler) ve bakım çıktısı arasındaki dengeyi ifade eder.

(21) Entegre Bakım: Araştırmaların %10' unda kullanılmıştır. Farklı profesyoneller tarafından sağlanan bakım uyumu anlamındadır.

(22) Bedensel gizlilik: Araştırmaların %3' ünde kullanılmış olup, hastanın bireysel gizliliği için güvenilir ortamı ifade eder.

(23) Ulaşılabilirlik: Araştırmaların %13' ünde kullanılmış olup, bakım için fiziksel ve coğrafi ulaşılabilirlik anlamındadır. Gerekli araç gereci de içerir.

(24) Finansal ulaşılabilirlik (maliyet): Araştırmaların %10' unda kullanılmıştır.

(25) Konfor: Araştırmaların %18' inde kullanılmış olup, örgütün fiziksel uygunluğunu ifade eder.

(26) Global (genel) kalite: Araştırmaların %50' sinde kullanılmıştır.

Yukarıda açıklandığı üzere, Hall ve Dornan'ın belirledikleri hasta tatmini boyutları¹⁵³, Wensing ve arkadaşlarının belirledikleri hasta tatmini boyutlarının¹⁵⁴ hepsini içermez ve dolayısıyla daha sınırlıdır.

Her iki analizde de en sık kullanılan hasta tatmini boyutları sırasıyla; insancılık, bilgilendirme, genel kalite, ulaşılabilirlik, profesyonel yetenek ve fiziksel koşullardır.

Hastalar, bakımlarıyla ilgili değerlendirmeye, kişisel izlenimlerine dayanarak, beklentileri ile yaşadıkları tecrübeleri karşılaştırarak varmaktadırlar. Bu değerlendirme, hasta tatmin ölçümlerini gerçekleştirmek için yeterli sayılmaktadır. Hasta tatmin ölçümlerinin, hasta tecrübelerine odaklanarak

¹⁵³ Hall; Dornan, "What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction Literature", s. 936-937.

¹⁵⁴ Wensing; Grol; Smits, İbid., s. 48.

düzenlenmesi; genel tatmin, sadakat ve diğer arzulanın sonuçları sağlayacaktır¹⁵⁵.

Bir kısmı yukarıda belirtilen hasta tatmini araştırmalarının üzerinde durdukları ve önemli bulunan hasta tatmini boyutlarından bazıları aşağıda açıklanmaktadır. Bunlar;

- * Hasta-doktor ilişkisi,
- * Hasta-hemşire ilişkisi,
- * Hasta-diğer hastane personeli ilişkisi,
- * Bilgilendirme,
- * Beslenme hizmetleri,
- * Fiziksel ve çevresel koşullar,
- * Bürokratik işlemler,
- * Güven,
- * Bakım maliyeti.

1.1. Hasta-Doktor ilişkisi

Doktor- hasta ilişkisi konusu; 1980'li yıllardan itibaren örgüt genelinde uygulanan kalite yönetimi programlarında hastaların hizmetlerle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin ve hasta tatmininin dikkate alınmasıyla önem kazanmıştır. Hizmet sunumunda sahip oldukları önemli rol nedeniyle doktor hasta ilişkisi hasta tatminini etkileyen önemli faktörlerin başında gelmektedir¹⁵⁶.

Doktorluk sözcüğünü, doktorun yaptığı işler olarak değer, sağlık meslekleri mensuplarının çalışma alanı olan, sağlık ve hastalıkları konu alan, biyolojik ve sosyal bir bilim ve uygulama olarak tanımlamak gerekir. Bir bilim ve uygulama olarak da doktorluğun amacı "tüm kişilerin sağlık durumunu yükseltme, iş verimini artırma, hastalıklardan koruma, hastalananları tedavi etme veya hastalığın gidişini yavaşlatarak hayatı uzatma, hastalık veya kaza sonucu sakat kalanları işe alıştırmak için bilgi üretme ve bu bilgileri uygulamadır. Görüldüğü gibi, doktorun hastalarına karşı görevleri yalnız bilimsel değer, aynı zamanda sosyal ve moraldir¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Steiber; Krowinski, İbid., s.7.

¹⁵⁶ Cevdet İşnas; Mehtap Tatar, "Doktor Hasta İlişkisi", II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: Korkut Ersoy, şahin Kavuncubaşı, Ankara: 15-16 Mayıs 1999, s.77.

¹⁵⁷ Selma Çivi, Mehmet Akman, "Toplumumuzun Hekimlerden Beklentileri", Deniz Tıp Bülteni, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı Sağlık ve Veteriner Daire Başkanlığı, Ankara: Eylül 1990, 23 (3), s.69.

Doktorluk meslek etiği kurallarında, doktor hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul veya ret hakkı, vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır. Doktor hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda aydınlatır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri hasta kendisi belirler. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olması yada karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcinin izni alınır,¹⁵⁸ denilmektedir.

Doktor hasta ilişkisinin önemi, doktor ve hasta açısından ayrı ayrı ele alınabilir. Doktor açısından, tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi önem kazanmaktadır. Doktorun bu noktada önemli bir görevi; karşılıklı bilgi alışverişine uygun bir ortam yaratarak hastanın çekingenliğini üzerinden atmasını, soru sormasını ve sorulan soruları açıklıkla cevaplamasını sağlamaktır. Yapılan araştırmalarda, hastanın sormak istediği bazı sorularını ve kuşklarını doktorundan saklaması, doktorun katılımı ve cana yakın bir tutum sergilememesi ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir. Bu durum doktorun doğru bilgi alamamasına ve gerçek sorunu bulamamasına neden olabilmektedir¹⁵⁹.

Doktor hasta ilişkisinin niteliğinin doktor açısından önemli olmasının bir başka nedeni, bu ilişkinin hastanın doktorunu tekrar tercih etmesinde de önemli rol oynayabilmesidir¹⁶⁰.

Doktor hasta ilişkisinin hasta açısından önemi ise, plasebo etkisi ile açıklanmaktadır. Plasebo etkisi; hastanın tıbbi müdahaleden, örneğin ilacın üzerindeki kimyasal maddeden, ameliyatın fizyolojik etkisinden ya da bir başka işlemden kaynaklanmadan faydalanmasıdır. Bu etki, insanın aldığı bakıma karşı tutumu, doktorlarına duyduğu güven ve yapılan işlemlerin gücüne olan

¹⁵⁸ TTB, "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları", Hekim Forumu, Mart-Nisan 1999, s.35.

¹⁵⁹ İşnas; Tatar, İbid., s.77.

¹⁶⁰ Michele G. Greene; Ronald D. Adelman; Erika Friedmann; Rita Charon, "Older Patient Satisfaction with Communication During an Initial Medical Encounter", Soc. Sci. Med., 38(9), 1994, s.1279
İşnas; Tatar, İbid., s.77.

inancından kaynaklanıyor görünmektedir. Bu etkinin herhangi bir ilaç ya da işlemin başarısının üçte biri kadar olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca, hasta açısından doktor hasta ilişkisinin niteliği tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirleyen bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır¹⁶¹.

Hasta tatmini, tıbbi görüşmenin önemli bir sonucudur. Tıbbi görüşme ise genellikle doktor-hasta arasında yapılmaktadır¹⁶². Hastaların farklı sosyo-demografik özellikleri, farklı psikolojik ihtiyaçları, farklı mücadele tarzları ve farklı tıbbi sorunları farklı iletişim ihtiyaçlarını ortaya çıkarır. Steward, doktor-hasta ilişkisinde öngörülen tatminin karmaşık olduğunu ve her hastanın birebir ilişkiye ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca ideal tıbbi görüşme için bir formül olmadığını belirtmektedir¹⁶³.

Friedson'ın hastaların tıbbi bakım görüşleri üzerine yaptığı birkaç bilimsel çalışma, hastalara karşı duyarlılık eksikliği ile sonuçlanmıştır. Hastalar, profesyoneller tarafından sunulan bakımın kişisel olmadığını farkına vararak acı duymaktadırlar. Gerçekten çalışmalar, sağlık bakım sunum tarzının esastan daha önemli olduğunu göstermektedir. Bir başka ifade ile, doktor-hasta karşılaşması, hastanın genel tatmin ihtiyacı, algıladığı doktor nezaketi ve önemsenmeme durumundan güçlü olarak etkilenmekte; oysa algıladığı doktor yeteneğinden daha az etkilenmektedir¹⁶⁴.

William ve Wrinesworth tarafından yapılan bir cerrahi hastalar araştırması ise, hastalara yanlış ve olası tedavilerin mevcudiyetinin açıklanmasında, doktorların daha fazla zaman harcamaya ihtiyaçları olduğuna dikkat çekmektedir¹⁶⁵.

Hastalar, ilişkide oldukları doktorların, psikolojik yönden de kendilerine destek olmalarını istemektedirler. Özellikle kronik ve tedavisi uzun süren hastalıklarda, hastaların psikolojik desteği ayrı bir uzman yerine kendi doktorlarından bekledikleri ortaya çıkartılmıştır. Hastaların doktorlarıyla ilişkiye çok fazla gergin ve çok az bir sağlık bilgisi ile girdiği izlenmiştir. Ayrıca hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilme ihtiyaçları bakımından, akut ve kronik hastalığa sahip olmaları bakımından fark olmadığı, her hastanın

¹⁶¹ İşnas; Tatar, İbid., s.78.

¹⁶² Greene; Adelman; Friedmann; Charon, İbid., s.1279.

¹⁶³ Greene; Adelman; Friedman; Charon, İbid., s.1280.

¹⁶⁴ John, "Improvement Quality Through Patient-Provider Communication", s.52.

¹⁶⁵ John, "Improvement Quality Through Patient-Provider Communication", s.52.

bilgilendirilmeye yoğun ihtiyacı olduğu gözlenmiştir. Hasta tatmininin, özellikle, doktorların tıbbi bilgilendirmeleri ile ilgili olduğu ortaya çıkartılmıştır¹⁶⁶. Ayrıca Greene ve arkadaşlarının araştırmalarında da, hasta odaklı konularda doktora soru sormak , doktorun tarafsızlığı ve destekleyiciliği önemli olarak hasta tatmini ile ilişkili bulunmuştur. Hastalara bilgi vermenin ise, hem hasta odaklı hem de doktor odaklı konularda hasta tatmini ile ilişkili olduğu belirtilmektedir¹⁶⁷.

DiMatteo ve Hays, hasta tatmini çalışmalarında, hastaların doktor-hasta ilişkisini sosyal ve duygusal algılamaları ve tıbbi bakımları ile tatminleri arasında önemli bir bağ bulmuşlardır. Daha da önemlisi, eğer hastalar doktorlarla etkili iletişim kurduğunu hissettiyse, onların teknik olarak yetenekli ve etkili bakım sağladıklarını düşündüklerini saptamışlardır¹⁶⁸. Tüm bunların temelinde hastalarla dostça ilişki önem kazanmaktadır. Bir doktorun hastalarla dostça ilişki kurma yeteneğinin onun iletişim becerilerine bağlı olduğu söylenebilir. Bu nedenle, hasta tatmininde özellikle hasta-doktor arasındaki iletişimin önemli payı vardır. Hasta-doktor arasında kurulacak iyi bir iletişim, hastanın tam ve doğru olarak öyküsünün alınmasından teşhisi, tedavisi ve belki de hastanın hastanede yattığı süre boyunca kazanabileceği davranış değişikliğine varana değin pek çok şeyi etkileyebilecektir¹⁶⁹.

Şekil 13'de genel bir doktor-hasta iletişim modeli sunulmuştur. Bu modele göre, doktor-hasta karşılaşmasında girdiler; hastaların tıbbi bakım ile önceki tecrübeleri, hastaların viziteden beklentileri, hastanın yaşı, hastanın tıbbi sorun çeşidi, hastanın doktorla sorun sayısı, hastanın tecrübesine dayalı olarak sorunlarıyla ilgili doktorlar hakkındaki bilgisi ve doktorların özelliklerinin doktor-hasta karşılaşma sürecini etkilediği görülmektedir¹⁷⁰. Doktor-hasta karşılaşmasının sonuçları; hasta bilgisi, sorunlar üzerine doktor-hasta uygunluğu, pek çok boyutlarda hasta tatmini, doktor önerilerine hasta uyumu ve

¹⁶⁶ Sandra K. Joos; David H. Hickam; Laura M. Borders, "Patients' Desires and Satisfaction in General Medicine Clinics", *Public Health Reports*, November-December 1993, 108 (6), s.757-758.

¹⁶⁷ Greene; Adelman; Friedman; Charon, *İbid.*, s.1283.

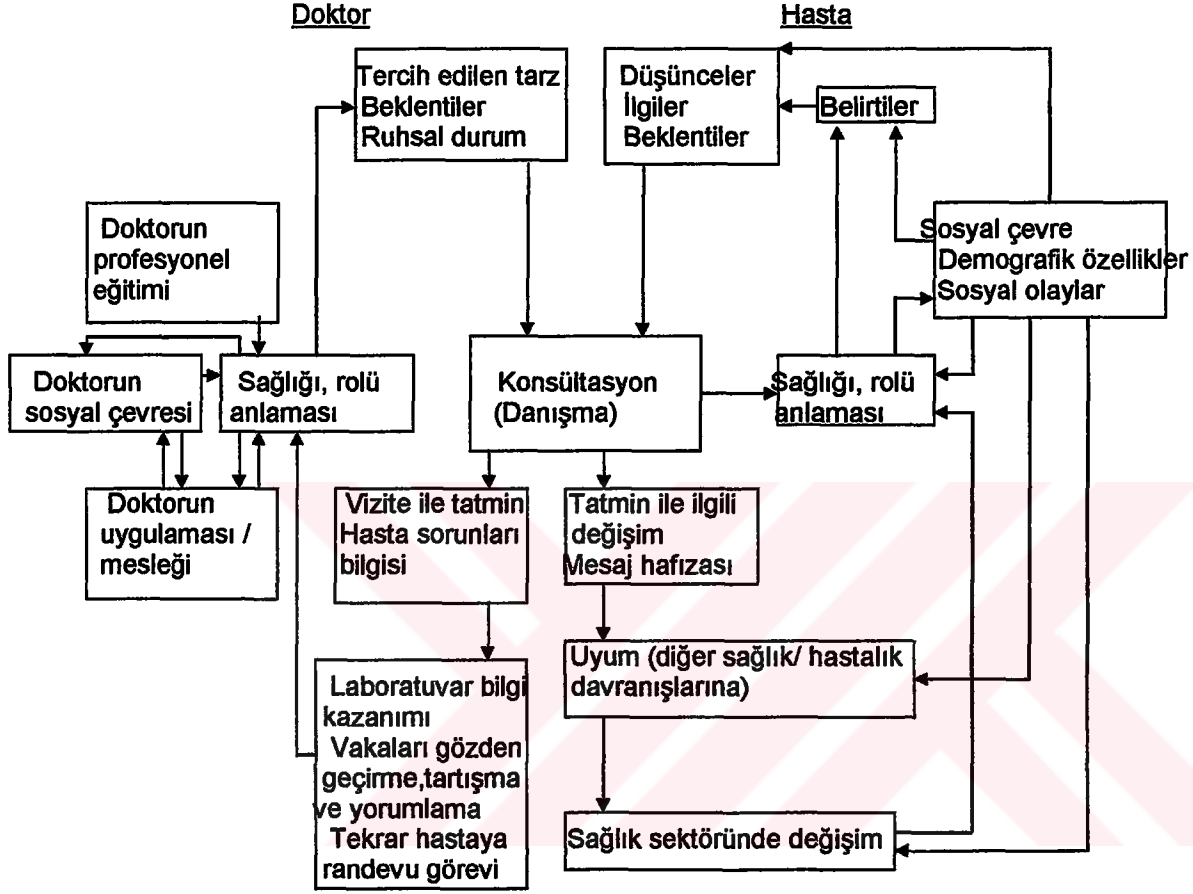
¹⁶⁸ John, "Improvement Quality Through Patient-Provider Communication", s. 53.

¹⁶⁹ Özgen, *İbid.*, s.50.

¹⁷⁰ Thomas S. İnuı; William B. Carter, "Problems and Prospects for Health Services Research on Provider-Patient Communication", *Medical Care*, May 1985, 23 (5), s.526.

hasta sorunlarının çözümünü içeren iletişim süreci ile ilişkili olarak belirtilmektedir¹⁷¹.

Şekil 13: Genel Bir Doktor - Hasta İletişim Modeli



Kaynak: Thomas S. Inui; William B. Carter, Problems and Prospects for Health Services Research on Provider-Patient Communication", Medical Care, May 1985, 23(5), s.526.

Comstock ve arkadaşları, hasta tatmininin güçlü olarak, doktor nezaketi ve hastalıkları hakkında bilgi verme ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Doktor hasta ilişkisinde, bazı araştırma sonuçlarına göre, hasta tatmininin aşağıdaki nedenlere bağlandığı görülmektedir. Bunlar¹⁷²:

* Doktorun, hastaya sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması,

¹⁷¹ Inui; Carter, İbid., 526.

¹⁷² Thomas Gordon; W. Sterling Edwards, Doktor - Hasta İşbirliği, Sistem Yayıncılık, Çev.: Emel Aksay, 1997, s.15.
Greene; Adelman; Friedmann; Charon, İbid., 1279.

* Doktorun, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya çıkartacak biçimde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulanması,

* Doktorun, aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi.

* Hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması.

* Hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede daha fazla fırsat tanınması.

* Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi.

* Görüşmede hastaların psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesi.

Araştırmalara göre, hastaların, doktorlardan aldıkları bakım esnasında; doktorların onlara ayırdıkları zaman miktarı, onları dinlemeleri ve durumları hakkında bilgi vermeleri ve ihtiyaçları olduğunda onlara kolay ulaşabilmeleri doktorlar hakkında algıladıkları en önemli bulgulardır.

1.2-Hasta-Hemşire ilişkisi

Hastaların, sağlık hizmetlerini değerlendirmelerinde birbirini etkileyen faktörlerden biride, hastaların hemşirelerden aldıkları bakımı değerlendirmeleridir. Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı yada hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlamlın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bütün bunları yaparken bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardımcı olur¹⁷³. Hasta ile 24 saat birlikte olan, hastanın bireyselliği ile hastalıkta, uygulamada, tedavi işlemlerinde, yaşadığı ilişkilerde nasıl etkilendiği ile uğraşacak ve bu konuda hastaya yardım edecek sağlık elemanı hemşiredir. Hemşirenin hastayla kurduğu iletişim, verdiği bakımın niteliğini de etkiler. Bu nedenle istendik sonuç için hemşire şu konuları bilmelidir¹⁷⁴:

* İletişimi,

¹⁷³ Fatma Eti Aslan; Sema Yazıcı ve Seher Şenel, "İstanbul'da Bir Üniversite ve Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Çalışma", Halk Sağlığı Kongresi, İstanbul: 1990, s.872.

¹⁷⁴ Nebahat Kum, "Türkiye'de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar", II. Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas: 1990, s.138.

- * Davranış ve insan ilişkilerini,
- * Hasta davranışlarını gözleme ve değerlendirmeyi,
- * Hastanın duyu ve davranışlarını anlamayı (empatik yaklaşım),
- * Ekip ile işbirliği içinde olmayı,
- * Kendi davranışlarının ve tepkilerinin farkında olmayı (kendini tanıma).

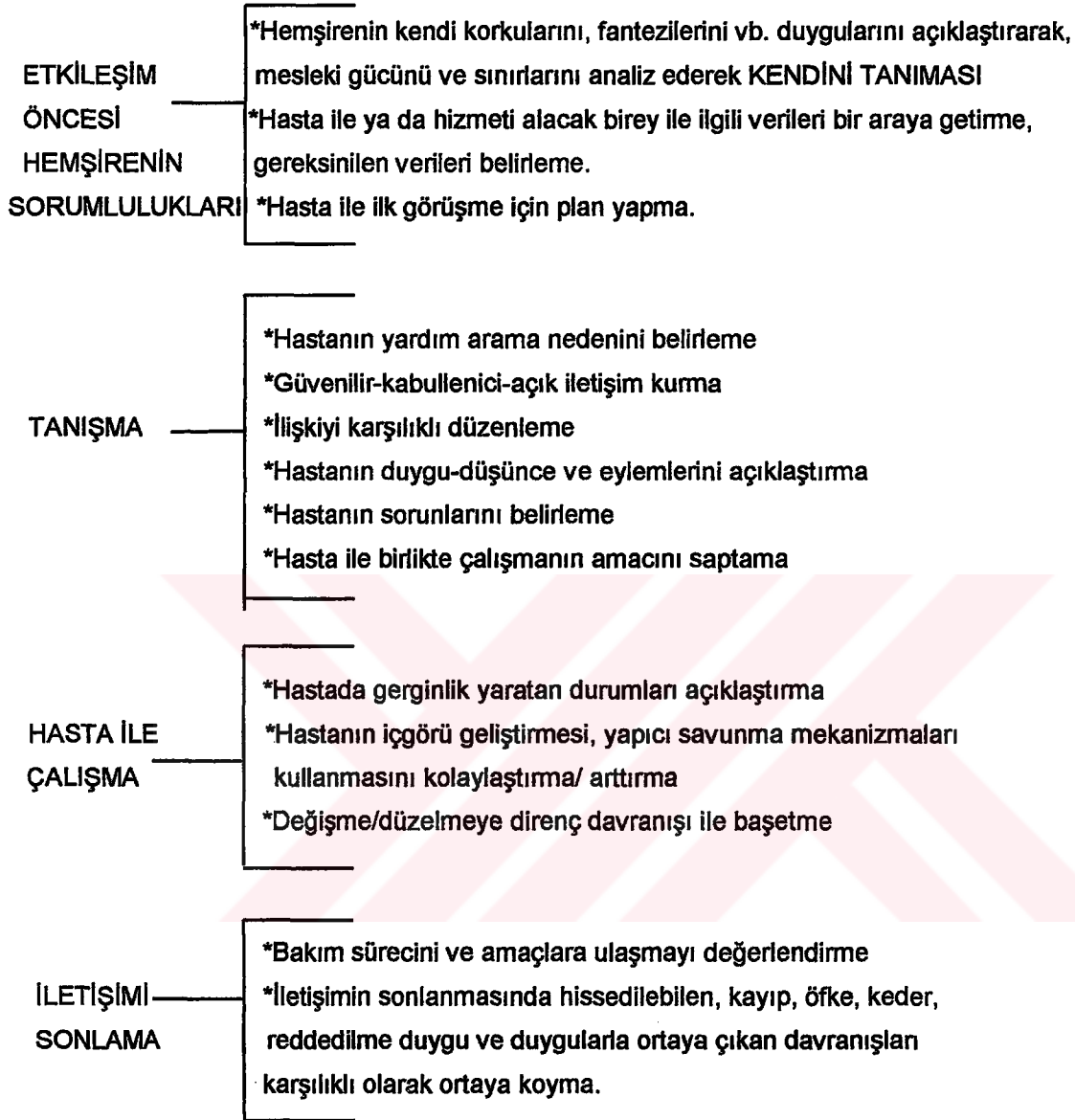
İletişim; iki yada daha çok kişi arasındaki fikir alışverişini kapsayan dinamik sosyal süreçtir. İletişimde mesajların %60'ının bedenle, %30'u ses tonu ile ve %10'unun sözcüklerle iletildiği belirtilmektedir¹⁷⁵. Hasta ile iletişim kurarken bu bağlamda dikkatli olmak gerekmektedir.

Günümüzde, hemşirelerden iyi niyetli, ilgili, sevecen, şefkatli yaklaşım yerine; planlı, amaçlı, hasta yararına yaklaşım beklenmektedir. Bu nedenle yardım edici (hemşire) - hasta yararına iletişim kurabilmek için; bireyin kendi değerlerini, duygularını, sorumluluklarını tanıması, iletişimi kolaylaştıran teknikleri ve problem çözme yöntemlerini bilmesi, güven oluşturabilmesi, empati yapabilmesi, iletişimi başlatma, sürdürme, son verme sorumluluklarını bilmesi, ilişkideki sonuçları değerlendirebilmesi gerekmektedir¹⁷⁶. Böylece, bireyin ilgi ve gereksinimlerini ortaya koyan bireysel yaşantılarının ortaya çıkarılmasına, bireyin iyilik durumunun oluşturulmasına-geliştirilmesine yardım edilerek biyolojik ve duygusal dengesi sağlanacaktır. Şekil 14'de, iletişim sürecinin aşamalarında hemşirenin sorumlulukları belirtilmektedir.

¹⁷⁵ Gülşen Terakye, Hasta Hemşire İlişkileri, 3.Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara:1994, s.12.

¹⁷⁶ Terakye, İbid., s.34.

Şekil 14: İletişim Sürecinin Aşamalarında Hemşirenin Sorumlulukları:



Kaynak: Gülşen Terakye, Hasta Hemşire İlişkileri, Ankara:1994, s.35.

Hasta hemşire ilişkisi, sosyal bir ilişki değil, hasta bireyin davranışlarının anlaşılmasını, bireyin nasıl bir yardıma gereksinimi varsa onun verilmesini ve hemşirenin verdiği tepkilerin farkında olmasını gerektiren profesyonel bir ilişkidir¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Kum, İbid., s.138.

Hastaların hemşirelerle iletişimlerinin kalitesini, özellikle hemşirelerin dostça tutumları ve hizmetin çabuk verilmesi ile ölçtükleri belirtilmektedir. Taburcu olan hastalar arasında yapılan bir çalışmada; genel hastane bakımını mükemmel olarak değerlendiren hastaların, %95'inin hemşire bakımını da mükemmel olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Aksine, genel hastane bakımını mükemmelden daha kötü değerlendirenler arasında, sadece %34'ü hemşire bakımını mükemmel olarak değerlendirmişlerdir¹⁷⁸. Hastaların genel tatminleri ile hemşire davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Hastalar, hastanede kaldıkları sürece, diğer sağlık profesyonellerinden daha sık olarak hemşirelerle etkileşim içindedirler. Hemşire hasta etkileşiminin etkinliğini saptamak amacıyla İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniğine yatan 200 hastaya uygulanan bir çalışmada; ameliyat öncesi devrede, psikolojik destek sağlama, açıklamalarda bulunma ve hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ele alarak bakım verme şeklinde tanımlanan kapsamlı hemşirelik bakımının, duyulan anksiyete duygusunu ve korku hissini azaltmada çok etkili olduğu tespit edilmiştir¹⁷⁹.

Hemşire hizmetlerinin, hasta tatmini araştırmalarının pek çoğunda bakım değerlendirme boyutları arasında çok kullanılan bir boyut olarak hasta tatminini etkilediği izlenmektedir. Bu araştırmalardan biri olan Mary Koska'nın araştırmasında da, sağlık hizmetlerinde yüksek kaliteli bakımı sağlayan en önemli boyut olarak hemşire bakımı belirtilmiştir¹⁸⁰.

Günlük çalışma içinde hemşire çok değişik kişilerle ilişki içindedir. Hastanın aldığı hemşirelik bakımı hemşirenin kişilerarası becerilerini kullanma biçiminden, örneğin; dinleme, hastanın kendini ifade etmesini sağlama, gerçek huzur ve destek sunmadan derinden etkilenir. Sundeen daha da ileri giderek, "nitelikli hemşirelik bakımı; hemşirenin kişiliğini, tedavi edici olarak nasıl kullandığına bağlıdır", demektedir¹⁸¹.

¹⁷⁸ Steiber, Krowinski, İbid., s.14-15.

¹⁷⁹ Güler Aksoy, "Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımında Psiko-Sosyal Faktörlerin Rolü ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri", Hemşirelik Bülteni, Özel Sayı Doktora Tez Özetleri, İ.Ü.Florans Nightingale Hemşirelik Y.O. Yayını, C.VI, Sayı: 24, 1992, s.13.

¹⁸⁰ Omachonu, İbid., s.50.

¹⁸¹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, LEMON, Bölüm 3: İletişim, Ed. Gülten Özalın, 1998, s.10-11. International Skills: Open Learning for nurses, London and Manchester, Continuing Nurse Education Programme, 1986 aktarılan.

Hemşire-hasta ilişkisinin hasta tatmini üzerinde yoğun bir etkiye sahip olması, sağlık örgütlerinde ilişkinin sürekli incelenmesini gerektirmektedir.

1.3. Hasta - Diğer Hastane Personeli İlişkisi

Hasta tatminini etkileyen bir başka boyut, hastaların doktor ve hemşirelerden daha az ilişkide buldukları, hasta - diğer hastane personeli ilişkisidir. Bu boyut daha çok hizmet yönetimi için önemlidir¹⁸². Hastane hizmetleri, bir ekip hizmetini gerektirir. Kaliteli hizmet, hastanede çalışan tüm personelin sorumluluğundadır. Hizmetin bir bölümünde veya hizmet sunan grubun birinde aksama yada düzensizlik varsa, müşterilerin bu aksaklıkları algılamaları diğer alanlara da etki etmekte ve hastane imajını etkilemektedir.

Sağlık örgütlerinde başarılı bir hasta bakım hizmetinin sunumu ve personel yönetimi özel bir dengeyi gerektirir. Optimal hizmet sunumunu gerçekleştirmek için yönetim, müşterilerin tıbbi ve faaliyetler ihtiyacı ile diğer hizmetlere ilişkin ihtiyacı arasındaki önemli dengeyi sağlamak zorundadır. Bu denge rolü, Kristine Peterson'a göre, günümüz sağlık bakım örgütlerinde sunum mekanizmaları bir ağ gibi karmaşıktır. Çoğunlukla ayaktan tedavi gören ve yatan hastaların yüzyüze kaldığı ve tatminini etkilediği değişik personel ve bölümlerin gözden geçirilerek basitleştirilmesini ve hizmetin bölümlere ayrılarak incelenmesini önermektedir. Peterson, "hizmet dağıtım sistemi" adıyla ifade ettiği dengeyi aşağıdaki bölümlerle açıklamaktadır¹⁸³.

Giriş: En yaygın hasta girişi, ya kabul bölümü yada acil bölüm yoluyla yapılmaktadır.

Taşıma: Bu bölüm, hastaların bir hizmet sunum noktasından bir başka hizmet sunum noktasına sedye yada tekerlekli sandalye ile taşınmasını ifade eder.

Teşhis: Laboratuvarlar, radyoloji üniteleri ve çalışanlarını kapsayan teşhise yönelik bölümdür.

Klinik: Hemşire, doktor ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından hastaların yatakları başında tedavi gördüğü asıl bölümdür.

Yardımcı Hizmetler: Kardiopulmoner bakım ve fizik tedavi hizmetleri gibi tedaviye yardımcı olan hizmetleri içerir.

¹⁸² Steiber, Krowinski, İbid., s.15.

Destek Hizmetler: Örgütün amaçladığı hizmetlerin yerine getirilmesini sağlar. Bölümlere eğitim ve öğretim ile hasta ilişkileri sağlayan iki bölüm destek hizmetlerdendir.

Otelcilik Hizmetleri: Beslenme hizmetleri, ev idaresi, tedarik, çamaşırhane, güvenlik, sosyal çalışma ve planlama hizmetlerini kapsamına alır.

İletişim: Telefon, bilgisayar ve diğer iletişim sistemleri ile bilgi nakledilmesini içerir.

Mali Bölüm: Ödeme hizmetleri için sağlık örgütü ve diğer sigorta vb. kurumlar arası işlemleri ifade eder.

Bilgi: Hastalara kendileri ile ilgili teşhis ve tıbbi kayıt bölümü tarafından organize edilen tedavi bilgisi verilmesi hizmetlerini içermektedir.

Tedarik: Sağlık personelinin hizmetlerini yerine getirmesini destekleyen merkezi malzeme tedariki, eczane, malzeme yönetimi bölümlerini içerir.

Sağlık personelinin kullanabileceği inanılmaz teknolojik ve bilimsel ilerlemelere karşın, iletişim, hala hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin özü olarak görünür; çünkü hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği, kendilerine yapılan muameleden tatminini güçlü biçimde etkiler. Sağlık personelinin hastalarla konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp davranmamaları, hastalara onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirler. En önemlisi de, ilişkilerden tatmin olmayan hastaların tedaviye uymayabildikleri, doktorlarının bilgisinden ve yeteneğinden kuşkuya düşebildikleri, iyileşmelerinin uzun sürebildiği ve yanlış tedavi nedeniyle doktorlarına karşı dava açabildikleri görülmektedir¹⁸⁴.

Mary Koska'nın yaptığı araştırmada, hastane hizmetlerinde yüksek kaliteli bakımı etkileyen on boyut içerisinde, "çalışanların tutum ve davranışları"nın üçüncü sırayı aldığı belirtilmiştir¹⁸⁵.

Sağlık hizmeti sunulan hastaların yargıları daha çok personelin nazik, kibar davranışlarına ve onların hastalarla kurdukları iletişimin kalitesine bağlıdır¹⁸⁶. Araştırma literatürünü gözden geçiren Thomas ve Edwards, hasta

¹⁸³ Steiber, Krowinski, İbid., s.25-26.

¹⁸⁴ Gordon; Edwards, İbid., s.3-4.

¹⁸⁵ Omachonu, İbid., s.50.

¹⁸⁶ Özgen, İbid., s.50.

ile sağlık personeli ilişkilerinde esas olan etkili iletişim becerilerinin kullanılmasından sağlanan yararları aşağıda sıralamıřlardır¹⁸⁷:

- * Doktorlar daha doğru bilgi topluyor ve daha doğru tanı koyuyor.
- * Hemşireler hastaların gerçek duygularını öğreniyor.
- * Hastalar kendilerine bakanlara daha çok güveniyor.
- * Hastaların gerginlik ve korkularını dışa vurmaları kolaylaşıyor.
- * Hastalarla sağlık personeli arasındaki olumsuz sözsüz iletiler azalıyor.
- * Hastaların sorun çözümüne yardım ediliyor.
- * Sağlık personeli, sorunu olan hastalara danışmanlık yapmaları için daha iyi donatılıyor.

* Sağlık personeli, hastalıklarını kötüleştirecek durumlarla baş etmede hastalara daha çok yardımcı olabiliyor.

* Sağlık personeli, -zor hastalar, yaşlı ve lme yaklaşan hastalar, eşini yada sevdiği bir kişiyi yeni kaybetmiş kişiler, yetişkinler, zeka zrl ve çok küçük çocuklar, kronik hastalar gibi- özel hastalarla uğraşmada daha etkili oluyor.

- * Doktorlarını dinleyen hasta sayısı yükseliyor.
- * Doktora gitmekten memnun olanların sayısı artıyor.
- * Çok sayıda hasta doktorların teknik becerilerini değerlendiriyor.
- * Hastaneye yatan hastaların depresyona girme, birisine muhtaç olma ve çaresiz kalma olasılığı daha azalıyor.
- * Hastalar daha erken taburcu ediliyor.
- * Hastalar doktorlarını daha seyrek değiştiriyor ve aynı doktora yeniden gitme olasılıkları artıyor.
- * Hastalar tedaviye daha az direnç gösteriyor.
- * Hastaların doktora yanlış tedavi nedeniyle dava açma eğilimleri azalıyor.

* Hastaların iyimserlikleri ve yaşama istekleri artıyor.

Açıkça görülüyor ki, hastalar sağlık personeliyle ilişkilerinden tatmin olunca, bundan elde edilen yararlar çok fazladır. Hastalarla karşılıklı doyurucu ilişkiler kurmak ve sürdürmek, belirli beceri ve davranışları öğrenmeyi ve aynı

¹⁸⁷ Gordon; Edwards, İbid., s.17-18.

zamanda bu becerileri ne zaman kullanıp ne zaman kullanmayacaklarını anlamayı gerektirir.

1.4. Bilgilendirme

Hall ve Dornan tarafından yapılan literatür incelemesinde, bilgilendirme boyutunun araştırmalarda en sık ölçülen boyutlardan biri olduğu ve araştırmaların %50'sinde ölçüldüğü belirtilmektedir¹⁸⁸.

