

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

Hakemli Bilimsel Dergi

7. SAYI

2014

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon
Daire Başkanlığı



T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

**SAYI: 7
2014**

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Genel Müdür Yardımcısı **Dr. Hasan Güler**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Yayın Türü

Süreli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi yılda 2 kez yayımlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

- Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Yayın İlkeleri ve Yazım Kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.
- Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.
- Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara

web: www.kalite.saglik.gov.tr

e-mail: spkdersisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 458 50 08 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972



T.C. Sağlık Bakanlığı

Kapak ve Sayfa Tasarım

Zeynep ASLAN - m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı

Basım - 2014

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/16

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

www.pozitifmatbaa.com - e-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

Hakemli Bilimsel Dergi

Genel Yayın Yönetmeni

Dr. Mehmet DEMİR

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Uzm. Özlem ÖNDER

İmtiyaz Sahibi

Dr. Hasan GÜLER

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Editörler

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Editör Yardımcıları

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Uzm. Özlem ÖNDER

Dr. Umut BEYLİK

Dr. İbrahim Halil KAYRAL

Uzm. Bayram DEMİR

Hukuk Danışmanı

Av. Süleyman Hafız KAPAN

HAKEM KURULU

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan AKDOĞAN	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Sadık AKŞİT	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Tansu ARASIL	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU	Muğla Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet AYAN	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Aysun BAY KARABULUT	İnönü Üniversitesi
Prof. Dr. Oya BAYINDIR	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN	TODAİE
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ	Van Özel Lokman Hekim Hastanesi
Prof. Dr. Nilay ÇABUKKAYA	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK	Polis Akademisi
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Musa EKEN	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ	Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa ERTEK	Ankara Onkoloji Hastanesi
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Necmi GÖKAY	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Meral GÜLTEKİN	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hakan HAKERİ	Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Öner ODABAŞ	Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Fahri OVALI	Z. Kamil Kadın Çocuk Hst. E.A.H.
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL	TED Üniversitesi
Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ	Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa PAÇ	Ankara Yüksek İhtisas E.A.H.
Prof. Dr. Fatma PAKDİL	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Nurettin PARILTI	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU	Van 100. Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Mehtap TATAR	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Arzu TOPELİ	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Suat TURGUT	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Özkan TUTUNCÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN	Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ	Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ	19 Mayıs Üniversitesi
Doç. Dr. Serpil ERDOĞAN	Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Muhammet Güzel KURTOĞLU	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU	Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Medipol Üniversitesi
Doç. Dr. İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Oğuz TUNCER	Van 100. Yıl Üniversitesi
Doç. Dr. Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Gülsen YILMAZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Dr. Mehmet DEMİR	Sağlık Bakanlığı-Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi

İÇİNDEKİLER

1

Murat YAZGAN - Naime KALAYCI - Cemile Baş KAYHAN - Elif TUNA

Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi Tıbbi Atık Yönetimi
Turgutlu District State Hospital Medical Waste Management

21

Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCIL - Dr. Umut BEYLİK - İbrahim DOLUKÜP

Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma
Health Service Diagnosis-Related Groups (DRG): Copd Patients on Comparison

43

Bekir COŞKUN

M. Porter'in 5 Kuvvet Modeline Göre Sağlık Hizmetleri Sektörünün Rekabet Analizi
Competitive Analysis of the Health Sector By M. Porter 5 Forces Model

61

Ümit ÇIRAKLI - Mehmet GÖZLÜ - Kenan GÖZLÜ

Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma
Evaluation Of the Perceived Service Quality in Healthcare Organizations: A Study on Inpatients of Two Hospitals in Yozgat

83

Keziban AVCI - Selçuk AĞAOĞLU

Türkiye'de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması
Planning of Health Human Resources in Turkey

95

Nuran KÖMÜRCÜ - Ayşegül DURMAZ - Nihal BAYRAM - Refika GENÇ KOYUCU - Özen Esra KARAMAN - Eylem TOKER

Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri
Quality Assessment in Health Care

115

Doç. Dr. Haluk TANRIVERDİ - Doç. Dr. Orhan AKOVA - Rabia ZORLU

Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım ile Toplumsal Statü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
The Examination of the Relationship Between Social Status and Approach to Nursing

ÖNSÖZ

Bakanlığımız, ilke olarak insan odaklı bir sağlık sistemi oluşturmak amacıyla 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamaktadır. Bu reformun temel amaçları arasında; kaliteli hizmet sunmak, kaynak tahsisinde verimliliği sağlamak, hasta beklentilerine karşı daha duyarlı ve yenilikçi bir sağlık sistemi oluşturmak yer almaktadır.

Bir toplumun sağlık düzeyi, kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araçlarından ve göstergelerinden birisidir. Küreselleşmenin yarattığı dalgaların, zaman ve mekân algıları ile birlikte toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği günümüzde sağlık alanında da sürekli gelişim bir zorunluluk haline gelmiştir. “Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi” bu gelişimin bir parçası olmak adına üzerine düşen görevi yerine getirmek gayretindedir. Dergimizin 7. Sayısında yer alan; “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri, M.Porter’ın 5 Kuvvet Modeline Göre Sağlık Hizmetleri Sektörünün Rekabet Analizi, Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım ile Toplumsal Statü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması, Tıbbi Atık Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma, Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi” konularındaki çalışmalar sağlığın tüm paydaşlarına katkı sağlayacak önemli bilgi ve veriler içermektedir.

Birbirinden değerli çalışmalarını gönderen tüm araştırmacılara teşekkür eder, dünyada sağlık hizmet kalitesinin optimal düzeyde gerçekleştirilmesi, verilen hizmetlerin güvenli bir çerçevede yürütülmesi, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla yapılan bu çalışmaların sağlık sistemimize katkıda bulunmasını diler, hepinize saygılar sunarım.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Editör

Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi Tıbbi Atık Yönetimi

Murat YAZGAN¹

Naime KALAYCI²

Cemile Baş KAYHAN³

Elif TUNA⁴

ÖZET

Sağlık tesislerinde önemli bir sorun olarak ortaya çıkan konulardan birisi de tıbbi atıkların yönetimidir. Sağlık tesislerinde çıkan atıkların büyük bir bölümünü tıbbi atıklar oluşturmaktadır. Turgutlu Devlet Hastanesinin hizmet sunum koşulları değişimi sonrasında enfeksiyon komitesi ve tesis güvenliği komitesinin aylık analizlerinde saptanan atık miktarındaki dikkat çekici artış sonrasında atıkların ayrıştırılması, geçici depolanması, tıbbi atıkların kontrolü ve zararsız hale getirilmesi için iyi bir atık yönetimi planlamasına ihtiyaç duyulmuştur. Çalışmamız ile Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi Sağlık Tesisi'nde çalışan personelin tıbbi atık yönetimi etkinliği konusunda algılarını, bilgi düzeylerini ölçmek ve sonrasında eğitim programı oluşturmak ve maliyet etkin bir atık yönetim planının uygulanması amaçlanmıştır.

Bu amaçla Şubat 2013 – Nisan 2013 tarihleri arasında 414 personele anket uygulandı. Ankette 18 soru 5'li likert derecelendirme ölçeği, 3 soru sınıflama ölçeği kullanılmış ve 5 soru da demografik verilere ait olmak üzere 26 sorudan oluşturulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı ile frekans dağılımı, faktör analizi, t-testi, ANOVA testi ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

1 Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi, İdari ve Mali İşler Müdürü, muratyazgan45@hotmail.com

2 Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

3 Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

4 Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi, Başhekim Yardımcısı, Kalite Yönetim Direktörü

Hastanede uygulanan Tıbbi Atık Yönetimi değerlendirilmesine yönelik hazırlanan anketin genel güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik testi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,94 ($p=0,001$) bulunmuştur. Bu nedenle ölçek yüksek dereceli güvenli bir ölçektir. Faktör Analizi tablosu incelendiğinde oluşan ilk faktörün 4,01 ortalama ile “Sistem Boyutu”, ikinci faktörün 3,75 ortalama ile “Birey Boyutu” olduğu karşımıza çıkmıştır. Sistem Boyutunun 5 tam puan üzerinden 4,01 puan alınması gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi gereken hususların olduğunu, Birey Boyutunun 5 tam puan üzerinden 3,75 puan alması tıbbi atık yönetimi konusunda uygulanan eğitim konuları ve eğitim metodu gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlara araştırmaya katılanların tıbbi atık yönetiminin etkinliği konusunda Sistem Boyutu ile ilgili düşüncelerinin “Katılıyorum” düzeyinde, Birey Boyutu ile ilgili düşüncelerinin ise “Kararsızım” ile “Katılıyorum” düzeyleri arasında olduğu görülmektedir. Yapılan diğer analizlerde hastane çalışanlarımızın cinsiyete ve eğitim durumuna göre tıbbi atık yönetimi algısında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Ayrıca boyutlar arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak tıbbi atık yönetimi etkinliğinin sağlanmasında birey boyutuna yönelik eğitim ihtiyacı, Sistem Boyutuna yönelik ise uygulamada iyileştirme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda eğitim yöntemi değiştirilerek yeni bir programı planlanmış ve atıkların birim bazlı tartılarak toplanması ile de kurumda maliyet etkin bir atık yönetim planı oluşturulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Atık, Yönetim, Etkinlik, Eğitim

Turgutlu District State Hospital Medical Waste Management

ABSTRACT

Emerging as a major problem in health care facilities in one of the issues is the management of medical waste. A large portion of the waste in health care facilities are medical waste. State Hospital's service delivery conditions change after the infection control committee and plant safety committee monthly analysis determined the amount of waste remarkable increase in after waste sorting, temporary storage, medical waste control and harmless to make a good waste management planning was needed. Our study Turgutlu District State Hospital Health Facility staff working in the medical waste management activities on the perceptions, knowledge levels and after the training program and create a cost-effective waste management plan implementation is intended.

For this purpose, February 2013 - April 2013 questionnaire was administered to 414 employees between. 5 point Likert rating scale with 18 questions in the survey, three questions used for classification scale, and five questions, including 26 questions related to demographic data was created. Evaluation of the data with SPSS 16.0 package program frequency distribution, factor analysis, t-test, ANOVA test and correlation analysis were used.

Administered in hospital Medical Waste Management prepared to assess the overall reliability of the survey analysis was conducted. As a result of the reliability test of Cronbach's Alpha value of 0.94 ($p = 0.001$) were found. Therefore, the scale is a scale of high-grade secure. Factor analysis of the first factor that occurs when the table is analyzed with an average of 4.01 "System Size", the second factor, with an average of 3.75 "Individual Size" that has emerged. System Size 5 of the total score 4.01 points have been revised and in need of improvement issues that individuals Dimension 5 total score 3.75 points to receive medical waste management in the applied education and training method revision should reveal. These results of research participants medical waste management on the effectiveness of the System Size thoughts on the "Agree" at the level of individual Size thoughts about the "Neutral" and "Agree" between levels is seen that. Hospital employees in other analyzes by gender and educational status of medical waste management has been identified that there are differences in perception. Also a strong positive correlation between the size turned out to be.