Like ve Zyzanski'nin hasta tatminini ölçmek için yaptıkları araştırmada, ortaya çıkan değerlendirme boyutlarından birisinin tıbbi bilgilendirilme arzusu olduğu belirtilmektedir¹⁸⁹. Geçerliliğini koruyan aynı "Hasta Arzuları Listesi" nin biraz değiştirilmiş bir versiyonunu Joos ve arkadaşları kullanmış ve öncelikle hastaların bilgilendirme ihtiyaçlarının olduğunu bulmuşlardır. Doktorlar, kronik hastalığı olan hastaların tekrar bilgiye ihtiyaçlarının olduğunu düşünmeyerek, bilgilendirme görevlerini atladıklarında, hastalar mutsuz ve güvensiz olmaktadır. Hastalar için daha önceki dönemlerde aldıkları bilgiler eskimiş ve unutulmuştur. Joos ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarında, bilgilendirilmenin, hastalar tarafından muayeneden, tetkiklerden ve tıbbi işlemlerden daha önemli olduğu, hasta tatmininin özellikle hastaların bilgilendirilmeleri ile ilişkili olduğu ve bilgilendirilmenin sunulan hizmetlerden edinilen tatmini arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca araştırmada, kadın doktorların görevlerini daha ciddiye aldıkları, hastalarına psiko-sosyal yönden daha fazla destek olarak, daha fazla bilgilendirme yoluna gittikleri de ifade edilmektedir¹⁹⁰.

Hasta, ailesi ve yakınlarının hastalık durumunu daha anlayışla kabullenebilmeleri için doktor yada hemşire tarafından bilgilendirilmeleri gerektiği bilinmektedir. Hasta hastalığını, işlemleri ve tedavi süreçlerini, iyileşme zamanını merak etmekte ve endişe duymaktadır. Özellikle kronik yada uzun süreli tedaviyi gerektiren hastalığı olan hastalar için bu durum daha da önemli olmaktadır. Hasta, ailesi ve yakınları, hastalık durumu ve tedavi sürecine ilişkin bilgi verilmesini istemekte ve beklemektedir. Acil yardım bölümlerinde uzun süren beklemelemin tatminsizlik oluşturduğu, ancak bu

¹⁸⁸ Hall; Dornan, "What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction Literature", s.937.

¹⁸⁹ Robert Like; Stephen J. Zyzanski, "Patient Satisfaction with the Clinical Encounter: Social Psychological Determinants", Soc. Sci. Med., 24(4), 1987, s.354.

¹⁹⁰ Joos ; Hickam; Borders, İbid., s.752-757.

bölümde hastalığı, işlemler ve tahmini olarak kalacağı süre hakkında bilgilendirilen hastaların, bilgilendirilmeyenlere oranla tatminlerinin belirgin olarak yüksek olduğu izlenmiştir. Yine acil bölümde, beklediği bekleme süresi hakkında yeterli bilgi aldığına inanan hastaların, yeterli bilgi almadığına inananlardan daha fazla tatmin olduğu belirlenmiştir¹⁹¹.

C.Ü. Araştırma ve uygulama hastanesinde, yoğun bakım ünitelerinde hastası olan hasta yakınlarına yönelik yapılan bir araştırmada; hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun hastanın durumu hakkında bilgi almak istediği ve bu bilgiyi doktordan almak istediği, hastasını yoğun bakım ünitesinde gören hasta yakınlarının yoğun sıkıntılar yaşadığı, aile yaşantısının etkilendiği, hemşirelerin yeteri kadar ailelerin gereksinimleri ile ilgilenmediği saptanmıştır¹⁹².

Kardeş'in araştırmasında ise, hastalığın teşhis ve tedavisine ilişkin yapılan açıklamaların kim ya da kimler tarafından verildiğinin de, hastaların bilgilendirmeden duydukları tatmini etkilediği belirtilmiştir. Hastaların uzman doktorlar tarafından bilgilendirilmesinin, asistan doktorlar tarafından bilgilendirilmelerine göre daha fazla tatmin sağladığı ifade edilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin açıklama yapmadıkları ya da yetersiz açıklama yaptıkları bulunmuştur¹⁹³. Oysa hemşireler hastalarla daha uzun süre birlikte olan insanlardır. Bu bulgu, hastaların özellikle doktorlar tarafından bilgilendirilmeye verdikleri değer ile açıklanabilir.

Bilgilendirmenin önemli bir hasta tatmini boyutu olduğu söylenebilir.

1.5-Beslenme Hizmetleri

Hastane hizmetleri içerisinde, hastaların değerlendirmelerini etkileyen önemli faktörlerden birisi de beslenme hizmetleridir. Hastanelerde beslenme hizmetlerinin, hastane hizmetleri içerisinde asıl yükü taşıyan hizmetlerden olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda, hastaların, önceki tecrübelerine

¹⁹¹ John C. Mowen; Jane W. Licata; Jeannie McPhail, "Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction", *Journal of Health Care Marketing*, summer 1993, s.30.

¹⁹² M.Karadağ; M.Mollaoğlu, "Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaları Olan Ailelerin Gereksinimlerinin ve Hemşireden Beklentilerinin Saptanması", IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitapçığı, H.Ü.Hemşirelik Y.O. M.R.S.Salonları, Ankara: 15-17 Kasım 1995, s.100.

¹⁹³ Kardeş, *İbid.*, s.237.

dayalı tatminlerini ifadelerinde, özellikle yiyecekler hakkında çok şey hatırladıkları ve ifade ettikleri ortaya çıkartılmıştır¹⁹⁴.

Hastanelerde beslenme hizmetlerinin amaçlarını ise, şöyle sıralamak olanaklıdır¹⁹⁵:

* Hastane personelinin beslenme gereksinimlerini, beslenme bilimi ilke ve kuralları doğrultusunda karşılamak,

* Yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlayarak personel güdülenmesi ve verimliliğini arttırmak,

* Yatan hastaların ve hastalık koşullarına ve önerilen tedavi biçimine uygun şekilde beslenmelerini sağlamak,

* Diyet tedavisi yoluyla hastaların doğrudan tedavi edilmesini sağlamak, hastalara kendi kendilerine bakım için gerekli bilgiyi vermek ve hastaların bu bilgiyi günlük yaşamlarında uygulama biçimini göstermek,

* İyi bir beslenme hizmeti sağlayarak personelin iş motivasyonunu ve örgüt birey bütünleşmesini gerçekleştirmek,

* İyi bir halkla ilişkiler sisteminin geliştirilmesine katkıda bulunmak.

Beslenme hizmetlerinin yukarıda sıralanan amaçları gerçekleştirecek şekilde yerine getirilmesi, hastaların hastane hizmetlerini olumlu değerlendirmelerini sağlayacaktır.

Tıbbi bakımın bir parçası olarak, hastanelerde beslenme ve diyetetik yönetimi, hastaların ve hastane çalışanlarının günlük beslenme ve diyet gereksinimlerinin karşılanması ve diyet tedavisinin uygulanması için hizmet vermektedir. Sağlıklı yaşamın temel kavramı beslenme, temel kuralı ise yeterli ve dengeli beslenmedir. Beslenme, birçok insan için arzu edilen yiyeceklerle karın doyurmak, bazıları için diyet olarak tanımlanabilir. Günümüzde beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerinin tüketilmesi ve bunların vücutta kullanılması¹⁹⁶, şeklinde tanımlanmaktadır. Vücudun ihtiyacı olan 40'ı aşkın besin ögesinin her birinden vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gereken miktarlarda

¹⁹⁴ Steiber, Krowinski, İbid., s.16.

¹⁹⁵ Aygül Yanık, "Hastanelerde Beslenme Hizmetlerinin Organizasyonu ve Personelin Beslenme Hizmetlerini Değerlendirmesi İle İlgili Bir Araştırma" konulu yüksek lisans tezi, İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 1992, s.4.

¹⁹⁶ Emel Özer, "Yeterli, Dengeli Beslenme ve Akdeniz Diyeti", Aktüel Tıp, Beslenme ve Diyet Sayısı/1, 2 (6), Ağustos 1997, s.333.

tüketilmesi ve vücutta uygun biçimde kullanılması durumu da yeterli ve dengeli beslenme olarak tanımlamaktadır.

Beslenme-sağlık etkileşiminin tarihi, tıbbın babası sayılan Hippocrates'in (M.Ö. 460-377), besinleri sağlık yönünden değerlendirmesi, tanımladığı hastalıklar için diyet önerilerinde bulunmasına dayanır. "Diyet en etkin ilaçtır" deyimini günümüzde de geçerlidir¹⁹⁷.

Amerka'da yüksek kaliteli bakımı sağlayabilecek faktörleri belirleyebilmek için yapılan bir araştırmada, hastaların beslenme hizmetlerini, belirledikleri on temel faktör içine yerleştirdikleri izlenmiştir¹⁹⁸. Hastaların yemeğin kalitesi ile birlikte, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden, yemek çeşidinden, ısısından, zamanında sunulmasından ve özel isteklerinin karşılanmasından etkilendikleri belirtilmektedir. Bu hizmetler, uygun biçimde yerine getirilmediğinde, hastalar hastane hizmetlerini olumsuz değerlendirmektedirler¹⁹⁹.

Bireyin sağlığı üzerine beslenmenin etkisi beslenme durumunun saptanması ile değerlendirilir. Bireyin beslenme durumu, bireyin besin ögesi alımı ile besin ögesi gereksinmesi arasındaki dengedir²⁰⁰. Beslenme durumunun değerlendirilmesi; bireyin fiziksel yapısının, büyüme ve gelişmesinin, organlarının işlevlerinin, davranışlarının, idrar-kan veya dokularda bulunan besin öğelerinin düzeyleri ile besin alımının kalite ve miktar yönünden değerlendirilmesidir. Ayrıca ilaç kullanımı, stres, kronik hastalıklar, ekonomik durum, beslenme bilgi düzeyi, kültürel yapı ve yaşam koşulları da beslenme durumunu etkiler.

Hastanede yatan hastaların tedavilerinde, yeterli ve dengeli beslenme önemli rol oynamaktadır. Hasta hastanede, alıştığı yemek türünden, görünüşünden ve lezzetinden farklı yemeklerle karşılaşmaktadır. Hastane yemeklerine ve diyetle uyum sağlamakta güçlük çekmektedir. Coşkun tarafından dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatmakta olan hastaların öğünlerde gelen yemekleri yememe sebeplerinin saptanması amacı ile yapılan bir

¹⁹⁷ Baysal ve d., Beslenme El Kitabı, 3. Basım, Ankara:1999, Hatiboğlu Basım Yayım, s.14.

¹⁹⁸ Omachonu, İbid., s.50.

¹⁹⁹ R. Scott MacStravic, Beyond Patient Satisfaction Building Patient Loyalty, Management Series, College of Healthcare Executives, 1990, s.201.

²⁰⁰ Gülden Pekcan, "Hastanın Beslenme Durumunun Saptanması", Baysal ve dig., Diyet El Kitabı içinde, 3.Basım, Ankara, 1999, s.61.

araştırma sonucunda; hastaların %52.5 gibi büyük bir oranla hastane yemeklerini yemedikleri, gerekçe olarak da yemeklerin hazırlanış, sunuş, yemek malzemelerinin temizlik yetersizlikleri gibi kurumsal sebepleri ve ayrıca moral bozukluğu, iştahsızlık gibi kişisel sebepleri ileri sürdükleri belirlenmiştir²⁰¹.

Kardeş tarafından yapılan bir araştırmada ise, hastaların beslenme hizmetlerinin kalitesi, sunumu, servisi ile ilgili değerlendirmelerinde genel bir memnuniyetsizlik bulunduğu belirtilmektedir²⁰².

Hastaların, hastalıkları nedeniyle beslenme düzenlerinde değişiklik yapmaları kolay değildir. Geçici süre bazı besinlerin kısıtlanmasına pek çok hasta uyum sağlayabilmekte, ancak değişikliğin ömür boyu sürmesi gerektiğinde (kronik hastalıklarda) uyum güçleşmektedir. Beslenme düzeninde değişiklik yapması gereken hastanın, uygun bir eğitim programı ile bu yeni duruma uyumunun sağlanması için bilgilendirilmesi gereklidir. İleri ülkelerde hastaneye başvuran hastaların eğitiminden sorumlu birimler oluşturulmaktadır. Bu birimler, hastaların bireysel olarak yada grup içinde eğitimlerini sağlayacak programlar geliştirmekte, bunları uygulamakta ve sonuçlarını izlemektedirler. Multidisipliner bir konu olan hasta eğitimi için kurulan eğitim birimleri doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, psikolog vb. değişik disiplinlerden gelen kişilerden oluşmaktadır. Bu ekip içinde yer alan diyetisyenin görevi bir yandan hastayı diyeti konusunda eğitmek, diğer yandan da birlikte çalışacağı diğer sağlık personelinin hasta ile paralel bir diyalog kurabilmek için bilgilendirmektir²⁰³. Hastanelerde eğitim verecek olan diyetisyen, hastanın diyetini düzenleyen ve kliniğin yemek servisini denetleyen diyetisyen olabileceği gibi tamamen eğitim için görevlendirilmiş bir diyetisyen de olabilir. Hastanın hastalığı ve diyeti konusunda eğitilmesi kendisine olan güvenini arttıracak, belirlenen tedavi programına uyumunu kolaylaştıracak ve tedavide daha başarılı olacaktır.

Beslenme hizmetleri, hastaların hastane hizmetlerini değerlendirmede, düşüncelerini kolaylıkla ifade edebildikleri konular içerisinde yer almaktadır.

²⁰¹ Ürfet Coşkun, "Hastaların Öğünlerini Yememe Sebeplerinin Araştırılması", Yüksek Lisans Tez Özeti, 1990, Hemşirelik Bülteni, Yüksek Lisans Tez Özetleri, Özel Sayı: 1985-1993, c. VI, sayı 25-26, 1992, s.3-4.

²⁰² Kardeş, İbid., s.242.

²⁰³ Türkan Kutluay Merdol, "Beslenme Eğitimi", Bayсал ve d., Beslenme El Kitabı içinde, 3.Basım Ankara:1999, s.384.

Beslenme hizmetlerinin kalitesi, hastanın değerlendirmelerini olumlu yönde etkileyecektir.

1.6-Fiziksel ve çevresel koşullar

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

Gülçiçek tarafından, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde anne ile birlikte yatmakta olan 6-12 yaş grubu çocukların uykusu üzerine hastane fiziksel çevresinin etkisinin araştırmaları sonucunda; bireyin temel gereksinimlerinden biri olan uyku süresini hastane ortamında etkileyen faktörlerin gürültüden, hasta yataklarından, fazla aydınlatmadan, kötü hastane hijyeninden kaynaklandığı saptanmıştır²⁰⁴.

Yine yapılan başka bir araştırmada, yaşlı hastaların hastanenin fiziksel evre düzenlemesine yönelik yaşadığı rahatsızlıkların başında; yetersiz temizlik gelmektedir. Bunu dolapların yetersiz olması, gürültünün fazla olması, geceleri lambaların sürekli yanması, yatakların rahat olmaması ve ortamın çok sıcak yada çok soğuk olması gibi rahatsızlıklar izlemektedir. Araştırma bulgularına göre, hastanede yatan yaşlıların büyük çoğunluğu (%69.3') hastanenin fiziksel evre düzenlemesinden rahatsızlık duyduğunu ifade etmiřlerdir²⁰⁵.

Temizlik, bir hastanede merkezi bir faktör olup, pek çok hasta tarafından önemli kabul edilir. Hastaneler temizliğe çok dikkat etmelidir. Yaygın enfeksiyon nedeniyle, tarih boyunca hastaneler pek çok müşteri kaybetmişlerdir. Ancak, hastaneler enfeksiyona karşı başarılı standartlar oluşturarak müşteri kayıplarını önlemişlerdir. Steiber ve Krowinski'nin araştırmasında temizlik boyutu; genel bakım, ziyaretçi politikası, doktorlar, hemşireler, odanın görünüşü, diğer

²⁰⁴ Sakine (Balcı) Gülçiçek, "Hastanedeki Fiziksel evrenin 6-12 Yaş Grubu ocukların Uykusu zerine Etkisi", Yüksek Lisans Tez zeti, Hemşirelik Bülteni, zel Sayı: 1985-1993 Yüksek Lisans Tez zetleri, C.VI, Sayı 25-26, 1992,s.70.

²⁰⁵ Ş. Artut, "Yaşlı Hastaların Hastanenin Fiziksel evre Düzenlemesine Yönelik Yaşadığı Sorunlar ve Beklentilerinin Belirlenmesi", IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri zet Kitapçığı, H.. Hemşirelik Y.O. M.R.S. Salonları, Ankara:15-17 Kasım 1995, s.21.

personel ilgisi, kabul/taburcu, park etme, beslenme ve bakım maliyeti gibi diğer hasta tatmin boyutları içerisinde tatmin oranı en yüksek olan boyut olarak bulunmuştur²⁰⁶.

Hasta tatmini araştırmalarında, temizlik faktörü, fiziksel ve çevresel koşullar içerisinde yada ayrı olarak sürekli bulunan değerlendirme boyutlarından biri olarak izlenmektedir. Hastaların ortak Şikayetleri arasında, bakımsızlık ve pisliğin ilk sıralarda yer aldığı ifade edilmektedir.

Leebov ve Scott, mükemmel hizmet sağlanması hastaneye anahtar görev yapabilecek müşteriler olarak saydığı hastalar, doktorlar, personel ve para ödeyen kurumlar arasında ziyaretçileri ikinci sırada belirtmiřtir²⁰⁷. Hastane ve hastalar için büyük önem taşıyan ziyaretçi politikası, hasta ve hasta yakınlarını yansıtır. Hastalar ve ziyaretçileri istediği an, istediği kadar birbiriyle düzenli bir şekilde görüşmek istemektedirler. Ancak, hastanelerin çoğu, temizlik, enfeksiyonun önlenmesi, gürültü ve özel hastalık durumları nedeniyle daha kontrollü bir ziyaretçi politikası uygulamaktadırlar. Bu yüzden, hastanelerin çoğu çok az yada çok fazla ziyaret arasında bir denge kurmada başarılı olmalıdırlar²⁰⁸.

Tengilimoğlu'nun Ankara'da bir üniversite hastanesinde yaptığı araştırmasında da, hastaların %58.8'i hasta odasının konfor ve donanımını orta ve yetersiz olarak nitelendirmiştir. Ancak, hastaların %52.6'sı temizlik hizmetlerini iyi ve çok iyi olarak deęerlendirmiřtir²⁰⁹.

Ayrıca, Steiber ve Krowinski'nin araştırmasında, hasta odasının görünüşü, diğer tatmin boyutları içerisinde orta derecede bulunmuş olmasına rağmen, çoğu hasta için oda estetiğinin farklı anlam ifade ettiği belirtilmektedir. Örneğin, pek çok hasta, hastane odalarını ev odaları gibi ümit etmez²¹⁰.

Yine, hastanelerdeki otopark hizmetlerinin kullanıma uygun olmaması durumunda, hastalar tarafından büyük bir sorun olarak ifade edildiği görülmektedir²¹¹.

²⁰⁶ Steiber, Krowinski, İbid., s. 15.

²⁰⁷ Leebow; Scott, İbid., s.16.

²⁰⁸ Steiber ; Krowinski, İbid., s.15.

²⁰⁹ Dilaver Tengilimoğlu, " Ankara'da Bir Üniversite Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi", Sağlık Hizmetlerinde Toplam kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed. Mithat Çoruh, 1-2 Kasım 1997, s.107.

²¹⁰ Steiber, Krowinski, İbid., s.15.

²¹¹ Steiber, Krowinski, İbid., s.15.

Hastanelerde hastaların şikayet ettiği sorunlardan biri olan hastane gürültüsünün, mümkün olabildiğince, bireylerin rahatsız olmayacakları bir seviyede tutulması istenmektedir. C. Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yatan yetişkin hastaları içeren bir araştırmada, hastaların %73.6'sı hastanede tüm servislerde gürültü olduğunu ifade etmişlerdir. Bu gürültünün %98.8'inin insan seslerinden kaynaklandığı; personelin yüksek sesle konuşması, ziyaret saatlerinde ziyaretçilerin neden olduğu gürültü, öğrenci sesleri, diğer hastalara ait sesler, viziteler sırasındaki konuşmalar, refakatçi sesleri vb. bulunmuştur. Hastaların gürültüden etkilenme şekilleri sırasıyla; %71.6'sı sinirlilik ve sıkıntı, %50.6'sı uykusuzluk, %38.3'ü baş ağrısı ve %19'unun diğer şekiller olduğu belirlenmiştir. Hastaların sadece %13.6'sı gürültüden etkilenmediklerini ifade etmişlerdir²¹². Daha önce yapılmış araştırmaların pek çoğunda olduğu gibi, bu araştırmada da , gürültüden en çok etkilenen grubun %85.7 ile 65 yaş ve üzeri grup olduğu belirlenmiştir.

1.7. Bürokratik İşlemler

Hastanelerde hasta tatminini etkileyen önemli boyutlardan biri de, bürokratik engellerden kaynaklanan zaman kayıpları, işlem sırasında uzun beklemler olarak belirtilmektedir. Pek çok hastane için, hastaların kabul ve taburcu hizmetleri, hasta ve yakınlarının uzun beklemlerinden dolayı sorun olabilmektedir²¹³. Kabul ve taburcu süreci, zaman kaybından dolayı, hasta ve yakınlarının tatminsizliklerinin nedeni olarak izlenmektedir.

Maister, bekleme zamanının uzun algılanmasının endişeyi arttırdığına dikkat çekmiştir. Bekleme ile ilgili olarak Maister'ın genelleştirmelerinden bazıları²¹⁴ ;

* Meşgul olunmayan bekleme zamanı, meşgul olunandan daha uzun görünür.

* Süreç öncesi bekleme, süreç içi beklemlerden daha uzun görünür.

* Bekleme zamanı algılaması belirsizliği ve şüpheli artırır.

²¹² İ.Yıldırım (Bilgin); M. Atalay, "C. Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların Hastane Gürültüsünden Nasıl Etkilendiklerinin Belirlenmesi", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, C.Ü. Hemşirelik Y.o., 24-26 Haziran 1992, Sivas, s.215-221.

²¹³ Steiber; Krowinski, İbid., s.15.

²¹⁴ Moven, Licata, McPhail, İbid., s.27.

* Açıklanmayan bekleme zamanı, açıklanan bekleme zamanından daha uzun olarak algılanır.

* Haksız bekleme, haklı beklemeyle daha uzun görünür.

Maister'ın prensipleri sağlık bakım örgütlerine belirgin uygunluğa sahiptir. Sağlık bakım örgütlerinde, kayıt işlemleri için beklemek, doktoru görmek için beklemek, laboratuvar testlerini beklemek, çağrı ziline cevap verilmesini beklemek gibi. Gerçekten, sağlık bakımı için bekleme zamanının çoğu, Maister'ın bekleme prensiplerinde sıralanan negatif tecrübelerle olur. Sağlık bakımı için beklemek durumsal olarak streslidir. Beklemek, genellikle, meşgul olunmayan zamandır. Çoğunlukla hizmet sunanların, bekleme sebeplerinden hastayı haberdar etmek için çok meşgul olması ve ilgisizliği nedeniyle, bekleme süreci öncesi hizmetler içindir.

Hasta tatmininin sağlanmasında zaman faktörünün de önemli olduğunu vurgulayan Kardeş, zamana ilişkin hasta tatminsizliklerinin; teşhis aşamasında, hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıktığını belirtmektedir. Bürokratik işlemler zaman kaybına neden olan önemli bir tatminsizlik kaynağı olarak bulunmuştur. Ayrıca, hizmeti sağlayanın bekleme odasındaki bekleme zamanının uzunluğu ve randevu alınmasıyla gerçekleşmesi arasındaki zaman kayıpları da büyük bir tatminsizlik kaynağı olabilir. Randevularını unutanlara ya da son anda iptal edenlere karşı önlem olarak çift randevu verildiğinde bekleme zamanları daha da uzayabilmektedir²¹⁵.

Taşdemir tarafından yapılan bir araştırmada da, muayene için bekleme süresinin hasta tatminini önemli ölçüde etkilediği, bekleme süresi arttıkça tatmin olma olasılığının azaldığı belirtilmektedir²¹⁶.

Jones ve arkadaşlarının yüz yüze görüşme, soru formu ve yorum kartlarını uygulayarak yaptıkları bir dizi araştırmada da, özellikle bekleme süresinin temel sorunlardan biri ve hasta tatmini ile ilişkili olduğu bulunmuştur²¹⁷.

²¹⁵ Kardeş, İbid., s.249.

²¹⁶ Taşdemir, İbid., s.48.

²¹⁷ Jones, Carnon ve Hedley, İbid., s.238.

1.8-Güven

Hastanın hastane ortamına, mümkün olduğunca kısa sürede uyum sağlaması, hastanın kendisini güvende hissetmesi ile yakın ilişkilidir.

Esatoğlu'nun araştırmasında, güven boyutunun hasta tatminini etkilediği ve 13 faktör içerisinde yer aldığı belirtilmektedir²¹⁸. Hastaların tıbbi personel tarafından bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi süreci ve bakımları hakkındaki kararların onlarla paylaşılması hastaların hastaneye güven duymaları ile ilgili değerlendirme kriterlerini oluşturmaktadır.

Hastaların hastaneye duydukları güveni değerlendirmelerinde en önemli faktörlerden biri de mahremiyettir. Bernhart ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, 14 kriter içerisinde, tedavi olmak ve ilaç almaktan sonra üçüncü önemli faktör mahremiyet olmuştur. Mahremiyet, özellikle kadınlar olmak üzere, hem kadınlar hem de erkekler için önemli bir hasta tatmin faktörüdür²¹⁹.

1.9-Bakım maliyeti

Sağlık sigortası ve ödeme gücü olmayan hastalar için, hastane ve hasta bakım maliyeti başlı başına olumsuz bir uyarandır. Ödeme güçlüğü içerisindeki, destekle hastaneye yatırılan hasta için, hastane hizmetlerini değerlendirme isteği önemsiz konuma düşmektedir.

Etter ve Perneger 1992 ve 1993 yıllarında 12 ay boyunca alınan tıbbi bakım ile hastaların tatmini üzerine yaptıkları bir araştırmada, hasta tatminini etkileyen; doktor hizmetleri, iletişim, ulaşılabilirlik boyutlarının yanısıra dördüncü temel boyutun da sosyal güvence hizmetleri olduğunu bulmuşlardır²²⁰.

Hastaların bağlı buldukları sosyal güvence kuruluşlarının niteliği de, hastaların değerlendirme kriterlerini etkileyebilmektedir. Hizmeti karşılamada mali sıkıntısı olmayan sosyal güvence kuruluşlarına bağlı hastaların maliyetlere karşı daha kayıtsız olduğu belirlenmiştir. Örneğin, Emekli Sandığı ve SSK'ya bağlı olanların en kayıtsız grup olduğu, Bağ-Kur'a bağlı olanların %39.6'sı

²¹⁸ Esatoğlu, İbid., s.130.

²¹⁹ Bernhart; Wiadnyana; Wihardjo; Pohan, İbid., s. 992.

²²⁰ Jean-François Etter; Thomas V. Perneger, "Validating A Satisfaction Questionair Using Multiple Approaches: Acase Study", Social Science Medicine, Vol.45, No.6,1997, s.879-880.

maliyetlerin makul olduğu fikrine karşı çıkarken, bu oran sosyal güvencesi olmayan hastalarda %70'e yükselmektedir²²¹.

Bakım maliyeti, hasta tatmin araştırmalarında ortaya çıkartılan, görölme sıklığı fazla olan hasta tatmin boyutlarından biridir²²².

2. Hasta Tatmini Araştırmalarında Ölçme Yöntemleri:

Sağlık bakımında, kalite güvencesi bilgileri olmaksızın kaliteyi tartışmanın güç olduğu kabul edilmektedir. Kalite güvencesi araştırmalarının ve hasta tatmini araştırmalarının aynı boyutu paylaştıkları, her ikisinin de bakım kalitesinin göstergesi oldukları belirtilmektedir. Kalite güvencesi verileri, kaliteli bakımı oluşturmak, izlemek ve yönetmek için nasıl gerekli ise, hasta tatmini araştırmalarının da bu yapıya paralel bir noktada, aynı işlevi yerine getirmek amacıyla oldukları belirtilmektedir. Hasta tatmini araştırmalarının başlıca anlamı, bakımın hastalar tarafından nasıl algılandığını ortaya ıkartmasıdır²²³.

Steiber, Amerika'da 1990'lı yılların başından itibaren hastanelerin % 90'ının, hasta tatmini araştırmaları yaptıklarını belirtmektedir. Yapılan araştırmaların genel bir değerlendirmesi yapıldığında, araştırmaların %41'inin personelin değerlendirilmesine, %16' sının da bilgi toplanmasına yönelik olduğu görölmüştür²²⁴.

Oysa Ülkemizde, son yıllarda özel hastanelerde hasta tatmini araştırmalarının kullanımında artış gözlenirken kamu hastanelerinde yeterince kullanılmamaktadır. Buna karşın Amerika'da kar amacı gütmeyen hastanelerin % 79' unda bu araştırmalar yapılmaktadır. Ayrıca, anket formu sorularının tasarımı, yönetimi ve analizi konularında sağlık yöneticilerine yardımcı olmak amacıyla özel araştırma ve danışmanlık örgütlerinin kurulduğu izlenmektedir²²⁵.

Hizmet kalitesini yükseltmek için tatmin ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmektedir²²⁶.

* Genel müşteri tatmininin ölçülmesi,

²²¹ Kardeş, s.246.

²²² Lewis, İbid., s. 657.

Hall; Dornan, "What Patient Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction Literatür", s. 936-937.

²²³ Steiber, Krowinski, İbid., s.7.

²²⁴ Steiber, Krowinski, İbid., s.37.

²²⁵ Tengilioğlu, İbid., s.104.

²²⁶ Leebov; Scott, İbid., s.89.

- * Önemli hizmet özelliklerini müşterinin algılamasının ölçümü,
- * Hizmet süreçlerindeki anahtar unsurların performansının ölçülmesi.

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

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

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

Peyrot ve arkadaşları, hasta tatmini ile ilgili araştırmaların büyük çoğunluğunun hastanelerde kurgulandığını ve özellikle yatan hastalar üzerinde denendiğini belirtmişlerdir. Peyrot, bu eğilimin nedenini, hastanelerde yatak hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek oluşu ve bu maliyetlerin düşürülmek istenmesi ile açıklamaktadır. Örgütler, düşük maliyette kaliteli hizmet vererek hastalarını tatmin etmeyi hedeflemektedirler. Hastaların sigorta şirketleri de, hastaların hizmetlerden tatmin düzeyleri ile yakından ilgilenmektedir. Ayakta bakım alan hastaların, bu nedenle biraz daha gözardı edildiği ifade edilmektedir²²⁷.

Aşağıdaki nedenlerden dolayı sağlık bakım hizmetlerinde hasta tatminini ölçmenin yararlı olacağı belirtilmektedir²²⁸.

- * Hastalar için kalitenin anlamı her ne ise, onların kaliteyi algılamaları sağlık bakım hizmetlerinin alternatifleri arasından tercihlerini etkiler.

- * Hastalar, kişilerarası ilişkiyi değerlendirme üzerine en iyi veri kaynağıdır. Üstelik hastalar, iddialar ve kayıtlar gibi geleneksel veri

²²⁷ Mark Peyrot; Philip D. Cooper ve Donald Schnapf, "Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services", *Journal of Health Care Marketing*, Winter 1993, s.26.

²²⁸ Mclaughlin; Kaluzny, *İbid.*, s.105-106.

kaynaklarında mevcut olmayan ayaktan bakımın teknik kalitesi üzerine veri sağlayabilir.

* Hastalardan elde edilen veri maliyetleri, geleneksel kaynaklardan (örneğin; kayıt hesaplamaları) elde edilen veri maliyetlerinden daha düşüktür.

* Hastaların analiz edilen değerlendirmeleri, kalite değerlendirme ve güvence faaliyetleri için veri kaynağı olarak düşünülebilir.

* Hastaların teknik kaliteyi değerlendirmeleri, küçük bir bölümde aldıkları pek çok hizmete göre yansımaları olarak ifade edilebilir.

* Genel sorunlar için hastalar, iyi yada biraz iyi şeklinde yargıladıkları doktorlar tarafından verilen teknik bakımı değerlendirebilirler.

* Kişisel özelliklerden kaynaklanan önyargılar, örneğin; yaş, cinsiyet vb. hastaların, bakımın kişilerarası ve teknik kalitesini değerlendirmelerini geçersiz kılmaz.

Hasta tatmin araştırmalarının amaçları, içerikleri, yöntemleri ve analizleri değişiklik göstermektedir. Araştırma sonuçları kalite ölçümlerinde kullanılmakla birlikte kullanımını sınırlayan bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar²²⁹;

* Hastaların tıbbi personelin becerisini tam olarak değerlendirme konusunda bilgisinin yetersiz oluşu, ayrıca hastaların fiziksel ve psikolojik durumları bu konudaki yargılarını kolaylıkla etkileyebilir.

* Hastalar sağlık hizmeti sunan örgütlerin kişiler arası ilişkiler gibi tıbbi olmayan faktörlerden etkilenir. Tıbbi olmayan hizmetler teknik kaliteyi gölgeleyebilir.

* Hastalar, doktorlarla olan ilişkilerinde daha önceki olumsuzlukları ya da doktora bağlı olma hisleri nedeni ile gerçek düşüncelerini ifade etmekte genellikle isteksizdirler.

* Hastalar, hizmet sürecinin aşamalarını tam ve doğru bir şekilde hatırlayamazlar. Dahası hasta anket formları ve yüz yüze görüşmeler bile fazlaca subjektif bir kavramın ölçülmesi için yetersiz araçlardır.

Hasta tatmini ölçümü için en geniş şekilde kalitatif (niteliksel) ve kantitatif (sayısal) olarak iki yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin maliyeti, doğruluğu, istatistiksel geçerliliği ve hastalara rahatsızlık verme derecesi değişiktir. En iyi

²²⁹ Tengilioğlu, İbid., s.104-105.

yöntem ve yöntemleri seçmek örgütlerin stratejik amaçları ve bu amaçları başarma maliyeti arasındaki ideal dengeyi temsil etmelidir²³⁰.

Kantitatif araştırmalarda, genellikle anket yöntemi, kalitatif araştırmalarda, genellikle görüşme yöntemi kullanılmaktadır. Tatmin araştırmalarında, özellikle birkaç tip araştırma çeşidinin çok kullanıldığı izlenmiştir. Bunlar, yüzyüze yapılan (evde, hastanede, doktor polikliniklerinde...) anketler, posta ile yapılan anketler, telefon görüşmeleri, görüşmeler, odak grup görüşmeleri, gözlemler, videoteyp konsültasyonlarıdır²³¹.

Kalitatif ve kantitatif yöntemlerin birbirlerine göre avantajlı ve dezavantajlı yönlerinin olduğu bilinmektedir. Araştırma amacına göre, içlerinden birisi uygulanmaktadır. İdeal araştırmaların bu yöntemlerin karması sonucu oluşturulduğu bilinmektedir²³².

2.1.Kalitatif (Niteliksel) Yöntemler

Kalitatif araştırmalar, hem verilen sağlık hizmetini hem de hastanın tecrübelerini göstermektedir. Araştırmacının bu bilgileri alabilmek için, hastanın dünyasına girebilmesi ve hastanın tecrübeleriyle ilgili verileri hastanın perspektifi ile alması gerekmektedir. Araştırmacıların hastaların perspektiflerini yakalayabilmek için, kendilerini hastaya adapte etmeleri, sürekli hasta gözlemleri yapmaları gerekmektedir. Kalitatif yöntemler, aşağıdaki durumlar var olduğunda önerilmektedir²³³,

* Yönetim, hastalara sunulan hizmetler hakkında neyi, niçin istediğini bilmediğinde,

* Yönetimin ilgilendiği öncelikli alanın, hizmetin nasıl geliştirileceği olduğunda ve bunun için kendisine yardımcı olabilecek bilgileri elde etmek istediğinde,

* Araştırmacı, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, dillerini, sorunlarını, beklenti ve ihtiyaçlarını tamamıyla bilmediğinde,

* Kantitatif hasta tatmin verilerinin nasıl kullanılıp, yorumlanacağı bilinmediğinde.

²³⁰ Robert C. Ford, Susan A. Bach ve Myron D. Fottler, "Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations", Health Care Manage Review, Spring 1997, 22 (2), s.76.

²³¹ Steiber, Krowinski, İbid., s.63.

²³² Steiber, Krowinski, İbid., s.47.

²³³ Steiber, Krowinski, İbid., s.47.

2.1.1. Odak Grup Görüşmeleri

Odak grup görüşmelerinin, kalitatif araştırmalar içerisinde en sık kullanılan yöntem olduğu izlenmektedir. Bu yöntem kullanılarak gerçekleştirilen araştırmaların, diğer kalitatif araştırma yöntemlerine göre, tatmin ile ilgili bilgileri % 10 oranında daha fazla ortaya çıkarttığı görölmüřtür²³⁴.

Odak gruplar, aldıkları bir hizmet hakkında hastaların duygularını, tutumlarını ve algılarını tartışmak için eski hastalar ile birlikte oluşturulur. Grup moderatörünün belirlediği tartışma ana konuları etrafında, ortalama 8-12 hasta ile yarım saatten iki saate kadar süren bir zaman dilimi içerisinde tartışan bireyler ile olan görüşmeler odak grupları ifade eder²³⁵. Yani odak grup görüşmesi, çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleşir.

Leebov ve Scott, odak gruplar ile özellikle yeni fikir ve davranışların uygulamaları hakkında deneme amacıyla konuşmalar yapılabileceğini belirtmektedirler. Ayrıca, örgütün hizmet düzeyini yükseltme amacına uygun olarak, hastaların tecrübe ve tekliflerinin bu yöntemle öğrenildiği bir geri bildirim düzeneği olarak kullanıldığını ifade etmektedirler. Bu önemli görüşmelerden özellikle hasta tatmini anket formlarının geliştirilmesinde yararlanıldığı da belirtilmektedir²³⁶.

Odak grup yönteminin avantajları²³⁷;

- * Ayrıntılı hasta geri beslemesi toplama olanağı sağlar.
- * Bakım hizmeti hatalarını düzeltme olanağı sağlar.
- * Niteleyici analizler sorun alanlarında yöneticilere yardımcı olur.
- * Diğer sorunlarla tartışmalar süresince yüzleşilebilir.
- * Örgütün, hastaların hizmet kalitesi düşünceleri ile ilgilendiğini gösterir.

Odak grup yönteminin dezavantajları²³⁸;

- * Sadece arazları tanımlayabilir, temel hizmet sunum sorunlarını değil.
- * Küçük müşteri grubu ile sınırlı geri besleme sağlar.

²³⁴ Afsun E. Esatoğlu; Korkut Ersoy, "Hastaların Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 17-18 Ekim 1997, s.69.

²³⁵ Steiber, Krowinski, İbid., s.72-73.

²³⁶ Leebov; Scott, İbid., s. 98.

²³⁷ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.76.

²³⁸ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.76.

- * Tekrarlanan örneklem ile temsil edilen bilgi elde edilir.
- * Spesifik hizmet ile karşılaşma hatırasının ayrıntıları kaybedilebilir.
- * Bir grup üyesi tartışmada önyargılı ya da baskın olabilir.
- * Katılım için rahatsızlık veren güdüler gerektirir.
- * Odak grup liderinin uygun eğitimi yüksek maliyet gerektirir.
- * Diğerleri tarafından beğenilmeme korkusuyla bilgi saklanabilir.
- * Hasta popülasyonunu örneklem temsil etmeyebilir.

Odak grup görüşmelerinin özellikle tatmin ya da tatminsizliğin anahtarlarını belirleyebilmek için kullanıldığı ifade edilmektedir. Görüşmelerde bazen hasta ailelerinden farklı bireylerin de katılması sağlanarak, hastane hizmetleri hakkında neler düşünüldüğü öğrenilmeye çalışılmaktadır. Bazen resmi olmayan görüşmelerle de hasta aileleri ile görüşülebileceği belirtilmektedir. Leebov ve Scott bu konuyla ilgili şöyle bir örnek vermişlerdir. Hastasını ziyarete gelen hasta yakını ile çıkışta otoparka kadar yürümeyi ve sohbet etmeyi teklif ederek, hizmet ve hastası hakkında görüşlerini sormanın örgüt için büyük yararları olduğu belirtilmiştir. Müşterilere daha yakın olmak için onlarla kişisel bir tanışma ortamı yaratarak, hastane sorunlarına, şikayetlerine ilişkin görüşmeler yapılmasının örgütün odaklanması gereken sayısal araştırmalarla belirlenmesi gereken konuların saptanmasında önemli yararlar sağlayacağı da ifade edilmektedir. Resmi olmayan görüşmelerin öğle yemeklerinde özel saatlerde, özel günler için yapılan toplantılarda yapılmasının uygun olacağı önerilmektedir²³⁹.

Lowa, St. Luke Hastanesi'nde hasta ve toplum hizmetleri müdürü De Wolf önderliğinde oluşturulan odak grup ve gerçekleştirilen program diğer hastanelere de tavsiye edilmiştir²⁴⁰. Odak grup görüşmelerinde, araştırmacıların hastalarla görüşmeden önce hizmetler, bölümler ve personel hakkında bilgi sahibi olması önerilmektedir. Hastadan bilgi almanın her zaman kolay olmadığı ifade edilmektedir.

2.1.2. Yönetimsel Gözlemler

Hizmet kalitesini değerlendirmede en basit ve en ucuz teknik olup, yöneticileri ödüllendirmek ve teşvik etmek için, hizmet sunanlar ve hastalar

²³⁹ Leebov, Scott, İbid., s.98.

arasındaki ilişkileri gözlemlemektir. Uygulayıcı, hastaları yakından izler ve onların ihtiyaçlarını, tatminlerini yakından gözlemler²⁴¹.

Bu tekniğin en önemli avantajı; yöneticilerin sahip oldukları iş, amaçları, potansiyeli ve beklenen hizmet kalite düzeyini bilmesini sağlar. Hatta daha da önemlisi, böyle gözlemler hastayı rahatsız etmez ve hasta tatmini (müşteri hizmeti) sorunlarını doğrudan doğruya düzeltmeye olanak sağlar. Ayrıca, ayrıntılı hasta geri beslemesi elde etme olanağı sağlar ve veri toplamak için minimum maliyet artışı gerektirir²⁴².

Potansiyel bir dezavantajı, bu yöneticiler gerçekten izlediği şeyleri yorumlamak için yeterli tecrübeye yada eğitime sahip olmayabilir. Yada onlar gözlemlerini etkileyebilen kişisel önyargıya sahip olabilir. Daha önemli dezavantajı, yönetimin varlığı hizmet sunanları etkileyebilir. Ayrıca, istatistiksel geçerlilik ve güvenilirlik eksikliği olabilir. Yönetim süreçleri ve müşterileri iyi tanımlamayabilir. Çalışanlar, ortaya çıkan sorunları kaydetmeye isteksiz olabilir²⁴³.

2.1.3. Hizmet Sunanlar Feedback (Geri Besleme) Programları

Hizmet sunanlar, hastalara etkili hizmet sunumunda engel olduğuna inandıkları örgütsel politikalar ve prosedürler, yönetsel kayıt yapıları yada diğer benzer örgütsel süreçler üzerine geri besleme (feedback) sağlamak isteyebilirler. Hastalar, genellikle, bekledikleri kaliteli hizmeti almalarını önleyen örgütsel nedenleri bilirler ve hizmet sunanlara söylemeye isteklidirler. Hizmet sunanlar da hastaların gereksinimlerini karşılarken ortaya çıkan engellerin nasıl önleneceğini bilir²⁴⁴. Böylece elde edilen geri besleme ile ölçüm gerçekleştirilir.

Hizmet sunanlar geri besleme programlarında; çalışanlar hizmet sunum engelleri hakkında yeterli bilgiye sahiptir ve hastalar çalışanlara hizmet tecrübesi bilgisini vermede gönüllüdürler. Bu yöntem, hastalara rahatsızlık vermez, hizmet hatalarını düzeltme fırsatı verir, hizmet sunanları güçlendirerek morallerini yükseltir ve ayrıntılı hasta geri beslemesi sağlar. Ayrıca bu yöntem, veri toplama ve dökümantasyon için minimum maliyet gerektirir. Dezavantajları

²⁴⁰ Leebov; Scott, *ibid.*, s.99.

²⁴¹ Akgün; Erdal, *ibid.*, s.222.

²⁴² Ford; Bach; Fottler, *ibid.*, s.76.

²⁴³ Ford; Bach; Fottler, *ibid.*, s.76.

²⁴⁴ Ford; Bach; Fottler, *ibid.*, s.78.

arasında ise; objektif gözlemin uzmanlaşmış eğitimi gerektirmesi ve hizmet sunanların ortaya çıkan sorunları kaydetmeye isteksiz olmaları sayılabilir²⁴⁵.

2.1.4. Çalışma Ekipleri ve Kalite Döngüsü

Hizmet sunum sorunlarında hizmet sunanlardan geri besleme toplamak için en önemli yöntem çalışma ekipleri ve kalite döngüsüdür. Yöntemin temel amacı; ekipler oluşturarak hizmet sunanların kendi işleriyle ilgili sorunların çözümlenmesinde bilgi ve yaratıcılıklarından yararlanmaktır. Ancak; bu uygulamaların başarılı olabilmesi için, hizmet sunanların örgütün amaçlarını paylaşması gerekir. Böylece, hizmet sunanların sorun çözümüne katılımları ve üretim mekanizmasında daha fazla işbirliği yapmaları sağlanır, hizmet sunanlarla yönetim arasındaki iletişim artar²⁴⁶. Çalışma ekipleri ve kalite döngüsü yönteminin, hizmet sunanları geliştiren güncel bir akım olarak görülebileceği belirtilmektedir²⁴⁷.

Bu yöntemin avantajları²⁴⁸;

* Hizmet kalitesi için yönetimin güçlü taahhüdünün farkına varan hizmet sunanları geliştirir.

* Direkt olarak hizmet kalitesini etkileyen her çalışanın, hizmet kalitesini anlamasını ve değerlendirmesini geliştirir.

* Çalışanları güçlendirme, morallerini iyileştirme, verimlilik, etkililik ve hasta tatmini sağlar.

* Ekip çalışması ile birlikte güven ve yeteneği ifade eder.

Dezavantajları ise²⁴⁹;

* Güçlendirme sorumluluğunu üstlenebilen çalışanlar olmalıdır.

* Ekip, sadakatle ve birlikte çalışmak zorundadır.

* Ekip üyeleri arasındaki gerekli iletişim çok zaman alır.

²⁴⁵ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.76.

²⁴⁶ Pekdemir, İşletmelerde Kalite Yönetimi, s. 65.

²⁴⁷ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.78-79.

²⁴⁸ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.76.

²⁴⁹ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.76.

2.1.5. Kritik Olay Yöntemi

Kritik olay yöntemi, uygulayıcının hastaya belirli bir konu hakkında soru sorması ve kritik gördüğü konuları açıklamasını ifade etmektedir²⁵⁰.

Kritik olay yöntemi, hastaların gereksinimlerini belirlemek için kullanılan yaklaşımlardan biridir. Bu yöntem, müşteri tatmini ile ilgili soruları geliştirmenin yanında, örgütlerin müşteri ihtiyaçlarını bulmasına ve anlamasına yardımcı olur. Müşterilerden, aldıkları hizmet ve ürünler hakkında bilgi almaya odaklanır. Değişik müşteri tatmini soruları hazırlanarak, bir örgüt dışından yada bir örgüt içindeki değişik departmanlardan müşterileri seçmekle mümkün olur. Kritik olay yönteminin gücü, müşterilerin ihtiyaçlarını bulabilmesinde yatar. Çünkü ürün yada hizmeti kullanan onlardır. Sadece örgüt yada departman standartlarına dayanılarak yapılan bir müşteri ihtiyaç listesi çok zayıf bir liste olacaktır ve müşteriler için önemli olan faktörleri içermeyecektir. Hatta böyle bir liste gereksiz istekleri de içerebilir. Bu yöntem hizmet ve ürünlerle ilgili örgüt performansını, özel performans örnekleriyle açıklar²⁵¹.

Kritik olay, müşterinin bakış açısından bir örgüt performansı örneğidir. Yani müşterilerin örgüt performansı ile doğrudan temasa geçmesidir. Sonuç itibarıyla bu olaylar, hizmet örgütlerinde çalışanların performansını, üretim örgütlerinde ürün kalitesini belirler. Kritik olay, hizmet yada ürünü pozitif yada negatif yönleriyle örneklendirmedir. Pozitif örnek; müşterinin bir örgütten hizmet yada ürün aldığı anda her zaman görmek istediği özellik. Negatif örnek ise; müşterinin kafasına örgüt kalitesi hakkında soru işaretleri getiren özelliktir.

İyi bir kritik olayın iki karakteristik özelliği vardır. Bunlar²⁵²:

- * Özeldir,
- * Hizmet sağlayıcının davranışlarını tanımlar veya hizmet yada ürünü özel sıfatlarla açıklar.

Bir kritik olay, eğer bir hizmetin tek bir davranış veya özelliğini yada bir ürünün tek bir özelliğini açıklıyorsa özeldir. Eğer performansın bir çok yönünü açıklarsa özel değildir. Örneğin, kötü bir özel kritik olay ; bankaya bir çek yatırmaya gittim ve sırada uzun süre bekledim. Beklerken veznedarın müşterilerine hızlı bir hizmet verdiğini farkettim. Bu kritik olay özel değil, çünkü

²⁵⁰ Akgün; Erdal, İbid., s.222.

²⁵¹ Bob E. Hayes, Measuring Customer Satisfaction, Development and Use of Questionnaires, ASQC Quality Press Milwaukee, Wisconsin, 1992, s.11-13.

iki farklı olayı açıklıyor. Okuyucu hangisine odaklanacağını bilemiyor. İyi bir kritik olay, bu olayı iki parçaya ayırır: a) Sırada uzun süre bekledim. b) Veznedar müşterilerine hızlı bir hizmet veriyordu.

Kritik olay yönteminin, görüşme yöntemlerinin genel yapılarından kaynaklanan potansiyel hataları düzeltmeye çalıştığı belirtilmektedir. Bu yöntem, özellikle hastaların önem verdikleri olaylar hakkında konuşmalarını sağlayan bir yöntem olarak, basit bir şikayet araştırması olmanın ötesinde, özellikle olaylara değil hastaların düşüncelerine önem verilmesini sağlayan bir yöntemdir²⁵³.

2.2. Kantitatif Yöntemler:

Niteliksel yöntemlere göre, hastaların hizmet tecrübeleri ile gerçek tepkileri üzerine sayısal yöntemleri kullanarak hasta hizmet tecrübesini ölçmek ve böylece veri toplamak daha doğru olmaktadır²⁵⁴. Sayısal yöntemlerden bazıları aşağıda sunulmaktadır.

2.2.1. Posta Araştırmaları

Posta araştırmaları, sağlık hizmetlerinden yararlanarak sağlık merkezinden ayrılmış hastalara posta ile gönderilen anket formlarıyla gerçekleştirilmektedir. Hasta tatmin araştırmaları içerisinde, hastalar olduğu gibi, doktor hasta ilişkilerini ortaya çıkartabilmek için, hem hastalara hem de doktorlara yapılan posta araştırmaları olduğu izlenmiştir.

Posta ile yapılan araştırmalar, hasta tatmin araştırmaları içerisinde en iyi yöntemlerden biri olmakla beraber, geri gönderilmediği takdirde, cevap oranlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Araştırmada en az %40 geri dönüş oranına ulaşılmaya çalışılmaktadır. Normalde %70-80 arasında cevaplama oranı amaçlanır. Anket formlarının aşağıdaki koşulları sağlaması önerilmektedir²⁵⁵,

* Anket formu, alıcı tarafından benimsenmiş olmalı ve uygulayıcı tarafından alıcıya rehberlik edilmelidir.

²⁵² Hayes, İbid., s.13.

²⁵³ Lewis, İbid., s.661.

²⁵⁴ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.80.

* Anket formu içinde, geri dönüş adres ve pulları olan zarflar da olmalıdır.

* Anket formu iyi tanımlanmış ve uygun uzunlukta olmalıdır.

* Anket formu ve zarfı hastanın adına yazılmış olmalıdır.

* Anket formu, hastalara hastaneden taburcu olmalarını izleyen 4-7 gün içinde postalanmalıdır.

Wensing ve arkadaşları tarafından yapılan literatür analizinde, incelenen 40 araştırmanın %15' inde posta araştırmaları yöntemi kullanılmıştır²⁵⁶.

Posta araştırmalarının avantajları²⁵⁷;

* Hedeflenen hastalardan temsil edici ve geçerli örnekleme toplama olanağı sağlar.

* Hizmet hatalarını düzeltme olanağı verir.

* Hastaların aldıkları hizmet tecrübesini yansıtabilir.

* Örgütün, hastaların hizmet kalitesi düşünceleri ile ilgilendiğini gösterir.

* Bölüm ve hasta demografik faktörleri açısından hasta tatminini karşılaştırma olanağı sağlar.

Dezavantajları arasında ise²⁵⁸;

* Hastalar, spesifik hizmet sunucunun hizmet ayrıntılarını hatırlamayabilir.

* Zaman gecikmesinden dolayı diğer hizmet tecrübeleri ile ilgili yanıtlar önyargılı olabilir.

* Katılımcılar için gerekli güdüler uygun olmayabilir.

* Temsil edici örnekleme toplama maliyeti yüksek olabilir.

* Soruların üslubu ile potansiyel sorunlar ortaya çıkabilir.

2.2.2. Anket Formu İle Yüz Yüze Yapılan Araştırmalar

Günümüzde hasta tatmininin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem "anket formu"dur. Anket formu ile daha çok konu daha etkili ve daha az maliyetle ortaya çıkartılmaktadır²⁵⁹. Wensing ve arkadaşları tarafından yapılan literatür analizinde, incelenen 40 araştırmanın %43' ünde yüz yüze anket

²⁵⁵ Steiber, Krowinski, İbid., s.108.

²⁵⁶ Wensing, Grol; Smits, İbid., s.49.

²⁵⁷ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.81.

²⁵⁸ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.81.

²⁵⁹ Akgün; Erdal, İbid., s.222.

yöntemi kullanılmıştır²⁶⁰. Anket formunda sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenen konuların kategorileri, anket formu hazırlanırken dikkat edilecek konulardır. Müşteri tatmininin ölçümü için tasarlanacak bir anket formu üç temel alanda ortaya çıkacak kriterleri incelemeyi hedefleyecektir. Bu temel alanlar²⁶¹:

- * Örgütümüzün fiziki, teknolojik ve insan gücü altyapısı (altyapısal),
- * Örgütümüzde gerçekleştirilen hizmetlerin üretim ve sunulmuş süreçleri (süreçsel),
- * Örgütümüzde verilen hizmetlerin nimeti ve külfeti (çıkıtı).

Hasta tatmin araştırmalarının yönteminde önemli olanın, anket formunun doğru hazırlanması ve uygun araştırma yönteminin kullanılması olduğu belirtilmektedir. Hastalardan istenilen bilgilerin hangi sorularla, nasıl alınacağı, araştırmanın başarısını da belirlemektedir. Araştırmacıların genellikle üç farklı tipte bilgi almak istedikleri izlenmektedir. Bunlar²⁶²:

- * Hizmet sunum gerçeklerinin ortaya çıkartılarak rapor haline dönüştürülmesi,
- * Hizmet sunanların hasta gözüyle değerlendirilmesi,
- * Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili beklentilerinin rapor haline dönüştürülmesidir.

Bu Yöntem, posta araştırmaları ile aynı avantaj ve dezavantajlara sahiptir.

2.2.3.Telefon Görüşmeleri

Belli bir zaman dilimi içerisinde, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmış hastalara, değişik bir perspektif ile hizmetleri değerlendirme olanağının sağlanması amaçlanarak, belli bir süre sonra hastalara telefon ile ulaşılan araştırmalardır. Telefon araştırmaları sağlık örgütlerinin çok kullandığı araştırma yöntemleri içerisinde yer almaktadır²⁶³.

Telefon ile yapılan hasta araştırmalarının, diğer araştırma türlerine göre daha kolay yapılabilir görünmesine rağmen, özünde bazı potansiyel önyargıları taşıdığı ifade edilmektedir. Telefon araştırmalarına ilişkin tipik hatalar;

²⁶⁰ Wensing; Grol; Smits, İbid., s.49.

²⁶¹ Oğuz Engiz, "Hasta Memnuniyeti", Modern Hastane Yönetimi, Ekim 1998, 2 (7), s.26.

²⁶² Steiber, Krowinski, İbid., s.83.

²⁶³ Steiber, Krowinski, İbid., s.39.

Ford, Bach; Fottler, s.84.

zamanlama, görüşme süresi veya görüşmecilerle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca araştırmacıların izinsiz telefonu bulma eğilimleri, iş de insanlarla bağlantı kurmanın güç olması ve evde rahatsızlık vermesi, becerikli araştırmacı ve geçerli araç maliyetinin yüksek olması dez avantajları arasında sayılabilir²⁶⁴.

Araştırmanın genellikle 60 soruyu ve 15 dakikayı aşmaması önerilmektedir. Görüşme süresi 15 dakikayı aştığında, araştırmanın yıpranmaya başladığı, genellikle görüşülen bireylerin görüşmeyi kestiği, daha düşünceli veya karşıt cevaplar verdiği, görüşmeyi hızlandırdığı veya görüşmek istemediğini belirttiği araştırma sonuçlarıyla karşılaşılmıştır²⁶⁵.

Telefon görüşmelerinin avantajları ise²⁶⁶;

* Ayrıntılı hasta geri beslemesi toplama olanağı sağlar.

* Hedeflenen hastalar arasından temsil edici ve geçerli örnekleme seçme olanağı verir.

* Hizmet hatalarını düzeltme olanağı sağlar.

* Örgütün, hastaların hizmet kalitesi düşünceleri ile ilgilendiğini gösterir.

2.2.4.Yorum Kartları

Yorum kartları, en ucuz ve en karmaşık olmayan hizmet değerlendirme teknikleridir. Geniş olarak hizmet endüstrisinin değişik formatlarında kullanılan yorum kartları tamamıyla gönüllü cevaplayıcı katılımıyla gerçekleştirilir. Yorumlar ilginç olabilir ve hatta sağlık bakım tecrübesinin tamamını anlamaya yardım edebilir. Kartlar istatistiksel olarak geçerli ve hatta güvenilir veri sağlamaz. Çünkü kartlar hem rasgele hem de yorgun bir temsil edici örneklemden elde edilir. Kısa ve birkaç örneklem ile sınırlıdır. Hastaların kendilerinin seçtiği örnekler, istatistiksel olarak temsil edici değildir. Genellikle kartlar, aşırı hasta tatmini ya da tatminsizliğini yansıtır²⁶⁷.

Yorum kartları, hastaların hizmet kalitesi düşünceleri ile ilgilenenlere kolaylıklar sağlar. Ayrıca, hizmet hatalarını düzeltme olanağı verir ve veri toplamak için minimum artan maliyet gerektirir²⁶⁸.

²⁶⁴ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.81.

²⁶⁵ Steiber, Krowinski, İbid., s.39.

²⁶⁶ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.81.

²⁶⁷ Ford; Bach; Fottler, İbid., s.80-81.

²⁶⁸ Fort; Bach; Fottler, İbid., s.81.

BÖLÜM III: ARAŞTIRMA

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hakkında Genel Bilgiler:

Araştırma, Türk Tıp tarihinin önemli geçmişine sahip ve İstanbul'un eğitim veren en büyük devlet hastanelerinden biri olan Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH)'nde yapılmıştır. Bu hastanenin geçmişi Sultan Hamid tarafından, 1903 yılında Mektebi Tıbbiye-i Şahane adıyla açılan binaya dayanmaktadır. Bina 1903'den 1908'e kadar Askeri Tıbbiye olarak, 1908'den 1933'e kadar İstanbul Tıp Fakültesi olarak görev yapmıştır. 1924'te kısmen ve 1933'te Tıp Fakültesi bir daha geri dönmek üzere İstanbul Avrupa tarafına taşınmıştır. Tıp Fakültesi Eğitim Bakanlığına, hastane kısmı da Sağlık Bakanlığına devredilerek onarım işlerine başlanmıştır²⁶⁹. Nihayet, Tıp Fakültesinin Seririyat Pavyonları bölümü Haydarpaşa Numune Hastanesi adı altında 1 Şubat 1936 tarihinde açılarak faaliyete başlamıştır²⁷⁰. Hastane, yapılan ek inşaatlarla bugünkü son şeklini almış olup, günün gereksinimlerine uygun tadilatlar yapılmaya devam edilmektedir.

Haydarpaşa Numune Hastanesi 31.12.1999 tarihinden itibaren de Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır²⁷¹.

Halk arasında efsanevi bir yeri olan hastaneye Türkiye'nin her yöresinden hasta başvurusu olmaktadır. HNEAH 1172 kadrolu personeli ile 24 saat hizmet veren tam teşekküllü bir hastanedir. Ayrıca, Ümraniye Semt Polikliniği de hastaneye bağlı olarak çalışmaktadır. Geçtiğimiz yıllarda, uzun süren acil servis, blok ameliyathane ve diğer tadilatlar hasta sayısında azalmalara neden olmuş ise de, 1998 yılında; 540.677 hastaya poliklinik hizmeti, 188.894 hastaya acil poliklinik hizmeti ve 6080'i ameliyat yapılan olmak üzere 15.380 hastaya yataklı tedavi hizmeti verildiği belirlenmiştir²⁷².

²⁶⁹ Müfid Ekdal, Tıbbaneden Numuneye, Zafer Matbaası, İstanbul : 1982, s.63-65

²⁷⁰ Ekdal, İbid., s. 75.

²⁷¹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Yayın no:619, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara:1999, s.140.

²⁷² İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İstanbul'da SAĞLIK, İstanbul: Kasım-Aralık 1999, s.6.

HNEAH' nin 665 kadro yatağı²⁷³ ve 685 fiili hasta yatağının bulunduğu, 1999 yılı ilk üç aylık (Ocak, Şubat ve Mart) yatak işgal oranının % 59.1 olduğu, istatistik bölümü kayıtlarından tespit edilmiştir.

1. Araştırma Konusu:

Çağdaş hastane yöneticilerinin önde gelen amaçlarından biri kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmaktır. Bu amaç, yönetim sürecinde sağlık bakım hizmeti kalitesinin göstergelerinden yararlanılarak gerçekleştirilebilir. Sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların tatmini, sağlık bakım hizmeti kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Yapılan hasta tatmini araştırmalarında, hasta tatmininin, hizmet sunanların özellikleri, hasta özellikleri, hasta ve hizmeti sunanlar arasındaki ilişkiler ve çevresel faktörler gibi çok çeşitli faktörlerden etkilendiği görülmüştür. Hastane yöneticilerinin hasta tatmini göstergelerinden yararlanabilmeleri için, hasta tatmininin hangi faktörlerden, nasıl, ne düzeyde etkilendiğinin saptanması ve sonuçların yöneticilerin kullanımına sunulması gerekmektedir. Bu nedenle, hastane yöneticilerine, sürekliliği olan standart ölçüm yöntemleri sağlanarak, sürekli hasta tatmini ölçümlerinin yapılması ve hasta tatmin düzeylerinin izlenmesi çok önemli yararlar sağlayacaktır.

Bu araştırmanın temel konusu, hasta tatminini etkileyen ve belirleyen faktörlerin (boyut) tespit edilerek, gerçek anlamıyla hasta tatmininin belirlenebileceği, hastane yöneticilerinin yararlanabileceği önerilerin oluşturulmasıdır. Böyle bir çalışmanın etkili, verimli ve kaliteli sağlık bakım hizmetinin sunumunda önemli yararlar sağlayabileceği söylenebilir.

2. Araştırma Amacı:

Hastaların yararlandıkları sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmelerini açıklayan faktörleri ortaya koyarak, bu faktörlerin hastaların sosyal, ekonomik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğini ve hasta tatminine katkıda bulunup bulunmadığını araştırmaktır. Daha açık bir anlatımla araştırmada birbiriyle ilişkili aşağıda sıralanan konular üzerinde durulmaktadır:

²⁷³ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, s.140.

* Hastaların hastane hizmetleri ile ilgili yaptıkları değerlendirmelerini özet biçimde betimleyen faktörlerin ortaya çıkartılması,

* Bu faktörlerin, hasta özelliklerine göre farklı değerler (faktör skoru) almadıklarının belirlenmesi,

* Hasta değerlendirmelerinin boyutları ile hasta tatmini arasındaki etkileşimin ortaya çıkartılması.

3. Araştırma Yöntemi:

3.1. Hipotezler:

1) Hastaların, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmeleri, birbirinden bağımsız faktörlerle temsil edilebilir.

Bu hipotezin sınanması için yapılan faktör analizi sonucunda, hasta değerlendirmelerinin 10 bağımsız faktör tarafından açıklandığı görülmüştür. Bulgular ve tartışma bölümünde faktör yapısının içeriği verilmiştir. Bundan sonraki hipotezler, saptanan bu 10 faktör ile aşağıdaki gibi yazılmıştır.

2) Hastaların yaş gruplarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

3) Hastaların cinsiyetlerine göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili

- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeye ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

4) Hastaların ikamet durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeye ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

5) Hastaların gelir düzeylerine göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeye ilgili,

- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

6) Hastaların daha önce bu hastaneden yararlanmalarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

7) Hastaların oda durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

8) Hastaların medeni durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

9) Hastaların yattıkları servislere göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir

10) Hastaların daha önce başka bir hastaneye yatma durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeye ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

11) Hastaların eğitim durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeye ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

12) Hastaların bekleme sürelerine göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,

- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir

13) Hastaların sosyal güvence durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

14) Hastaların ameliyat durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,

- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir

15) Hastaların yatış durumlarına göre, yararlandıkları sağlık hizmetlerinin,

- a. Hemşire davranışıyla ilgili,
- b. Doktor davranışıyla ilgili
- c. Temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili,
- d. Hizmete Ulaşılabilirlik ile ilgili,
- e. Yemeklerin kendisiyle ilgili,
- f. Bilgilendirilmeyeyle ilgili,
- g. Hastanenin fiziksel koşullarıyla ilgili,
- h. Yemeklerin sunumuyla ilgili,
- i. Hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili,
- j. Ziyaretçi politikasıyla ilgili,

boyuta ilişkin değerlendirmeleri, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, 01-30. 04. 1999 ve 01-31. 05. 1999 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden - reanimasyon servisinde yatanlar, kulak burun boğaz servisinde yatanlar (tamirat nedeniyle servis kapalı olduğundan), acil yardım servisinde taburcu olanlar, ölenler, anket formunu yanıtlayamayacak durumda olan hastalar ve 15 yaşından küçük hastalar dışında - taburcu olan hastalar oluşturmaktadır.

Bu kapsamda; 1999 yılı ilk iki ayında toplam 2195 hastanın taburcu olduğu tespit edilmiştir. Araştırma yapılan Nisan ve Mayıs aylarında da ,

yaklaşık olarak, toplam bu sayıda hastanın taburcu olacağı varsayılarak, bu sayıdan %15'i örneklem oranı olarak alınmış ve araştırma kapsamına rasgele seçilen 325 hasta dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Hastalar, hastaneye kabul edildikten sonra en az üç gün yatan hastalar, araştırma kapsamına alınmıştır. Böyle bir kısıtın kullanılmasındaki temel amaç, hastaneyi ve hastane hizmetlerini değerlendirebilmek için belirli bir sürenin geçmesi gerekliliğidir.

Hastaların taburcu işlemleri tamamlandıktan az sonra hastaneden ayrılma telaşıyla, anket formunu yanıtlamak istemeyecekleri düşünüldüğünden, anket formunda taburcu ve faturalama (maliyet) işlemleri ile ilgili sorular yer almamıştır. Bu nedenle, hastaların taburcu ve maliyet işlemleri ile ilgili tatmin düzeyleri ölçülememiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanması için "Hastaneden Taburcu Olan Hastaların Hastane Hizmetlerinden Tatminleri İle İlgili Anket Formu" kullanılmıştır (Ek 1).

Anket formu Meterko ve diğerleri tarafından geliştirilen, "Hastane Kalitesinde Hasta Yargıları Anket Formu (Patient Judgements of Hospital Quality)"²⁷⁴ ve "Adventist Sağlık Sistemi Hizmet Yönetim Programı Anket Formu (Questionary Used by Adventist Health System's Service Management Program)"²⁷⁵ başta olmak üzere hasta tatmini literatürünün gözden geçirilen incelemelerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Geliştirilen anket formunun amaca uygun olup olmadığını saptamak için, hastanenin değişik bölümlerinden taburcu olduğu belirlenen ve rasgele seçilen 15 hastaya taburcu oldukları gün, ön uygulama yapılmış ve anket formu yanıtlanırken karşılaşılan sorunlar düzeltilerek, anket formuna son şekli verilmiştir.

Araştırma anket formunda, hastalara, hastaneye kabul edilişlerinden taburcu oluncaya kadar aldıkları bakım ve hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri

²⁷⁴ Meterko; Nelson; Rubin, *İbid.*, s.17.

²⁷⁵ Steiber; Krowinski, *İbid.*, s.143-147.

ve kişisel tatminleri sorulmuştur. Anket formunda; hastaların hastaneye gelişleri, kabul şekilleri, hemşire bakımı, doktor bakımı, diğer personel hizmetleri, oda, yemek ve diğer hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri ve sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.5. Aracın Uygulanması

Araştırma aracı (anket formu), hastane yönetiminden gerekli izin alınarak hastanede, rasgele seçilen toplam 325 hastaya, taburcu oldukları gün, yüzyüze anket yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Araştırma yapılan hastanede, cerrahi ve dahiliye bölümlerinden taburcu olacak hastalar, her gün sabah 08:00 vizitesinde belli olmaktadır. Hastanenin kuralı gereği, hasta taburcu işlemleri ve faturalama hafta içi her gün saat 13:30'dan sonra yapılmaktadır. Bu nedenle, anket formu, genellikle hafta içi saat 08:30 ile 13:30 saatleri arasında uygulanmıştır.

Hastalara, araştırma ve araştırmanın amacı hakkında kısaca bilgi verilerek, mümkün olduğu kadar araştırmaya katılmaları sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen yedi hastanın yerine, taburcu olan yeni yedi hasta seçilerek araştırmaya devam edilmiştir. Uygulama sırasında hastalara, anket formunu doldurmak isteyip istemedikleri sorulmuş, doldurmak isteyen hastalara anket formu verilerek gerekli açıklamalar yapılmıştır. Ancak; genellikle, hastaların anket formunu kendilerinin doldurmak istemedikleri görülmüştür. Bu nedenle, anket formlarının sadece %8'i hastalar, % 92'si ise araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Uygulama iki ay sürmüş olup, günde ortalama 8 anket doldurulabilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların soruları cevaplayabilecek iyilikte olmalarına dikkat edilmiştir.

3.6. Verilerin İşlenmesi

Anket formunu toplam 325 hasta yanıtlamış ve bu anket formlarındaki veriler bilgisayar ortamına aktarılarak analize dahil edilmiştir.

3.7. Veri ve Bilgilerin Analizi:

Anket formunda yer alan hastalara ilişkin kişisel bilgiler, örneklemin niteliğini açıklamak amacı ile frekans dağılımı ve yüzdelerle analiz edilmiştir.

Anket formunda hastaların hastane hizmetlerini değerlendirmelerini içeren sorularda, 5' li Likert tipi ölçekleme kullanılmış olup, ölçekte kullanılan puanlama aşağıda gösterilmiştir.