As a result, medical waste management in ensuring the effectiveness of individual training needs for size, the administration needs improvement for the system size has emerged. In this regard, a new program planned by changing teaching methods and waste collection units weighed based institution with a cost-effective waste management plan has been created.

KeyWords: Medicalwaste, Management, Activity, Education,

GİRİŞ

Günlük yaşamda üretimler ve tüketimler sonucu oluşan katı, sıvı, gaz halindeki maddelere atık denir. Atıklar çevre görünümünü bozdukları gibi insan ve çevre sağlığını da tehdit ettikleri için kontrol ve yönetimleri gerekir (Günaydın, 2001). Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıklar diğer atıklardan potansiyel enfeksiyon kaynağı olmaları nedeniyle ayrılırlar. Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi atıklar havada, suda ve toprakta kalıcı özellik gösteren ve ekolojik dengeyi bozan atıklar olduğundan tehlikeli ve zararlı atık sınıfına girmekte ve bu tür atıkların üretim, taşıma, depolama ve bertarafına yönelik özel önlemler alınması gerekmektedir (Demir, 2009).

Hastanelerde üretilen atıkları, evsel nitelikli atıklar, tıbbi ve enfektif atıklar, kimyasal atıklar ve radyoaktif atıklar şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Tıbbi atık, her türlü sağlık kuruluşundan kaynaklanan patolojik ve patolojik olmayan, enfekte, kimyasal ve farmasotik atıklar ile kesici-delici malzemeler olarak tanımlanmaktadır. Bu tip atıklar hastane çalışanları, hastalar ve toplum sağlığı açısından risk oluştururlar. Bu konuda ilk çalışmalar, 1967 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde laboratuvarların kontrolü ve lisanslama işlemleri şeklinde başlamıştır. CDC (CentersforDisease Control)'nin yanı sıra EPA (EnvironmentalProtectionAgency) ve OSHA (OccipationalSafetyandHealth Administration) gibi kuruluşlar da bu işle ilgili olarak çeşitli rehberler düzenlemişlerdir (Yıldırım ve Bakır, 2000). Ülkemizde ise 22.07.2005 tarih, 25883 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “*Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği*”ne göre tıbbi atık; ünitelerden kaynaklanan, yönetmelik EK-2’de C, D ve E grupların altında yer alan enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklar olarak verilmektedir.(Resmi Gazete, 2005). Tıbbi atıkların diğer atıklara oranla çok daha az olmasına rağmen çok büyük tehlike riski taşımaktadır.

Tıbbi atık üretimi, hastanenin atık yönetim metodu, sağlık tesisinin türü, hastanenin branş hastanesi olması, sağlık bakımında kullanılan tıbbi malzemele rin yeniden kullanılabilme oranı, tedavi edilen hasta sayısı gibi birçok faktör nedeniyle değişiklik göstermektedir. Gelişmekte olan ülkeler üzerinde yapılan araştırmalar, bu ülkelerde üretilen tıbbi atığın %80'nin genel tıbbi atıklardan

(evsel ve kentsel atık yönetim sistemi ile işlenebilen), %15'inin patolojik ve enfekte atıklardan, %1'inin kesici atık, %3'ünün kimyasal ve farmasötik atıklardan, %1'den daha azının radyoaktif veya sitostatik atık, basınçlı kaplar veya kırık termometreler ve kullanılmış piller gibi özel atıklardan oluştuğunu göstermektedir (Kocasoy ve Aydın, 2004:35).

Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkların halk sağlığına ve çevreye zarar vermeden ayrı olarak toplanması, taşınması ve geçici olarak depolanması süreçlerinde uyulacak usul ve esaslar 2872 sayılı Çevre Kanununa istinaden, Çevre ve Orman Bakanlığınca, hazırlanan ve 22.07.2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği" ile yeniden düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2005).

Atıkların kontrolü ve uygun bertarafı için ülke bazında belirlenen atık kontrol yönetmeliklerinin aktif uygulanmasının yanında, bu uygulamaların belli standartlar dahilinde düzenli denetimlerinin ve kontrollerinin yapılması önemlidir (Taşçıoğlu, 2007:30). Bu doğrultuda ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kaliteli hizmet sunumu ön plana çıkmış, "ISO 9001 Kalite Yönetim" çalışmaları bir kenara bırakılmış ve ulusal kalite standartları oluşturulmuştur. Sağlık Tesislerimizde "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" adı ile uygulanan ulusal kalite standart kriterleri kapsamında değerlendirmeler yapılmaktadır. SKS dahilinde atıkların kontrolü ve bertarafına yönelik kriterler hastanelerde değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler, atık yönetimi konusunda hastaneler bazında standartların oluşması, ortak dil konuşulması, sürekli iyileştirmelerin yapılması ve düzenli kontrollerin sağlanarak kurum içinde tıbbi atık yönetiminin anlaşılması ve benimsenmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Böylece kurum çalışanları tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak algılanan ve onların motivasyonu ile davranışlarını etkileyen tıbbi atık yönetimi iklimi oluşumuna katkı sağlanmıştır. Bu sayede oluşan atık miktarının sürekli izlenmesi ile birlikte çalışan güvenliğinin, hasta güvenliğinin, çevre güvenliğinin sağlanmasında ve katlanılan tıbbi atık maliyetlerin düşürülmesinde etkin rol oynamıştır.

2011 yılında Hastanemiz iki ayrı hizmet binasında, toplam yaklaşık 12.000 m² kapalı alanda 225 hasta yatağı ile hizmet vermekte iken 2012 yılı Temmuz ayından itibaren yeni hizmet binasında, yaklaşık 47.000 m² kapalı alanda, 300

hasta yatağı ve ilave hizmet birimleri ile sağlık hizmeti sunumuna başlaması ile birlikte oluşan atık miktarı ve bütçeye getirdiği mali yük aşağıdaki tabloda izlenebileceği gibi artmıştır. Bu tablo ve 2012 yılı Temmuz ayından sonra tıbbi atık miktarlarında meydana gelen artışın ve beraberinde katlanılan tıbbi atık maliyetinin bizi bu çalışmaya iten unsurlardan biri olduğu söylemek gerekmektedir.

Üretilen Atık Miktarı ve Maliyeti Tablosu

Yıl	Üretilen Atık Miktarı (kg)	Maliyet (TL)
2011	60.387	132.000
2012	85.122	191.000
2013	81.821	183.000

2013 yılı itibari ile bu çalışmanın sonrasında yapılan izlemede oluşan atık miktarında ve katlanılan maliyette düşme olduğu görülmektedir.

Bu çalışma ile Turgutlu İlçe Devlet Hastanesinde çalışan personelin tıbbi atık yönetimi etkinliği konusunda algılarını ve bilgi düzeylerini araştırarak ve sonrasında eğitim programı oluşturarak sürdürülebilir maliyet etkin bir tıbbi atık yönetimi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmamız 2013 yılında, Manisa İli 300 yataklı Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya; hekim, hemşire, diğer yardımcı sağlık personeli ve temizlik personeli dahil edilmiştir. Araştırmada üç bölümden oluşan anket kullanılmıştır. Birinci bölümde çalışanların hastanede uygulanan tıbbi atık yönetimini, sistem ve birey boyutuyla “Kesinlikle Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde 5’li likert ölçeği ile değerlendirilmesi istenen 18 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde çalışanların tıbbi atık yönetimi konusunda eğitim ihtiyacını belirlemeye yönelik sınıflama ölçeği ile ilgili 3 soru hazırlanmıştır. Üçüncü bölümünde ise 5 sorudan oluşan demografik sorulara yer verilmiştir.

Çalışmanın hipotezleri demografik nitelikler ve Tıbbi Atık Yönetiminin boyutları arasındaki ilişkiler yönünden oluşturulmuştur. Buna göre hipotezler şunlardır:

- H1. Cinsiyete göre birey boyutu algısında farklılık vardır.
- H2. Cinsiyete göre sistem boyutu algısında farklılık vardır.
- H3. Çalışma yılına göre birey boyutu algısında farklılık vardır.
- H4. Çalışma yılına göre sistem boyutu algısında farklılık vardır.
- H5. Eğitim durumuna göre birey boyutu algısında farklılık vardır.
- H6. Eğitim Durumuna göre sistem boyutu algısında farklılık vardır.
- H7. Tıbbi Atık Yönetimi boyutları olan sistem ve birey boyutları arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çalışmada öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Araştırma sonucu toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistik analizleri SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde; elimizdeki verileri gruplamak, bunların frekanslarını bulmak için frekans dağılımları, geçerlilik ve güvenilirliklerini test etmek için faktör analizi ve geçerlilik analizi, iki seçeneği olan sınıflama ölçeği ile Tıbbi Atık Yönetimi boyutlarını karşılaştırırken T-testi, ikiden fazla seçeneği olan sınıflama ölçeği ile Tıbbi Atık Yönetimi boyutlarını karşılaştırırken ANOVA testi ve Tıbbi Atık Yönetimi boyutları olan sistem boyutu ve birey boyutu arasında bir ilişki olup olmadığını görmek için ise korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma için personele 500 adet anket formu dağıtılmış bu formlardan 414'ü doldurulmuştur. Başka bir anlamda çalışmamıza katılım oranı %82 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılanların %48'nin 31-40 yaş grubunda yer aldığı, %42,5'inin meslekte 1-5 yıl arasında görev yaptıklarını, %59,4'nün kadın çalışanlardan oluştuğu, eğitim durumu bakımından %44,9'unun üniversite mezunu olduğu ve meslek olarak bakıldığında en fazla katılımın %23,4 oranı ile hemşire/sağlık memuru/ebe olduğu anlaşılmıştır.

Demografik verilerin dağılımları Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik Veriler

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)	Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet			Meslek		
Erkek	168	40,6	Hekim	43	10,4
Kadın	246	59,4	Hemşire/Ebe/Sağlık M.	97	23,4
Toplam	414	100	Teknisyen (Lab.Anestezi.vs)	47	11,4
Yaş			Temizlik Personeli	86	20,8
21 – 30 Yaş Arası	119	28,7	Diğer	141	34
31 – 40 Yaş Arası	200	48,3	Toplam	414	100
41 – 50 Yaş Arası	80	19,3	Çalışma Yılı		
51 Yaş ve üzeri	15	3,7	1 – 5 Yıl	176	42,5
Toplam	414	100	6 – 10 Yıl	152	36,7
Eğitim			11 – 15 Yıl	49	11,8
İlkokul	71	17,1	16 – 20 Yıl	23	5,6
Orta Okul	25	6,0	21 Yıl ve üzeri	14	3,4
Lise	100	24,2	Toplam	414	100
Üniversite	186	44,9			
Yüksek Lisans/ Doktora	32	7,7			
Toplam	414	100			

Hastanede uygulanan Tıbbi Atık Yönetiminin değerlendirilmesine yönelik hazırlanan anketin birinci bölümünün yapısal geçerliliğini sınamak amacı ile faktör analizi yapılmıştır. Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Dolayısıyla faktör analizi anket tasarımı sırasında yaptığımız hataları bulmamızı ve bunları gidermemizi sağlayan güçlü bir araç olarak görülebilir. Bir değişkenin 0,3'luk faktör yükü, faktör tarafında açıklanan varyansın %9 olduğunu gösterir. Bu düzeydeki varyans dikkat çekicidir ve genel olarak, işaretine bakılmaksızın 0,60 ve üstü yük değeri yüksek; 0,30-0,59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanabilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır (Büyüköztürk, 2002:473). Bu bilgi ışığında analiz sonrası anketin 16. sorusunun faktör yükü 0,30 un altında kaldığı için ve anketin 17. ve 18. sorular ise aynı anda hem “sistem boyutu” hem de birey boyutu” altında nerdeyse eşit faktör yükleri ile yer aldığı için ölçek yeniden gözden geçirilmiş ve 16. 17. ve 18. sorular ölçekten çıkarılmıştır. Tablo 2’de faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ifadelerin Sistem

Boyutu ve Birey Boyutu olarak iki boyutta toplandığı görülmektedir. Ayrıca Faktör analizi sürecinde Kaiser-Meyer-Olkinörneklem ölçümü 0,93, Barlett-Test's of Sphericity değeri 0,001 düzeyinde anlamlı olarak bulunmuştur. Bu değer, örneklemin doğru seçildiğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmakta ve faktör analizine uygunluğu vurgulamaktadır.

Tablo 2. Faktör Analizi Tablosu

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
FAKTÖR 1 – Sistem Boyutu		8,283	4,01	55,220	26,409	0,93	0,001
s.9- Hastanemizde tıbbi atıkların ayrıştırılması için bulunan malzeme ve ekipmanlara ulaşım kolaydır.	,798						
s.8- Hastanemizde oluşan tıbbi atıkların ayrıştırılması için bulunan malzeme ve ekipman kullanıma ve standartlara uygundur.	,788						
s.14- Hastanemizde tıbbi atık yönetimi için oluşturulan talimatlar ve prosedürler yeterlidir.	,771						
s.10- Hastanemizde tıbbi atık yönetimi için kullanılan malzeme ve ekipmanlar, tıbbi atıkların doğru ayrıştırılmasına yardımcı olmaktadır.	,754						
s.13- Hastanemizde tıbbi atık yönetimi için talimatlar ve prosedürler belirlenmiştir.	,749						
s.11- Hastanemizde oluşan tıbbi atıkların yönetimi ve toplanması için bir ekip bulunmaktadır.	,724						
s.7- Hastanemizde oluşan tıbbi atıkların ayrıştırılması için yeterli malzeme ve ekipman(Tıbbi Atık Poşeti, İğne Atık Kutusu, Konteynır vs.) bulunmaktadır.	,702						
s.15- Hastanemiz hizmet birimlerinde oluşan tıbbi atıklar zamanında ve uygun bir şekilde toplanmaktadır.	,696						
s.12- Hastanemizde oluşan tıbbi atıkların yönetimi ve toplanması için oluşturulan ekip yeterlidir.	,648						

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
FAKTÖR 2 – Birey Boyutu		1,536	3,75	10,242	10,265	0,90	0,001
s.4- Hastanemiz çalışanları ürettikleri tıbbi atık malzemelerini kaynağında uygun bir şekilde ayrıştırırlar.	,864						
s.5- Hastanemiz çalışanları tıbbi atıkların doğru ayrıştırılması konusunda üzerlerine düşeni tam olarak yaparlar.	,813						
s.1- Hastanemiz çalışanları tıbbi atık yönetimi konusunda kurallara uyarlar.	,780						
s.2- Hastanemiz çalışanları tıbbi atıkların yönetimi konusunda yeterli bilgi düzeyine sahiptirler.	,779						
s.3- Hastanemiz çalışanları daha az tıbbi atık oluşumu için malzemeleri dikkatli kullanırlar.	,710						
s.6- Hastanemiz çalışanları tıbbi atık olarak ayrıştırılması gereken malzemeleri/atıkları bilmektedirler.	,591						
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü = 0,93;Barlett's test Of Sphericity = 4,093E3 (p=0,001);Açıklanan Toplam Varyans=Oranı = 0,65							

Güvenilirlik analizi, herhangi bir konuda örnekleme oluşturan birimler üzerinden veri toplamak amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin, kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile kullanılır. Diğer bir ifade ile, deneklerin ölçme aracını oluşturan ifadelere yaklaşımlarından hareket ile deneklere yöneltilen ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediği test edilmektedir (Ural ve Kılıç, 2005:258). Hastanede uygulanan Tıbbi Atık Yönetimi değerlendirilmesine yönelik hazırlanan anketin genel güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik testi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,94 (p=0,001) bulunmuştur. Bu nedenle ölçek yüksek dereceli güvenli bir ölçektir.

Faktör Analizi sonucu elde edilen bulgular incelendiğinde Tıbbi Atık Yönetimi etkinliğinin iki boyut altında toplandığı görülmektedir. Bu boyutlardan “Birey Boyutu” çalışanların; Turgutlu İlçe Devlet Hastanesinde uygulanan tıbbi atık yönetimi konusundaki bilgi düzeyini, atık oluşumuna neden olan malzemelerin dikkatli kullanımını, tanımlanan prosedürlere uyma düzeyini, atıkların ayrıştırılmasında üzerine düşen görevi tam olarak yerine getirebilmesini ifade etmektedir. Diğer bir boyut olan “Sistem Boyutu” ise Turgutlu İlçe Devlet Hastanesinde uygulanan tıbbi atık yönetimi konusunda kullanılan malzemelerin yeterliliği ve uygunluğunu, tanımlanan talimatların ve prosedürlerin etkinliğini ve atık toplama işlevini yerine getiren ekibin yeterliliğini ifade etmektedir.

Bu çalışmamızda kullanılan anket ile Hastane çalışanlarının uygulanan Tıbbi Atık Yönetimi’nin etkinliğini hem birey boyutu ile hem de sistem boyutu ile değerlendirmeleri istenmiştir. Faktör Analizi tablosu incelendiğinde oluşan ilk faktörün 4,01 ortalama ile “Sistem Boyutu” , ikinci faktörün 3,75 ortalama ile “Birey Boyutu” olduğu karşımıza çıkmıştır. Bu sonuçlara göre genel bir değerlendirme yapıldığında araştırmaya katılanların tıbbi atık yönetiminin etkinliği konusunda Sistem Boyutu ile ilgili düşüncelerinin “Katılıyorum” düzeyinde, Birey Boyutu ile ilgili düşüncelerinin ise “Kararsızım” ile “Katılıyorum” düzeyleri arasında olduğu görülmektedir.

Faktör analizi sonucu oluşan ilk faktör “Sistem Boyutu” olarak adlandırılmıştır. Bu faktörün öz değeri 8,283’tür ve toplam varyansın % 55,22’sini açıklamaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 4,01 vermişlerdir. Sistem Boyutu değişkeninin parça güvenilirliği 0,93 ve $p=0,001$ düzeyinde anlamlıdır. Sistem boyutunun incelenmesi ile çalışanlar, uygulanan tıbbi atık yönetimi konusunda kullanılan ekipmanların yeterli ve uygun olduğunu, yazılı düzenlemelerin etkin olduğunu ve atık toplama işlevini gerçekleştiren ekibin görevini yerine getirdiğini düşünmektedirler. Ancak Sistem Boyutunun 5 tam puan üzerinden 4,01 puan alınması gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi gereken hususların olduğunu ortaya koymaktadır.

Faktör analizi sonucu oluşan ikinci faktör “Birey Boyutu” olarak adlandırılmıştır. Bu faktörün öz değeri 1,536’dır ve toplam varyansın %10,242’sini açıklamaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,75 vermişlerdir. Birey Boyutu değişkeninin parça güvenilirliği 0,90 ve $p=0,001$

düzeyinde anlamlıdır. Birey boyutunun incelenmesi ile çalışanlar, uygulanan tıbbi atık yönetimi konusunda bilgi düzeyinin ve yazılı düzenlemelere uyma düzeyinin düşük olduğunu düşünmektedirler. Birey Boyutunun 5 tam puan üzerinden 3,75 puan alması tıbbi atık yönetimi konusunda uygulanan eğitim konuları ve eğitim metodu gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda hipotez testlerine yer verilmiştir. Cinsiyet ile Tıbbi Atık Yönetiminin birey boyutu T-Testine göre incelendiğinde, kadın çalışanlarla erkek çalışanlar arasında hastanede uygulanan Tıbbi Atık Yönetiminin Birey Boyutuna yönelik değerlendirmelerinde fark bulunmaktadır ve anlamlıdır ($F=6,693$ ve $p=0,010$). Bu farklılığı incelemek için tanımlayıcı istatistikler yapıldığında erkeklerin Birey Boyutu değişkeni ortalaması 3,70 iken kadınların 3,77'dir. Kadınlar erkeklere nazaran çalışanların görev ve sorumluluklarını daha etkin yerine getirdiklerini düşünseler de 5 tam puan üzerinden 3,77 ortalama orana baktığımız zaman görev gerekliliklerine uyumları yeterli değildir.

Tıbbi Atık Yönetimi boyutlarından Sistem Boyutuna yönelik yapılan değerlendirmeler ile Cinsiyet'e ilişkin elde edilen T-Testi sonuçlarında ise; anketi cevaplayanların cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,960$ ve $p=0,328$). Dolayısıyla hem erkekler hem de kadınlar Sistem Boyutunun tıbbi atık yönetimi için yeterli olduğunu düşünmektedirler.

Cinsiyet durumuna ilişkin Tıbbi Atık Yönetimi boyutlarına yönelik yapılan T-Testi bulgularına göre H1 kabul edilmiş ve H2 red edilmiştir.