Çok iyi = 1 İyi = 2 Ne iyi ne kötü = 3 Kötü = 4 Çok kötü = 5

Araştırma sonuçları ise, puanlar 1'e yaklaştıkça hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu, 5'e yaklaştıkça daha olumsuz olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Hasta değerlendirmelerini betimleyen faktörlerin belirlenmesi için çok değişkenli istatistiksel analiz tekniği olan faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi, araştırma ile ilgili literatürde çok kullanılan bir yöntemdir. Bireylerin hastane hizmetlerinden tatminini, hastane hizmetlerini değerlendirmelerini araştıran 1970'li yıllarda başlayan çalışmalarda, genellikle faktör analizi yönteminin kullanıldığı izlenmiştir. Peyrot ve arkadaşları²⁷⁶, Joos ve arkadaşları²⁷⁷, Mowen ve arkadaşları²⁷⁸, Taylor ve Cronin²⁷⁹, Hall ve Dornan²⁸⁰, Bernhart ve arkadaşları²⁸¹, Etter ve Perneger²⁸² faktör analizini kullananlara örnektir. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili değişkenler kümesinin ilişki yapısını, daha az sayıda, birbirinden bağımsız yapay değişkenle açıklamaya yarayan istatistiksel analiz yöntemidir.

Faktör analizi, değişken sayısının azaltılması ve yorumlama kolaylığı sağlamaktadır. Faktör analizi, çok sayıda birbiriyle ilişkili değişken arasındaki ilişkileri, birbirinden bağımsız, faktör olarak nitelendirilen az sayıdaki, yapay değişkenle açıklamaya yarar. Kerlinger, bu yönüyle faktör analizinin bilimsel tutumluluğu (scientific parsimony) sağlayan bir teknik olduğunu ileri

²⁷⁶ Peyrot; Cooper, Schnapf, İbid., s.26.

²⁷⁷ Joos; Hickam; Borders, İbid., s. 753.

²⁷⁸ Mowen; Licata; McPhail, İbid., s.30.

²⁷⁹ Taylor; Cronin, "Modeling Patient Satisfaction and Service Quality", s.37.

²⁸⁰ Hall; Dornan, "Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors of Satisfaction With Medical Care: A Meta-Analysis", Soc. Sci. Med., 30(7),1988, s. 936.

²⁸¹ Bernhart; Wiadnyana; Wihardjo; Pohan, İbid., s.990.

²⁸² Etter; Perneger, İbid., s.880.

sürmektedir. Bir faktör, o faktörde yer alan değişkenlerin doğrusal bileşiminden oluşmaktadır. Bir değişkenle, bu değişkenin yer aldığı faktör arasındaki korelasyon katsayısına **faktör yükü** denmektedir ve faktör yükleri, -1 ile +1 arasında değer almaktadır²⁸³.

Araştırma hipotezlerini test etmede kullanılan bir diğer istatistiksel analiz yöntemi, varyans analizidir (F testi). Varyans analizi, sürekli bir değişken bakımından üç veya daha fazla grubu karşılaştırmaya yarayan istatistiksel yöntemdir. Bu teknikte toplam varyasyona katkıda bulunan çeşitli varyasyon kaynakları incelenebilir²⁸⁴. Varyans analizi sonucunda, gruplararası farklılık bulunduğunda, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için TUKEY testi uygulanmıştır. Bilindiği gibi varyans analizi üç veya daha fazla grubu karşılaştırmakta ve en az iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunursa varyans analizi (F Testi) sonucu anlamlı çıkmaktadır²⁸⁵. TUKEY aracılığıyla, işte aralarında fark bulunan iki veya daha fazla grubu ortaya koymak veya daha farklı bir anlatımla, farklılığı yaratan grupları belirlemek mümkün olup güvenle kullanılacak bir yöntemdir²⁸⁶. TUKEY testi, SPSS programında Varyans analizi (ONEWAY) modülü içinde yer almaktadır. Varyans analizi, araştırmanın 2, 5., 7., 11., 12. ve 13. hipotezlerini test etmek için kullanılmıştır.

Araştırma hipotezlerini sınamada kullanılan bir diğer istatistiksel yöntem, iki ortalama arasındaki farkın önem testi ya da kısaca " t " testidir. T testi, sürekli değişken yönünden iki grubu karşılaştırmada kullanılan ve gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan önemli olup olmadığını belirlemeye yarayan bir yöntemdir²⁸⁷. Araştırmada, Levene testi (F) ile varyansların homojen olup olmadığı incelenmiş ve uygun olan T testi işlemi gerçekleştirilmiştir. T testi veya T değeri hesaplamasında dikkate alınan en önemli husus, iki grubun varyanslarının homojen olup olmadığıdır. Grup varyanslarının homojen olup olmamasına göre T değeri hesaplaması değişmektedir. Doğru T testi

²⁸³ F.N. Kerlinger, Foundations of Behavioral Research, Holt Rinehart Winston Inc., 1973, s.662.

²⁸⁴ Kadir Sümbüllüoğlu, Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri, İstatistik, Matis Yayınları-3, Çağ Matbaası, Ankara: 1978, s. 134.

Kadir Sümbüllüoğlu, Vildan Sümbüllüoğlu, Biyoistatistik, Hatiboğlu Basım Yayım, 8. Baskı, Ankara:1998, s.76.

²⁸⁵ Aysel Aziz, Araştırma Yöntemleri-Teknikleri ve İletişim, Turhan Kitabevi, Ankara: 1994, s.156.

²⁸⁶ Sümbüllüoğlu; Sümbüllüoğlu, İbid., s.99.

²⁸⁷ Aziz, İbid., s.156.

hesaplama formülünü kullanmak için grup varyanslarının homojen olup olmadığı Levene testi ile gerçekleştirilerek karar verilmiştir. Levene testi, SPSS paket programında T testi modülü içinde yer almaktadır. T testi, araştırmanın 3., 4., 6., 8., 9., 10., 14. ve 15. hipotezlerini test etmede kullanılmıştır. Verilerin yeterli olmadığı durumlarda test uygulanmamıştır.

Araştırmada hastaların yaptıkları değerlendirmeler ile hastaneye bağlılıkları (hastaneyi tekrar tercih etme ve başkalarına tavsiye etme) arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla ayırma (diskriminant) analizi uygulanmıştır. Ayırma analizi, çok değişkenli bir istatistiksel analiz yöntemidir ve bir dizi değişken aracılığı ile iki veya daha fazla grubu birbirinden ayırmada kullanılan fonksiyonu belirlemede kullanılmaktadır²⁸⁸. Ayırma fonksiyonu katsayılarının önem kontrolünde, Wilks Lambda değerleri dikkate alınmıştır. Ayırma fonksiyonunun, ayırdedicilik (sınıflama) gücü, doğru sınıflama yüzdesi incelenerek belirlenmiştir. Doğru sınıflama yüzdesi, SPSS programının Diskriminant modülü içinde yer almaktadır.

Verilerin analizinde SPSS for Windows Paket Programı kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği

Anket formu, hasta tatmini literatürünün gözden geçirilen incelemelerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Anket formunda yer alan soruların çok büyük bir kısmı, Türkiye’de yapılan araştırmalarda da kullanılmıştır. Anket formu sorularının seçilmesinde ve sorulardaki ifadelerin oluşturulmasında konu ile ilgilenen uzmanların görüşleri de alınmıştır. Böylece anketin yüzeysel geçerliliği (face validity) sağlanmaya çalışılmıştır. Anket formunda yer alan soruların hemen hemen tamamı, bir tutum ölçmekten ziyade olgu sorgulayan (fact questioning) sorular olduğu için, istatistiksel geçerlilik testlerine gereksinim duyulmamıştır.

Anket sorularının güvenilirliğini test etmek amacıyla güvenilirlik analizi (reliability analysis) işlemi gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, bir boyutta yer alan sorular arasındaki korelasyonlara dayalı olarak iç tutarlılığı (internal consistency) ortaya koyan Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır.

²⁸⁸ Korkut Ersoy; Şahin Kavuncubaşı, "Diskriminant Analizi Aracılığı İle İlçe Hastanelerinin Kapasite Kullanım Oranı Bakımından Gruplandırılması", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Ankara:1993, s. 64.

Her soru grubuna ilişkin alfa değerleri, Faktör analizi tablolarının altında verilmiştir. Cronbach's alpha katsayılarının 0.55 ile 0.92 arasında değerler aldığıının görölmesi, bu anket formunun güvenilir olduğunu göstermektedir.

4. Bulgular ve Tartışma

4.1.Hastaların Genel Özellikleri

Hastaların genel özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

HASTA ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
CİNSİYET		
Erkek	151	46.5
Kadın	174	53.5
YAŞ		
18-30 yaş	96	29.5
31-55 yaş	113	34.8
56 ve üstü	116	35.7
MEDENİ DURUM		
Bekar+Dul+Boşanmış	112	34.0
Evli	213	64.7
GELİR DURUMU		
75 milyon ve altı	90	27.4
76-150 milyon	101	30.7
151 milyon ve üstü	71	21.6
EĞİTİM DÜZEYİ		
Diploma yok	63	19.1
İlk-Orta Okul	192	58.4
Lise	45	13.7
Üniversite	25	7.6
SOSYAL GÜVENCE DURUMU		
Yok	66	20.1
Emekli Sandığı	65	19.8
SSK+Bağ-kur	109	33.1
Yeşil Kart	85	25.8
İKAMET DURUMU		
İstanbul Anadolu Yakası	248	75.3
Diğer	77	23.4
HER ÖZELLİK İÇİN TOPLAM	325	100.0

Tabloda görüldüğü gibi, hastaların % 46.5' i erkek, % 53.5'i kadındır. Kadınların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Yaş gruplarına göre,hastaların % 29.5'i 18-30 yaş grubundayken, %34.8'i 31-55 yaş grubunda ve % 35.7'i ise 56 ve üstü yaş grubundadır. Hastaların yaş gruplarına göre oranları artan bir eğilim göstermektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, % 34.0'ı bekar-dul-boşanmış ve % 64.7'i evlidir. Görüldüğü gibi, evli hastalar çoğunluğu oluşturmaktadır.

Gelir durumuna göre, hastaların % 27.4'ü 75 milyon lira ve altı, %30.7'i 76-150 milyon lira arası ve % 21.6'sı 151 milyon lira ve üstü aylık ortalama gelire sahiptir. Hastaların büyük çoğunluğunun 150 milyon lira ve altı aylık gelire sahip olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyine göre, hastaların % 19.1 'i diploması olmayan, % 58.4'ü ilk-orta okul mezunu, % 13.7'si lise mezunu ve % 7.6'sı üniversite mezunudur. Hastaların büyük çoğunluğunu ilk-orta okul mezunu hastalar oluşturmaktadır.

Sosyal güvencelerine göre, hastaların % 20.1'i sosyal güvencesi yoktur. Hastaların % 19.8' inin sosyal güvencesi Emekli Sandığı, % 33.1'nin S.S.K. ile Bağ-Kur, % 25.8'i yeşil kartlıdır. Sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlı hastalar dikkate değer oranlarda olduğu görülmektedir.

İkamet durumuna göre, hastaların % 75.3'ü İstanbul Anadolu yakasında ve % 23.4'ü diğer (İstanbul Avrupa yakası + İstanbul dışında) yerlerde ikamet etmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu İstanbul Anadolu yakasında ikamet etmektedir.

Tablo 3'de hastaların hastaneye ilişkin özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Hastaneye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

HASTA ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
BAŞKA HASTANEYE YATMA DURUMU		
Başka Hastaneye Yatmayan	169	51.4
Başka Hastaneye Yatan	160	49.5
ÖNCEDEN YARARLANMA		
Yararlanmış	165	50.2
Yararlanmamış	163	49.5
YATILAN SERVİS DURUMU		
Cerrahi Servisleri	205	62.3
Dahiliye Servisleri	120	36.5
YATIŞ ŞEKLİ		
Acil Bölüm	209	63.5
Poliklinik	120	36.5
BEKLEME SÜRESİ		
Beklemeyen	215	65.3
Bir hafta ve daha az	73	22.2
Bir haftadan fazla	41	12.5
ODA DURUMU		
Özel (Tek kişilik) Oda	20	6.1
2-3 Kişilik Oda	191	58.1
4 ve Daha Fazla Kişilik Oda	114	34.7
AMELİYAT OLMA DURUMU		
Evet	163	49.5
Hayır	162	49.2
BAŞKALARINA TAVSİYE ETME DURUMU		
Evet	283	87.0
Kararsızım	24	7.2
Hayır	18	5.4
DAHA SONRA TEKRAR TERCİH ETME DURUMU		
Evet	286	86.9
Kararsızım	21	6.3
Hayır	18	5.4
HER TÜRLÜ MADDİ İMKANA SAHİPSENİZ TERCİHİNİZ		
Devlet Hastanesi	49	16.0
Özel Hastane	116	35.2
Üniversite Hastanesi	20	6.0
SSK	2	0.6
Haydarpaşa Numune E. Ve A. Hastanesi	119	36.1
HER ÖZELLİK İÇİN TOPLAM	325	100.0

Hastaların daha önce başka hastaneye yatma durumlarına göre, % 51.4'ünü daha önce başka hastaneye yatmayan, % 49.5'ini daha önce başka

hastaneye yatan hastalar oluşturmaktadır. Daha önce başka hastaneye yatmayan hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Araştırma yapılan hastaneden hastaların daha önce yararlanma durumlarına göre, % 50.2'sinin daha önce yararlanmış olduğu, % 49.5'nin daha önce yararlanmamış olduğu izlenmektedir. Daha önce yararlananlar çoğunluktadır.

Yatılan servis durumuna göre, hastaların % 62.3'ü cerrahi servislere, %36.5'i dahiliye servislerine yatmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun cerrahi servislere yattığı görülmektedir.

Hastaların hastaneye yatış şekillerine göre, % 63.5'inin acil bölümden, %36.5'inin poliklinikten yattığı izlenmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunu acil bölümden yatan hastalar oluşturmaktadır.

Hastaların muayene olduktan sonra hastaneye yatmak için bekleme sürelerine göre, % 65.3'ünü beklemeyen, % 22.2'sini bir hafta ve daha az bekleyen, % 12.5'ini bir haftadan fazla bekleyen hastalar oluşturmaktadır. Beklemeyen hastalar çoğunlukta olup, bu durumun acil bölümden yatan hastalardan kaynaklandığı söylenebilir. Çünkü, acil bölümde muayene olup yatmasına karar verilen hasta beklemeden hemen yatırılmaktadır.

Hastanede kaldıkları sürece hastaların oda durumuna göre, % 6.1'inin özel (tek Kişilik) odada, % 58.1'inin 2-3 kişilik odada, % 34.7'sinin 4 ve daha fazla kişilik odada kaldıkları görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun 2-3 kişilik odada kaldığı izlenmektedir.

Hastaların ameliyat olma durumuna göre, % 49.5'inin ameliyat olduğu, %49.2'sinin ameliyat olmadığı görülmektedir. Ameliyat olan ve olmayan hastaların oranı arasında önemli bir fark olmadığı izlenmektedir.

Hastaların bu hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumlarına göre, %86.0'ının başkalarına tavsiye edecekleri, % 7.2'sinin kararsız olduğu ve %5.4'ünün başkalarına tavsiye etmeyecekleri görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun araştırma yapılan hastaneyi başkalarına tavsiye edecekleri izlenmektedir. Genel olarak hastaların bu hastaneden memnun kaldıkları söylenebilir.

Daha sonra tekrar bu hastaneyi tercih etme durumuna göre, hastaların % 86.9'unun daha sonra tekrar bu hastaneyi tercih edeceği, % 6.3'inin kararsız olduğu, % 5.4'ünün daha sonra tekrar bu hastaneyi tercih etmeyeceği görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun daha sonra tekrar bu hastaneyi tercih edeceği izlenmektedir. Bu durum da, genel olarak hastaların bu hastaneden memnun kaldıklarını göstermektedir.

Hastaların bu hastaneyi başkalarına tavsiye etmeleri ile tekrar tercih etmeleri arasında oransal olarak paralellik izlenmektedir.

Maddi ve manevi imkana sahip olmaları durumunda tercihlerine göre, hastaların % 14.82' inin herhangi bir devlet hastanesini, % 35.2' sinin özel bir hastaneyi, % 6.0'ının üniversite hastanesini, % 0.6'sının S.S.K. nu ve %36.1'inin Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ni tercih edecekleri görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun her türlü maddi ve manevi imkana sahip olmaları durumunda da bu hastaneyi tercih etmeleri dikkat çekmektedir. Genel olarak, hastaların yaklaşık üçte birinin bu hastaneden çok memnun kaldıkları söylenebilir.

4.2. Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Tatminlerine İlişkin Değerlendirme Boyutları:

Hastane hizmetlerine ilişkin hastaların görüşlerini değerlendirebilmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda, hastaların yanıtlarına göre, toplam 10 faktörün hasta görüşlerini ve değerlendirmelerini belirlediği ortaya çıkmıştır. Bunlar sırasıyla; hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlilik, ulaşılabilirlik, yemeklerin Kendisi,

bilgilendirilme, fiziksel koşullar, yemeklerin sunumu, kabul ve gürültü, ziyaretçi politikası.

Araştırma bulguları, araştırmanın 1. Hipotezini desteklemektedir.

4.2.1. Hemşire Davranışı Faktörü

Hastaların hemşire davranış ve tutumları ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan değişkenlerin yer aldığı bu faktörü, "hemşire davranışı faktörü" olarak nitelendirmek mümkündür. Aşağıda verildiği gibi bu faktör, hemşire tutum ve davranışları ile ilgili değişkenleri bir araya getirmektedir.

x29 Hemşirelerin gösterdikleri ilgi, nezaket, güleryüz ve saygı düzeyi	0.78
x31 Hemşirelerin hastaları dinlemeleri ve anlamaları	0.76
x28 Hemşirelerin duygusal ve fiziksel sorunları çözümlenmeleri	0.76
x30 Bir sorun ile karşılaşıldığında hemşirelere ulaşabilme olasılığı	0.72
x25 Hemşirelerin el becerileri ve yetenekleri	0.70
x27 İlk gelişlerinde hemşirelerin karşılayarak oda, yapılacak işlemler, hemşire çağrı sistemi vb. hakkında bilgilendirmeleri	0.69
x33 Hemşirelerin hasta ailesi, refakatçıları ve ziyaretçilerine karşı nezaket ve anlayışı	0.62
x26 Hemşirelerin uygulanan tetkik, ilaçlar, hastalık ve tedavi konusunda hastaları ve yakınlarını bilgilendirmeleri	0.57
x32 Hemşirelerin hastalara bakım için ayırdıkları zaman miktarı	0.46
x78 Çalışanların yardımseverliği ve hastaların güven içerisinde olmalarını hissettirecek şekilde davranmaları	0.44

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 32.2

Cronbach's alpha= 0.92

4.2.2. Doktor Davranışı Faktörü

Hastane hizmetlerine ilişkin, hastaların doktor davranışı ve tutumları ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan değişkenlerin yer aldığı bu faktörü, "doktor davranışı faktörü" olarak nitelendirmek mümkündür. Aşağıda verildiği gibi, bu faktör doktor tutum ve davranışları ile ilgili değişkenleri bir araya getirmektedir.

x38 Doktorların hastaları dinlemeleri ve anlamaları	0.75
x39 Doktorların gösterdikleri nezaket ve saygı düzeyi	0.74
x40 Doktorların bakım gereği hastalara ayırdıkları zaman miktarı	0.72
x37 Doktorların uygulanan tetkik, ilaçlar, hastalık ve tedavi hakkında hastaları yeterli derecede bilgilendirmeleri	0.70
x36 Doktorların hastaları ayrıntılı olarak dikkatlice muayene etmesi	0.69
x42 Doktorların hastaların geçmişteki tıbbi sorunlara ilgisi, dikkati	0.62
x43 Doktorların tedavi konusundaki becerileri ve hastaların doktora olan güveni	0.60

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 6.1

Cronbach's alpha= 0.90

4.2.3. Temizlik ve Teknik Yeterlik Faktörü

Hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde, hastanenin yatak takımları, oda, tuvalet, genel temizlik ile sakinliğini ve modern teçhizat ve teknolojisini değerlendirmelerini kapsayan değişkenlerin yer aldığı bu faktör, "temizlik ve teknik yeterlik faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Aşağıda görüleceği gibi bu faktör, temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değişkenleri bir araya getirmektedir.

x73 Hastanenin genel temizliği	0.73
x59 Yatak takımlarının temizliği	0.71
x58 Odanın temizlik ve düzeni	0.65
x74 Hastane tuvaletleri ve banyonun genel olarak temizliği	0.65
x71 Hasta genelinin gürültüsüz olma durumu	0.52
x66 Hastanenin modern teçhizat ve teknolojisi	0.51
x60 Oda temizlik ve düzeninin hastaları rahatsız etmeden uygun zamanda sağlanması	0.48
x79 Hastanede kalınan süreden genel olarak memnuniyet	0.43
x77 Kişisel eşyalara gizlilik ve güvenlik sağlanması	0.43

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 5.4

Cronbach's alpha= 0.82

4.2.4. Ulaşılabilirlik Faktörü

Hastaların bekleme süresi, hizmetlerden kolaylıkla ve çabuk yararlanma ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan değişkenlerin yer aldığı bu faktör, "ulaşılabilirlik faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Bu faktör aşağıda verildiği gibi, hizmetlere ulaşılabilirlik ile ilgili değişkenleri bir araya getirmektedir.

x11 Muayene olabilmek için geçen bekleme süresi	0.81
x12 Hastaların laboratuvar ve röntgen hizmetlerinden kolaylıkla yararlanması	0.72
x10 Kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi	0.68
x13 Hastaların tetkik sonuçlarını doktoruna gösterebilme kolaylığı	0.65

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)=4.4

Cronbach's alpha= 0.81

4.2.5. Yemeklerin Kendisi Faktörü

Hastaların yemeklerin lezzeti, görünüşü ve çeşitlerine ilişkin değerlendirmelerini kapsayan değişkenlerin yer aldığı bu faktör, "yemeklerin kendisi faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Bu faktör aşağıda görüleceği üzere, hastanede verilen yemeklere ilişkin değişkenleri bir araya getirmektedir.

x53 Yemeklerin lezzeti (sıcaklı-soğukluk, kokusu, tadı)	0.81
x54 Yemek çeşitleri	0.79
x52 Yemeklerin görünüşü	0.73

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 3.5

Cronbach's alpha= 0.86

4.2.6. Bilgilendirilme Faktörü

Hastaların hizmetlerden yararlanma sürecinde, tıbbi personel tarafından tetkik, tedavi işlemleri ve bekleme süresi hakkında düşünce ve değerlendirmelerini kapsayan bu faktör, "bilgilendirilme faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Aşağıda gösterildiği gibi bu faktör, hastaların bilgilendirilmesi ile ilgili değişkenleri bir araya getirmektedir.

x17 Doktor yada hemşire tarafından, tetkik ve tedavi işlemleri hakkında hastaların bilgilendirilmeleri	0.76
x18 Acil bölümde bekledikleri sürece, hastaların bekleme sebeplerinden haberdar edilmeleri	0.75
x41 İhtiyacınız olduğunda doktorunuza ulaşabilme kolaylığı	0.38
Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 2.9	
Cronbach's alpha= 0.73	

4.2.7. Fiziksel koşullar Faktörü

Hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde; kaldıkları odanın ısınması, havalandırılması, ışıklandırılması ve yatağının rahatlığı ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan bu faktör, "fiziksel koşullar" olarak nitelendirilmektedir. Bu faktör, aşağıda verildiği gibi, odadaki rahatlığı içeren fiziksel değişkenleri bir araya getirmektedir.

x61 Odanın hava koşullarına göre ısınması	0.71
x62 Odanın ışıklandırılması ve havalandırılması	0.62
x63 Hasta yatağının rahatlığı	0.61
Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 2.6	
Cronbach's alpha= 0.73	

4.2.8. Yemeklerin sunumu Faktörü

Hastaların yemek sunum saatlerinin uygunluğu, yemek malzemelerinin temizliği, sunum miktarına ilişkin değerlendirmelerini kapsayan bu faktör, "yemeklerin sunumu faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Bu faktör, yemeklerin sunumu ile ilgili değişkenleri aşağıda görüleceği üzere bir araya getirmektedir.

x56 Yemeklerin sunum saatlerinin uygunluğu (geç-erken)	0.71
x57 Yemek malzemelerinin (tepsi, çatal, kaşık vb.) temizliği	0.58
x55 Sunulan yemeklerin doyuruculuğu	0.52
Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 2.4	
Cronbach's alpha= 0.67	

4.2.9. Kabul ve Gürültü Faktörü

Hastaların hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan bu faktör, "kabul ve gürültü faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Bu faktör aşağıda görüleceği gibi, hastaların kabulü ve gürültüye ilişkin değişkenleri bir araya getirmektedir.

x72 Hastanede haşere(böcek, sinek vb.) görülmemesi durumu	0.64
x20 Hastaneye yatış işlemlerinde bekleme süresi ve zamanlama	0.55
x64 Odanın sessizliği	0.55
x22 Hizmet veren personelin işe ilgisi, nezaketi ve yardımseverliği	0.50

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 2.4

Cronbach's alpha= 0.56

4.2.10. Ziyaretçi Politikası Faktörü

Hastaların ziyaret saatlerinin uygunluğu ve yakınlarıyla görüşebilmelerine ilişkin değerlendirmelerini kapsayan bu faktör, "ziyaretçi politikası faktörü" olarak nitelendirilmektedir. Bu faktör aşağıda verildiği üzere, hastaların ziyaret saatlerinin uygunluğu ve gereksinim duyduklarında yakınlarıyla görüşebilme kolaylığı değişkenlerini bir araya getirmektedir.

x68 Ziyaret saatlerinin uygunluğu	0.73
x69 Hastaların gereksinim duyduğunda yakınları ile görüşebilme kolaylığı	0.56

Faktörün açıkladığı varyans yüzdesi (%)= 2.4

Cronbach's alpha= 0.55

Gerçekleştirilen çalışmada bulunan, hastaların almış oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini belirleyen ve etkileyen 10 boyut, hasta tatmini ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda saptanan boyutlarla benzerlik göstermektedir. Örneğin; Meterko ve arkadaşları²⁸⁹, Hall ve Dornan²⁹⁰, Steiber

²⁸⁹ Meterko; Nelson; Rubin, *İbid.*, s. 23.

²⁹⁰ Hall; Dornan, "What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of The Satisfaction Literature", s. 936-937.

ve Krowinski²⁹¹, Jones ve arkadaşları²⁹², Esatoğlu ve Ersoy²⁹³ tarafından yapılan hasta tatmini araştırmaları.

Tablo 4'de, yukarıda belirtilen hasta tatmin araştırmalarından bazıları karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Dört araştırmada da, bulunan faktörlerin büyük benzerlik göstermesi yapılan araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

Tablo 4: Hasta Tatmini Araştırmalarında Belirlenen Değerlendirme Boyutlarının Karşılaştırılması

Bu Çalışma	Hall; Dornan*	Steiber; Krowinski**	Esatoğlu; Ersoy***
Hemşire davranışı	İnsancılık	Doktor bakımı	Doktor davranışı
Doktor Davranışı	Bilgilendirme	Hemşire bakımı	Genel konfor
Temizlik ve teknik yeterlik	Genel kalite	Kurumun temizliği	Hemşire davranışı
Ulaşılabilirlik	Yetenek	Ziyaretçi politikası	Fiziksel koşullar
Yemeklerin kendisi	Bürokrasi	Odanın görünüşü	Ücret
Bilgilendirme	Ulaşılabilirlik	Diğer personel ilgisi	Bürokrasi
Fiziksel koşullar	Maliyet	Kabul ve taburcu	Diğer personel davranışı
Yemeklerin sunumu	Fiziksel koşullar	Park etme	Bilgilendirme
Kabul ve gürültü	Bakım sonucu	Beslenme hizmetleri	Beslenme hizmetleri
Ziyaretçi politikası	Bakımın sürekliliği	Bakım maliyeti	Güven
	Psikososyal sorunlara ilgi		Poliklinik hizmetleri
Meterko; Nelson; Rubin****			Hastane çevresi
			Bekleme süresi
Hemşirelik ve günlük bakım			
Hastane çevresi ve diğer hizmetler			
Tıbbi (doktor) bakımı			
Bilgilendirme			
Kabul İşlemleri			
Taburcu ve maliyet işlemleri			

Bu araştırma sonucunda belirlenen hasta değerlendirme boyutları

(*) Judith A. Hall; Michael C. Dornan, "What Patient Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta- Analysis of The Satisfaction Literature", Soc. Sci. Med., 27 (9), 1988, s.936-937.

(**) Steven R. Steiber; William J. Krowinski, Measuring and Managing Patient Satisfaction, AHA American Hospital Publishing, Inc., 1990, s.13.

(***) Afsun Ezel Esatoğlu; Korkut Ersoy, "Hasta Tatmininin Ölçülmesi", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed. Mithat Çoruh, Haberal eğitim vakfı, 1-2 Kasım 1997, s.65.

(****) M. Meterko; C. Engene Nelson; R. Haya Rubin, "Patient Judgement of Hospital Quality Report of a Pilot Study", Medical Care, September 1990, 28(9), s.23.

²⁹¹ Steiber; Krowinski, İbid., s. 13.

²⁹² Jones; Carnon; Hedley, İbid., s. 235.

²⁹³ Esatoğlu; Ersoy, "Hasta Tatmininin Ölçülmesi", s. 65.

4.3. Hastaların Özellikleri ve Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

4.3.1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların yaş gruplarına göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

	GRYAS						F
	18-30 yaş		31-55 yaş		56- ve üstü		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,67	0,72	2,55	0,75	2,38	0,65	4,25 *
FAKTÖR2	2,24	0,71	2,14	0,67	1,87	0,57	9,60 *
FAKTÖR3	3,20	0,70	3,14	0,67	3,13	0,69	0,34
FAKTÖR4	2,57	0,87	2,49	0,89	2,45	0,89	0,39
FAKTÖR5	2,97	0,83	2,70	0,80	2,43	0,73	11,94 *
FAKTÖR6	2,93	1,06	3,05	0,99	2,58	0,90	3,52 *
FAKTÖR7	2,46	0,69	2,50	0,85	2,31	0,84	1,69
FAKTÖR8	2,53	0,70	2,36	0,70	2,08	0,54	12,98 *
FAKTÖR9	2,72	0,82	2,72	0,75	2,57	0,75	1,32
FAKTÖR10	3,96	1,25	3,94	1,18	3,97	1,23	0,02

* $p < 0.05$

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.67 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.55 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.38 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F = 4.25$; $p = 0.015$) ve yaş grupları itibariyle hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Hemşire davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş

ve farkın 18-30 yaş grubu ile 56 ve üstü yaş grupları arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.a. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.24 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.14 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 1.87 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 9.60$; $p= 0.00$) ve yaş grupları itibariyle hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Doktor davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 18-30 ile 56 ve üstü yaş grubu ve 31-55 ile 56 ve üstü yaş grupları arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.20 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 3.14 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 3.13'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.34$; $p= 0.70$) ve yaş grupları itibariyle hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme

ortalaması 2.57 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.49 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.45'tir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=0.39$; $p= 0.67$) ve yaş grupları itibariyle hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.97 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.70 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.43 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 11.94$; $p= 0.00$) ve yaş grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Yemeklerin kendisi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın tüm yaş gruplarından en az birinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.e. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, 31-55 yaş grubunun diğer yaş gruplarına oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.93 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 3.05 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.58'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 3.52$; $p= 0.03$) ve yaş grupları itibariyle hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Bilgilendirilme bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın

özellikle 31-55 yaş ile 56 ve üstü yaş grupları arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.f. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, 56 ve üstü yaş grubunun diğer yaş gruplarına oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.46 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.50 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.31'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 1.69$; $p= 0.18$) ve yaş grupları itibariyle hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.53 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.36 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.08 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 12.69$; $p= 0.00$) ve yaş grupları itibariyle hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Yemeklerin sunumu bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruptan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 18-30 ile 56 ve üstü yaş grupları ve 31-55 ile 56 ve üstü yaş grupları arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, 56 ve üstü yaş grubunun diğer yaş gruplarına oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı, diğer yaş gruplarının ise benzer

değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.72 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 2.72 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 2.57'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 1.33$; $p= 0.26$) ve yaş grupları itibariyle hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, 31-55 yaş grubunun diğer yaş gruplarına oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Örneğin; 18-30 yaş grubundaki hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.96 iken, bu değer 31-55 yaş grubunda 3.94 ve 56 ve daha üstü yaş grubunda 3.97'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.02$; $p= 0.97$) ve yaş grupları itibariyle hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmelerinin farklı olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 2.j. hipotezini desteklememektedir.

Literatürde, hasta tatmini ile ilgili araştırmalarda "yaş" değişkeninin, diğer demografik değişkenler içerisinde en önemli değişken olduğu ve hasta tatmini ile yaş arasında önemli bir korelasyon bulunduğu izlenmiştir²⁹⁴.

İncelenen araştırmaların pek çoğunun, bu araştırmanın yaşla ilgili bulgularını desteklediği görülmüştür. Literatürdeki araştırmalarda da yaşlı hastaların daha genç hastalara göre, kendilerine verilen sağlık hizmetlerini daha olumlu değerlendirdikleri ve daha fazla tatmin oldukları belirtilmektedir²⁹⁵.

²⁹⁴Lewis, İbid., s.663.

Hall; Dornan, "Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors of Satisfaction With Medical Care: A Meta- Analysis", s.813 ve 815.

²⁹⁵ Joos; Hickam; Borders, İbid., s. 755.

Jones; Canon; Wylie; Hedley, İbid., s.236-238.

Lewis, İbid., s.663.

Hall; Dornan, "Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors Of Satisfaction With Medical Care: A Meta-Analysis", s.814-815.

Williams ve Calnan'da yaş ile tatmin arasında önemli korelasyon olduğunu belirtmişlerdir²⁹⁶.

Jones ve arkadaşları tarafından İngiltere'de yapılan üç ayrı araştırmada da, genç hastaların kendilerine verilen sağlık hizmetlerini, özellikle de doktor hizmetlerini olumsuz değerlendirdikleri bulunmuştur. Genç hastaların, doktorlarını yeterince göremediklerinden, iletişim kuramadıklarından dolayı daha az tatmin oldukları ifade edilmiştir²⁹⁷.

Lewis, 1988 yılında yapmış bir araştırmada, doktorların orta yaşlı hastalar ile daha iyi ilişkiler içerisinde oldukları ve bu durumdan iki tarafın da memnun oldukları sonucunun izlendiğini belirtmiştir. Lewis, incelediği bir başka araştırmada da, yaşlıların kendi bakımlarını daha yakından takip ettiklerini, hastanede kaldıkları süre içerisinde, doktorlar ve diğer hastane personeli ile daha yakından ilişki kurduklarını ve onlara sunulan sağlık hizmetlerinden daha fazla tatmin olduklarını ifade etmiştir²⁹⁸.

Demir ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırmada, yaş ilerledikçe hastaların tatmin düzeyinin yükseldiği belirtilmiştir²⁹⁹. Aynı şekilde, Çelik ve arkadaşlarının araştırmasında da, yaşlı hastalarda tatmin skorları daha yüksek bulunmuştur³⁰⁰. Türköz ve arkadaşlarının araştırmasında da benzer sonuç elde edilmiş olup, yaş arttıkça hastaların tatmin düzeyinin arttığı ifade edilmiştir³⁰¹.

Literatürdeki araştırmaların aksine, Esatoğlu'nun araştırmasında, yaş gruplarına göre, hastaların doktor bakımı, hemşire bakımı, beslenme hizmetleri, bürokratik işlemler, hastanenin fiziksel koşulları ve hastaya verilen güven boyutlarına ilişkin hastane hizmetlerini değerlendirmelerinde, yaşlı

²⁹⁶ Lewis, İbid., s.663.