Hastanemizde uygulanan Tıbbi Atık Yönetimi uygulamasına yönelik yapılan değerlendirmede Çalışma Yılı ve Tıbbi Atık Yönetimi boyutları arasında fark olup olmadığı ANOVA testine göre değerlendirilmiştir. Tıbbi Atık Yönetimi, Birey Boyutuna verilen cevaplarla çalışma yılı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,050$ ve $P=0,995$). Aynı şekilde Tıbbi Atık Yönetimi, Sistem Boyutuna verilen cevaplar ile çalışma yılı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,308$ ve $P=0,872$). Bu sonuçla çalışanların çalışma yılı arttıkça yada azaldıkça tıbbi atık yönetiminin etkinliğini konusunda ki algılarında ve bilgi düzeyinde bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşmaktayız.

İlk olarak yapılan ANOVA analizinden elde edilen bulgulara göre H3 ve H4 hipotezi red edilmiştir.

Eğitim durumuna göre anketi cevaplayanların Tıbbi Atık Yönetiminin boyutlarına verdiği cevapları analiz etmek için de ANOVA testi kullanılmıştır. Buna göre; Tıbbi Atık Yönetimi boyutlarından Birey boyutu ile Eğitim durumlarına arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=8,974$ ve $P=0,001$). Ortalamalar incelendiğinde; İlkokul Mezunu kişilerin verdiği cevapların ortalaması 4,22 iken Üniversite Mezunu kişilerin verdiği cevapların ortalaması 3,60 olmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça Tıbbi Atık Yönetiminin birey boyutuna yönelik değerlendirme puanının düştüğünü görmekteyiz. Bu da çalışanların mesleki eğitim düzeylerindeki artışın, çalışma ortamlarında aldıkları tıbbi atık yönetimi konusundaki eğitimleri ile oluşan bilgi düzeyleri ile yazılı düzenlemelere uyma düzeyleri üzerinde etkisinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Bir diğer Tıbbi Atık Yönetimi boyutu olan sistem ile eğitim durumuna yönelik yapılan ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; Sistem boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir olduğu tespit edilmiştir ($F=6,590$ ve $p=0,001$). Ortalamalar incelendiğinde; İlkokul Mezunu kişilerin verdiği cevapların ortalaması 4,36 iken Üniversite Mezunu kişilerin verdiği cevapların ortalaması 3,89 olmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça Tıbbi Atık Yönetiminin sistem boyutuna yönelik değerlendirme puanının düştüğünü görmekteyiz. Bu da çalışanların tıbbi atık yönetimi konusunda kullanılan ekipmanların ve yazılı düzenlemelerin yeterli olmadığı sonucunu ortaya koymaktadır.

Yapılan ANOVA testi analizlerinde elde edilen bulgulara göre H5 ve H6 hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışmada faktör analizinde elde edilen Tıbbi Atık Yönetiminin boyutları arasındaki ilişkinin yönü ve gücüne yönelik korelasyon analizi de yapılmıştır.

Korelasyon analizi incelendiğinde, Tıbbi Atık Yönetimi boyutları olan sistem ve birey boyutları arasında güçlü bir korelasyon ($r=0,693$ ve $p=0,0001$) olduğu görülmektedir. Oluşan korelasyon pozitif yönlü ve anlamlıdır. Diğer bir ifade ile Tıbbi Atık Yönetiminde bireylerin üzerine düşeni görevleri tam olarak yerine getirmesinde Tıbbi Atık Yönetiminde uygulanan sistem ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sistem Boyutu altında yapılan yazılı düzenlemelerin ve kullanılan ekipmanların çalışanların Birey Boyutu altında tanımlanan görev ve sorumluluklarını yerine getirmesinde etkili olmaktadır diyebiliriz.

Yapılan Korelasyon analizi sonucu elde edilen bulgular doğrultusunda H7 hipotezi kabul edilmiştir.

Anketimizin ikinci bölümünde çalışanlarımızın Tıbbi Atık Yönetimi konusundaki eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve eğitim programı oluşturabilmek için hazırlanmış 3 soru bulunmaktadır. Bu sorulara yönelik yapılan frekans analizi sonuçları aşağıda gösterilmektedir.

1. Soru Turgutlu İlçe Devlet Hastanesinde, tıbbi atıkların doğru ayrıştırılması konusunda hastanemiz çalışanlarına yeteri kadar eğitim verildiğini düşünüyor musunuz?

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Evet	257	62,1
Kısmen	128	30,9
Hayır	29	7
Toplam	414	100

Tablo incelendiğinde çalışanlarımızın %62,1'inin Tıbbi Atık Yönetimi konusunda yeteri kadar eğitim verildiğini düşünmektedir. Ancak geriye kalan toplam %37,9 ile 157 kişi yeteri kadar eğitim verilmediğini düşünmektedir. Bu tıbbi atık yönetimi konusunda yapılan eğitimlerin içeriğinin ve eğitim yöntemlerinin gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu eğitim sayesinde tıbbi atık yönetimi konusundaki birey boyutu altında yer alan bilgi düzeylerinin artırılması sağlanacaktır.

2. Soru Sizce tıbbi atıkların atılması, ayrıştırılması konusunda yaşadığınız en önemli sorun nedir? (birden fazla sorun işaretlenebilir)

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Bilgimin eksikliği	105	25,3
İşlerimin yoğunluğu	153	37
Konuyu önemli bulmuyorum	24	5,8
Tıbbi atık poşetinin el altında olmaması	57	13,8
Servislerde genel olarak bu konunun üzerinde durulmadığını ve denetlenmediğini düşünüyorum	76	18,4
Diğer	89	21,5

Tablo incelendiğinde çalışanlar Tıbbi Atık Yönetimi konusunda “İşlerim Yoğunluğu” seçeneğini, “Bilgimin eksikliği” seçeneğini ve “Servislerde genel

olarak bu konunun üzerinde durulmadığını ve denetlenmediğini düşünüyorum” seçeneğini işaretleyerek yaşadıkları en önemli sorunları ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar bilginin eksikliği ifadesi ile birey boyutunun, denetim eksikliği ifadesi ile sistem boyutunun iyileştirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

3. Sizde Tıbbi Atık Yönetimi konusunda eğitimler nasıl yapılmalı? (birden fazla sık işaretlenebilir)

Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Genel Toplantı Şeklinde	166	40,1
Birim Bazlı	212	51,2
Uygulamalı	178	43
Diğer	10	2,4

Tablo incelendiğinde çalışanlar Tıbbi Atık Yönetimi konusunda yapılacak eğitimlerin öncelikle birim bazlı, daha sonra uygulamalı ve en son olarak da genel toplantı şeklinde yapılmasını istemişlerdir. Bu sonuçlar da birey boyutuna yönelik çalışanların bilgi düzeylerini attırmak için yapılacak eğitimlerin metodunu ortaya çıkarmıştır.

TARTIŞMA

Çevre kirliliğine neden olan etkenlerden belki de en önemlisi hastane atıklarıdır. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında kaynaklanan atıklar tehlikeli ve çeşitli atıklar oldukları için; sağlık personeli, hastalar ve toplum sağlığı açısından büyük bir tehlike oluşturmaktadır(Özgen, 2000;13).Atık yönetiminin temel amacı, insan sağlığı ve çevreye zarar vermeden, en ekonomik yolla atıkların toplanması, ayıklanması, kullanılacak şekle dönüştürülmesi, tekrar kullanılması ve son olarak, miktar ve hacminin azaltılarak güvenli bir şekilde bertaraf edilmesidir(Özerol, 2005:72). Diğer bütün kuruluşlarda olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da her geçen gün atık miktarı verdikleri hizmet ölçüsünde hızla artmaktadır. Ancak bu artışın neden olabileceği riskin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlere ve uygulamalara geçiş aynı hızda gerçekleşmemektedir (Birpınar vd., 2009:9). Bu nedenle tıbbi atıkların yönetimi ve bertarafı konusunda hastanelere çok önemli görevler düşmektedir.

Bu araştırmamızda hastanemizde çalışan ve hasta güvenliğini göz önünde bulundurarak oluşan atıkların insan sağlığına ve çevreye zarar vermeden usulüne

uygun olarak toplanması, geçici depolanması ve bertarafının sağlanmasına yönelik yada genel anlamıyla hastanemizin tıbbi atık yönetimi konusundaki uygulama etkinliğini ölçmek amacı ile üç bölümden ve toplam 26 sorundan oluşan geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş anket kullanılmıştır. Faktör Analizi sonucu elde edilen bulgular incelendiğinde Tıbbi Atık Yönetimi etkinliğinin iki boyut altında toplandığı görülmektedir. Bu boyutlardan “Birey Boyutu” çalışanların; Turgutlu İlçe Devlet Hastanesinde uygulanan tıbbi atık yönetimi konusundaki bilgi düzeyini, atık oluşumuna neden olan malzemelerin dikkatli kullanımını, tanımlanan prosedürlere uyma düzeyini, atıkların ayrıştırılmasında üzerine düşen görevi tam olarak yerine getirebilmesini ifade etmektedir. Diğer bir boyut olan “Sistem Boyutu” ise Turgutlu İlçe Devlet Hastanesinde uygulanan tıbbi atık yönetimi konusunda kullanılan malzemelerin yeterliliği ve uygunluğunu, tanımlanan talimatların ve prosedürlerin etkinliğini ve atık toplama işlevini yerine getiren ekibin yeterliliğini ifade etmektedir.

Araştırmada hastane çalışanlarımızın demografik veriler olan cinsiyet, çalışma yılı ve eğitim değişkenine göre tıbbi atık yönetimi algısında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-Testi ve Anova Testi ile sınanmıştır. Buna göre anketi cevaplayanların cinsiyetine göre birey boyutuna yönelik algıda anlamlı bir fark olduğu ancak sistem boyutuna yönelik algıda anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde kadınlar tıbbi atık yönetimini erkeklere nazaran daha etkin bulmuşlardır. Çalışma yılı değişkeni ile birey ve sistem boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla çalışma yılının artması yada azalması tıbbi atık yönetimi boyutlarını etkilememektedir. Son olarak Eğitim değişkeni ile birey ve sistem boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde üniversite mezunları tıbbi atık yönetimini ilkökul mezunlarına nazaran daha az etkin bulmuşlardır. Tıbbi Atık Yönetimi konusunda Birey boyutun’da çalışanların üzerine düşeni tam olarak yerine getirmedikleri, Sistem boyutunda ise uygulanan sistemin yani yazılı düzenlemelerin gözden geçirilmesi gerektiği ve denetim eksikliği olduğu gerçeği ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle birey boyutunu iyileştirmeye yönelik eğitim planı oluşturularak etkin bir şekilde uygulanmalı. Ayrıca sistem boyutuna yönelik denetim eksikliğini giderecek önlemler alınmalı.