²⁹⁷ Jones; Carnon; wylie; Hedley, İbid., s. 236-238.

²⁹⁸ Lewis, İbid., s.663.

²⁹⁹ Demir ve d., İbid., s.7.

³⁰⁰ Yusuf Çelik, İsmail Ağırbaş; Mehmet Top, "TCDD Ankara Hastanesinde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler", II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 15-16 Mayıs 1999, s.49.

Yeşim T.Türköz; Aysen Aksoy; Alp K.Perçin, "Hasta tatmininin Sosyodemografik Değişkenler Yönünden İncelenmesi", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed. Mithat Çoruh, 17-18 Ekim 1997,s.37.

hastaların genç hastalara göre daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı bulunmuştur³⁰².

Kardeş tarafından yapılan bir başka araştırmada ise, hastaların kaldıkları oda ve hastaneyle ilgili değerlendirmelerinin yaş gruplarına göre değişmediği belirtilmiştir. Bu araştırmada, sadece hasta odalarının ihtiyaç duyulan konforu karşılaması ile yaş grupları arasında ilişki olduğu, genç hastalar daha fazla konfor isterken yaş ilerledikçe bu isteğin azaldığı ifade edilmiştir³⁰³.

Yukarıda belirtildiği üzere, bu araştırmanın yaş ile ilgili bulgularını, literatürdeki araştırmaların pek çoğu desteklemektedir.

4.3.2. Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların cinsiyet durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	Cinsiyet				T
	Erkek		Kadın		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,42	0,67	2,61	0,74	2,35 *
FAKTÖR2	1,99	0,57	2,14	0,73	1,98 *
FAKTÖR3	3,21	0,65	3,10	0,71	1,41
FAKTÖR4	2,45	0,91	2,54	0,86	0,78
FAKTÖR5	2,67	0,79	2,70	0,83	0,30
FAKTÖR6	2,70	0,91	2,99	1,04	1,59
FAKTÖR7	2,40	0,79	2,44	0,82	0,46
FAKTÖR8	2,22	0,63	2,39	0,70	2,27 *
FAKTÖR9	2,67	0,75	2,66	0,79	0,16
FAKTÖR10	3,86	1,24	4,04	1,19	1,34

* p<0.05

³⁰² Esatoğlu, İbid., s.137.

³⁰³ Kardeş, İbid., s.245.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; erkek hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.42 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 2.61'e gerilemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 1.26$; $p=0.26$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T= 2.35$; $p=0.019$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından erkek ve kadın hastaların farklı değerlendirmeler yaptığı ve bu farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.a. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; erkek hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 1.99 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 2.14'e gerilemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F= 11.50$; $p=0.01$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=1.98$; $p=0.04$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından erkek ve kadın hastaların farklı değerlendirmeler yaptığı ve bu farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Erkek hastaların temizlik ve teknik

yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalamaları 3.21 iken, kadın hastaların 3.10'dur. Gruplar arasındaki bu farklılığın anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=1.33$; $p=0.24$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($T=1.41$; $p=0.16$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından erkek ve kadın hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($P>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, kadınlara oranla erkeklerin daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Erkek hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.45 iken, kadınların ortalaması 2.54'tür. Farklılığın anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.75$; $p=0.38$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($T=0.78$; $p=0.43$) bulunmuştur. Buna göre, hizmete ulaşılabilirlik bakımından kadın ve erkek hastalar arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, kadın hastalara oranla erkek hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Erkek hastaların ortalaması 2.67 iken, kadın hastaların ortalaması 2.70'dir. Gruplar arasındaki farklılığın anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.70$; $p=0.40$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastalar arasında izlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı

olmadığı ($T=0.30$; $p=0.76$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından kadın ve erkek hastalar arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; erkek hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.70 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 2.99'a gerilemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F= 2.66$; $p=0.10$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.89$; $p=0.06$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından erkek ve kadın hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Erkek hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.40 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 2.44'e gerilemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.09$; $p=0,76$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.48$; $p=0,62$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından erkek ve kadın hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; erkek hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.22 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 2.39'a gerilemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.90$; $p=0.34$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.27$; $p=0.02$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından erkek ve kadın hastaların farklı değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Örneğin; erkek hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.67 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 2.66'ya ilerlemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.08$; $p=0.77$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.18$; $p=0.85$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından erkek ve kadın hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Erkek hastaların ziyaretçi politikası

ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.86 iken, bu değer kadın hastalar grubunda 4.04'e gerilemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 1.66$; $p=0.19$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, erkek ve kadın hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.34$; $p=0,18$) bulunmuştur. Buna göre, ziyaretçi politikası bakımından erkek ve kadın hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 3.j. hipotezini desteklememektedir.

Yapılan literatür incelemesinde, cinsiyet ile ilgili çelişkili sonuçlarla karşılaşılmıştır. Lewis, tutarlı olarak, cinsiyetin tatmin ile ilişkili görünmediğini; ancak, İngiltere'de yapılan çeşitli araştırmalarda kadınların erkeklerden daha az, Amerika'da yapılan çeşitli araştırmalarda ise kadınların erkeklerden daha fazla tatmin oldukları ile ilgili sonuçlar bulunduğunu belirtmiştir³⁰⁴.

John, kendi düşünceleri doğrultusunda, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için isteyerek kurum seçimi yapan kadın hastaların, hastanede kalmaktan daha fazla tatmin oldukları, yönlendirici doktor davranışı ile karşılaşan erkek hastaların da bakım kalitesinden daha fazla tatmin oldukları sonuçlarıyla karşılaştığını ifade etmiştir³⁰⁵.

Jones ve arkadaşlarının incelediği, İngiltere'de yapılmış üç araştırmadan birincisinde, hastaların tatminlerinde cinsiyetlerine göre fark olmadığı; ikincisinde ve üçüncüsünde, kadınların daha fazla tatmin olduğu izlenmiştir. Üçüncü araştırmada tatmin olan hastaların, sağlık kliniklerini yeniden ziyaretlerinde, fazlasıyla endişeli oldukları halde, sağlık personeline kendi sorunlarıyla ilgili daha az soru sordukları ve daha az güven duydukları ifade edilmiştir³⁰⁶.

³⁰⁴ Lewis, İbid., s. 663.

³⁰⁵ Joby John, "Referent Opinion and Health Care Satisfaction", *Journal of Health Care Marketing*, Summer 1994, 14(2), s.28.

³⁰⁶ Jones; Carnon; Wylie; Hedley, İbid., s.236-238.

Esatoğlu'nun araştırmasında ise, hastaların hastane hizmetleri ile ilgili tatminlerinde cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan fark bulunmadığı izlenmiřtir³⁰⁷.

Trkz ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırmada, erkek hastaların kendilerine gösterilen ilgi ve nezaket ile ilgili tatmin düzeyi, kadın hastaların tatmin düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Doktor bakımı, hemşire bakımı, beslenme hizmetleri, resepsiyon hizmetleri, teknik hizmetler gibi diğer hizmetler yönünden cinsiyet bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıřtır³⁰⁸.

Hall ve Dornan, inceledikleri dört çalışmada kadınların, beş çalışmada erkeklerin daha fazla tatmin olduklarını, sekiz çalışmada da cinsiyete göre fark olmadığını bulmuşlardır. Onlar, Amerika'daki araştırmalarında, siyah ırktan ve İspanyol erkek hastaların, kadınlardan daha fazla tatmin olduklarını belirtmişlerdir. Beyaz ırkta ise sonuçların değiştiğini ifade etmiřlerdir³⁰⁹.

Araştırmalardaki çelişkili sonuçlar, kültürel farklılıkların yada ırkların da hastaların tatmini üzerinde etkili olduğu düşüncesiyle aıklanmaktadır³¹⁰.

4.3.3. Hastaların İkamet Durumuna Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların ikamet durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 7'de sunulmuştur.

³⁰⁷ Esatoğlu, İbid., s. 132-133.

³⁰⁸ Trkz; Aksoy; Perçin, İbid., s.36.

³⁰⁹ Hall; Dornan, "Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors Of Satisfaction With Medical Care: A Meta-Analysis", s.813-814.

³¹⁰ Lewis, İbid., s.664.

Tablo 7: Hastaların İkamet Durumuna Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

	GRİKAMET				T
	İstanbul Anadolu		Diğer		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,55	0,74	2,41	0,63	1.51
FAKTÖR2	2,10	0,67	1,99	0,66	1.31
FAKTÖR3	3,18	0,67	3,06	0,73	1.30
FAKTÖR4	2,55	0,90	2,34	0,79	1.68
FAKTÖR5	2,72	0,81	2,56	0,82	1.46
FAKTÖR6	2,88	1,03	2,86	0,91	0.08
FAKTÖR7	2,44	0,81	2,35	0,78	0.84
FAKTÖR8	2,35	0,69	2,18	0,60	1.90
FAKTÖR9	2,65	0,78	2,71	0,73	0.53
FAKTÖR10	3,99	1,21	3,85	1,25	0.84

$p>0.05$

Hastaların ikamet durumuna göre, hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde (İstanbul Anadolu yakası dışında; İstanbul Avrupa yakası + İstanbul dışı) ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.55 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.41'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 2.78$; $p=0.09$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.51$; $p=0.13$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($P>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer yerlerde ikamet eden hastaların İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.10 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 1.99'dur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.23$; $p=0.63$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakası ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.31$; $p=0.19$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.18 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 3.06'dır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.14$; $p=0.70$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.30$; $p=0.19$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların

değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.55 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.34'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=3.08$; $p=0.08$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.68$; $p=0.09$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.72 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.56'dır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.15$; $p=0.69$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.46$; $p=0.14$) bulunmuştur.

Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.88 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.86'dır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.67$; $p=0.41$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.08$; $p=0.93$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.44 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.35'tir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 1.05$; $p=0.30$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri

arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.84$; $p=0.39$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.35 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.18'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 1.42$; $p=0.23$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.90$; $p=0.058$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.65 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 2.71'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu

($F= 1.30$; $p=0.25$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.53$; $p=0.59$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ikamet durumuna göre ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların diğer yerlerde ikamet eden hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.99 iken, bu değer diğer yerlerde ikamet eden hastalar grubunda 3.85'tir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F= 0.56$; $p=0.45$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.84$; $p=0.40$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından İstanbul Anadolu yakasında ve diğer yerlerde ikamet eden hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 4.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.4. Hastaların Gelir Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların gelir durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: Hastaların Gelir Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	GRGELİR						F
	75 milyon ve altı		76-150 milyon		151 milyon ve üstü		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,24	0,57	2,64	0,68	2,70	0,82	10.98 *
FAKTÖR2	1,94	0,61	2,08	0,58	2,20	0,78	3.10 *
FAKTÖR3	2,99	0,64	3,21	0,68	3,29	0,71	4.21 *
FAKTÖR4	2,32	0,89	2,58	0,89	2,61	0,91	2.27
FAKTÖR5	2,47	0,75	2,76	0,87	2,82	0,83	4.21 *
FAKTÖR6	2,54	0,87	2,89	0,98	3,04	1,09	2.76
FAKTÖR7	2,21	0,85	2,41	0,74	2,59	0,83	4.39 *
FAKTÖR8	2,17	0,56	2,28	0,69	2,55	0,68	6.59 *
FAKTÖR9	2,47	0,71	2,66	0,82	2,68	0,70	2.08
FAKTÖR10	3,98	1,33	4,01	1,18	3,79	1,16	0.69

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.24 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.64 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.70 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 10.98$; $p= 0.00$) ve gelir grupları itibarıyla hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Hemşire davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 75 milyon ve altı ile 76-150 milyon ve 75 milyon ve altı ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.a. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 1.94 iken, bu

değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.08 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.20 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 3.10$; $p= 0.04$) ve gelir grupları itibariyle hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Doktor davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 75 milyon ve altı ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.99 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 3.21 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 3.29 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 4.21$; $p= 0.01$) ve gelir grupları itibariyle hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Temizlik ve teknik yeterlik bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 75 milyon ve altı ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.c. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.32 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.58 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.61 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan

anlamli olup olmadigini belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.27$; $p= 0.10$) ve gelir grupları itibariyle hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.47 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.76 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.82'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 4.21$; $p= 0.01$) ve gelir grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Yemeklerin kendisi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruptan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 75 milyon ve altı ile 76-150 milyon arası ve 75 milyon ve altı ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.e. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.54 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.89 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 3.04' tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.76$; $p= 0.06$) ve gelir grupları itibariyle hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.21 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.41 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.59'dur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 4.39$; $p= 0.01$) ve gelir grupları itibariyle hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Fiziksel koşullar bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 75 milyon ve altı ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.g. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.17 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.28 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.55'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 6.59$; $p= 0.02$) ve gelir grupları itibariyle hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Yemeklerin sunumu bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle 75 milyon ve altı ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından ve 76-150 milyon ile 151 milyon ve üstü gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, gelir düzeyi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir

özelliik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.47 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 2.66 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 2.68'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.08$; $p= 0.12$) ve gelir grupları itibariyle hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, 151 milyon ve üstü gelir grubunun diğer gruplara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; 75 milyon ve altı gelir grubundaki hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.98 iken, bu değer 76-150 milyon gelir grubunda 4.01 ve 151 milyon ve üstü gelir grubunda ise 3.79'dur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.69$; $p= 0.50$) ve gelir grupları itibariyle hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 5.j. hipotezini desteklememektedir.

Esatoğlu tarafından yapılan bir araştırmada da, genel olarak, gelir düzeyi yüksek hastaların gelir düzeyi düşük hastalardan, hastane hizmet boyutlarını daha olumsuz değerlendirdiklerinin bulunması araştırma bulgularını desteklemektedir³¹¹. Hall ve Dornan'ın, gelir ile hasta tatmini arasında önemli bir ilişki olmadığını belirtmeleri ise, yapılan araştırma sonucu ile çeliřmektedir³¹².

Gelir düzeyi yüksek hastaların, hastaneden daha iyi, kaliteli hizmet beklentisi içerisinde oldukları ve sonuç olarak beklenti düzeylerinin altında hizmet aldıklarında da tatmin olmadıkları söylenebilir. Daha yüksek maliyetli

³¹¹ Esatoğlu, İbid., s. 157.

³¹² Hall; Dornan, "Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors Of Satisfaction With Medical Care: A Meta- Analysis", s.817.

hizmeti karşılayabilecek durumda olmaları, belediklerini bulamamaları, hizmetleri olumsuz değerlendirmelerine neden olmaktadır.

4.3.5. Hastaların Daha Önce Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH)'nden Yararlanma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların daha önce HNEAH'nden yararlanma durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9: Hastaların Daha Önce HNEAH'nden Yararlanma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

	ÖNCE DEN YARARLANMA DURUMU				T
	yararlanmış		Yararlanmamış		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,64	0,80	2,40	0,60	2.98 *
FAKTÖR2	2,15	0,72	2,00	0,59	2.05 *
FAKTÖR3	3,26	0,67	3,06	0,69	2.53 *
FAKTÖR4	2,56	0,95	2,43	0,78	1.29
FAKTÖR5	2,74	0,85	2,64	0,77	1.12
FAKTÖR6	3,00	1,11	2,74	0,86	1.75
FAKTÖR7	2,46	0,81	2,38	0,80	0.91
FAKTÖR8	2,35	0,70	2,28	0,64	0.86
FAKTÖR9	2,70	0,81	2,64	0,73	0.73
FAKTÖR10	3,93	1,24	4,00	1,18	0.51

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.64 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan hastalar grubunda 2.40 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı (F=15.87;

$p=0.00$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.98$; $p=0.03$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.a. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.15 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan hastalar grubunda 2.00'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=4.54$; $p=0.03$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.05$; $p=0.04$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.26 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan hastalar grubunda 3.06'ya ilerlemektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği

Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.38$; $p=0.53$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.53$; $p=0.01$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.c. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.56 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan hastalar grubunda 2.43'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=5.38$; $p=0.02$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.29$; $p=0.19$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEA Hastanesi'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.74 iken, bu değer bu hastaneden daha önce yararlanmayan hastalar grubunda 2.64'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek

için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.60$; $p=0.43$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.12$; $p=0.26$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların bilgilendirilme faktörü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.00 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan hastalar grubunda 2.74'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=11.56$; $p=0.001$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.75$; $p=0.08$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.46 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan

hastalar grubunda 2.38 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.78$; $p=0.37$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.91$; $p=0.36$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.35 iken, bu değer bu hastaneden daha önce yararlanmayan hastalar grubunda ise 2.28 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=1.12$; $p=0.29$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.86$; $p=0.30$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili

değerlendirme ortalaması 2.70 iken, bu değer bu hastaneden daha önce yararlanmayan hastalar grubunda 2.64'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.33$; $p=0.12$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.73$; $p=0.46$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer faktörlerle ilgili değerlendirmelerin aksine, daha önce HNEAH'nden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Bu hastaneden daha önce yararlanan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.93 iken, bu değer bu hastaneden yararlanmayan hastalar grubunda 4.00 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.70$; $p=0.40$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.51$; $p=0.60$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından bu hastaneden daha önce yararlanan ve yararlanmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 6.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.6. Oda Durumuna Göre Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların kaldıkları odadaki kişi durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Oda Durumuna Göre Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

	ODA TÜRÜ						F
	özel oda		2-3 kişilik oda		4 ve daha fazla kişilik oda		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,32	0,58	2,53	0,73	2,54	0,71	0.83
FAKTÖR2	1,83	0,58	2,08	0,64	2,10	0,71	1.46
FAKTÖR3	2,88	0,68	3,21	0,66	3,11	0,72	2.25
FAKTÖR4	2,56	1,22	2,54	0,89	2,43	0,83	0.48
FAKTÖR5	2,76	0,85	2,70	0,77	2,64	0,88	0.26
FAKTÖR6	2,72	1,04	2,88	1,01	2,87	1,00	0.07
FAKTÖR7	2,35	0,57	2,46	0,83	2,37	0,80	0.50
FAKTÖR8	2,76	0,59	2,31	0,66	2,25	0,68	4.62 *
FAKTÖR9	2,54	0,73	2,63	0,79	2,75	0,75	1.09
FAKTÖR10	3,89	1,18	3,97	1,18	3,94	1,28	0.06

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, odadaki kişi sayısı arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; özel (tek kişilik) odada yatan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.32 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.53 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.54 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F=0.83; p= 0.44) ve oda grupları itibariyle hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı söylenebilir (p>0.05). Bu bulgular, araştırmamızın 7.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, odadaki kişi sayısı arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz

bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 1.83 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.08 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.10 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=1.46$; $p= 0.23$) ve oda grupları itibariyle hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, özel odada yatan hasta gruplarının diğer oda gruplarına oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; özel (tek kişilik) odada yatan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.88 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 3.21 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 3.11 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=2.25$; $p= 0.11$) ve oda grupları itibariyle hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, odadaki kişi sayısı arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.56 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.54 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.43 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=0.48$; $p= 0.62$) ve oda grupları itibariyle hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinin benzer

olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, odadaki kişi sayısı arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.76 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.70 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.64 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=0.26$; $p= 0.77$) ve oda grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, özel odada yatan hastaların diğer odalarda yatan hasta gruplarına oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.72 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.88 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.87 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=0.07$; $p= 0.93$) ve oda grupları itibariyle hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, özel odada yatan hastaların diğer odalarda yatan hasta gruplarına oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.35 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.46 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.37 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup

olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=0.50$; $p= 0.61$) ve oda grupları itibariyle hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, odadaki kişi sayısı arttıkça değerlendirmelerin daha olumlu bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.76 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.31 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.25 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=4.62$; $p= 0.01$) ve oda grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Yemeklerin sunumu bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruptan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle özel oda grubu ile 4 ve daha fazla kişilik oda grubu arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, odadaki kişi sayısı azaldıkça hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.54 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 2.63 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 2.75 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=1.09$; $p= 0.34$) ve oda grupları itibariyle hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, özel odada yatan hastaların diğer odalarda yatan hasta gruplarına oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; özel odada yatan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.89 iken, bu değer 2-3 kişilik odada yatan hastalar grubunda 3.97 ve 4 ve daha fazla kişilik odada yatan hastalar grubunda ise 3.94 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=0.06$; $p= 0.94$) ve oda grupları itibariyle hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 7.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.7. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların medeni durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	MEDENİ DURUM				T
	Bekar+dul+bos		evli		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,55	0,70	2,51	0,73	0.47
FAKTÖR2	2,10	0,70	2,06	0,65	0.59
FAKTÖR3	3,20	0,70	3,13	0,68	0.84
FAKTÖR4	2,50	0,85	2,50	0,90	0.02
FAKTÖR5	2,86	0,86	2,59	0,77	2.87 *
FAKTÖR6	2,87	0,92	2,87	1,04	0.01
FAKTÖR7	2,43	0,71	2,41	0,85	0.26
FAKTÖR8	2,44	0,72	2,25	0,63	2.32 *
FAKTÖR9	2,69	0,76	2,66	0,78	0.33
FAKTÖR10	4,03	1,22	3,92	1,22	0.76

* $p<0.05$

Hastaların medeni durumlarına göre, hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar,dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Evli hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.51 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 2.55'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.11$; $p=0.73$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.47$; $p=0.63$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar,dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Evli hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.06 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 2.10'a gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.06$; $p=0.15$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.59$; $p=0.55$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar,dul ve

boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Evli hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.13 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 3.20'ye gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.21$; $p=0.64$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.84$; $p=0.40$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından evli ve diğer hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli ve diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastaların benzer şekilde değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Evli hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.50 iken, bu değer diğer hastalar grubunda da 2.50'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=1.33$; $p=0.24$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.02$; $p=0.98$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından evli ve diğer hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Evli hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme

ortalaması 2.59 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 2.86'ya gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.53$; $p=0.24$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.87$; $p=0.004$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.e. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli ve diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Evli hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.87 iken, bu değer diğer hastalar grubunda da 2.87'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=3.05$; $p=0.08$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.01$; $p=0.98$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirme bakımından evli ve diğer hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Evli hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.41 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 2.43'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce

grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.35$; $p=0.12$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.26$; $p=0.79$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Evli hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.25 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 2.44'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=4.44$; $p=0.03$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.32$; $p=0.02$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Evli hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.66 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 2.69'a gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.007$; $p=0.93$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen

bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.33$; $p=0.73$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre, ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, evli hastaların diğer (bekar, dul ve boşanmış) hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Evli hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.92 iken, bu değer diğer hastalar grubunda 4.03'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.31$; $p=0.57$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, evli ve diğer hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.76$; $p=0.44$) bulunmuştur. Buna göre, ziyaretçi politikası bakımından evli ve diğer hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 8.j. hipotezini desteklememektedir.

Hall ve Dornan'ın literatür araştırmalarında, evli hastaların diğer gruplara göre daha fazla tatmin olduklarının izlendiğini belirtmeleri³¹³; Rashid ve arkadaşlarının, hastaların medeni durumlarının tatminlerini etkilediğini ve evli hastaların daha fazla tatmin olduğunu³¹⁴ ifade etmeleri; Esatoğlu'nun araştırmada da, genel olarak, hastane hizmetlerini bekar hastaların, diğer hastalardan daha olumsuz değerlendirdiklerinin bulunması³¹⁵ da araştırma bulgularını desteklemektedir.

Aile kurumu, toplum tarafından desteklenir ve istenir. Bu kuruma giremeyenlere toplum tarafından olumsuz davranılmakta ve destek sağlanmamaktadır. Bekar, dul yada boşanmış bireylerin, sürekli yalnızlık

Hall; Dornan, "Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors Of Satisfaction With Medical Care: A Meta-Analysis", s.814.

³¹⁴ Lewis, İbid., s.663.

³¹⁵ Esatoğlu, İbid., s.146-147.

çektikleri, daha fazla ilgi ve sevgiye ihtiyaçları olduğu varsayılmaktadır. Evli olmayan ve toplumsal zorlamalardan bıkan insanlar, genellikle daha sorunludur. Doğan, ruhsal bozukluklara yakalanma olasılığı sıralamasını yüksekten düşüğe doğru dullar ve boşanmışlar, bekarlar ve evliler olarak belirtmektedir³¹⁶. Hastaneye yatarak yakınlarından daha da uzaklaşan bekar, dul ve boşanmış hastaların hastane hizmetlerini evlilerden daha olumsuz değerlendirmeleri, onlarla ilgili genel düşünce yapısına uygun olarak kabul edilebilir.

4.3.8. Hastaların Kaldıkları Servise Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların kaldıkları servis durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 12' de sunulmuştur.

Tablo 12: Hastaların Kaldıkları Servise Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	GRSERVIS				T
	Cerrahi		Dahiliye		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,52	0,71	2,53	0,74	0.10
FAKTÖR2	2,07	0,68	2,07	0,64	0.02
FAKTÖR3	3,10	0,71	3,25	0,63	1.86
FAKTÖR4	2,52	0,87	2,47	0,90	0.41
FAKTÖR5	2,67	0,84	2,71	0,77	0.48
FAKTÖR6	2,76	0,96	3,06	1,05	1.93
FAKTÖR7	2,39	0,85	2,46	0,72	0.78
FAKTÖR8	2,33	0,71	2,28	0,59	0.70
FAKTÖR9	2,56	0,75	2,84	0,78	3.17 *
FAKTÖR10	3,97	1,27	3,94	1,11	0.18

*p<0.05

Hastaların yattıkları servise göre, hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme

³¹⁶ Esatoğlu, İbid., s.149.

yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.52 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 2.53'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.62$; $p=0.42$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.10$; $p=0.92$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların benzer bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.07 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda da 2.07'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.05$; $p=0.81$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.02$; $p=0.98$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme

yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.10 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 3.25'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.92$; $p=0.08$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.86$; $p=0.06$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.52 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 2.47'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.09$; $p=0.76$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.41$; $p=0.68$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme

yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.67 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 2.71'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.009$; $p=0.92$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.48$; $p=0.62$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.76 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 3.06'dır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=3.68$; $p=0.056$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($T=1.93$; $p=0.054$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın benzer olduğu söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme yaptığı izlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili

değerlendirme ortalaması 2.39 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 2.46'ya gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.61$; $p=0.10$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.78$; $p=0.43$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.33 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 2.28'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=3.08$; $p=0.08$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.70$; $p=0.48$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumlu bir değerlendirme

yaptığı gözlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.56 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 2.84'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.47$; $p=0.49$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=3.17$; $p=0.002$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.i. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yattıkları servise göre, ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara oranla daha olumsuz bir değerlendirme yaptığı gözlenmektedir. Cerrahi servislerde yatan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.97 iken, bu değer dahiliye servislerinde yatan hastalar grubunda ise 3.94'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=3.90$; $p=0.04$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.18$; $p=0.85$) bulunmuştur. Buna göre, ziyaretçi politikası bakımından cerrahi ve dahiliye servislerinde yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 9.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.9. Hastaların Daha Önce Başka Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların daha önce başka hastaneye yatma durumlarına göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13: Hastaların Daha Önce Başka Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

	BAŞKA BİR HASTANE YATMA DURUMU				T
	Yatmayan		Yatan		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,52	0,75	2,52	0,68	0.10
FAKTÖR2	2,05	0,66	2,09	0,67	0.46
FAKTÖR3	3,08	0,69	3,23	0,67	1.85
FAKTÖR4	2,47	0,84	2,53	0,92	0.57
FAKTÖR5	2,74	0,81	2,63	0,81	1.20
FAKTÖR6	2,85	0,92	2,90	1,08	0.30
FAKTÖR7	2,33	0,79	2,51	0,81	2.04 *
FAKTÖR8	2,38	0,73	2,24	0,59	1.92
FAKTÖR9	2,59	0,76	2,74	0,78	1.75
FAKTÖR10	3,98	1,24	3,94	1,19	0.28

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalarla yatan hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.52 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda da 2.52'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu (F=0.36; p=0.49) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı (T=0.10; p=0.92) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların

değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.05 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda da 2.09'dur. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.06$; $p=0.80$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.46$; $p=0.64$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.08 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda ise 3.23'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.23$; $p=0.63$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.85$; $p=0.06$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından başka

hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.47 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda da 2.53'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.50$; $p=0.47$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.57$; $p=0.56$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı, benzer olduğu söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.74 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda 2.63'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.05$; $p=0.81$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.20$; $p=0.23$) bulunmuştur.

Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.85 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda 2.90' a gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=4.39$; $p=0.03$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.30$; $p=0.76$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.33 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda 2.51'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.96$; $p=0.32$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.04$; $p=0.04$) bulunmuştur.

Buna göre, fiziksel koşullar bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p < 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.g. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.38 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda 2.24'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=8.04$; $p=0.005$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.92$; $p=0.055$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p > 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.59 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda 2.74'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.11$; $p=0.74$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.75$; $p=0.08$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan

hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla başka hastaneye yatan hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Başka hastaneye yatmayan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.98 iken, bu değer başka hastaneye yatan hastalar grubunda 2.94'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=1.85$; $p=0.17$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.28$; $p=0.77$) bulunmuştur. Buna göre, ziyaretçi politikası bakımından başka hastaneye yatmayan ve yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 10.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.10. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların eğitim durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

	GREGİTİM								F
	Diploma yok		ilk-orta okul		Lise		Üniversite		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,24	0,60	2,52	0,67	2,73	0,88	2,87	0,81	6.66 *
FAKTÖR2	1,86	0,51	2,07	0,63	2,21	0,70	2,41	0,98	5.15 *
FAKTÖR3	3,08	0,73	3,12	0,66	3,36	0,73	3,30	0,62	2.00
FAKTÖR4	2,47	0,98	2,42	0,83	2,68	0,85	2,89	0,95	2.27
FAKTÖR5	2,46	0,74	2,63	0,77	3,02	0,90	3,12	0,90	6.85 *
FAKTÖR6	2,69	0,83	2,82	1,01	3,21	1,02	3,06	1,21	1.54
FAKTÖR7	2,31	0,86	2,35	0,74	2,79	0,86	2,57	0,84	4.60 *
FAKTÖR8	2,15	0,60	2,23	0,64	2,75	0,69	2,65	0,64	11.12 *
FAKTÖR9	2,75	0,75	2,58	0,77	2,86	0,78	2,75	0,81	1.97
FAKTÖR10	3,75	1,25	4,05	1,22	3,81	1,19	4,00	1,12	1.16

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.24 iken, bu değer ilk ve orta okul mezunu hastalar grubunda 2.52, lise mezunu hastalar grubunda 2.73 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 2.87 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (F= 6.66; p= 0.00) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Hemşirelik davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın diploması olmayan gruplar ile ilk-orta okul, lise ve üniversite mezunu gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir (p<0.05). Bu bulgular, araştırmanın 11.a. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların doktor

davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 1.86 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.07, lise mezunu hastalar grubunda 2.21 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 2.41'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 5.15$; $p= 0.02$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Doktorluk davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruptan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle diploması olmayan gruplar ile lise ve üniversite mezunu gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diploması olmayan hasta gruplarının diğer gruplara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.08 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 3.12, lise mezunu hastalar grubunda 3.36 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 3.30'dur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.00$; $p= 0.11$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı ve önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ilk-orta okul mezunu grubun diğer eğitim düzeyi gruplarına oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.47 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.42, lise mezunu hastalar grubunda 2.68 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 2.89'dur. En olumsuz değerlendirme üniversite mezunu hastalar grubuna aittir. Gruplar

arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.27$; $p= 0.08$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı izlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.46 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.63, lise mezunu hastalar grubunda 3.02 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 3.12'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 6.85$; $p= 0.00$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Yemeklerin kendisi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle diploması olmayan gruplar ile lise ve üniversite mezunu gruplar ve ilk-orta okul mezunu gruplar ile lise ve üniversite mezunu gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.e. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına oranla diploması olmayan hasta gruplarının en olumlu ve lise mezunu hasta gruplarının ise en olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.69 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.82, lise mezunu hastalar grubunda 3.21 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 3.06'dır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı

($F= 1.54$; $p= 0.20$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına oranla diploması olmayan hasta gruplarının en olumlu ve lise mezunu hasta gruplarının en olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.31 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.35, lise mezunu hastalar grubunda 2.79 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 2.57'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 6.85$; $p= 0.0040$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Fiziksel koşullar bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle diploması olmayan gruplar ile lise ve diploması olmayan gruplar ile ilk-orta okul mezunu gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.g. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına oranla diploması olmayan hasta gruplarının en olumlu ve lise mezunu hasta gruplarının en olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin diploması olmayan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.15 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.23, lise mezunu hastalar grubunda 2.75 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 2.65'tir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 11.12$; $p= 0.00$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve

önemli olduğu söylenebilir. Yemeklerin sunumu bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle diploması olmayan gruplar ile lise ve üniversite mezunu gruplar ve ilk-orta okul mezunu gruplar ile lise ve üniversite mezunu gruplar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların hastaneye kabulü ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına oranla ilk-orta okul mezunu hasta gruplarının en olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.75 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 2.58, lise mezunu hastalar grubunda 2.86 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 2.75'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F = 1.97$; $p = 0.11$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p > 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına oranla diploması olmayan hasta gruplarının en olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; diploması olmayan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.75 iken, bu değer ilk - orta okul mezunu hastalar grubunda 4.05, lise mezunu hastalar grubunda 3.81 ve üniversite mezunu hastalar grubunda ise 4.00'dür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F = 1.16$; $p = 0.32$) ve eğitim düzeyi grupları itibariyle hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p > 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 11.j. hipotezini desteklememektedir.

Esatođlu'nun arařtırmasında, eđitim dűzeyi yűksek hastaların hastane hizmetlerini, eđitim dűzeyi dűřűk hastalardan daha olumsuz deđerlendirdikleri belirtilmektedir³¹⁷.

Lewis'in literatűr incelemesinde, eđitimin hasta tatmini ile iliřkili űnemli bir deđerřen olduđu ifade edilmiřtir. Arařtırmaların pek çođunda, eđitim dűzeyi yűksek olan hastaların, eđitim dűzeyi dűřűk olan hastalardan daha az tatmin oldukları bulunmuřtur³¹⁸. Steptoe ve arkadařlarının, kanserli hastalar űzerinde yaptıkları arařtırmada, eđitim dűzeyi ile bilgilendirilme ve tatmin dűzeyi negatif iliřkili olarak belirtilmiřtir. Bir bařka ifadeyle, eđitim dűzeyi yűksek hastaların eđitim dűzeyi dűřűk hastalara gűre, hastalıkları ile ilgili bilgilendirilme dűzeylerinden duydukları tatmin daha az olarak bulunmuřtur³¹⁹.

Tűrkűz ve arkadařlarının arařtırmasında da, eđitim dűzeyi yűkseldike hasta tatmininin azaldıđı belirtilmiřtir³²⁰.

Yukarıda incelenen arařtırma sonuçları, genel olarak yapılan bu arařtırmanın bulgularını desteklemektedir. Eđitim dűzeyi yűkseldike hastaların tatmin dűzeylerinin azalması, eđitim dűzeyi arttıđıca bireylerin beklentilerinin artması, kiřilerarası iliřkilere dikkat etmeleri, sađlıklarını daha fazla űnemsemeleri ile açıklanabilir.

4.3.11. Hastaların Bekleme Durumuna Gűre Hastane Hizmetleri İle İlgili Deđerlendirmeleri

Hastaların bekleme durumuna gűre, hastane hizmetleri ile ilgili deđerlendirmelerini betimleyen faktűrlere iliřkin istatistiksel deđerler Tablo 15'de sunulmuřtur.

³¹⁷ Esatođlu; Ersoy, "Hasta Tatmininin űlűlmesi", s.65-69.

³¹⁸ Lewis, İbid., s.663.

³¹⁹ Lewis, İbid., s.663.

³²⁰ Tűrkűz; Aksoy, Perçin, İbid., s.38.

Tablo 15: Hastaların Bekleme Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	GRBEKSÜR						F
	beklemeyen		1 hafta ve daha az		1 haftadan fazla		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,55	0,72	2,41	0,77	2,54	0,61	1.05
FAKTÖR2	2,13	0,67	1,91	0,64	2,05	0,67	2.86 *
FAKTÖR3	3,17	0,68	3,11	0,74	3,18	0,64	0.23
FAKTÖR4	2,34	0,85	2,78	0,86	2,95	0,83	10.98 *
FAKTÖR5	2,75	0,84	2,47	0,76	2,71	0,72	3.15 *
FAKTÖR6	2,89	1,02	2,69	0,79	2,74	0,98	0.32
FAKTÖR7	2,41	0,77	2,44	0,84	2,41	0,93	0.04
FAKTÖR8	2,37	0,67	2,20	0,70	2,23	0,58	2.05
FAKTÖR9	2,71	0,79	2,52	0,68	2,71	0,81	1.54
FAKTÖR10	4,03	1,16	3,71	1,37	4,00	1,20	1.82

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.55 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.41 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.54 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F= 1.05; p= 0.34) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaşmadığı ve önemli olmadığı söylenebilir (p>0.05). Bu bulgular, araştırmanın 12.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.13 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 1.91 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.05 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan

anamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 1.05$; $p= 0.058$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Doktorluk davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle beklemeyen hasta grupları ile bir hafta ve daha az bekleyen hasta grupları arasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunun daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.17 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 3.11 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 3.18 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.23$; $p= 0.78$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ulaşılabirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, bekleme süresi arttıkça değerlendirmelerin daha olumsuz bir özellik kazandığı gözlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların ulaşılabirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.34 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.78 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.95 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 10.98$; $p= 0.00$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların ulaşılabirlik ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve önemli olduğu söylenebilir. Ulaşılabirlik bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan

kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle beklemeyen hasta grupları ile bir hafta ve daha az bekleyen ve bir haftadan fazla bekleyen hasta grupları arasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.d. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.75 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.47 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.71 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F = 3.15$; $p = 0.04$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı söylenebilir. Yemeklerin kendisi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın; hangi gruptan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle beklemeyen hasta grupları ile bir hafta ve daha az bekleyen hasta grupları arasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.e. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla beklemeyen hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.89 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.69 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.74 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F = 0.32$; $p = 0.72$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p > 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.41 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.44 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.41 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.04$; $p= 0.95$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla beklemeyen hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.37 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.20 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.23 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.05$; $p= 0.12$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.71 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 2.52 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 2.71 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen

farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 1.54$; $p= 0.21$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerinin önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer bekleme süresi gruplarına oranla bir hafta ve daha az bekleyen hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; beklemeyen hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 4.03 iken, bu değer bir hafta ve daha az bekleyen hastalar grubunda 3.71 ve bir haftadan fazla bekleyen hastalar grubunda 4.00 olmaktadır. Gruplar arasında izlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 1.82$; $p= 0.16$) ve bekleme süresi grupları itibariyle hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 12.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.12. Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların sosyal güvence durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16: Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	SOSYAL GÜVENLİK KURUMU								F
	Yok		emekli sandığı		ssk+bagkur		yesil kart		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,69	0,76	2,67	0,68	2,42	0,75	2,41	0,63	3.59 *
FAKTÖR2	2,26	0,74	2,05	0,67	2,01	0,63	2,03	0,61	2.24
FAKTÖR3	3,30	0,73	3,25	0,71	3,09	0,66	3,06	0,66	2.06
FAKTÖR4	2,63	0,93	2,77	0,77	2,46	0,98	2,27	0,73	3.92 *
FAKTÖR5	2,69	0,81	2,68	0,79	2,65	0,79	2,73	0,87	0.13
FAKTÖR6	2,79	0,99	2,92	0,84	2,88	1,10	2,91	0,99	0.14
FAKTÖR7	2,44	0,80	2,58	0,79	2,45	0,90	2,24	0,65	2.38
FAKTÖR8	2,34	0,69	2,30	0,71	2,34	0,69	2,27	0,62	0.21
FAKTÖR9	2,74	0,77	2,58	0,75	2,65	0,77	2,69	0,80	0.53
FAKTÖR10	4,19	1,09	4,03	1,14	3,92	1,29	3,78	1,25	1.52

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla sosyal güvencesi olmayan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.69 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.67, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.42 ve yeşil kartlı hastalar grubunda 2.41 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (F= 3.59; p= 0.01) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve bu farklılığın önemli olduğu söylenebilir. Hemşire davranışı bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle sosyal güvencesi olmayan hasta grupları ile SSK yada Bağkur'lu ve yeşil kartlı hasta grupları arasından kaynaklandığı saptanmıştır (p<0.05). Bu bulgular, araştırmanın 13.a. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla sosyal güvencesi olmayan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir.

Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.26 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.05, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.01 ve yeşil kartlı hastalar grubunda 2.03 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.24$; $p= 0.08$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla sosyal güvencesi olmayan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.30 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 3.25, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 3.09 ve yeşil kartlı hastalar grubunda 3.06 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.06$; $p= 0.10$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla yeşil kartlı hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.63 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.77, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.46 ve yeşil kartlı hastalar grubunda 2.27 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F= 3.92$; $p= 0.009$) ve sosyal

güvence grupları itibariyle hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinin farklılaştığı ve bu farklılığın önemli olduğu söylenebilir. Ulaşılabilirlik bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bu farkın, hangi gruplardan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelenmiş ve farkın özellikle Emekli Sandığı'na bağlı hasta grupları ile yeşil kartlı hasta grupları arasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.d. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla yeşil kartlı hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.69 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.68, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.65 ve yeşil kartlı hastalar grubunda 2.73 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F = 0.13$; $p = 0.93$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p > 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla sosyal güvencesi olmayan hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.79 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.92, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.88 ve yeşil kartlı hastalar grubunda 2.91 olmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F = 0.14$; $p = 0.93$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla yeşil kartlı hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.44 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.58, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.45 ve yeşil kartlı hastalar grubunda ise 2.24'tür. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 2.38$; $p= 0.07$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla yeşil kartlı hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.34 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.30, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.34 ve yeşil kartlı hastalar grubunda ise 2.27dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.21$; $p= 0.88$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla Emekli Sandığı'na bağlı hastaların daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.74 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 2.58, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 2.65 ve yeşil kartlı hastalar grubunda ise 2.69'dur. Gruplar arasında gözlenen bu

farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 0.53$; $p= 0.65$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, diğer sosyal güvence gruplarına oranla yeşil kartlı hastalar daha olumlu değerlendirmeler yaparken sosyal güvencesi olmayan hastaların daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir . Örneğin; sosyal güvencesi olmayan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 4.19 iken, bu değer Emekli Sandığı'na bağlı hastalar grubunda 4.03, SSK yada Bağkur'a bağlı hastalar grubunda 3.92 ve yeşil kartlı hastalar grubunda ise 3.78'dir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinde, gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F= 1.52$; $p= 0.20$) ve sosyal güvence grupları itibariyle hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılığın benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 13.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.13. Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların ameliyat olma durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17: Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	Ameliyat Olma Durumu				T
	Evet		Hayır		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,48	0,71	2,56	0,72	0.93
FAKTÖR2	2,05	0,71	2,09	0,61	0.52
FAKTÖR3	3,08	0,74	3,23	0,62	1.93
FAKTÖR4	2,57	0,90	2,42	0,86	1.37
FAKTÖR5	2,66	0,85	2,71	0,77	0.47
FAKTÖR6	2,70	0,97	3,06	1,00	2.44 *
FAKTÖR7	2,39	0,86	2,44	0,74	0.58
FAKTÖR8	2,32	0,73	2,31	0,61	0.15
FAKTÖR9	2,56	0,75	2,77	0,78	2.41 *
FAKTÖR10	4,01	1,28	3,90	1,15	0.83

*p<0.05

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.48 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 2.56'ya gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.25$; $p=0.61$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.93$; $p=0.35$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.05 iken, bu değer ameliyat

olmayan hastalar grubunda 2.09' dur. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=1.21$; $p=0.27$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.52$; $p=0.60$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.b. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Ameliyat olan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.08 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 3.23'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=4.93$; $p=0.02$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.93$; $p=0.054$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.57 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 2.42' dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların

istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.41$; $p=0.52$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.37$; $p=0.52$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.d. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.66 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 2.71'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.28$; $p=0.59$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.47$; $p=0.63$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.e. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.70 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 3.06'ya gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi

uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=1.28$; $p=0.25$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.44$; $p=0.01$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.f. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.39 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 2.44'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.96$; $p=0.08$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.58$; $p=0.56$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.32 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 2.31'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=4.40$;

$p=0.03$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.15$; $p=0.88$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.h. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların hastaneye kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.56 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 2.77'ye gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.11$; $p=0.73$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.41$; $p=0.01$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.i. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Ameliyat olan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 4.01 iken, bu değer ameliyat olmayan hastalar grubunda 3.90'dır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.26$; $p=0.13$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, ameliyat olan ve ameliyat olmayan

hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.83$; $p=0.40$) bulunmuştur. Buna göre, ziyaretçi politikası bakımından ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 14.j. hipotezini desteklememektedir.

4.3.14. Hastaların Yatış Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Hastaların yatış durumuna göre, hastane hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini betimleyen faktörlere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18: Hastaların Yatış Durumuna Göre Hastane Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri

	GRYATSEK				T
	Acil		poliklinik		
	Ort.	St. Sapma	Ort.	St. Sapma	
FAKTÖR1	2,58	0,72	2,42	0,69	1.96
FAKTÖR2	2,14	0,68	1,94	0,62	2.59 *
FAKTÖR3	3,18	0,67	3,11	0,72	0.85
FAKTÖR4	2,35	0,86	2,85	0,83	4.52 *
FAKTÖR5	2,76	0,85	2,56	0,74	2.12 *
FAKTÖR6	2,89	1,02	2,73	0,83	0.65
FAKTÖR7	2,43	0,80	2,40	0,82	0.29
FAKTÖR8	2,37	0,68	2,21	0,64	1.99 *
FAKTÖR9	2,72	0,80	2,57	0,71	1.73
FAKTÖR10	4,04	1,14	3,81	1,33	1.57

* $p<0.05$

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.58 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.42'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının

homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.44$; $p=0.50$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.96$; $p=0.056$) bulunmuştur. Buna göre, hemşire davranışı bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.a. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.14 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 1.94'tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.78$; $p=0.37$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.59$; $p=0.01$) bulunmuştur. Buna göre, doktor davranışı bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.b. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 3.18 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 3.11'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen

olduğu ($F=0.45$; $p=0.50$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.85$; $p=0.39$) bulunmuştur. Buna göre, temizlik ve teknik yeterlik bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.c. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumlu değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.35 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.85'e gerilemektedir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.16$; $p=0.68$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=4.52$; $p=0.00$) bulunmuştur. Buna göre, ulaşılabilirlik bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.d. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.76 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.56'dır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.92$; $p=0.33$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve

poliklinikten yatan hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=2.12$; $p=0.03$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin kendisi bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu ileri sürülebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.e. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.89 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.73' tür. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.56$; $p=0.11$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=0.65$; $p=0.51$) bulunmuştur. Buna göre, bilgilendirilme bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.f. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.43 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.40'tır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.10$; $p=0.74$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen

bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=2.29$; $p=0.77$) bulunmuştur. Buna göre, fiziksel koşullar bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.g. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.37 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.21'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=0.67$; $p=0.41$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($T=1.99$; $p=0.04$) bulunmuştur. Buna göre, yemeklerin sunumu bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.h. hipotezini desteklemektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı gözlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirme ortalaması 2.72 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 2.57'dir. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olduğu ($F=2.74$; $p=0.09$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı

($T=1.73$; $p=0.08$) bulunmuştur. Buna göre, kabul ve gürültü bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı ileri sürülebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.i. hipotezini desteklememektedir.

Hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme düzeyleri incelendiğinde, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz değerlendirmeler yaptığı izlenmektedir. Acil bölümden yatan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirme ortalaması 4.04 iken, bu değer poliklinikten yatan hastalar grubunda 3.90'dır. Gruplar arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için T testi uygulanmıştır. T testi uygulanmadan önce grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile araştırılmış ve varyansların homojen olmadığı ($F=10.91$; $p=0.001$) belirlenmiştir. Yapılan T testi sonucunda ise, acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların ziyaretçi politikası ile ilgili değerlendirmeleri arasında gözlenen bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($T=1.57$; $p=0.11$) bulunmuştur. Buna göre, ziyaretçi politikası bakımından acil bölümden ve poliklinikten yatan hastaların değerlendirmeleri arasındaki farklılığın önemli olmadığı söylenebilir ($p>0.05$). Bu bulgular, araştırmanın 15.j. hipotezini desteklememektedir.

4.4. Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri ve Sadakat

4.4.1. Hasta Sadakatı İle İlgili Literatür İncelemesi Bulguları

Rekabetin yoğun yaşandığı günümüzde, hastaların sürekli artan beklentilerini, onlara rakiplerden fazla bir şeyler sunarak karşılamak ve örgüte bağlı hastalar yaratmak gerekliliği ile karşı karşıya kalınmaktadır. Son kullanıcı olan hastaların tatmini ve sadakati de önemli bir pazarlama gerçeği olmasından dolayı, her örgütün sürekli yaşama kabiliyeti için hayattır. Her örgütün hizmet ya da ürününe talep üç mekanizma vasıtasıyla oluşmaktadır. Bunlar³²¹;

- * Geçmişteki müşterilerin tekrar kullanımı,
- * Yeni kullanıcılar için, mevcut kullanıcıların sözlü tavsiyeleri,
- * Pazarlama iletişimleri vasıtasıyla yeni kullanıcıları örgüte çekmek.

Sağlık kuruluşları için son derece önemli olan hasta sadakati, hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirmesi ve hastanenin hizmetlerini potansiyel müşterilere tavsiye etmesi olarak tanımlanabilir³²².

Jefferson'a göre, hasta sadakatini yaratacak mükemmel ve etkili hasta tatmini yönetim sistemi aşağıda belirtilen unsurları içermelidir³²³.

- * Doğru, tekrarlanabilir, yararlı önceliklere dikkat çeken hasta araştırmaları.
- * Kalite güvence mekanizması ile hasta tatmini sorunlarını birbirine monte edebilen kararlı yöneticiler.
- * Tatmin sorunları için şikayetlere ve ilişkilere dikkat etmek.
- * Öncelikli hasta ihtiyaçları ve ilgilerine odaklanma ve evrensel olan davetli ilişkileri çabaları sürdürmek.
- * Hasta tatmini ve sadakati için ölçülebilir amaçlar belirlemek.

Woodside ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, hasta tatmininin, hizmeti yeniden satın alma, aynı hastaneye gelme ve aynı doktoru tercih etme davranışını etkilediği belirtilmiştir. Buna göre kaliteli hizmet, tatmini;

³²¹Trevor A. Fisk; Carmhiel J. Brown; Kathleen Cannizzaro; Barbara Naftal, "Creating Patient Satisfaction and Loyalty", Journal of Health Care Marketing, 10 (2), June 1990, s.5.

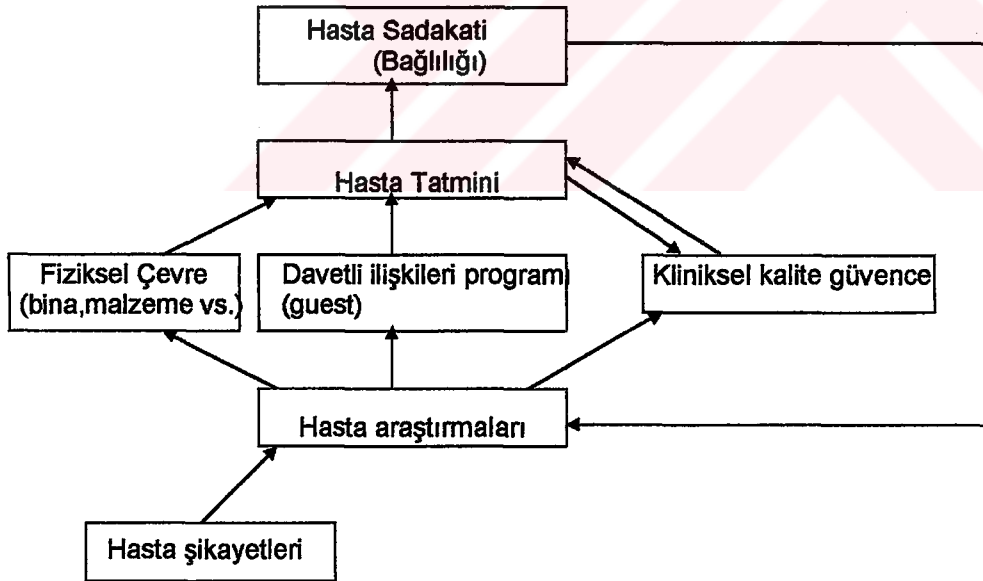
³²² Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", s.83.

³²³ Fisk; Brown; Cannizzaro; Naftal, İbid., s.6.

tatmin de, sadakatı sağlamaktadır³²⁴. Böylece, hizmetin büyük miktarlarda aynı hastalara (sadık hasta) sunulmasıyla faturalama, dağıtım ve reklam giderlerinde azalma görülecektir³²⁵.

Thomas Jefferson'ın araştırmasında ise, yatan hastaların hastane tercihinde en etkili olarak tanımladıkları faktörler; usule uygun doktor bulundurulması, doktor tavsiyesi, geçmişte hastanede kalmak, geçmişte hastaneyi ziyaret etmek, arkadaşların tavsiyesi, pazarlama yolu ile tercih ve bunların hepsini içine alan örgütün itibarı olarak sıralanmaktadır. Jefferson Şekil 15'de görüldüğü gibi, bu faktörleri daha etkili olarak entegre etmek ve sağlık bakım hizmetlerinde hasta tatmininin yönetimi için bir yaklaşım geliştirmiş ve uygulamıştır. Bu yaklaşımın, proaktif davetli ilişkileri yönetimi ve hasta tatminini etkileyen hem fiziksel çevre hem de personel davranışlarını içeren iki temel güce sahiptir. Bu yaklaşım sonucunda, 1986-1989 yılları arasında Thomas Jefferson Üniversite Hastanesinde kabullerin, bölgedeki diğer hastanelere göre %20 arttığı belirtilmiştir³²⁶.

Şekil 15: Jefferson Yaklaşımı



Kaynak: Trevor A. Fisk; Camhiel J. Brown; Kathleen Cannizzaro; Barbara Naftal, "Creating Patient Satisfaction and Loyalty", Journal of Health Care Marketing, 10(2), June 1990, s.6.

³²⁴ Taylor, İbid., s.224.

³²⁵ Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", S.83.

³²⁶ Fisk; Brown; Carnizzaro; Naftal, İbid., s.6.

Amerikan Müşteri İlişkileri Ofisi'ne göre, tatmin olmayan müşterilerin %90'ı ürün ya da hizmeti tekrar satın almayacaktır. Üstelik, tatmin olmayan müşteri hoşnut olmadığı tecrübelerini diğer insanlardan en az dokuzuna söyleyecektir³²⁷. Yani tatmin olmayan müşteriler, tatmin olan müşterilerden daha fazla tatminsizliklerini paylaşmaktadırlar³²⁸.

Tatmin düzeyi yüksek (sadık) hastaların doktorun tavsiyelerine uyma, randevulara sadık kalma, verilen ilaçları kullanma ve doktor- hasta ilişkisini sürdürme eğilimlerinin, tatmin düzeyi düşük (sadık olmayan) hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, hastanın kendisine sunulan sağlık hizmeti ile ilgili tatmin düzeyi arttıkça, tedaviye olan uyumu da artmaktadır. Bu durum hizmetin sonucunu olumlu yönde etkileyebilmektedir³²⁹.

Hastaların gözünde örgüt imajının güçlenmesi; verilen reklamlar, çevreye duyarlılık, vergiler, yardımlar, bağışlar, spora, kültüre katkı konusundaki faaliyetler, örgütün basında yer alması gibi yöntemlerle gerçekleşecektir³³⁰.

Hasta sadakatının diğer bir etkisi de tatmin olan hastaların örgüt ürün yada hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesidir. Gerçekten de yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının, örgütün devamlı hastalarının tavsiyeleri ile elde edildiği araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Artık örgütler sadık hastalarla çalıştıklarında, elde edecekleri kazancı hesaplamaktadırlar. Örneğin, Amerika'da hayatı boyunca özel bir hastaneden hizmet alan hastadan (orta büyüklükteki ailesi ile birlikte) elde edilebilecek değer 250 000 dolar olduğu belirlenmiştir. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin de, eski bir hastayı elde tutmaktan 5-7 kez daha fazla olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur³³¹.

Hasta ile güvenilir bir işbirliği elde edildiğinde, sadık bir hasta yaratıldığında, bu hasta örgütün sunduğu ürün/hizmete pazardaki diğer ürün/hizmetlerden daha fazla para ödemeye hazırdır. Bu da örgütün karına doğrudan etkisi olan bir unsurdur. Böylece örgüt; mevcut ve tekrar örgüte geri

³²⁷ Stamatis, İbid., s.279.

³²⁸ Fisk; Brown; Cannizzaro; Naftal, İbid., s.7.

³²⁹ Çerekçi; Teke, İbid., s.62.

³³⁰ Engiz, "Hasta Memnuniyeti", s.29.

³³¹ Engiz, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta tatmini", s.83.

dönen hastalardan gelir, pazar payında artış, hasta kazanma maliyetinde ve giderlerinde azalma sağlayacaktır³³².

4.4.2. Hastaların Hastaneyi Diğer Kişilere Tavsiye Etme Durumu

Hastaların hastane hizmetlerine ilişkin değerlendirmeleri ile hastaların hastaneyi diğer kişilere tavsiye etme eğilimleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan aşamalı (step wise) ayırma analizi sonucu elde edilen ayırma analizi bulguları Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: Ayırma Analizi Bulguları

	Tolerance	Min.Tolerance	F to Enter	Wilks' Lambda
FAKTÖR1	1.000	1.000	45.751	.867*
FAKTÖR2	1.000	1.000	40.971	.879*
FAKTÖR3	1.000	1.000	34.449	.897*
FAKTÖR4	1.000	1.000	7.680	.975
FAKTÖR5	1.000	1.000	8.633	.972
FAKTÖR6	1.000	1.000	12.825	.959
FAKTÖR7	1.000	1.000	28.092	.914
FAKTÖR8	1.000	1.000	18.633	.941
FAKTÖR9	1.000	1.000	20.337	.936
FAKTÖR10	1.000	1.000	6.035	.980

* p<0.05

Tablo 19 incelendiğinde, 1. 2. Ve 3. Faktörlere ait katsayıların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir. Tablo 20'de standartlaştırılmış ayırma analizi fonksiyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 20: Standartlaştırılmış Ayırma Fonksiyonu Katsayıları

	Function
	1
FAKTÖR1	.408
FAKTÖR2	.445
FAKTÖR3	.429

Bu fonksiyona göre, hastaların hastaneyi diğer kişilere tavsiye etmelerinde hemşire davranışı, doktor davranışı ve temizlik-teknik yeterlilik

³³² Engiz, "Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini", s.83.

faktörlerinin etkili olduğu söylenebilir. Bu üç faktörü içeren modelin yeterliliğini değerlendirmede kullanılan kriterlerden birisi olan doğru sınıflandırma yüzdesidir. Doğru sınıflandırma yüzdesi, gözlenen grup üyeliği (bireylerin verdiği yanıtlar) ve modelin ürettiği beklenen grup üyeliklerinin çapraz tabloda gösterilmesiyle hesaplanabilir. Tablo 21'de modelin doğru sınıflama yüzdelere ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 21: Sınıflandırma Sonuçları

Gözlenen Grup Üyeliği	Beklenen Grup Üyeliği		Toplam
	Tavsiye eden	Tavsiye etmeyen	
Tavsiye eden	281 (%99,3)	2 (%0,7)	283
Tavsiye etmeyen	11 (%61,1)	7 (38,9)	18
Gruplandırılmayan	25 (%89,3)	3 (%10,7)	28

$$\text{Doğru Sınıflandırma Yüzdesi} = (281+7)/301 = \% 95,7$$

Tablo 21'de verilen sınıflama oranları incelendiğinde, hemşire davranışı, doktor davranışı ve temizlik-teknik yeterlilik faktörlerini içeren ayırma fonksiyonunun, oldukça önemli oranda (% 95,7) doğru sınıflama yaptığı söylenebilir.

4.4.3. Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumu

Hasta sadakatini ortaya koyan bir diğer önemli faktör, hastaların hizmet aldıkları hastaneyi tekrar tercih etmeleridir. Hasta sadakatinin ayırma analizi ile incelenmesi ile elde edilen sonuçlar Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22: Ayırma Analizi Bulguları

	Tolerance	Min.Tolerance	F to Enter	Wilks' Lambda
FAKTÖR1	1.000	1.000	17.198	.986
FAKTÖR2	1.000	1.000	27.747	.916*
FAKTÖR3	1.000	1.000	29.177	.912*
FAKTÖR4	1.000	1.000	9.027	.971
FAKTÖR5	1.000	1.000	4.835	.984
FAKTÖR6	1.000	1.000	10.762	.966
FAKTÖR7	1.000	1.000	15.889	.950
FAKTÖR8	1.000	1.000	5.783	.981
FAKTÖR9	1.000	1.000	19.592	.939
FAKTÖR10	1.000	1.000	4.189	.986

* P<0.05

Tablo 22 incelendiğinde, doktor davranışı (Faktör 2) ve temizlik-teknik yeterlilik (Faktör 3) faktörlerine ait ayırma fonksiyonu katsayılarının istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır. Bu iki faktörü içeren ayırma fonksiyonuna ilişkin standartlaştırılmış katsayılar Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23: Standartlaştırılmış Ayırma Fonksiyonu Katsayıları

	Function
	1
FAKTÖR2	.603
FAKTÖR3	.632

Bu iki faktörü içeren modelin yeterliliğini değerlendirmede kullanılan kriterlerden birisi olan doğru sınıflandırma yüzdesine ilişkin bilgiler Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24: Sınıflandırma Sonuçları

	Beklenen Grup Üyeliği		Toplam
	Tavsiye eden	Tavsiye etmeyen	
Gözlenen Grup Üyeliği			
Tavsiye eden	283 (%99)	3 (%1)	286
Tavsiye etmeyen	15 (%83,3)	3 (16.7)	18
Gruplandırılmayan	23 (%92)	2 (%8)	28

Doğru Sınıflandırma Yüzdesi = $(283+3)/304 = \% 94,1$

Tablo 24'de verilen sınıflama oranları incelendiğinde, doktor davranışı ve temizlik-teknik yeterlilik faktörlerini içeren ayırma fonksiyonunun, oldukça önemli oranda (% 94,1) doğru sınıflama yaptığı söylenebilir. Buna göre; bir hastanın doktor davranışı ve temizlik-teknik yeterlilik faktörlerine ait değerlendirmeleri kullanılarak hastanın hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceği % 94.1 olasılıkla doğru biçimde tahmin edilebilecektir.

5. Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

5.1. Hastaların Hastane Hizmetlerine İlişkin Değerlendirme Boyutları

Hastaların anket formundaki yanıtlarına göre, yapılan faktör analizi sonucunda, toplam 10 faktörün hastaların hastane hizmetleri hakkındaki değerlendirmelerini belirlediği ortaya çıkmıştır. Bunlar sırasıyla aşağıda belirtilmektedir:

- (1) Hemşire davranışı faktörü,
- (2) Doktor davranışı faktörü,
- (3) Temizlik ve teknik yeterlik faktörü,
- (4) Hizmete ulaşılabilirlik faktörü,
- (5) Yemeklerin kendisi faktörü,
- (6) Bilgilendirilme faktörü,
- (7) Fiziksel koşullar faktörü,
- (8) Yemeklerin sunumu faktörü,
- (9) Hastaneye kabul ve gürültü faktörü,
- (10) Ziyaretçi politikası faktörü.

Araştırma bulguları, araştırmanın 1. Hipotezini desteklemektedir.

5.2. Hastaların Özellikleri ve Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri

5.2.1. Yaş

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, yaş gruplarına göre (18-30, 31-55, 56 ve üstü), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hemşire davranışı ($F=4.25$), doktor davranışı ($F=9.60$), yemeklerin kendisi ($F=11.94$), bilgilendirilme ($F=3.52$) ve yemeklerin sunumu ($F=12.98$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 2. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, 18-30 yaş grubu ile 56 ve üstü yaş grubu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, daha genç hasta gruplarına göre, daha yaşlı hasta gruplarının hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, 56 ve üstü yaş grubu ile diğer yaş grupları arasındaki hastalar grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, daha genç hasta gruplarına göre, daha yaşlı hasta gruplarının doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre, yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinde, 18-30 yaş grubu ile diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir. Yaşlı hastaların, genç hastalara göre yemeklerin kendisi ile ilgili daha olumlu değerlendirmeler yaptığını göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre, bilgilendirilmeye ilişkin değerlendirmelerinde, 31-55 yaş grubu ile 56 ve üstü yaş grubu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, yaşlı hastaların genç hastalara göre bilgilendirilme ile ilgili daha olumlu değerlendirmeler yaptığını göstermektedir.

Hastaların yaş gruplarına göre, yemeklerin sunumuna ilişkin değerlendirmelerinde, 18-30 yaş grubu ile 31-55 yaş grubu ve 31-55 yaş grubu ile 56 ve üstü yaş grubu hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, yaşlı hastaların genç hastalara göre yemeklerin kendisi ile ilgili daha olumlu değerlendirmeler yaptığını göstermektedir.

5.2.2. Cinsiyet

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, cinsiyetlerine göre (kadın-erkek), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Cinsiyetlerine göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hemşire davranışı (T=2.35), doktor davranışı (T=1.98) ve yemeklerin sunumu (T=2.27) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 3. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, kadın ve erkek hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kadın hasta grubuna göre, erkek hasta grubunun hemşire davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, kadın ve erkek hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kadın hasta grubuna göre, erkek hasta grubunun doktor davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinde, kadın ve erkek hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kadın hasta grubuna göre, erkek hasta grubunun yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

5.2.3. İkamet Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, ikamet durumuna göre (İstanbul Anadolu yakası ve Diğer -İstanbul Asya yakası + İstanbul dışı), en az bir boyut bakımından farklılık göstermediği bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 4. Hipotezini desteklemediği görülmüştür.

5.2.4. Gelir Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, gelir durumlarına göre (75 milyon ve altı, 76-150 milyon, 151 milyon ve üstü), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Gelir durumuna göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hemşire davranışı ($F=10.98$), doktor davranışı ($F=3.10$), temizlik ve teknik yeterlik ($F=4.21$) ve yemeklerin kendisi ($F=4.21$), fiziksel koşullar ($F=4.39$) ve yemeklerin sunumu ($F=6.59$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 5. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, 75 milyon ve altı gelire sahip hasta grupları ile 76-150 milyon gelire sahip hasta grupları ve 151 milyon ve üstü gelire sahip hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların gelir düzeyleri yükseldikçe hemşire davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, 75 milyon ve altı gelire sahip hasta grupları ile 151 milyon ve üstü gelire sahip hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, gelir düzeyi düşük hastaların gelir düzeyi yüksek hastalara göre, doktor davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinde, 75 milyon ve altı gelire sahip hasta grupları ile 151 milyon ve üstü gelire sahip hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, gelir düzeyi düşük hastaların gelir düzeyi yüksek hastalara göre, temizlik ve teknik yeterliğe ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde, 75 milyon ve altı gelire sahip hasta grupları ile 76-150 milyon gelire sahip hasta grupları ve 151 milyon ve üstü gelire sahip hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların gelir düzeyleri yükseldikçe yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinde, 75 milyon ve altı gelire sahip hasta grupları ile 151 milyon ve üstü gelire sahip hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, gelir düzeyi düşük hastaların gelir düzeyi yüksek hastalara göre, fiziksel koşullara ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinde, 75 milyon ve altı gelire sahip hasta grupları ile 76-150 milyon gelire sahip hasta grupları ve 151 milyon ve üstü gelire sahip hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların gelir düzeyleri yükseldikçe yemeklerin sunumuna ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

5.2.5. Daha Önce HNEAH'den Yararlanma Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, daha önce bu hastaneden yararlanma durumlarına göre (yararlanmış, yararlanmamış), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Daha önce yararlanma durumuna göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hemşire davranışı (T=2.98), doktor davranışı (T=2.05) ve temizlik ve teknik yeterlik (T=2.53) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 6. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, daha önce bu hastaneden yararlanan ve yararlanmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, daha önce bu hastaneden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara göre, hemşire davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, daha önce bu hastaneden yararlanan ve yararlanmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, daha önce bu hastaneden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara göre, doktor

davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların temizlik ve teknik yeterlik ile ilgili değerlendirmelerinde, daha önce bu hastaneden yararlanan ve yararlanmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, daha önce bu hastaneden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara göre, temizlik ve teknik yeterliğe ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

5.2.6. Oda Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, hastanede kaldıkları oda gruplarına göre (özel oda, 2-3 kişilik oda, 4 ve daha fazla kişilik oda), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Oda durumuna göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, yemeklerin sunumu ($F=4.62$) boyutuna ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 7. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinde, özel oda ile 4 ve daha fazla kişilik odada hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, özel odada kalan hastaların 4 ve daha fazla kişilik odada kalan hastalara göre, yemeklerin sunumuna ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

5.2.7. Medeni Durum

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, medeni durumlarına göre (diğer;-bekar+dul+boşanmış-, evli), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Medeni durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, yemeklerin kendisi ($T=2.87$) ve yemeklerin sunumu ($T=2.32$) boyutuna ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak

anamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 8. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde, evli ve diğer hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, evli hastaların diğer hasta gruplarına göre, yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinde, evli ve diğer hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, evli hastaların diğer hasta gruplarına göre, yemeklerin sunumuna ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

5.2.8. Kaldıkları Servis Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, kaldıkları servis durumuna göre (cerrahi, dahiliye servisleri), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Servis durumuna göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hastaneye kabulü ve gürültü ($T=3.17$) boyutuna ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 9. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerinde, cerrahi servislere yatan hasta grupları ile dahiliye servislerine yatan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, cerrahi servislerde yatan hastaların dahiliye servislerinde yatan hastalara göre, kabul ve gürültüye ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

5.2.9. Daha Önce Başka Hastaneye Yatma Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, daha önce başka hastaneye yatma durumlarına göre (yatmayan, yatan), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Daha önce başka hastaneye yatma durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, fiziksel koşullar ($T=2.04$) boyutuna ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 10. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinde, daha önce başka hastaneye yatan hasta grupları ile yatmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, daha önce başka hastaneye yatan hastaların yatmayan hastalara göre, fiziksel koşullara ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

5.2.10. Eğitim Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, eğitim durumlarına göre (diploma yok, ilk+orta okul, lise, üniversite), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Eğitim durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hemşire davranışı ($F=6.66$), doktor davranışı ($F=5.15$), yemeklerin kendisi ($F=6.85$), fiziksel koşullar ($F=4.60$) ve yemeklerin sunumu ($F=11.12$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 11. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, diploması olmayan hasta grupları ile diğer hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hemşire davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz bir özellik kazandığını göstermektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, diploması olmayan hasta grupları ile lise ve üniversite mezunu hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, eğitim düzeyi çok düşük hastalara göre, eğitim düzeyi daha yüksek hastaların doktor

davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde, diploması olmayan hasta grupları ile diğer hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların fiziksel koşullar ile ilgili değerlendirmelerinde, diploması olmayan hasta grupları ile lise ve ilk-orta okul mezunu hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, diploması olmayan hastaların diğer hastalara göre, fiziksel koşullara ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinde, diploması olmayan hasta grupları ile lise ve üniversite mezunu hasta grupları, ilk-orta okul mezunu gruplar ile lise ve üniversite mezunu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, diğer hasta gruplarına göre, diploması olmayan hasta gruplarının yemeklerin sunumuna ilişkin değerlendirmelerinin en olumlu olduğunu göstermektedir.