Korelasyon tablosu incelendiğinde, tıbbi atık yönetimi boyutları olan sistem ve birey boyutları arasında güçlü bir korelasyon olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile Tıbbi Atık Yönetiminde bireylerin üzerine düşen görevleri tam olarak yerine getirmesinde Tıbbi Atık Yönetiminde uygulanan sistemle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Anketin ikinci bölümünde eğitim ihtiyacını belirlemek ve uygun bir eğitim programı oluşturmak için araştırmaya katılanlara üç soru hazırlanmıştır. Bu soruların analizinde; çalışanların %62'si tıbbi atık yönetimi konusunda yeteri kadar eğitim verildiğini düşünmesine rağmen, büyük bir çoğunluğu işlerin yoğunluğu, bilgi eksikliği ve denetim yetersizliğinden etkin tıbbi atık yönetiminin sağlanamadığını düşünmektedir. Çalışanlar birim bazlı ve uygulamalı olarak bir eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişleridir. Bu bağlamda oluşturulacak iyi bir ekip ile atık yönetimine ilişkin sürdürülebilir eğitimler yapılarak aynı zamanda denetim eksikliği de giderilebilir.

Süheyla Rahman ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Elazığ ilinde yapılan Sağlık Kuruluşlarının Tıbbi Atıkları Toplama, Depolama ve Betaraf Etme Yöntemleri başlıklı çalışmalarında da çalışan personelin atıkları ayırma konusunda özenli oldukları fakat alt yapının sağlanması ve sürekli eğitimlerin yapılması gerekliliği sonucuna ulaşmışlardır. Alt yapının sağlanması konusu bizim çalışmamızda sistem boyutu altında değerlendirilmiş ve eğitim gerekliliği ise birey boyutu altında değerlendirilmiştir. Sonuçta her iki çalışma da çalışanlara yönelik eğitimlerin gerekliliğini ve etkin bir tıbbi atık yönetimi konusunda da sistem boyutu altında yazılı düzenlemelerin ve ekipmanların yeterli olması gerektiği sonucunu ortaya koymuştur.

1996 yılında Ufuk ALKAN ve arkadaşlarının “Bursa İlinde Tıbbi Atıkların Kontrolü” amacı ile Bursa ilindeki hastanelerin atık miktarlarını inceledikleri çalışmada dikkati çeken en önemli özellik özgül enfekte atık miktarının hastanelere göre çok değişken olmasıdır. Aralığın bu kadar geniş olmasının nedenlerinden biri tıbbi atık yönetiminin etkinliğine bağlanmıştır. Bizim çalışmamızda da atık miktarında artışın hizmet binası değişimi ile beraber ortaya çıktığından benzerlik göstermektedir. Bu nedenle yeni duruma yani yeni hizmet binasına yönelik tıbbi atık yönetim planı oluşturmak üzere hem birey boyutuna hem de sistem boyutuna yönelik iyileştirmeler yapılmıştır.

Dilek Yücel TUTAR tarafından 2004 yılında Ankara ilinde Tıbbi Atık Yönetimi İçin Yeni Bir Yaklaşım ve Ankara Örneği konulu doktora tezi kapsamında bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada; çalışanların tıbbi atık konusunda yeterince bilinçli olmadığını, yapılan eğitimlerin sadece temizlik personellerini kapsadığını, atık yönetimi kapsamında kullanılan ekipmanların yetersiz olduğunu ayrıca atıkların cins ve miktarını belirleyen bir çalışma olmadığını tespit etmiştir. Bu bağlamda atık yönetiminin iyileştirilmesine yönelik; tüm çalışan personeli eğitim verilmesi gerektiğini, etkin atık yönetimi planı oluşturulmasını, denetimlerin düzenli yapılmasını ve atıkların kayıta altına alınarak takip edilmesini önermiştir. Biz de çalışmamızda benzer sonuçlara ulaştık ve iyileştirmeye yönelik faaliyetlerimiz Dilek Yücel TUTAR'ın önerileri ile tutarlılık göstermektedir.

Bu çalışmamızın sonucunda Hastanemizde uygulanan Tıbbi Atık Yönetiminin etkinliği konusunda Sistem Boyutunun, Birey Boyutuna nazaran yeterli olduğu ancak geliştirilmesi gerektiği ayrıca Birey Boyutunun ise eğitim eksikliklerinin tamamlanarak sürekli bir denetim metodu ile istenilen düzeye ulaşabileceği kanaatine varılmıştır.

SONUÇ

Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkların çok çeşitli olduğu, insan ve çevre sağlığı açısından oldukça önemli olması nedeniyle, bu atıkların doğru bir şekilde yönetilmesi hayati öneme haizdir. Çalışmamızın sonuçları ve literatür bilgilerinin değerlendirilmesi sonucunda hastanemizde etkin tıbbi atık yönetimi için;

- Tıbbi Atık Yönetimi boyutlarından olan birey boyutunun sistem boyutuna göre daha az yeterli olduğu değerlendirilmiştir. Bu sebeple Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerimiz tarafından sağlık hizmeti sunumunda görev alan tüm personelimizin eğitim seviyesine uygun eğitim programı oluşturulmuştur.
- Eğitim programı oluşturulurken çalışanlarımızın anketin ikinci bölümündeki değerlendirmeleri dikkate alınmış ve birim bazlı ve uygulamalı eğitim metodu benimsenmiştir.
- Sistem Boyutuna yönelik Tıbbi atık yönetiminde etkin denetimin sağlanması amacıyla tıbbi atıkların hizmet birimleri bazında tartılarak toplanma-

sına başlanmış ve aylık periyotlar halinde oluşan tıbbi atık miktarlarının izlenmesi sayesinde birey ve birim bazlı eğitimlerin etkinliğinin oluşan atıkların miktarı üzerindeki değişim ile görmemizi sağlamıştır.

Böylece hastanemizde daha etkin ve etkili bir tıbbi atık yönetimi belirlendiği için; oluşan atık miktarının azalması ile birlikte çalışan güvenliği, hasta güvenliği ve çevre güvenliği sağlanmış olacağı gibi tıbbi atık miktarının azalması ile katlanılan maliyetin düşürülerek kurum içinde sürdürülebilir bir atık yönetim iklimi oluşması sağlanacaktır.

KAYNAKÇA

- Günaydın M.,(2001) “Hastane Atıklarının zararsız Hale Getirilmesi ve Ülkemizdeki Durum”. Aktüel Tıp Dergisi, 6 (3): 64-73.
- Neslihan DEMİR, TıbbiAtıklarınYönetimiveYerelEğitimProgramı, <http://www.belgeler.com/blg/1lvk/tibbi-atiklarin-yonetimi-ve-yerel-egitim-programi> Erişim: 17.12.2012
- Yıldırım, A., Bakır, S., (2000) Ameliyathane Hemşireliği, Ankara, 86-87
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 22.07.2005 tarih,25883 sayılı Resmi Gazete
- Kocasoy, G., Aydın, G.,(2004) “Gelişmekte Olan Ülkelerde Tıbbi Atık Yönetimi, EorupaeonCommission Life Third Countries, İstanbul, s.35
- Büyüköztürk, Ş., (2002), “Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi”, Sayı:32, Sayfa:473
- Ural, A.,Kılıç, İ., (2005), Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS İle Veri Analizi, Detay Yayıncılık, Ankara, 258
- Taşçıoğlu İ.,(2007) “Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışan Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Edirne, s.24
- Özgen N., (2000) “Hastane Atıkları” Klinik Dergi, (özel sayı):49, s.13
- Özerol İ.H, (2005) “Tıbbi Atık Stratejileri Nelerdir? EN/ISO Normları Nelerdir? Avrupa’da Birlik? ABD’nin Yaklaşımı? Ülkemizde Durum?” 4.Uluslararası Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 434-72
- Birpınar ME., Bilgili MS., Erdoğan T., (2009), “MedicalWaste Management in Turkey: A Case Study of İstanbul” Waste Management, 29:445-8.

Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma

Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCİL¹

Dr. Umut BEYLİK²

İbrahim DOLUKÜP³

ÖZET

2005 yılından itibaren ülkemizde pilot uygulamalarla başlayıp 2011 yılından bu yana ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) önemli bir veri havuzunun oluşmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada, seçilmiş 4 hastanede bir yıllık TİG verileri içinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) vakalarına giren hastalar demografik, klinik ve finansal açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma kapsamında, 2011 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 3 Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 1 Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesinde yatarak tedavi gören tüm KOAH vakaları evreni veri kaynağı olarak kullanılmıştır. Bir yıllık TİG verileri içinde KOAH tanısı almış olanlar analiz edilmiştir. Bu gruplara atanan vakalar cinsiyet dağılımı, yaşları, ortalama kalış süreleri, taburculuk durumları, vaka karma indeksleri, bağlı değerler ve hastanelere yapılacak geri ödeme miktarları karşılaştırılmıştır.

KOAH vakaları cinsiyet açısından kadınlarda %28, erkeklerde %72 oranda görüldüğü; yaş bakımından yaklaşık %61'inin 65 yaş ve üzerinde görüldüğü, KOAH TİG'leri arasında E65B TİG'inin %55 görülme oranıyla en sık görülen KOAH vakası olduğu, tüm KOAH vakaları için ortalama kalış süresinin 8,1 gün olduğu, hastane geri öde-

1 Adnan Menderes Üniversitesi Öğretim Üyesi, drmavcil@gmail.com

2 Sağlık Kurumları Yönetimi Doktoru, Sağlık Bakanlığı, beylik28@gmail.com

3 Sağlık Bakanlığı SHGM Bilgi İşlem ve İstatistik Daire Başkanı, dolukup@konyaea.gov.tr

melerinde bağıl değerlerin ve KOAH TİG çeşitliliği frekanslarının doğrudan etkili olduğu ve vaka karma indeksleri ile geri ödeme miktarı arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık kurumlarında TİG verileri, geri ödeme sistemlerinde daha adil ve hakkaniyetli finansman modeli olarak kullanılma amacı ile birlikte, hastaların kıyaslanabilir gruplanması, spesifik yatak ihtiyacı, hastanelerin vaka komplekslikleri, tedavideki kaynak tüketimi, insan kaynakları planlaması ve diğer parametreler açısından analiz edilerek karar destek sistemlerinde kullanılacak önemli bir kaynak oluşturmaktadır. KOAH vakalarının yanında diğer tanı ilişkili grupların da analizi, makro ve mikro bazda politikaların geliştirilmesine önemli oranda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Teşhis İlişkili Gruplar, KOAH, Bağıl Değer, Geri Ödeme, Vaka Karma İndeksi

Health Service Diagnosis-Related Groups (DRG): COPD Patients on Comparison

ABSTRACT

Since 2005, starting with a pilot application in our country since 2011 implemented in the Ministry of Health hospitals in the diagnosis related group (DRG) will give rise to a significant pool of data. In this study, an annual DRG data in 4 hospitals in selected cases of COPD patients undergoing demographic, clinical and financial aspects aimed to evaluate.

In the study, three in 2011 under the Ministry of Health Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital for Chest Diseases and Thoracic Surgery Training Hospital, and one who is treated in all cases of COPD are used as the data source of the universe. A year who have received a diagnosis of COPD in the DRG data were analyzed. Cases assigned to this group sex, age, average length of stay, discharge status, case mix index, relative value and the amount of reimbursement to be made to the hospital were compared.

COPD cases in terms of gender in women 28%, men 72% seen in, in terms of age about 61% of age 65 and over can be seen, COPD DRGs between the E65B drg's 55% of the incidence of the most common cases of COPD, which is all COPD cases the average length of stay was 8.1 days for hospital reimbursement in the relative frequency of the diversity of values and diabetes are directly affected by the DRG case-mix index, and with the positive correlation between the amount of reimbursement that have been identified.

In health care DRG datas, the reimbursement system more just and equitable funding model used as a purpose, along with the patients comparable grouping, specific bed needs, hospital case complexity, treatment in resource consumption, human resource planning and other terms of parameters analyzed and decision support systems constitutes an important source to be used. Diagnosed cases of diabetes as well as other associated groups in the analysis, development of policies at the macro and micro base is expected to contribute significantly.

Keywords: Diagnostic Related Groups, COPD, Relative Value, Payback, Case Mix Index.

1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) VE TEŞHİSLE İLİŞKİ GRUPLAR YAPISINA GENEL BAKIŞ

1.1.KOAH Hakkında Genel Bilgiler

KOAH (Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı); ilerleyici ve tam olarak geri dönüşümlü olmayan, buna karşılık önlenebilir ve tedavi edilebilir bir akciğer hastalığıdır. KOAH havayollarını daraltır, solunumu güçleştirir. Genellikle kronik bronşit ve amfizem zemininde gelişen KOAH’da hastalar, öksürük ve balgamdan kısa mesafeli yürüyüşde bile oluşan nefes darlığına kadar değişik semptomlara sahiptirler.

KOAH için en önemli risk faktörü sigara içimidir. Pipo, puro ve birçok ülkede yaygın olan tütün tüketiminin diğer yolları da risk faktörüdür. Sigaraya pasif maruziyet de solunumsal semptomlara ve KOAH gelişimine katkıda bulunur. KOAH’nin diğer kanıtlanmış nedenleri; iş yeri ortamındaki tozlar ve kimyasal maddeler (buhar, iritan maddeler, dumanlar) ve iyi havalanmayan evlerde yemek pişirme ve ısınma amacıyla kullanılan organik yakıtların (odun, tezek vb) yol açtığı iç ortam hava kirliliğidir. Dünya Sağlık Örgütü “WHO”, organik yakıtların dumanlarına maruziyete bağlı olarak oluşan KOAH nedeniyle her yıl 400,000 kişinin öldüğünü tahmin etmektedir. Dış ortam hava kirliliğinin KOAH gelişimindeki özgül rolü henüz çok iyi bilinmemekle birlikte, akciğerlere inhale edilen partikül yüküne katkıda bulunduğuna inanılmaktadır. Erken çocukluk döneminde geçirilen solunumsal enfeksiyonlar, akciğer fonksiyonlarında azalma ve erişkin dönemde solunumsal semptomlardaki artma ile ilişkilidir (<http://www.toraks.org.tr>).

1.2.TİG Kavramı ve Vaka Karması

Teşhis İlişkili Gruplar; hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflandırma sistemidir. Sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil biçimde dağıtır.

Teşhis ilişkili gruplar 1970’li yıllarda, Amerika Birleşik Devletlerinde Yale Üniversitesi’nde sağlık hizmetlerinin kalite denetimi amacıyla geliştirilmiş bir araç olup 1980 yılından itibaren geri ödemelerde de kullanılmaya başla-

nan bir vaka sınıflama sistemidir. 1983 yılında Medicare kapsamına alınmıştır. Sonrasında maliyet verileri kullanılarak ödeme modeline dönüştürülmüştür (www.tig.saglik.gov.tr).

Hastane verimliliğini ve etkililiğini teşvik eder. TİG; sistematik, anlamlı klinik veri toplar.

TİG’de Amaç (TİG uygulama Rehberi, 2011)

- Hastalık grupları arasında maliyet farklılıklarını ortaya koymak
- Yönetilebilir bir ödeme yöntemine geçmek
- Sağlık insan gücü planlaması yapmak
- Planlama ve araştırmalara ışık tutmak
- TİG uygulayan ülkelerle karşılaştırma yapmak
- Hastane yönetim aracı olarak kullanmak

TİG Kullanım Alanları

- Hastanelerde maliyet kontrolünü sağlayarak verimliliği artırmak
- Sağlık politikalarının ve istatistiklerinin geliştirilmesine katkı sağlamak
- Sağlık hizmetlerindeki süreçlerin etkin kontrol ve yönetimini sağlamak

Bağıl Değer; Bir TİG’ in maliyetinin, tüm TİG’ lerin ortalama maliyetine oranıdır (TİG e-Bülten, 2009).

$$\text{Bağıl Değer} = \frac{\text{Bir TİG için ortalama maliyet}}{\text{Tüm ülke veya pilot hastaneler grubu için tüm vakaları (TİG'leri) temsil eden genel ortalama maliyet}}$$

Bağıl Değer formülünde hem payı hem de paydayı hesaplamak için maliyet verileri gereklidir.

Vaka Karma İndeksi (VKİ) (TİG e-Bülten, 2009)

- Bir hastanenin vaka üretimini bir başka hastane ile karşılaştırmamızı sağlayan orandır.
- Kompleksliğin ölçülmesidir.
- Hastaların ne kadar “hasta” olduğunu ölçmenin bir göstergesidir.

$$X \text{ Hastanesi Vaka Karma İndeksi} = \frac{\sum (\text{TİG Bağlı Değer} \times \text{Vaka Sayısı})}{A \text{ Hastanesi için Toplam Vaka Sayısı}}$$

Vaka karması terimi, bir hastane ya da birim tarafından tedavi edilen hastaların türü veya karmasını ifade eder. Hastaların türü veya karmasını belirleyebilmek için sınıflama sistemlerine ihtiyaç vardır. En bilinen sınıflama sistemlerinden birisi DRG ya da dilimizdeki karşılığıyla TİG'dir. Bunun dışında benzer nitelikte HRG (Healthcare Resource Group), LDF (Austrian Leistungsorientierten Diagnosen Fallgruppen), DBC (Diagnosis Treatment Combination) gibi hastalık sınıflama sistemleri de mevcuttur. TİG, bir hasta yatışının gruplandırılmasıdır. Bu gruplama için Tablo 1'deki verilere ihtiyaç bulunmaktadır (Şencan ve Demir, 2013).

Tablo 1. TİG için gerekli temel veriler

Ana tanı	Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki yatışının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır veya ana yatış nedenidir.
İşlem(ler)	Genellikle, TİG ataması üzerinde yalnızca bir işlem etkilidir. Birden fazla işlemin kaydedildiği durumda, kaynak kullanımının yüksek olduğu TİG'lere doğru bir geçiş olur.
Ek tanı (önemli komorbidite veya komplikasyonlar)	Gerek ana tanı ile birlikte seyreden (komorbidite) gerek hasta yatışında ortaya çıkan (komplikasyon) bir durum veya şikayet.
Yatışta hastanın yaşı	Yenidoğanlar dışında yıl olarak alınması yeterlidir.
Cinsiyet	Erkek veya kadın
Taburcu şekli (taburcu edildikten sonra gideceği yer)	Hastanın taburcu edildiği sıradaki durumu ve ilgili olduğu hallerde gideceği yeri ifade eder.
Ana tanı	Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki yatışının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır veya ana yatış nedenidir.
İşlem(ler)	Genellikle, TİG ataması üzerinde yalnızca bir işlem etkilidir. Birden fazla işlemin kaydedildiği durumda, kaynak kullanımının yüksek olduğu TİG'lere doğru bir geçiş olur.
Ek tanı (önemli komorbidite veya komplikasyonlar)	Gerek ana tanı ile birlikte seyreden (komorbidite) gerek hasta yatışında ortaya çıkan (komplikasyon) bir durum veya şikayet.
Yatışta hastanın yaşı	Yenidoğanlar dışında yıl olarak alınması yeterlidir.
Cinsiyet	Erkek veya kadın
Taburcu şekli (taburcu edildikten sonra gideceği yer)	Hastanın taburcu edildiği sıradaki durumu ve ilgili olduğu hallerde gideceği yeri ifade eder.
Yenidoğanın doğum ağırlığı	Doğum ağırlığı TİG gruplaması için kullanılan verilerden biridir.

1.3. TİG Uygulamasına Genel Bakış

Dünyada TİG'lerin çeşitli kullanım alanları mevcuttur. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şencan ve Demir, 2013):

- Klinik faaliyetlerin ölçülmesi,
- Hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi,
- Hastane içi ve hastaneler arası bakım kalitesi karşılaştırmaları,
- Klinik rehberler, protokoller ve sürekli kalite gelişimi projeleri için destek sağlaması,
- Veri ve tanımlama standartlarının oluşturulması,
- TİG'e dayalı bütçeleme modellerinde maliyetlerin etkili bir şekilde takip edilmesi.