5.2.11. Bekleme süresi

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, hastaneye yatmak için bekleme durumlarına göre (beklemeyen, 1 hafta ve daha az bekleyen, 1 haftadan fazla bekleyen), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Bekleme durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hizmete ulaşılabilirlik ($F=10.98$) ve yemeklerin kendisi ($F=3.15$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 12. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinde, beklemeyen hasta grupları ile diğer hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların bekleme süresi arttıkça ulaşılabilirliğe ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz bir özellik kazandığını göstermektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde, beklemeyen hasta grupları ile bir hafta ve daha az bekleyen hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, bir hafta ve daha az bekleyen hastaların diğer hasta gruplarına göre, yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

5.2.12. Sosyal Güvence Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, sosyal güvence durumlarına göre, (yok, Emekli Sandığı, S.S.K.+Bağ-Kur, Yeşil kart), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Sosyal güvence durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, hemşire davranışı (F=3.59) ve hizmete ulaşılabilirlik (F=3.92) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 13. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların hemşire davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, sosyal güvencesi olmayan hasta grupları ile S.S.K.+Bağ-Kur'lu ve yeşil kartlı hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, sosyal güvencesi olmayan hastaların diğer hasta gruplarına göre, hemşire davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinde, Emekli Sandığı'na bağlı hasta grupları ile yeşil kartlı hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Emekli Sandığı'na bağlı hastaların yeşil kartlı hastalara göre, ulaşılabilirliğe ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

5.2.13. Ameliyat Olma Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, ameliyat olma durumlarına göre, (ameliyat olan, ameliyat olmayan), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Ameliyat olma durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, bilgilendirilme ($T=2.44$) ve hastaneye kabul ve gürültü ($T=2.41$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 14. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların bilgilendirilme ile ilgili değerlendirmelerinde, ameliyat olan ve olmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara göre, bilgilendirilmeye ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların kabul ve gürültü ile ilgili değerlendirmelerinde, ameliyat olan ve olmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara göre, kabul ve gürültüye ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

5.2.14. Yatış Durumu

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin, yatış durumlarına göre, (acil bölüm, poliklinik), en az bir boyut bakımından farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Yatış durumlarına göre, hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri incelendiğinde, doktor davranışı ($T=2.59$), ulaşılabilirlik ($T=4.52$), Yemeklerin kendisi ($T=2.12$) ve yemeklerin sunumu ($T=1.99$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının, araştırmanın 15. Hipotezini desteklediği izlenmektedir.

Hastaların doktor davranışı ile ilgili değerlendirmelerinde, acil bölümden ve poliklinikten yatan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara göre, doktor davranışına ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların ulaşılabilirlik ile ilgili değerlendirmelerinde, acil bölümden ve poliklinikten yatan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara göre, ulaşılabilirliğe ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde, acil bölümden ve poliklinikten yatan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara göre, yemeklerin kendisine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Hastaların yemeklerin sunumu ile ilgili değerlendirmelerinde, acil bölümden ve poliklinikten yatan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara göre, yemeklerin sunumuna ilişkin değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

5.3. Hastaların Hastane Hizmetlerini Değerlendirmeleri ve Sadakat

5.3.2. Hastaların Hastaneyi Diğer Kişilere Tavsiye Etme Durumu

Hastaların hastaneyi diğer kişilere tavsiye etmelerinde; hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede etkili olduğu bulunmuştur.

5.3.3. Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Durumu

Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerinde; doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 25: Araştırmada kurulan Hipotezlerin Analiz Edildikten Sonraki Durumları

Bağımsız Boyutlar

	Yaş	Cinsiyet	İkamet Durumu	Gelir Dur.	Önce Yaratılma Dur.	Oda Dur.	Medeni Durumu	Servis Çeşitli	Başka Has. Yatma	Eğitim	Bekleme Süresi	Sos. Güv Durumu	Ame. olma Durumu	Hasta. Yatış Şek.
Değerlendirme Boyutlar														
Hemşire Davranışı	+	+	-	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-
Doktor Davranışı	+	+	-	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	+
Temizlik-Teknik Yeterlilik	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ulaşılabilirlik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+
Yemelerin Kendisi	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	+
Bilgilendirme	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Fiziksel Kosullar	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Yemelerin sunumu	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+
Kabul-gürültü	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-
Ziyaretçi Politikası	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Araştırmada kurulan 2-15 hipotezlerinin analiz edildikten sonraki durumları Tablo 25'de gösterilmiştir. Tablodaki + işareti, hipotezlerin desteklendiğini, - işareti hipotezlerin desteklenmediğini göstermektedir.

Genel Sonuçlar ve Öneriler

Son yıllarda, çağdaş hastane yöneticileri; kaliteli sağlık bakım hizmeti sağlamayı ve mümkün olabildiği kadar geliştirmeyi amaçlamaktadırlar. Kaliteli sağlık bakım hizmeti ise, hizmet kalitesi göstergelerinden yararlanılarak sunulmaktadır. Hizmet kalitesi göstergelerinden biri de, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların tatminidir. Birbirinden farklı beklentilerle sağlık bakım örgütüne gelen hastalar, hizmetin sunumu sırasında olumlu ve olumsuz olaylarla karşılaşmaktadırlar. Hizmetin sunumu sırasında, edindikleri tecrübeye dayalı olarak beklentilerine kavuşan hastalar tatmin olmakta ve bekledikleri hizmeti alamayan hastalar ise, ya tatmin olmamakta ya da tatmin düzeyleri daha düşük olarak ortaya çıkmaktadır. Hasta tatmini, hem kaliteli sağlık bakım hizmetini başarma anlamı hem de sunulan sağlık bakım hizmetinin önemli bir sonucu olmaktadır. Hasta tatmini, belirlenen hedefler doğrultusunda kaliteli sağlık bakım hizmetini değerlendirmek için kullanılmaktadır.

Yapılan değişik çalışmalarda, sunulan sağlık bakım hizmeti ile tatmin olan hastaların tıbbi hizmetleri kullanmayı sürdürmede, özgün bir uygulayıcı ile ilişkiyi devam ettirmede ve tıbbi programlara uyumda daha iyi oldukları sonucuna varılmıştır. Ayrıca; yeni hastaların yarısına yakın bir kısmının, tatmin olan hastaların örgüt ürünü ya da hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesiyle kazanıldığı belirlenmiştir. Böylece, hastaların sağladığı katkıya eğilim her geçen gün artmaktadır.

Son yıllarda önemi artan hasta tatminini etkileyen ve belirleyen faktörlerin bilinmesi, hasta tatmini hakkında bilgi sahibi olunması; hastane yöneticilerinin, hizmet kalitesini ölçmeleri ve geliştirmeleri için gerekli güvenilir ve geçerli verileri sağlayacaktır. Bu araştırmada, hastane yöneticilerine yardımcı olabilecek, hasta tatminini etkileyen ve belirleyen faktörler sırasıyla; hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik, ulaşılabilirlik, yemeklerin kendisi, bilgilendirilme, fiziksel koşullar, yemeklerin sunumu, kabul

ve gürültü, ziyaretçi politikası saptanmış olup, bu faktörleri oluşturan değişkenler belirlenmiştir. Ayrıca; belirlenen faktörler yönünden, hastaların sosyo-demografik ve diğer özelliklerine göre, yararlandıkları hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri ortaya çıkartılmıştır.

Araştırma bulgu ve sonuçlarına dayalı olarak da aşağıda verilen öneriler geliştirilmiştir.

1) Araştırma verileri doğrultusunda, hastane yöneticilerinin, yatan hastaların tatminini etkileyen ve belirleyen faktörler olarak ortaya çıkan hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik, ulaşılabilirlik, yemeklerin kendisi, bilgilendirilme, fiziksel koşullar, yemeklerin sunumu, kabul ve gürültü, ziyaretçi politikası faktörleri üzerinde önemle durarak, her biri için ayrı araştırma yapılmasını sağlamaları gereklidir. Böyle araştırmaların, hastaların tatmini ile ilgili düşüncelerini daha ayrıntılı olarak ortaya çıkaracağı düşünülebilir. Yapılan araştırma sonuçlarının, hastane çalışanları ile paylaşılması da kaliteli hizmet sunumunun ekip çalışması içerisinde sağlanabilmesi için gereklidir.

2) Hastaların yaş gruplarına göre, hemşire davranışı, doktor davranışı, yemeklerin kendisi, bilgilendirilme ve yemeklerin sunumu boyutları ile ilgili değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuş ve daha yaşlı hastaların gençlere göre, bu boyutlarla ilgili daha olumlu düşündükleri ortaya çıkartılmıştır. Bu bulgu, hasta tatminiyle ilgili literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Özellikle, gelişmiş ülkelerdeki gibi, ileri yaştaki hastaların sağlık bakım hizmetlerinden daha fazla tatmin oldukları söylenebilir.

Genç hastaların, hastane hizmetlerinden neden daha az memnun oldukları ile ilgili daha ileri düzeyde tatmin araştırmaları planlanmalıdır.

3) Hastaların cinsiyetlerine göre, hemşire davranışı, doktor davranışı ve yemeklerin sunumu boyutları ile ilgili değerlendirmelerinde istatistiksel olarak

anlamlı farklılık olduğu; bu boyutlarla ilgili erkek hastaların kadın hastalara oranla daha olumlu düşündüğü bulunmuştur. Bu boyutlarla ilgili olarak, kadınların tatmin düzeyinin erkeklerden daha düşük bulunması, kadınların tatmin düzeyini düşüren alt nedenlerin analizini ve saptanan olumsuzlukların giderilmesi için çaba gösterilmesini gerektirmektedir.

4) Hastaların gelir durumuna göre, hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik, yemeklerin kendisi, fiziksel koşullar ve yemeklerin sunumu boyutları ile ilgili değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hastaların gelir düzeyi arttıkça, bu boyutlarla ilgili daha olumsuz düşündükleri bulunmuştur. Bu durum; gelir düzeyi yüksek hastaların, daha iyi, kaliteli hizmet beklentisi içerisinde oldukları ve beklenti düzeylerinin altında hizmet aldıklarında da tatmin düzeylerinin daha düşük olduğu ile açıklanabilir. Yapılan araştırma sonuçlarını hasta tatminiyle ilgili literatürün desteklediği, ancak bazı farklı sonuçların da bulunduğu izlenmiştir. Gelişmiş ülkelerde yapılan bazı araştırmalarda, gelir düzeyi yüksek hastaların gelir düzeyi düşük olan hastalardan daha çok memnun olmaları, daha özel bakım veren, özel ücretli hastaneleri tercih etmeleri ile açıklanabilir.

Sağlık bakım hizmetlerinin bütün hastalara eşit düzeyde sunulması etik kuralları gereğidir. Bu nedenle; özellikle, yukarıda belirtilen boyutlarla ilgili üstün bir örgüt ortamının sağlanacağı politikalar geliştirilmelidir. Örgütün, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların beklentilerini karşılayacak ya da aşacak şekilde yeniden yapılanması ve geliştirilmesi gereklidir.

Günümüzde rekabet ortamında, hastaların başka hastanelere gidişlerini önlemek ve hastaneye bağlılıklarını sağlamak amacıyla, onların tatmin düzeyini yükseltecek temiz, konforlu odalar, alternatifli diyet, hastanede özel muayene uygulamaları ve örgüt ayrıcalıklarının öne çıkarılması uygun olabilir.

5) Hastaların daha önce bu hastaneden yararlanma durumlarına göre, hemşire davranışı, doktor davranışı ve temizlik ve teknik yeterlik boyutları ile ilgili değerlendirmelerinin istatistiksel olarak farklı olduğu; daha önce bu

hastaneden yararlanan hastaların yararlanmayan hastalara oranla, bu boyutlarla ilgili daha olumsuz düşündükleri bulunmuştur. Hastaneden daha önce yararlanan hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz olması önemli derecede düşündürücüdür.

Hemşire ve doktorların, hastalarına daha yakın davranmaları, daha fazla ilgi göstermeleri, daha fazla zaman ayırmaları, hastalarının soru sormalarına izin vermeleri ve hastalıkları hakkında bilgilendirmeleri hastaları etkilemekte, hemşire ve doktorlarına duydukları güveni artırmaktadır. Bu durumda, hastaların aldıkları tedaviden sağladıkları yararları artırmanın yollarından biri olarak hastanede bu ortamı sağlayacak politikaların geliştirilmesi önerilebilir. Ayrıca; hastanenin temizlik ve teknik hizmetlerinin yeniden organize edilerek, kontrol mekanizmasının işlerliği sağlanmalıdır.

Hastane yöneticilerinin, bu boyutlarla ilgili daha ayrıntılı araştırmalar yaparak ivedilikle önlem alması gereklidir.

6) Hastaların hastanede kaldıkları oda durumuna göre, yemeklerin sunumu boyutu ile ilgili değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hastaların odada yatan kişi sayısı arttıkça bu boyut ile ilgili düşüncelerinin daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu durumun, kalabalık odalarda çoğunlukla sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan hastaların kalmasından kaynaklandığı söylenebilir. Hastaların yemeklerin sunumuna ilişkin olumsuz değerlendirmelerini önlemek için; yemeklerin ısıtılmalı yemek arabaları ile, eğitilmiş, temiz, şık giyimli garsonlar tarafından, hastaneye ait temiz malzemeler ile sunulması önerilebilir.

7) Hastaların medeni durumlarına göre, yemeklerin kendisi ve yemeklerin sunumu boyutları ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; bekar, dul ve boşanmış hastaların bu boyutlarla ilgili düşüncelerinin evli hastalara oranla daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Bekar, dul ve boşanmış hastaların psikolojik olarak daha fazla beklenti içinde ve hassas oldukları, yalnız yaşadıkları, hastalık anında endişelerini,

üzüntülerini paylaşacak bir eşlerinin olmadığı düşünülerek, özellikle çalışanların konuyla ilgili araştırma sonuçları ile bilgilendirilmesi ve bu hastalara daha anlayışlı davranmalarının uygun olacağı söylenebilir. Ayrıca; yemek ve yemek sunum biçimi, örgütsel olanaklar ve hastaların nitelik ve beklentileri doğrultusunda yeniden tasarlanmalıdır.

8) Hastaların kaldıkları servis durumuna göre, hastaneye kabul ve gürültü boyutu ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; dahiliye servislerinde yatan hastaların cerrahi servislerde yatan hastalara oranla bu boyut ile ilgili düşüncelerinin daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Dahiliye servislerinin cerrahi servislere göre, hastalarını hastaneye kabulde çok beklettikleri, dahiliye servislerinin değişik nedenlerle (rasgele ziyaretçi girişi, böcekler, çalışanların rasgele birbirine yada hastalara seslenmeleri vb.) son derece gürültülü olduğu belirlenmiştir. Hastane yönetiminin kısa zamanda, dahiliye servislerinde randevu sistemine geçerek hastaların bekletilmeden kabullerini sağlaması gereklidir. Aşırı gürültüyü önlemek için de; ivedi olarak ziyaretçi girişinin kontrol altına alınması, haşerelerle etkin mücadele başlatılması, hasta odalarına telefon ve çağrı sistemi yerleştirilerek gereksiz seslenmelerin önlenmesi önerilebilir.

9) Hastaların daha önce başka hastaneye yatma durumlarına göre, fiziksel koşullar boyutu ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; daha önce başka hastaneye yatan hastaların daha önce başka hastaneye yatmayan hastalara oranla daha olumsuz düşündükleri bulunmuştur. Bu nedenle, hastanenin genel fiziksel düzenlemesiyle birlikte, hasta odalarının ışıklandırması (özellikle gece lambası bulundurulması), havalandırması, yeterli derecede ısıtılması sağlanmalıdır. Ayrıca, yeterli dolap, modern hasta karyolası ve rahat hasta yatağı temin edilmelidir. Böylece, hastalar için daha rahatlatıcı ve çekici bir hastane ortamı sağlanmalıdır.

10) Hastaların eğitim durumlarına göre, hemşire davranışı, doktor davranışı, yemeklerin kendisi, fiziksel koşullar ve yemeklerin sunumu boyutları ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; eğitim düzeyi yüksek hastaların eğitim düzeyi düşük hastalara oranla bu boyutlarla ilgili olarak daha olumsuz düşündükleri bulunmuştur. Toplumun eğitim düzeyinin giderek yükselmesi nedeniyle, hastane yönetiminin hastaların eğitim düzeyinin hastane hizmetlerini değerlendirmelerinde önemli rol oynadığını bilmeleri ve hasta tatmini ile eğitim arasındaki doğrusal ilişkiyi ciddiye almalarının uygun olacağı söylenebilir. Ayrıca, yemekler ve sunumu ile ilgili hastaların beklenti ve yakınmalarının incelenmesi ve değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulguların beslenme bilimi ilkeleri çerçevesinde çözümlenmesi, bu ilkelere uygunluk göstermeyen beklenti ve yakınmalar doğrultusunda beslenme hizmetleri konusunda hastalara eğitim hizmeti verilmesi yararlı olabilir.

Hastane yönetimi ve çalışanlar tarafından hastaların eğitim düzeylerine göre, farklı beklentiler içinde olmalarının bilinmesi ve hastalarla kurulan iletişimde bu durumun göz önünde tutulması gereklidir. Bu durum TKY felsefesiyle hareket eden örgütlerin başarılarını ve gelişimlerini olumlu yönde etkileyecektir. Eğitim düzeyi giderek yükselen hedef hasta kitlesiyle etkili iletişim kurabilecek hastane personeli yetiştirilmelidir. Tıp personeli dışında, özellikle hasta kabul ve çıkışının yapıldığı, beslenme hizmetlerinin sunulduğu birimler gibi hastaların sürekli karşılıklı ilişkide bulunduğu personelin bilgili, anlayışlı, nazik ve saygılı olabilmeleri için yeterli eğitimden geçmiş olmaları sağlanmalıdır. İlgili alanlarında uzmanlaşmış olmalıdırlar. Ayrıca, çalışan personel için konuyla ilgili olarak hazırlanan periyodik bir hizmet içi eğitimin verilmesinin yerinde olacağı düşünülebilir.

Bir başka açıdan, hasta eğitiminin sağlanması da hasta tatminini artırıcı olarak nitelendirilebilir. Çağdaş hastane yönetiminin, sürekli daha fazlasını isteyen, bilgilendirilmeyi arzulayan, hastane çalışanları ile daha yakından iletişim kurmak isteyen hastaların çoğaltılması düşüncesi üzerine odaklanmaları sağlanmalıdır.

11) Hastaların hastaneye yatmak için bekleme durumlarına göre, ulaşılabilirlik boyutu ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hastaların bekleme süresi arttıkça hizmete ulaşılabilirlik boyutu ile ilgili düşüncelerinin daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Bekleme süresinin artması, hastaların hizmete ulaşamayacağı düşüncesiyle kaygılarının artmasına neden olmaktadır. Randevu sistemine geçilmesi ile hizmete daha kolay ulaşılacağı söylenebilir.

12) Hastaların sosyal güvence durumlarına göre, hemşire davranışı ve ulaşılabilirlik boyutları ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hemşire davranışı boyutuyla ilgili sosyal güvencesi olmayan hastaların sosyal güvencesi olan hastalara oranla daha olumsuz düşündükleri bulunmuştur. Bu durum, sosyal güvencesi olmayan hastaların kaygılı olmalarına bağlanabilir. Bu konuda hemşirelerin bilgilendirilerek bu hastalarla onların kaygılı durumlarını göz önüne alarak iletişim kurmaları sağlanmalıdır. Sosyal güvencesi olmayan hastalara sosyal güvence sağlanması önerilebilir. Ayrıca, yeşil kartlı hastaların hizmete ulaşılabilirlik boyutuyla ilgili diğer gruplara oranla daha olumlu düşündükleri bulunmuştur. Bu durum, yeşil kart almaları sonucu minnettarlık duygusundan kaynaklanmış olabilir. Sosyal güvenceye dayanan tatminsizliklerin büyük oranda azaltılması, sosyal güvence kurumlarının birleştirilmesi ve her bireyin sosyal güvenceye sahip olması ile mümkün olabilir.

13) Hastaların ameliyat olma durumuna göre, bilgilendirilme ve kabul - gürültü boyutları ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; ameliyat olan hastaların ameliyat olmayan hastalara oranla bu boyutlarla ilgili olarak daha olumlu düşündükleri bulunmuştur. Ameliyat olan hastalara, tıbbi personel tarafından daha ayrıntılı olarak bilgi verildiği, daha yakından takip edildikleri belirlenmiştir. Ayrıca, ameliyat olan hastalar, ya acil olarak beklemeden yada randevu ile hastaneye kabul edilmekte ve ameliyata

alınmaktadır. Yine cerrahi servisleri; daha düzenli ziyaretçi girişinin sağlanmış olması, haşerelerin önlenmiş olması ve hasta odalarının büyük çoğunluğunda telefon ve çağrı sisteminin bulunmasından dolayı daha gürültüsüz olmaktadır. Bu nedenlerle, hastalar, kabul ve gürültü boyutuyla ilgili daha olumlu düşünmektedirler.

Ameliyat olmayan hastaların bulunduğu dahiliye servislerinde de, yukarıda hastaların bilgilendirilme ile kabul ve gürültü boyutlarına ilişkin olumlu düşüncelerini sağlayan düzenlemeler önerilebilir.

14) Hastaların hastaneye yatış şekillerine göre, doktor davranışı, ulaşılabilirlik, yemeklerin kendisi ve yemeklerin sunumu boyutları ile ilgili değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Acil bölümden yatan hastaların doktor davranışı ile ilgili daha olumsuz düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum, acil bölümde doktorların hastalarla yeteri kadar ilgilenmedikleri, yeterli derecede bilgi vermediklerine bağlanabilir. Acil bölümde yeterli sayıda, acil doktorluğu konusunda uzmanlaşmış doktor bulundurulması bu olumsuz durum önlenir.

Ulaşılabilirlik boyutuyla ilgili olarak, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumlu düşündükleri bulunmuştur. Acil bölümde hastaların beklemeden hizmet almaları olumlu düşüncelerinin temelini oluşturmaktadır. Poliklinik hastaları ise, hizmete ulaşabilmek için oldukça fazla beklemektedirler. Bu nedenle, poliklinik hizmete ulaşım akışının hızlandırılması poliklinik hastalarının olumlu düşüncelerini sağlayacaktır.

Yemeklerin kendisi ve yemeklerin sunumu boyutlarına ilişkin, acil bölümden yatan hastaların poliklinikten yatan hastalara oranla daha olumsuz düşündükleri bulunmuştur. Bu olumsuz düşüncenin hastane yemekleri ve sunumu ile ilgili genel bir önyargıdan kaynaklandığı söylenebilir. Acil bölümden yatan hastaların çoğunluğunun (apandisit vb.) kısa süre hastanede yatmayı gerektiren hastalıklar olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, hasta genel önyargısından kurtulmadan hastaneden taburcu olmaktadır. Ancak, hasta tatmininde önemli bir unsur olan yemekler ve sunumuna daha fazla özen

gösterilmesi, yemek hizmetlerinde kullanılan teknolojinin yenilenmesi ve modernizasyonu önerilmektedir. İyi bir menü planlaması yoluyla, yemekler arasında uyumluluğunu sağlanması gereklidir. Ayrıca, yemek hizmetlerinin etkili olarak sağlanması için danışmanlardan yararlanma yoluna gidilebilir. Bu amaçla, beslenme konusuyla ilgili bilim adamlarından yardım istenebilir. Böyle bir ilişkinin, sorunların kısa sürede bilinçli bir biçimde çözümlenmesine yardımcı olabileceği söylenebilir.

15) Hastaların hastaneyi diğer kişilere tavsiye etmelerinde; hemşire davranışı, doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede etkili olduğu bulunmuştur.

Hastaların hastaneyi tekrar tercih etmelerinde ise; doktor davranışı, temizlik ve teknik yeterlik faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede etkili olduğu saptanmıştır.

Bu faktörler, hastane yöneticilerinin kaliteli sağlık bakım hizmeti sunumunu sağlayabilmeleri için üzerinde önemle durmaları gereken temel faktörlerdir. Hastane yöneticileri, bu faktörlerin her biri için derinlemesine tatmin araştırması yapılmasını sağlayarak, TKY felsefesine uygun olarak araştırma sonuçlarını hastane çalışanları ile (özellikle; hemşire, doktor) paylaşmalıdırlar.

Hemşire, doktor ve hasta arasında iyi bir ilişki sağlanarak, hastanın tedaviye devamı ve istekliliği artırılmalı, hastada güven ve yüksek düzeyde tatmin yaratılmalıdır. Tatmin düzeyi yüksek hastalar, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda olumlu bir yargıya sahip olabileceği için hizmet kullanımını da etkileyebilecektir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma şekli ve zamanlama, sunulan hizmetin sonucunu önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca; hastanenin temizliğine özen gösterilmelidir. Teknolojik yenilik ve yeterlilik için gerekli önlemler alınmalıdır.

Sağlık sistemi içerisinde bir hastanenin varlığını sürdürebilmesi, o hastaneden yararlanan hastalara bağlıdır. Toplum içerisinde kaliteli bir sağlık örgütü olarak anılan bir hastane, diğer kurumlara göre hastaları tarafından

tercih edilecek ve diğer kişilere tavsiye edilecektir. Böylece, hastanenin pazar payı, karlılığı artacak ve yatak işgal oranları yükselecektir.

16) Sağlık bakım örgütlerinde, hasta tatmininin periyodik olarak sürekli ölçülmesi, hasta tatmin düzeylerinin izlenmesi ve toplanan verilerin bilgiye dönüştürülmesi gerekmektedir. Hasta tatmini lmleri, TKY felsefesine uygun olarak yapılmalı ve analiz sonuçlarından yararlanılmalıdır. Böylece, hastanelerde ortaya çıkan ortak sorunlar tanımlanacak ve uygun çözümler geliştirilecektir. Örgütler, benchmarking yoluyla da ölçüm sonuçlarından yararlanabilirler. Yapılan tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın, Türkiye'de yapılacak benzer araştırmalar için yönlendirici olabileceği düşünülmektedir.

TKY felsefesini benimseyerek kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastaneler, sağlık bakım hizmetlerini iyi planlamak, ölçmek ve değerlendirmek zorundadırlar. Hastaların, hizmet niteliği hakkında değerlendirmelerinin istenmesi hastalar tarafından memnuniyetle karşılanan ve hastane yöneticileri için de uygulanabilirliği kolay bir yöntemdir. Oysa, hastanelerde sağlık bakım hizmeti kalitesinin ve hasta tatmininin yükseltilmesi için gerekli faaliyetleri düzenleyecek, kontrol edecek ayrı bir bölüm ve bu konuda yetişmiş elemanın olmadığı izlenmektedir. Hastanelerde, kalitenin sürekli iyileştirilmesine ve hasta tatmininin sağlanabilmesine yönelik bir örgütlenme modeli oluşturulmalıdır.

ÖZET

Sağlık sisteminin en etkin gücünü oluşturan hastanelerin; temel çıktısı olan sağlık bakım hizmetini, mümkün olan en az maliyetle ve en kaliteli şekilde hizmet ettikleri topluma sunmayı amaçladıkları söylenebilir. Bu amacın gerçekleşmesi, kalite değerlendirme araçlarıyla toplanan bilgilerin analiz edilerek yorumlanması ve sağlık bakım hizmetinin iyileştirilmesi yönünde yararlanılması ile mümkün olabilir.

Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlayan hasta tatmini, sağlık bakım hizmetlerinde en önemli kalite boyutlarından birisidir. Çağdaş hastane yöneticilerinin, kaliteli sağlık bakım hizmeti sunabilmeleri için; hasta tatmini ölçümlerini sürekli ve periyodik olarak gerçekleştirerek, analiz sonuçlarından yararlanmaları gereklidir.

Bu araştırmada, hastaların yararlandıkları sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmelerinde etkili olan faktörlerin ve hastaların yararlandıkları hizmetlerle ilgili genel tatminlerini etkileyen değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca; belirlenen faktörler yönünden, hastaların sosyo-demografik ve diğer özelliklerine göre, yararlandıkları hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri de ortaya çıkarılacaktır. Böylece; sağlık örgütleri yöneticilerinin, hastaların yararlandıkları hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri ve tatminleri hakkında bilgi sahibi olması, bu bilgilerden sağlık bakım hizmeti kalitesinin gerçekleştirilmesi ve iyileştirilmesinde yararlanmaları sağlanacaktır.

Araştırma verileri, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH)'nden taburcu olan ve rasgele seçilen 325 hastadan elde edilmiştir. Hastalara, hastanede, taburcu oldukları gün yüzyüze anket yöntemi uygulanmıştır. Anket formunda, hastaların hastane hizmetlerini değerlendirmelerini içeren sorularda, 5 düzeyli Likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Araştırma hipotezlerini test etmek için; faktör analizi, çok değişkenli varyans analizi (manova) ve iki ortalama arasındaki farkın önem testi kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların yaptıkları değerlendirmeler ile hastaneye bağlılıkları (hastaneyi tekrar tercih etme ve diğer kişilere tavsiye etme) arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla ayırma (diskriminant) analizi uygulanmıştır.

Hastaların hastane hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini, 10 faktörün belirlediği ortaya çıkartılmıştır. Bunlar; (1) hemşire davranışı, (2) doktor davranışı, (3) temizlik ve teknik yeterlik, (4) ulaşılabilirlik, (5) yemeklerin kendisi, (6) bilgilendirilme, (7) fiziksel koşullar, (8) yemeklerin sunumu, (9) kabul ve gürültü, (10) ziyaretçi politikası. Araştırmada saptanan bu 10 değerlendirme faktörleri ile hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, medeni durum, sosyal güvence durumu, oda durumu, daha önce bu hastaneden yararlanma, kalınan servis çeşidi, daha önce başka hastaneye yatma, bekleme süresi, ameliyat olma durumu ve hastaneye yatış şekli arasında farklılık olduğu bulunmuştur.

Hastaların HNEAH'ni tekrar tercih etmelerinde, doktor davranışı (0.98) ve temizlik-teknik yeterlik (0.91) faktörlerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Hastaların HNEAH'ni diğer kişilere tavsiye etmelerinde ise, hemşire davranışı (0.86), doktor davranışı (0.87) ve temizlik teknik yeterlik (0.89) faktörlerinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hasta tatmini, hizmet kalitesi, toplam kalite yönetimi ve hasta sadakati.

SUMMARY

Hospitals, which are the most powerful construction units of the health system, aim to serve its main output health care service to the community with minimum cost and maximum quality. This objective can only be achieved by analyzing the data that is collected by quality evaluation instruments and interpreting this information in order to use to improve the health care system.

One of the most important quality dimensions of the health care services is the patient satisfaction which provides useful information about the structure, duration and output of the health care services. Contemporary hospital managers should always make patient satisfaction measurements periodically and benefit from the analysis results for a qualitative health care service.

In this research the main target is to establish the factors that are effective for the patients in evaluating health care services and other variables that are effective for their general satisfaction. Moreover, the evaluations of the patients about the services they benefitted from will be determined according to their sociol-demographic and other properties. By this way, health service managers, who are being informed by the patients' evaluations and satisfaction about the health services, can use this information on verification and improvement of the quality of the health care services.

Research data was got from random 325 patients who were discharged from Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH). Questionnaire method was done to patients face by face at the day they were discharged from the hospitals. At the questionnaire form five level Likert type scale was used for the patients to evaluate the hospital services.

In order to test the research hypothesis Factor Analysis, Multiple Variabled Variance Analysis (Manova) and the importance of the difference

between the two average values test were used. In addition to these, Discriminant Analysis was applied to determine the relation between the patients' evaluations and their loyalty to the hospital (such as preferring the hospital again or advising to the other people).

It is determined that 10 factors are effective for the patients' evaluations about the hospital services: These are; (1) nurses' behaviors, (2) doctors' behaviors, (3) cleanliness and technical sufficiency, (4) easiness in arrival, (5) food quality, (6) food service, (7) being informed sufficiently, (8) physical conditions, (9) acceptance and noise, (10) visitor politeness. By these ten factors the differences of patients in age, sexuality, education, income, state of being married or unmarried, state of social insurance, room properties, being stayed in this hospital previously, the type of services stayed, being stayed in another hospital previously, waiting duration, being in a surgical operation or not were determined.

For the patients to prefer HNEAH again it is found that doctor behavior (0.98), and cleanliness and technical sufficiency (0.91), factors are statistically important. For the advise of the patients about HNEAH to the other people, nurse behavior (0.86), doctor behavior (0.87) and cleanliness and technical sufficiency (0.89) factors are statistically important.

Key words: Patient satisfaction, service quality, total quality management and patient loyalty.

Kaynakça

Arndt, Margarete; Barbara Bigelow, **"The implementation of total quality management in hospital : How good is the fit?"** , Health Care Manage Review, Fall 1995, 20 (4), s.7-14.

Aslan, Fatma Eti; Sema yazıcı; Seher Şenel, **"İstanbul'da Bir Üniversite ve Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Çalışma"**, Halk Sağlığı Kongresi, İstanbul 1990, s.872-881.

Akdere, Fırat; M.Hamza Poiat; Mehmet Aksoy; Markos Psoropulas; Erkan Candaş; İ.Hakan Yılmaz, İ.T.Ü. İşletme Mühendisleri Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi, **"Yeni Kimliğiyle Toplam Kalite"**, Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi, Eylül 1994, s.9-19.

Alcan, Zehra; **"Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları"**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 1-2 Kasım 1997, s.133-139.

Akgün, H.Seval; Rengin Erdal, **"Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü"**, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 17-18 Ekim 1997, s.219-225.

Atayeter, Coşkun; **"Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi ve Toplam Kalite Kontrolü"**, I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğınboy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s.397-402.

Aziz, Aysel; **Araştırma Yöntemleri - Teknikleri ve İletişim**, Genişletilmiş 2. Basım, Turhan Kitabevi, Ankara: 1994.

Aksoy, Güler; **"Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımında Psiko-Sosyal Faktörlerin Rolü ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri"**, Hemşirelik Bülteni, Özel Sayı Doktora Tez Özetleri:1980-1994, Cilt:VI, Sayı:24, Ankara: 1992, s.13.

Artut, Ş., **"Yaşlı Hastaların Hastanenin Fiziksel Çevre Düzenlemesine Yönelik Yaşadığı Sorunlar ve Beklentilerinin Belirlenmesi"**, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, H.Ü. Hemşirelik Y.O., Ankara:15-17 Kasım 1995, s.20-21.

Baysal, Ayşe; Meral Aksoy; Nazan Bozkurt; Türkan Kutluay Merdol; Gülden Pekcan; Sevim Keçecioglu; Tanju Besler; Seyit M. Mercanlıgil, **Diyet El Kitabı**, Hatiboğlu Basım Yayım, 3. Baskı, Ankara:1999.

Berk, Oğuz; **Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemlerindeki Gelişmeler ve Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye'de Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Model Önerisi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü.İşletme Fakültesi, 1994.

Bozkurt, Rıdvan; **"Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi"**, Verimlilik Dergisi, 1994 / 3, MPM Yayını, s.107-136.

Bozkurt, Rıdvan; **"Bir Hizmet Organizasyonunda Kalite İyileştirme Programının Başlatılması"**, MPM Yayını, 1994/2, s.107-138.

Boe, Jacob; Göran Stiksa; Klas Svensson; Asbrink, Eva Asbrink, **"New method of evaluating patient preference for different inhalation delivery systems"**, Annals of Allergy, March 1992, Volüme 68, s. 255-260.

Bowers, Michael R.; John E. Swan, William F. Koehler, **"What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?"**, Health Care Manage Review, Fall 1994, 19 (4), s. 49-55.

Bernhart, Michael H.; I.G.P. Wiadnyana; Haryoko Wihardjo; Imbalos Pohan, **"Patient satisfaction in developing countries"**, Social Science & Medicine, Vol.48, 1999, s.989-996.