Türkiye'de TİG Çalışmaları (www.tig.saglik.gov.tr)

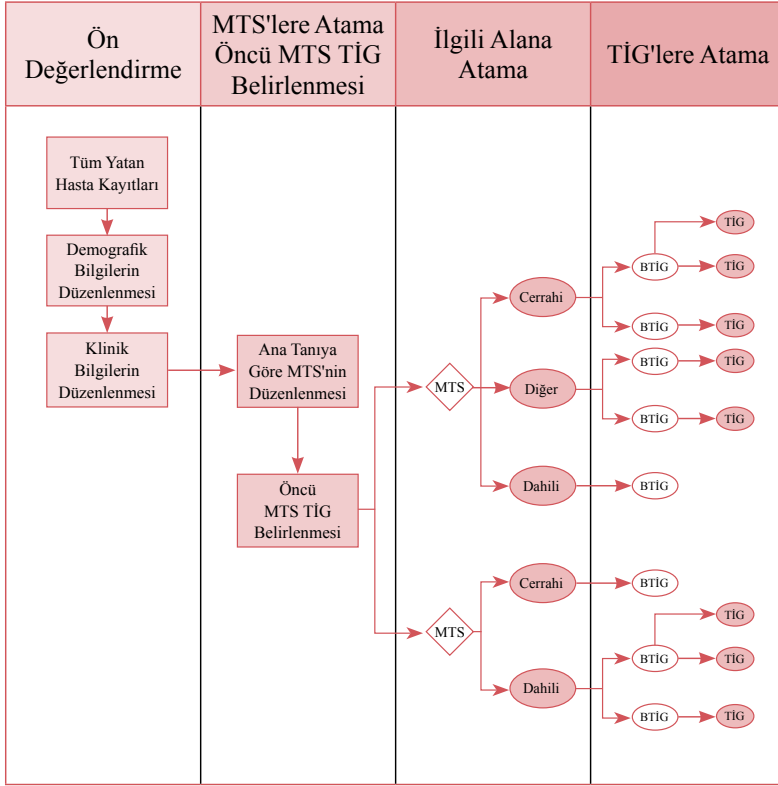
Vaka karması sistemi çalışmaları önderliğini ülkemizde Sağlık Bakanlığı yapmaktadır. Bu çalışmalara 2005 yılında Avustralya modeli baz alınarak başlanmıştır. Üniversite, özel sektör ve resmi temsilcilerle ortak çalışmalar sürdürülmüştür. 2009 yılında bu konu ile ilgili gerekli çalışmaları yapacak birim Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı bir 'şube olarak' kurulmuştur. Bakanlık organizasyon yapısındaki değişiklikler nedeni ile 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında 'Daire Başkanlığı' haline getirilmiştir. Toplanan veriler ilk olarak Bakanlık Global bütçesi devlet hastanelerine dağıtılırken kullanılmıştır.

TİG Klinik Veri Giriş Programı (TİG Uygulama Rehberi, 2011)

TİG Klinik Veri Giriş programı hasta düzeyinde gerekli medikal ve finansal verilerin mümkün olduğunca hızlı, doğru ve güvenli bir şekilde toplanması, hasta bazında TİG (Diagnosis Related Group) 'lerin otomatik oluşturulması ve de sonrasında gerekli analizlerin yapılabilmesi amacıyla geliştirilmiştir. TİG Klinik Veri Girişi internet üzerinden çalışan bir sistemdir.

Klinik kodlama biriminde üretilen hastanın klinik seyrini gösteren ICD 10 AM kodları veri tabanına TİG Klinik Veri Giriş programı aracılığı ile gönderilmekte. Hastane Bilgi Sisteminde yer alan hastaya ait demografi ve maliyet

verileri alınarak XML dosyası aracılığı ile TİG Klinik Veri Giriş programına entegre edilmektedir. Programa kaydı yapılan her hasta için gruplama programı aracılığı ile nihai TİG oluşturur.



Şekil 1. TİG Oluşum Süreci

Klinik Maliyetlendirme

Klinik veriler, ülkemizde ve gelişmiş sağlık sistemlerinde klinik ve stratejik karar destek sistemlerinde kullanılmaktadır. Karşılaşılan en büyük zorluk bu verilerin gruplanıp analiz edilebilmesidir. Bunun için farklı ülkeler farklı yaklaşımlar sergilemişlerdir.

Mali veriler, ülkelerin muhasebe standartlarına göre şekillenen bir yapıda incelenmektedir. Ülkemizde Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)'ne geçilmesinden bu yana standartlar oluşturulmuştur. Yönetim muhasebesi için ise temel kurallar belli olmakla birlikte genelde insiyatif yönetim muhasebesi uygulayan kurumlara bırakılmıştır. Sağlık işletmeleri diğer işletme tiplerinden

farklılıkları göz önünde bulunularak irdelenmeli ve uygulamalar buna göre geliştirilmelidir (Hacettepe Üniversitesi, 2006).

Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakkında idari ve klinik süreçleri içeren, değişik amaçlı kullanımlar için birçok veri toplanmaktadır. Bu verilerin bilgiye dönüştürülmesi ve niceliksel çalışmalar yapılabilmesi için sınıflandırılması ve kodlanması gerekmektedir.

Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik bir açıdan bakılırsa, sınıflandırmalar bu eksenlerden birine ya da diğerine dayanarak şekillendirilebilir. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıkların nedeninin bilinmemesi ve bazı patolojik değişikliklerin özgün olmaması gibi nedenlerle hiçbir eksen tek başına yeterli değildir. Alternatif olarak, her bir hastalığın birkaç eksene göre sınıflandırıldığı, çok eksenli bir sınıflandırma kurulabilir ancak bu durum hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştırır.

Klinik maliyetlendirme (clinical costing), maliyet muhasebesi yöntemleri ile ünite bazında oluşturulan maliyetlerin klinik veriler ile birleştirilmesidir. Klinik veriler açısından ülkeler yukarıda bahsedilen farklı sınıflandırma sistemlerini kullanabilirler ve buna göre bir yönetim sistemi içerisinde karar destek aracı oluşturmaktadırlar. Gelişmiş sağlık sistemlerinde ülkeler kendi tanı ve prosedür kod sınıflamalarını kullanmaktadır. Örneğin Avustralya’da ICD 10 AM (Hastalıkların Uluslar arası Sınıflandırılması 10. Versiyon Avustralya Uyarlaması) ve ACHI (Avustralya Sağlık İşlemleri Sınıflandırması) gibi. Bu kodlama standartlarına göre de farklı gruplamalar oluşturulmaktadır. AR-TİG (TİG Avustralya Uyarlaması) gibi. Ülkemizde hastalık gruplamaları için bir çalışma olmadığı için ICD 10 AM ve ACHI üzerinden oluşturulan AR-TİG kullanılmaktadır.

Mali veriler açısından ise ülkeler genel kabul görmüş maliyet muhasebesi standartları kullanılmaktadırlar. Ülkemizde her iki verinin birlikte kullanılması çalışmaları 2000’li yıllardan sonra başlamıştır. Hastanelerin daha etkin bir şekilde yönetiminin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu çalışmalar ile elde edilen çıktılar ödeme kurumları tarafından fiyat verilerine ve bütçe planlamalarına temel oluşturacaktır.

2. TEŞHİSLE İLİŞKİLİ GRUPLAR VERİLERİ KAPSAMINDA KOAH VAKALARI: HASTANELERARASI KARŞILAŞTIRMA VE DEĞERLENDİRMELER

2.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma ile seçilmiş hastanelerde TİG KOAH Vakaları karşılaştırılarak hastaneler arasında benzerlik ve farklılıklar ortaya konarak değerlendirmeler yapılacak ve ortaya çıkan sonuçlara göre önerilerde bulunulacaktır.

2.2. Veriler, Varsayımlar, Kapsam ve Sınırlılıklar

Sağlık Bakanlığından elde edilen veriler 2011 yılını kapsamaktadır. Temin edilen verilerin doğru olduğu varsayılmıştır. Veriler KOAH Vakalarına ait olup, 3'ü Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 1'i Özel Dal Hastanesi olmak üzere 4 adet Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi alanında hizmet veren Sağlık Bakanlığı Hastanelerini kapsamaktadır. Çalışmanın daha yönetilebilir olması açısından hastane sayısı sınırlı tutulmuş ve bu vaka türü açısından yoğun hizmet veren hastanelere ait veriler temin edilmiştir.

İlgili Hastaneler ve temel istatistik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Örneklem Hastane Temel İstatistikleri, 2011

Hastaneler	Yatak Sayısı	Yatak Doluluk Oranı (%)	Ortalama Kalış Günü
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)	904	74,8	5,1
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)	279	52,6	3,5
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Hastanesi	304	73,4	3,1
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	688	72,3	4,9

KOAH TİG vakaları açısından ise mevcut olan 666 TİG içerisinde 2 TİG çeşidi bulunmakta olup bunlar, “E65A : Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı KOAH), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan” ve “E65B : Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı KOAH), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan”dır.. Bu iki TİG çeşidi MTS (Majör Tanı Sınıfı) - 4 Solunum Sistemi Hastalıkları grubunda yer almaktadır ve bu TİG çeşitleri aşağıdaki tablolarda belirtilen tanılar ile oluşmaktadır:

Tablo 3. E65A: Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı (KOAH), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan İşlemleri Ana Tanı Kodları

No	Tanı Kodu	Tanı Açıklaması
1	J41.1	Mukopürülan Bronşit
2	J41.8	Karma basit ve Mukopürülan kronik bronşit
3	J42	Tanımlanmamış Kronik Bronşit
4	J43.0	MacLeod sendromu
5	J43.2	Sentrilobüler amfizem
6	J43.8	Diğer amfizem
7	J43.8	Tanımlanmamış Amfizem
8	J44.0	Akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte KOAH
9	J44.1	Akut alevlenme ile birlikte KOAH Tanımlanmamış
10	J44.8	Diğer Tanımlanmamış KOAH
11	J44.9	KOAH Tanımlanmamış
12	J47	Bronşiektazi
13	Q33.4	Konjenital Bronşiektazi

Tablo 4. E65B: Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı (KOAH), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan İşlemleri Ana Tanı Kodları

No	Tanı Kodu	Tanı Açıklaması
1	J41.1	Mukopürülan Bronşit
2	J41.8	Karma basit ve Mukopürülan kronik bronşit
3	J42	Tanımlanmamış Kronik Bronşit
4	J43.0	MacLeod sendromu
5	J43.1	Panlobüler Amfizem
6	J43.2	Sentrilobüler Amfizem
7	J43.8	Diğer Amfizem
8	J43.9	Tanımlanmamış Amfizem
9	J44.0	Akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte KOAH
10	J44.1	Akut alevlenme ile birlikte KOAH Tanımlanmamış
11	J44.8	Diğer Tanımlanmamış KOAH
12	J44.9	KOAH Tanımlanmamış
13	J47	Bronşiektazi
14	J68.8	Kimyasalların, gazların, dumanların veya buharların solunmasına bağlı diğer respiratuar durumlar
15	Q33.4	Konjenital Bronşiektazi

Temin edilen veriler ham halde olup, 2011 yılında 4 hastanede görülen toplam 13331 adet KOAH vakalarına ait demografik (yaş ve cinsiyet) ve klinik (atandıkları KOAH TİG'leri) verileri içermektedir. Ayrıca KOAH Bağlı De-

ğer verisi olarak Avustralya Bağlı Değerleri, TİG algoritması olarak da yine Avustralya Uyarlaması (AR-DRG(TİG)) kullanılmıştır.