Cronin Jr., J. Joseph; Steven A. Taylor, **"Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension"**, Journal of Marketing, July-September 1992, 56(3), s.55-75.

Cheung, Ma Hok; Hugh Koch, **"Establish Continuous Quality Improvement in a Hong Kong Hospital"**, International Journal of Health Care Quality Assurance, 1994, 7 (2), s. 19-25.

Cronin Jr., J. Joseph; Steven A. Taylor, **"SERPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance- Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality"**, Journal of Marketing, January 1994, Volume 58,s.125-131.

Carey, Raymond G.; Jerry H. Seibert, **"A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity"**, Medical Care, 31 (9), 1993, ss.834-845

Coşkun, Ürfet, **"Hastaların Öğünlerini Yememe Sebeplerinin Araştırılması"**, Hemşirelik Bülteni, Yüksek Lisans Tez Özetleri: 1985-1993, Cilt:VI, Sayı. 25-26, 1992, s. 3.

Çerekçi, Saim; A. Kadir Teke; **"Ankara Garnizonundaki Subay- Astsubay ve Ailelerinin GATA Eğitim Hastanesinden Beklentilerinin Analizi"**, III. Baştabib Oryantasyon Kursu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara: 19 -23 Ekim 1998, s. 58-71.

Çoruh, Mithat; **"Başkent Üniversitesi Hastanesinde Kalite Güvence Uygulaması"**, I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö.Harmancıoğlu, Y.Yeğinboy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s.339-348.

Çivi, Selma; Mehmet Akman, **"Toplumumuzun Sağlık Hizmetlerinden Beklentileri"**, Deniz Tıp Bülteni, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı, Ankara, 23 (1), Ocak-Mayıs 1990, s.53-59.

Çivi, Selma; Mehmet Akman, **"Toplumumuzun Hekimlerden Beklentileri"**, Deniz Tıp Bülteni, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı Sağlık ve Veteriner Daire Başkanlığı, 23 (3), Eylül 1990, s. 68-77.

Çelik, Yusuf; İsmail Ağırbaş; Mehmet Top, **"TCDD Ankara Hastanesinde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler"**, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 15-16 Mayıs 1999, s.45-56.

Dolinsky, Arthur L.,**"Eldery Patients' Satisfaction with the Outcome of Their Health Care Complaints"**,Health Care Manage Review, Spring 1997, 22(2),s.33-40.

Donabedian, A., **"Kalite Güvencesi"**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 1(1), 1992, s.15-48.

Donabedian, A., **"Bakım kalitesi Ve Maliyeti Konularında Mesleki Sorumluluk"**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Vol:11, 1993, s.99-112.

Dansky, Kathryn H.; Jeffrey Miles, **"Patient Satisfaction with Ambulatory Healthcare Services: Waiting Time and Filling Time"**, Hospital & Health Services Administration, summer 1997, 42 (2), s. 165-177.

Demir, C.; A. Güçlü; A.Teke; M. Çimen; T. Fedai; S. Peker; Z. Kostik; H. T.Aktan, "**GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmin Düzeyinin Saptanması**", II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara:15-16 Mayıs 1999, s.3-12.

Donabedian, Avedis; **Explorations in Quality Assesment and Monitoring, Volüme I, The Definition of Quality and Approaches to its Assesment**, Health Administration Press Ann Arbor, Michigan, 1980.

Esen, Aynur; "**Hastalar Ziyaretçiler Hakkında Ne Düşünüyor?**", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran 1992, Sivas,s.392-400.

Elpern, Ellen H.; Patricia A. Patterson; Deborah Gloskey; Roger C. Bone, "**Patients' Preferences for Intensive Care**", Critical Care Medicine, January 1992, 20 (1), s. 43-47.

Etter, Jean-François; Thomas V. Perneger, "**Validating A Satisfaction Questionnaire Using Multiple Approaches: A Case Study**", Social Science Medicine, Vol. 45, 1997, s. 879-885.

Engiz, Oğuz; "**Hasta Memnuniyeti**", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Ekim 1998, 2 (7), ss.26-29.

Engiz, Oğuz; "**Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini**", Hastane Yöneticiliği, Ed.: Haydar Sur, Osman Hayran, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 1997, s.61-87.

Ersoy, Korkut; Şahin Kavuncubaşı, " **Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi**", I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu ve Y. Yeğınboy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s. 349-361.

Ersoy, Korkut; "**Hastanelerde Kalite Kontrolü**", Toplum ve Hekim, Nisan 1993, s.68-69.

Ersoy, Korkut; "**Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**", II. Baştabib Oryantasyon Kursu kitabı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara: 17-21 Kasım 1997, s.1-6.

Eryoldaş, Sibel; Barış Turgutoğlu, " **Hasta Memnuniyetinin Ölçümü**", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara:1-2 Kasım 1997, s.145-148.

Esatoğlu, Afsun Ezel; Korkut Ersoy, " **Hasta Tatmininin Ölçülmesi**", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 1-2 Kasım 1997, s.61-71.

Esatoğlu, Afsun Ezel; Korkut Ersoy, "**Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri**", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara:17-18 Ekim 1997, s.67-75.

Esatoğlu, Afsun; "**Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi**", Yayınlanmamış Doktora Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara:1997.

Ekdal, Müfid; Tıbbaneden Numuneye, Zafer Matbaası, İstanbul: 1982

Ford, Robert C.; Susan A. Bach; Myron D. Fottler, "**Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organization**", Health Care Manage Review, Spring 1997, 22 (2), s. 74-89.

Fisk, Trevor A.; Carmhiel J. Brown; Kathleen Cannizzaro; Barbara Naftal, "**Creating Patient Satisfaction and Loyalty**", Journal of Health Care Marketing, June 1990, 10 (2), s. 5-15.

Graham, Nancy O.; **Quality in Health Care Theory, Application and Evolution** , An Aspen Publication, 1995.

Michele G. Greene; Ronald D. Adelman, Erika Friedmann; Rita Charon, "**Older Patient Satisfaction With Communication During An Initial Medical Encounter**", Soc. Sci. Med., 38 (9), 1994, s. 1279-1288.

Gilbert, Faye W.; James R. Lumpkin; Rajiv P. James, "**Adaptation and Customer Expectations of Health Care Options**", Journal of Health Care Marketing, September 1992, 12 (3), s. 46-55.

Goldfield, Norbert; John Pine, **Measuring and Managening Health Care Quality, Procedures, Technigues, and Protocols**, Volüme 1, An Aspen Publication, Inc. Gaithersburg, Maryland, 1996.

Gordon, Dr. Thomas; W. Sterling Edwards, **Doktor-Hasta İşbirliği**, çev.Emel Aksoy, Ed. Birsen Özkan, Sistem Yayıncılık, İstanbul: Mart 1997.

Gülçiçek (Balcı), Sakine; "**Hastanedeki Fiziksel Çevrenin 6-12 Yaş Grubu Çocukların Uykusu Üzerine Etkisi**", Hemşirelik Bülteni, Yüksek Lisans Tez Özetleri:1985-1993, Cilt:VI, Sayı: 25-26, Ankara: 1992, s.70.

Hayran, Osman; Hulki Uz, "**Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**", Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed.: Osman Hayran, Haydar Sur, Yüce Yayın, İstanbul: 1998, s.147-174.

Hayes, Bob E.; **Measuring Customer Satisfaction, Development and Use of Questionnaires**, ASQC Quality Press Milwaukee, Wisconsin, 1992.

Heinemann, Denise; Cecile A. Lengacher; Mary Lou Vancott; Mabe Patricia; Sunday Swymer; "**Partners in satisfaction and other quality indicators**", Nursing- Economics, 1996 14 (5), s.276-286.

Hays, Ron D.; Celia Larson; Eugene C. Nelson; Paul B. Batalden, "**Hospital Quality Trends, A Short-Form Patient - Based Measure**", Medical Care, July 1991, 29 (7), s.661-668.

Hart, Mike; "**Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality**", Journal of Advanced Nursing, December 1996, 24 (6), s. 1234-1240.

Hall, Judith A.; Michael C. Dornan, "**What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of the Satisfaction Literature**", Soc. Sci. Med., 27 (9), 1988, s.935-939.

Hall, Judith A.; Michael C. Dornan, "**Patient Sociodemographic Characteristics As Predictors of satisfaction With Medical Care: A Meta-Analysis**", Soc. Sci. Med., 30 (7), 1990, s.811-818.

Thomas S. Inui; William B. Carter, "**Problems and Prospects for Health Services Research on Provider-Patient Communication**", Medical Care, 23(5), 1985, s.521-538.

Tengillimoğlu, Dilaver; **"Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi"**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed. Mithat Çoruh, Ankara: 1-2 Kasım 1997, s.103-111.

Ingram, Barbara Lichner; Richard S. Chung, **"Client Satisfaction Data and Quality Improvement Planning in Managed Mental Health Care Organizations"**, Health Care Manage Review, 1997, 22(3), s.40-52.

İriyanı,Gölnur ve Diğerleri;**"Poliklinik Hizmetlerinde Hasta İhtiyaç ve Beklentileri"**, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 24-25 Kasım 1996, s.69-78.

İşnas, Cevdet; Mehtap Tatar, **"Doktor Hasta İlişkisi"**, II. Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: Korkut Ersoy, Şahin Kavuncubaşı, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 15-16 Mayıs 1999, s.77-86.

John, Joby; **"Research In Brief, Patient Satisfaction: The Impact of Past Experience"**, Journal of Health Care Marketing, September 1992, 12 (3), s. 56-64.

Joos, Sandra K.; David H. Hickam; Laura M. Borders, **"Patients' Desires and Satisfaction in General Medicine Clinics"**, Public Health Reports, November-December 1993, 108 (6), s. 751-759.

John, Joby; **"İmproving Quality Through Patient-Provider Communication"**, Journal of Health Care Marketing, December 1991, 11 (4), s.61-67.

Jones, R. B.; A. G.; H.Wylie Carnon; A.J. Hedley, **"How do we Measure Consumer Opinions of Outpatient Clinics?"**, Public Health, 1993, Volüme 107, s. 235-241.

John, Joby; **"Referent Opinion and Health Care Satisfaction"**, Journal of Health Care Marketing, summer 1994, 14 (2), s. 24-30.

Kavuncubaşı, Şahin; **"Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite ve Verimlilik Karşılaştırması"**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 1-2 Kasım 1997, s.145-148.

Kavrakoğlu, İbrahim; **Toplam Kalite Yönetimi**, KalDer Yayınları I, Kasım 1992.

Kum, Nebahat; **"Türkiye'de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar"**, II. Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas 1990, s.137-140.

Kardeş, Semra; **"Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini"**, I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğinsoy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s. 231-253.

Kocadağ, Zahide; Hacer Özgen, **"Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi"**, I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed.: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğinsoy, Kuşadası/Aydın: 4-7 Mayıs 1994, s.325-338.

Kurtuluş, Kemal; **İşletmelerde Araştırma Yöntembilimi (Araştırma Yöntemleri)**, İşletme Fakültesi Yayın No:210, İstanbul: 1989.

Karadağ, M.; M. Mollaoğlu, **"Yoğun Bakım Ünitesinde Hastaları Olan Ailelerin Gereksinimlerinin ve Hemşireden Beklentilerinin Saptanması"**, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, H.Ü. Hemşirelik Y.O., Bildiri Özet Kitapçığı, 15-17 Kasım 1995, s.20-21.

Redhouse İngilizce - Türkçe Sözlük, Ed.: Robert Avery, Serap Bezmez, Anna G. Edmonds, Mehlika Yaylalı, 24. Basım, Redhouse Yayınevi, İstanbul: 1996.

Lowe, K.J.; A.D. Gregory; R. L. Jeffery; D.L. Easty, "**Patient Perceptions and Social Impact. Preliminary Results of the Bristol MRC Study**", Eye, 1991; Vol. 5, s. 373-378.

Lezzoni, Lisa I.; "**Monitoring Quality of Care: What Do Need to Know?**", Monitoring Quality of Care, summer 1993, Volume 30, s. 112-114.

Lytle, Richard S.; Michael P. Mokwa, "**Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes**", Journal of Health Care Marketing, March 1992, 12 (1), s. 4-14.

Lee, Yunhwan; Judith D. Kasper, "**Assesment of Medical Care by Elderly People: General Satisfaction and Physician Quality**", Health Services Research, February 1998, 32 (6), s.741-758.

Lewis, J.R.; "**Patient Views on Quality Care in General Practice: Literature Review**", Social Science and Medicine, 39 (5), 1994, s. 655-670.

Leebov, Wendy; Gail Scott, **Service Quality Improvement, The Customer Satisfaction Strategy for Health Care**, AHA, 1994.

Like, Robert; Stephen J. Zyzanski, "**Patient Satisfaction With The Clinical Encounter: Social Psychological Determinants**", Soc. Sci. Med., 24(4), s.351-357.

MacStravic, R. Scott; **Beyond Patient Satisfaction Building Patient Loyalty**, Management Series, American College of Healthcare Executives, 1990.

Mclaughlin, Curtis P.; Kaluzny, Arnold, D.; **Continuous Quality Improvement in Health Care, Theory, Implementation and Application**, An Aspen Publication, 1994.

Meterko, M.; C. Engene Nelson; R. Haya Rubin, "**Patient Judgement of Hospital Quality Report of a Pilot Study**", Medical Care, September 1990, 28 (9), s. 1-61.

Mowen, John C.; Jane W. Licata; Jeannie McPhail, "**Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction**", Journal of Health Care Marketing, summer 1993, s. 26-33.

Morgan, Colin; Stephen Murgatroyd, **Total Quality Management in the Public Sektör, An International Perspective**, Open University Press Buckingham, 1997.

Moffitt, Kevin G.; Pamela B. Daly; Lisa Tracey; Thomas C. Tinstman, "**Patient-Focused Care: Key Principles to Restructuring**", Hospital Health Services Administration, Winter 1993, 38 (4), s. 509-521.

Merdol Kutluay, Türkan; "**Beslenme Eğitimi**", Diyet El Kitabı, Ayşe Baysal ve Diğerleri, Hatiboğlu Basın Yayım, Ankara:3. Baskı 1999, s.383-395.

Omachonu, Vincent K.; **Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations**, American Society for Quality Control, Milwaukee, Wisconsin, 1991.

Okumuş, Hülya; Hediye Gürbüz, "**Hastaların Hemşirelik Bakım Yeterliliğini Değerlendirmeleri**", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran 1992, Sivas, s. 386-391.

O'Connor, Stephen J.; Thomas L. Powers; Michael R. Bowers, "**Research in Brief, Improving Service Quality In The Health Care Setting**", Journal of Health Care Marketing, December 1998, 8 (4), s. 63-66.

Özmen, Dilek; "**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması**", II. Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas 1990, s. 532-538.

Özgen, Hacer; "**Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme**", Toplum ve Hekim, Eylül-Aralık 1995, 10 (69-70), s. 47-53.

Özer, Emel; "**Yeterli, Dengeli Beslenme ve Akdeniz Diyeti**", Aktüel Tıp, Beslenme ve Diyet Sayısı/1, Cilt:2, Sayı:6, Ağustos 1997, s.333-338.

Özden, Özlem; Fulya Ölmez, "**Kalite Kavramının Gelişimi**", Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Kitabı, Ed. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 11-12 Kasım 1994, s.17-19.

Paksoy, Mahmut; "**Toplam Kalite Yönetiminde İnsan**", Değişim, İ.Ü. İşletme Fak. Davranış Bilimleri Anabilim Dalı Dergisi, Yıl:3,Sayı:3, Eylül 1996, s.10-11.

Pala, Tümer; Sevin Ergin, "**İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Hizmet Alan Kesimin Hoşnutluk Ve Beklentileri**", Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayın Organı, Yıl:9, Sayı:4, Ankara: Ekim - Aralık 1999, s. 3-8.

Pekdemir, Işıl; "**JIT (Just In Time) ve Kalite Çemberleri**", İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, Kasım 1994, 23 (2), s. 55-70.

Peyrot, Mark; Philip D. Cooper; Donald Schnapf, "**Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services**", Journal of Health Care Marketing, winter 1993, s.24-33.

Pekdemir, Işıl; **İşletmelerde Kalite Yönetimi**, BETA Basım Yayım Dağıtım A. Ş., İstanbul: 1992.

Pekdemir, Işıl; **"Değişen Yönetim Anlayışı, En İyiyi Üretme ve Toplam Kalite yönetimi"**, Yönetim: İ.Ü.İşletme Fak. İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, Yıl:6, Sayı:22, Ekim 1995, s. 27-30.

Peşkiroğlu, Nurettin; **"Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ve ISO 9000 Standartları"**, Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, 1994, ss. 95-116

Pekcan, Gülden; **"Hastanın Beslenme Durumunun Saptanması"**, Diyet El Kitabı, Ayşe Baysal ve Diğerleri, Hatiboğlu Basın Yayım, Ankara:3. Baskı 1999, s.61-71.

Racoveanu, N.T.; Kirsten Staehi Johansen, **"Technology for The Continuous Improvement of The Quality of Health Care"**, World Health Forum, An International Journal of Health Development, Geneva: 1995, 16 (2), s.138-144.

Ross, Caroline K.; Colette A. Steward, **"The Importance of Patient Preferences in the Measurement of Health Care Satisfaction"**, Medical care, 31(12), 1993, s.1138-1149.

Stamatis, D. H., **Total Quality Management in Healthcare, Implementation Strategies for Optimum Results**, 1996.

Steiber, Steven R.; William J. Krowinski, **Measuring and Managing Patient Satisfaction**, AHA American Hospital Publishing, Inc., An American Hospital Association company, 1990.

Stiles, Renee A.; Stephen S. Mick, "**Classifying Quality Initiatives: A Conceptual Paradigm for Literature Review and Policy Analysis**", Hospital & Health Services Administration, Fall 1994, 39 (3), s. 309-326.

Shi,Leiyu; "**Patient and Hospital Characteristics Associated with Average Length of Stay**", Health Care Manage Review, Spring 1996, 21 (2), s.46-61.

Sarvan, Fulya; Oğuz Berk, "**Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi**", İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, Avcıol Basım Yayım, İstanbul, Kasım 1995, 24 (2), s. 9-35.

Saturno, Pedro J.; "**Towards Evaluation of The Quality of Care in Health Centres**", World Health Forum, An International Journal of Health Development, Geneva: 1995, 16 (2), s.145-150.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **LEMON Bölüm 3: İletişim**, Ed. Gülten Özaltun, Yayın No:603, 1.Baskı, Ankara: 1998.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998**, Yayın No:619, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara: 1999.

Sümbüllüoğlu, Kadir; **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri, İstatistik**, Matış Yayınları-3, Çağ Matbaası, Ankara: 1978.

Sümbüllüoğlu, Kadir; Vildan Sümbüllüoğlu, **Biyoistatistik**, Hatiboğlu Basım Yayım,8. Baskı, Ankara:1998.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **LEMON Hemşirelikte Eğitim Materyalı, Bölüm 3: İletişim**, Yayın No: 603, Ed. Gülten Özaltın, Ankara:1.Baskı 1998.

Şencan, Hüner; **İşletmeciler ve İktisatçılar İçin Rapor Yazımı, Tez - Araştırma -Rapor - İş Mektubu - Dilekçe -Tutanak**, İ. Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 264, İstanbul: 1995.

Taylor, Stevan A.; **"Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies"**, Hospital and Health Service Administration, summer1994, 39 (2), s. 221-236.

Taylor, Steven A.; J. Joseph Cronin Jr., **"Modeling Patient Satisfaction and Service Quality"**, Spring 1994, 14 (1), s. 34-63.

Tudor, Cynthia G.; Gerald Riley; Melvin Ingber, **"Satisfaction With Care: Do Medicare HMOs Make A Difference?"**, Health Affairs, March-April 1998, s.165-176.

Terakye, Gülşen; **Hasta Hemşire İlişkileri**, Genişletilmiş Üçüncü Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara:1994.

Terzi, Harun; **"Kalite Kontrol Çemberlerinin Yapısı, Organizasyonu ve Verimlilik Boyutu"**, Verimlilik Dergisi, 1995 / 3, MPM Yayını, s. 43-56.

Tengilimoğlu, Dilaver; **"Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi"**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed.Mithat Çoruh, Ankara: 1-2 Kasım 1997, s.103-111.

Türk Tabipler Birliği (TTB), **"Hekimlik Mesleği Etik Kuralları"**, Hekim Forumu, Mart-Nisan 1999, s.35-36.

Turgu, Ayşe; **"Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmini"**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul:1997.

Türköz, Yeşim Taş; Aysen Aksoy; Alp Korkut Perçin, " **Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi**", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara:17-18 Ekim 1997, s.33-43.

Taşdemir, Mustafa; **"Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi"**, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, M.Ü. Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, İstanbul:1998.

Ullman, Ralph; Jerrold W. Hill; Eileen C. Scheye; Randall K. Spoeri, **"Satisfaction And Choice: A View From The Plans"**, Health Affairs, May-June 1997, 16(3), s. 209-217.

Uz, M.Hulki; İ.Deniz Özbakır; Cemil Ergin, **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması"**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ed.Mithat Çoruh, 1-2 Kasım 1997, s.113-118.

Woodside, Arch G.; Lisa L. Frey; Robert Timothy Daly, **"Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention"**, Journal of Health Care Marketing, December 1989, 9 (4), s.5-17.

Williams, Brian; **"Patient Satisfaction: A Valid Concept?"**, Soc. Sci. Med., 1994, 38 (4), s.509-516.

Whitney, Coralyn W.; Peter Milgrom; Douglas Conrad; Louis Fiset; David O'Hara, **"The Relationship Between Price of Services, Quality of Care, and Patient Time Costs for General Dental Practice"**, Health Services Research, February 1997, 31 (6), s. 773-790.

Woodside, Arch G.; **"Commentary On... What is Quality and How Much Does It Reality Matter?"**, Journal of Health Care Marketing, December 1991, 11(4), s.61-67.

Ward, Michael E.; **"Measuring Service Quality and its Relationship to Future"**, Journal of Health Care Marketing, winter 1993, 13 (4), s. 32-48.

Walbridge, Stephanie W.; Linda M. Delene, **"Measuring Physicion Attitudes of Service Quality"**, Journal of Health Care Marketing, Winter 1993, s. 7-15.

Wensing, Michel; Richard Grol; Anton Smits, **"Quality Judgements by Patients on General Practice Care: A Literatüre Analysis"**, Soc. Sci. Med. Vol.38, No:1, Great Britain:1994, s.45-53.

Yanık, Aygöl; **Hastanelerde Beslenme Hizmetlerinin Organizasyonu ve Personelin Beslenme Hizmetlerini Değerlendirmesi İle İlgili Bir Araştırma**", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1992.

Yıldırım, İlknur; **"Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların, Hastane Gürültüsünden Nasıl Etkilendiklerinin Belirlenmesi"**, C. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Şubat 1991.

Yıldırım (Bilgin), İlknur; Atalay, M.; **Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların Hastane Gürültüsünden Nasıl Etkilendiklerinin Belirlenmesi"**, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, C.Ü. Hemşirelik Y.O. Sivas: 24-26 Haziran 1992, s.215-221.

Zimmerman, David; Peggy Zimmerman; Charles Lund, **The Healthcare Customer Service Revolution**, IRWIN Professional Publishing, Chicago, London, Singapore, HFMA, 1994.

Zifko-Baliga, Georgette M.; Robert F. Krampf, "**Managing Perceptions of Hospital Quality**", Marketing Health Services, Spring 1997, 17 (1), s. 28-38.

Zorlutuna, Yaman; "**Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.Mithat Çoruh, Ankara: 17-18 Ekim 1997, s.185-192.



Ek 1: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Taburcu Olan Hastaların Hastane Memnuniyetleri ile İlgili Araştırma Anket Formu

Değerli Hastamız,

Bu anket formu Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kaldığınız süre içerisinde aldığınız hizmetlerle ilgili değerlendirmelerinizi saptamak ve bu doğrultuda hastanelerdeki sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla yönelik bilimsel bir araştırmaya esas olacaktır.

Anket formunu tam ve doğru olarak cevaplandırmanız araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olmasını sağlayacaktır. Bu anket formundan elde edilecek bilgiler, sadece bu araştırma için kullanılacak, kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yapacağınız önemli destek ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Aygül YANIK

**İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Yönetimi ve Organizasyon
Doktora Programı**

Anket Formu Sıra No:

Tarih:...../...../ 19...

1. Hastaneye yatışınız hangi şekilde oldu? (Yatışınız birden fazla ise en son yatışınızı düşünerek cevaplandırınız).
 - a. Acil bölümden
 - b. Normal poliklinik muayenesinden sonra
 - c. Hastane dışında özel muayeneden sonra
 - d. Diğer (belirtiniz).....

2. Eğer poliklinikte muayene olduysanız, hastaneye yatmak için ne kadar süre beklediniz?
.....saat / gün / hafta / ay

3. Hastaneye yatışınıza neden olan asıl sorunuz yada hastalığınız nedir?.....

4. Hastanede yattığınız bölüm yada bölümleri, en çok yattığınız bölümden başlayarak sıralayınız?
 - a.
 - b.
 - c.

5. Hastanede kaç kişilik odada kaldınız?.....

6. Hastanede kaldığınız süre içerisinde ameliyat oldunuz mu? a. Evet b. Hayır

7. Hastanede toplam kaç gün kaldınız?..... gün

8. Daha önce başka bir hastaneye yattıysanız, yattığınız hastaneleri sıralayınız?
 - a. Yatmadım
 - b.
 - c.
 - d.

9. Bu hastanede daha önce tedavi oldunuz mu?(Poliklinikte, acilde veya yatarak)
Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.
 - a. Acilde tedavi oldum b. Poliklinikte tedavi oldum
 - c. Serviste yatarak tedavi oldum d. Tedavi olmadım

Bu bölümdeki sorular sizin bu hastanede son yattığınız süre içerisindeki düşüncelerinizi anlayabilmek için düzenlenmiştir. Her sorunun karşısında yer alan 5 seçenektен , durumunuzu en iyi açıklayan bir seçeneği işaretleyiniz.

Acil Yardım ve Poliklinik Bölümü: Hastaneye yatışınız acilden olduysa ,acil yardım bölümünü, poliklinikten olduysa polikliniği düşünerek cevaplayınız.

		Ne iyi				
	Çok iyi	İyi	Ne kötü	Kötü	Çok kötü	
10. Kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
11. Muayene olabilmek için geçen bekleme süresi ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
12. Laboratuvar ve röntgen hizmetlerinden kolaylıkla yararlanmanız (Tetkik verme, Film Çekime,Sıra bekleme, Sonuç alma)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
13. Tetkik sonuçlarını doktorunuza gösterebilme kolaylığı...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
14. Hizmet veren doktorların ilgisi, nezaketi, dikkati...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
15. Hizmet veren hemşirelerin ilgisi, şefkati ve yardımseverliği...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
16. Diğer personelin hizmetlerinden memnuniyetiniz...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
17. Doktor yada hemşire tarafından, tetkik ve tedavi işlemleri hakkında bilgilendirilmeniz...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
18. Acil Yardım bölümünde beklediğiniz sürece , bekleme sebeplerinden haberdar edilmeniz...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
19. Genel olarak Acil Yardım, Poliklinik bölümünden memnuniyetiniz...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Hasta Kabul İşlemleri: (Hastaneye yatış işlemlerinize ilgili olarak)						
20. Hastaneye yatış işlemlerinde bekleme süresi ve zamanlama...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
21. Resmi sevk işlemlerinde size kolaylık gösterilmesi ve işlemlerin düzeni (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur sevk)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
22. Hizmet veren personelin işe ilgisi , nezaketi ve yardımseverliği...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
23. Hasta kabul görevlileri tarafından mali konuların açıklanması...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
24. Ücret ödeme ile ilgili işlemlerin kolayca tamamlanması...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Yattığınız Bölümde, Size Hizmet Veren Hemşireler İle İlgili Olarak:						
25. Hemşirelerin beceri ve yetenekleri (ilaç verme, serum takma vb)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
26. Hemşirelerin, uygulanan tetkikler, ilaçlar, hastalığınız ve tedaviniz hakkında sizi ve yakınlarınızı bilgilendirmeleri...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
27. İlk geldiğinizde hemşirelerin sizi karşılayarak odanız, yapılacak işlemler, hemşire çağrı sistemi ve merak ettiğiniz konular hakkında bilgilendirmeleri...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

	Çok iyi	iyi	Ne kötü	Kötü	Çok kötü
28. Hemşirelerin duygusal ve fiziksel sorunlarınızı zamanında belirlemeleri ve çözmek için çaba sarfetmeleri...	1□	2□	3□	4□	5□
29. Hemşirelerin size gösterdikleri ilgi, nezaket, güler yüz ve saygı...	1□	2□	3□	4□	5□
30. Bir sorun ile karşılaştığınızda hemşirelere ulaşılma kolaylığı (Çağrı ışığına çabuk cevap verilmesi.)...	1□	2□	3□	4□	5□
31. Hemşirelerin sizi dinlediklerine ve anladıklarına olan inancınız...	1□	2□	3□	4□	5□
32. Hemşirelerin size bakım için ayırdıkları zaman miktarı...	1□	2□	3□	4□	5□
33. Hemşirelerin allenez, refakatçiniz ve ziyaretçilerinize karşı nezaket ve anlayışı...	1□	2□	3□	4□	5□
34. Hemşirelerin taburcu olduktan sonraki bakımınız konusunda sizi bilgilendirmeleri...	1□	2□	3□	4□	5□
35. Hemşirelerin verdikleri bakımdan tümü ile memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□

Yattığınız Bölümde, Sizi Tedavi Eden Doktorlar İle İlgili Olarak:

36. Doktorların sizi ayrıntılı olarak dikkatlice muayene etmesi...	1□	2□	3□	4□	5□
37. Doktorların sizi uygulanan tetkik, ilaçlar, hastalığınız ve tedaviniz hakkında yeterli derecede bilgilendirmeleri...	1□	2□	3□	4□	5□
38. Doktorların sizi dinlemeleri ve anlamaları...	1□	2□	3□	4□	5□
39. Doktorların size gösterdikleri nezaket ve saygı ...	1□	2□	3□	4□	5□
40. Doktorların bakım ve tedaviniz gereği size ayırdıkları zaman miktarı...	1□	2□	3□	4□	5□
41. İhtiyacınız olduğunda doktorunuza ulaşılma kolaylığı...	1□	2□	3□	4□	5□
42. Doktorların geçmişteki tıbbi problemlerinize ilgisi ve dikkati...	1□	2□	3□	4□	5□
43. Doktorların hastalığınızın tedavisi konusundaki becerileri ve sizin doktorunuza olan güveniniz...	1□	2□	3□	4□	5□
44. Doktorların taburcu olduktan sonraki bakımınız konusunda sizi bilgilendirmeleri...	1□	2□	3□	4□	5□
45. Doktorların size verdikleri bakımdan tümü ile memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□

Diğer Hastane Personeli İle İlgili Olarak:

46. Laboratuvar çalışanlarından memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□
47. Röntgen çalışanlarından memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□
48. Telefon operatörlerinden memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□
49. Yemek dağıtan personelden genel olarak memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□

	Çok İyi	İyi	Ne kötü	Kötü	Çok kötü
50. Temizlik işleri yapan personelden genel olarak memnuniyetiniz..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51. Diyet uzmanlarının diyetinize ilişkin bilgileri ve sizi bilgilendirmeleri...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Hastanede Yediğiniz Yemeklerle İlgili Olarak:

52. Yemeklerin görünüşü...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
53. Yemeklerin lezzeti (sıcaklık-soğukluk, kokusu, tadı)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
54. Yemek çeşitleri ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
55. Sunulan yemeklerin doyuruculuğu...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
56. Yemeklerin dağıtım saatlerinin uygunluğu (geç-erken)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
57. Yemek malzemelerinin (tepsi, çatal, kaşık vb.) temizliği...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Kaldığınız Oda ile İlgili Olarak:

58. Odanızın temizlik ve düzeni...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
59. Yatak takımlarının temizliği ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
60. Odanızın temizlik ve düzeninin size rahatsızlık vermeden uygun zamanda sağlanması...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
61. Odanızın hava durumuna göre ısınması...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
62. Odanın ışıklandırılması ve havalandırılması ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
63. Yatağınızın rahatlığı...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
64. Odanızın sessizliği...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
65. Odada gereksinim duyduğunuz diğer eşyaların çalışması ve kolaylıkla yararlanmanız (Telefon, priz, TV. ,vb.)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Hastanedeki Diğer Şartlar ve Sunulan Hizmetlerle İlgili Olarak:

66. Bu hastanenin size göre modern teçhizat ve teknolojisi...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
67. Hastane dışında ve içinde bölümlere konulan işaret ve levhalar ile yolunuzu kolayca bulmanız...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
68. Ziyaret saatlerinin uygunluğu...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
69. Gereksinim duyduğunuzda yakınlarınız ile görüşebilme kolaylığı...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
70. Hastane kantin hizmetlerinden memnuniyetiniz...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
71. Hastane genelinin gürültüsüz ve sakin olma durumu...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
72. Hastanede haşere (böcek, sinek vb.) görülme durumu...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
73. Hastanenin genel temizliği...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Çok İyi	İyi	Ne kötü	Kötü	Çok kötü
74. Hastane tuvaletleri ve banyonun genel olarak temizliği...	1□	2□	3□	4□	5□
75. Hastanede kaldığınız sürece günlük aktivitelere (yeme-içme, temizlik, boşaltım, hareket) yardımcı olunması...	1□	2□	3□	4□	5□
76. Hastane içerisinde tetkik işlemlerinin yapılması sırasında yardım görme durumunuz (röntgene, ultrasona gidip gelme vb).	1□	2□	3□	4□	5□
77. Kişisel eşyalarınıza gizlilik ve güvenlik sağlanması...	1□	2□	3□	4□	5□
78. Genel olarak çalışanların yardımseverliği ve sizin güven içerisinde olmanızı hissettirecek şekilde davranmaları...	1□	2□	3□	4□	5□
79. Bu hastanede yattığınız süreyi genel olarak değerlendirdiğinizde memnuniyetiniz...	1□	2□	3□	4□	5□

80. Bu hastaneyi ihtiyaçları olduğunda çevrenize (aile, arkadaş, tanıdık vb.) tavsiye eder misiniz?

- a. Evet b. Kararsızım c. Hayır

81. Daha sonra yine hastaneye ihtiyacınız olduğunda tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz?

- a. Evet b. Kararsızım c. Hayır

Neden?.....

.....

82. Hastanenin genel durumunu iyileştirmek ve geliştirmek için önerileriniz nelerdir.

- a.
b.
c.
d.

83. Her türlü maddi ve manevi imkana sahip olduğunuzu düşünün ; nerede ve hangi hastanede tedavi olmak istersiniz?.....

84. Yaşınız :

85. Cinsiyetiniz: a. Kadın b. Erkek

86. İkamet ettiğiniz yer (İl veya İlçe):.....

87. Eğitim Durumunuz: a. Okur-Yazar değil
b. Okur Yazar
c. İlkokul - Ortaokul
d. Lise
e. Yüksek Okul yada Fakülte
f. Lisans Üstü Eğitimi

88. Medeni Durumunuz: a. Bekar
b. Evli
c. Dul ve Boşanmış

89. Mesleğiniz / İşiniz:.....

90. Sizin ve ailenizin aylık toplam geliri:.....

91. Sosyal güvenceniz aşağıdakilerden hangisidir?

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> Sosyal güvencem yok | b. <input type="checkbox"/> Resmi (Bakanlıklar, Belediyeler, KİT vb.) |
| c. <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı | d. <input type="checkbox"/> SSK |
| e. <input type="checkbox"/> Bağ-Kur | f. <input type="checkbox"/> Yeşil kart |
| g. <input type="checkbox"/> Özel sigortam var | h. <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)..... |

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM

Bu anket formunu dolduran: a. Hasta b. Anketör