2.3. KOAH Vakalarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırması

Temin edilen veriler hastane bazında cinsiyete göre ayrıştırılarak Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. KOAH Vakaları Cinsiyet Dağılımı

Hastaneler	E65A					E65B					KOA H Vakaları Toplam				
	Erkek		Kadın		Toplam	Erkek		Kadın		Toplam	Erkek		Kadın		Toplam
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)		Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)		Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	2001	69	894	31	2895	856	77	251	23	1107	2857	71	1145	29	4002
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1084	69	484	31	1568	1042	77	310	23	1352	2126	73	794	27	2920
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	723	66	379	34	1102	2551	68	1177	32	3728	3274	68	1556	32	4830
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	365	81	88	19	453	970	86	156	14	1126	1335	85	244	15	1579
Toplam	4173	69	1845	31	6018	5419	74	1894	26	7313	9592	72	3739	28	13331

Tablo 5 değerlendirildiğinde gerek hastane bazında gerekse her iki KOAH vaka türü bazında bu vakanın erkeklerde kadınlara göre daha yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiştir. Vaka türleri bazında değerlendirildiğinde E65B vakasının E65A’ya göre daha da yüksek oranda erkeklerde dolayısıyla daha da az oranda kadınlara görüldüğü tespit edilmiştir. Hastane bazında değerlendirme yapıldığında Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde diğer hastanelere göre erkeklerde KOAH vakalarının her ikisi de daha yüksek oranda görülmüştür.

Sonuç olarak seçilmiş hastanelerde %72 erkek, %28 kadın KOAH vaka görülme oranları sonucu olarak bu vakaların erkeklerde daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır.

2.4. KOAH Vakalarının Yaş Dağılımı Açısından Karşılaştırması

Temin edilen veriler KOAH TİG'leri kapsamında ve hastane bazında yaş ortalamaları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. TİG KOAH Vakaları Ortalama Yaş

Hastaneler	E65A	E65B	Tüm KOAH Vakaları
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	69	65	68
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	69	65	67
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	69	67	67
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	69	69	69
Ortalama	69	66	67

Tablo 6 değerlendirildiğinde komplikasyonlu ve/veya ek tanılı KOAH vaka türü olan E65A'nın yaş ortalamasının diğer vaka türüne göre biraz daha yüksek yaşlarda seyrettiği görülmüştür

Bu kapsamda daha ayrıntılı bir değerlendirme yapmak amacıyla KOAH vakalarının hastane bazında yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. KOAH Vakaları Yaş Dağılımı

Hastaneler	1 - 20 Yaş		21 - 44 Yaş		45 - 64 Yaş		65 Yaş ve üzeri		Toplam
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	17	0,4	131	3	1270	32	2584	65	4002
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	16	0,5	97	3	961	33	1846	63	2920
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	11	0,2	189	4	1671	35	2959	61	4830
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	1	0,1	27	2	449	28	1102	70	1579
Toplam	45	0,3	444	3	4351	33	8491	64	13331

Tablo 7’ye göre genel olarak yaş dağılımları incelendiğinde hastanelerde vakaların %96 ve üstü oranlarda 45 yaş ve üzerinde, %61 ve üstü oranlarda ise 65 yaş ve üzerinde KOAH vakalarının görüldüğü ortaya çıkmıştır. Özellikle Denizli Buldan Göğüs Hastanesinde gerek 45 yaş gerekse 65 yaş üstü vaka oranları en yüksek değeri almıştır. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesinde diğer hastanelere göre nispeten az miktarda daha fazla 45 yaş altı KOAH vakaları görülmüştür.

2.5. KOAH Vakalarının Vaka Sayıları Açısından Karşılaştırması

KOAİ vakaları TİG Çeşitliliği ve hastane bazında vaka sayıları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. TİG KOAH Vaka Sayıları

Hastaneler	E65A		E65B		Toplam Vakalar
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	2895	72	1107	28	4002
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1568	54	1352	46	2920
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1102	23	3728	77	4830
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	453	29	1126	71	1579
Toplam	6018	45	7313	55	13331

Tablo 8 incelendiğinde KOAH vakalarından E65A İstanbul ve İzmir’de, E65B ise Ankara ve Denizli’de daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Özellikle denize kıyısı olan İstanbul ve İzmir’de KOAH vakalarından daha ağır seyreden ve komplikasyon ile ek hastalık içeren E65A vakasının sık görülmesi bu yerleşim yerlerinde nispeten iç bölgelere göre daha nemli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Özellikle nemli hava koşullarının KOAH’lı hastalar için daha kötü hastalık seyrine neden olabileceği düşünüldüğünde bu bağlamda bir ilişkinin etkisinin olduğu öngörülmüştür. An-

kara ve Denizli Buldan'da ise komplikasyon ve ek hastalık içermeyen E65B KOAH vakası diğer vaka türüne göre oldukça yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir.

2.6. KOAH Vakalarının Ortalama Kalış Süreleri Açısından Karşılaştırması

KOAH vakaları TİG Çeşitliliği ve hastane bazında ortalama kalış süreleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. TİG KOAH Vakaları Ortalama Kalış Süreleri (Gün)

Hastaneler	E65A	E65B	Tüm KOAH Vakaları
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	8,5	7,3	8,1
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	8,2	6,5	7,4
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	11,9	6,1	7,4
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	12,9	10,5	11,2
Ortalama	9,3	7,1	8,1

Tablo 9 incelendiğinde ortalama yatış günü açısından E65A vakası 9,3 gün, E65B vakası ise 7,1 gün ve KOAH vakaları ortalama kalış süresi de 8,1 gün olarak ortaya çıkmıştır. Diğer vakaya göre komplikasyon ve ek hastalık içeren E65A vakasının bakım ve tedavi hizmetlerinin daha uzun sürmesi normal karşılanmıştır.

Ortalama kalış süreleri açısından tüm KOAH vakalarında genel ve ayrı ayrı olarak Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi diğer hastanelere göre daha yüksek kalış sürelerine sahip çıkmıştır. Bu durumun; diğer hastanelerin Eğitim ve Araştırma Hastaneleri olmaları nedeniyle nicelik ve nitelik olarak daha fazla insan ve tıbbi donanıma sahip olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesine gelen vakaların diğer hastanelere göre daha yaşlı olması da yine önemli bir etken olarak değerlendirilmiştir.

2.7. KOAH Vakalarının Taburculuk Durumları Açısından Karşılaştırması

KOAH vakaları hastane bazında taburculuk durumlarına göre (oransal olarak, %) Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. TİG KOAH Vakaları Taburculuk Durumları (%)

Hastaneler	Sevk	Ölüm	Şifa	Kendi İsteği
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	0,8	1,2	96,9	1,0
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,1	2,7	91,2	3,4
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,6	0,7	95,6	1,6
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	3,3	0,3	90,9	5,1
Toplam	1,4	1,2	94,4	2,2

Tablo 10 değerlendirildiğinde tüm hastaneler bazında KOAH vakalarının %94,4 oran ile şifa sonucuyla taburcu edildikleri görülmüştür. Ölüm ile sonuçlanan taburcu durumu açısından bakıldığında İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH'nde diğerlerine göre çok daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir. Ölüm ile sonuçlanan vakalar daha alt veri tabanında incelendiğinde Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde daha sık görülmüş olması nedeniyle bu hastanelere gelen vakaların daha ağır seyrettiğini yine nitelemiştir. Yine komplikasyonlu ve ek hastalık içeren E65A vakasında ölüm oranlarının diğer vakaya göre daha yüksek olduğu da görülmüştür.

2.8. KOAH Vakalarının Vaka Karma İndeksleri, Bağlı Değerler ve Geri Ödeme Açısından Karşılaştırması

KOAH vakaları hastane bazında vaka karma indeksleri (VKİ) Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. KOAH Vaka Karma İndeksleri (VKİ)

Hastaneler	E65A			E65B			Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ağırlıklandırılmış Vaka	VKİ
	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka			
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,91	2895	5529	1,28	1107	1417	4002	6946	1,74
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,91	1568	2995	1,28	1352	1731	2920	4725	1,62
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,91	1102	2105	1,28	3728	4772	4830	6877	1,42
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	1,91	453	865	1,28	1126	1441	1579	2307	1,46
Genel							13331	20855	1,56

Tablo 11 değerlendirildiğinde Vaka Karma İndeksi 1,74 ile en yüksek çıkan İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH'ne gelen KOAH vakalarının diğer hastanelere göre daha kompleks yapıda olduğu söylenebilir. Bu durumun temel sebebi de bağlı değeri en yüksek olan yani maliyet açısından diğer KOAH TİG'ine göre daha maliyetli olan E65A vakasını büyük oranda içermesi nedeniyle olduğu görülmüştür. Aynı şekilde Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH'nde yoğun olarak en düşük bağlı değere sahip KOAH vakası olan E65B vakası görülmüş olması sebebiyle VKİ en düşük çıkmıştır. Sonuç olarak 4 Hastane verilerinin ortalama Vaka Karma İndeksi 1,56 çıkmış olup, İstanbul ve İzmir'de bulunan Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastaneleri diğer iki hastaneye göre daha kompleks KOAH vakalarına hizmet sunduğu tespit edilmiştir.

KOAH vakaları TİG çeşitliliği ile hastane bazında bağlı değerleri ve geri ödemeye esas katsayıları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. TİG KOAH Vakaları için Geri Ödeme Oranları

Hastaneler	E65A			E65B			KOAH Vakaları Toplam Geri Ödeme Katsayısı
	Bağlı Değer	Oran (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Oran (%)	Geri Ödeme Katsayısı	
İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,91	72	138	1,28	28	35	174
İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,91	54	103	1,28	46	59	162
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH	1,91	23	44	1,28	77	99	143
Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	1,91	29	55	1,28	71	91	146

Tablo 12 öncelikle Bağlı Değerler açısından değerlendirildiğinde ortalama kalış süreleri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Yani ortalama kalış süresi (OKS) en uzun olan E65A TİG'inin Bağlı Değeri de en yüksek çıkmış (1,91), OKS'si daha kısa olan E65B vakasının ise daha düşük (1,28) Bağlı Değere sahip olduğu görülmüştür. Ortalama kalış süresi daha düşük olan E65B TİG'inin komplikasyonsuz ve ek hastalısız olması nedeniyle daha düşük bağlı değere sahip olması normal karşılanmıştır.

Bağlı değerler TİG'ler arasındaki maliyet ilişkilerini yansıtmaktadır. Yani Bağlı Değeri diğerine göre yüksek olan bir TİG, diğer TİG'e göre daha yüksek maliyetle tedavi edilmektedir. Bunun nedenleri ortalama kalış süreleri olabileceği gibi, yapılan tanı ve tedavi işlemlerinin türü ve miktarı da önemli etkenlerdendir. Hesaplanan bu bağlı değerler göstermektedir ki; E65A TİG'i hastanelerde 1,91 Bağlı Değer ile daha yüksek maliyetle tedavi edilmekte, E65B TİG'i ise daha düşük maliyetle tedavi edilmektedir.

Hastanelerin mevcut KOAH TİG'leri üzerinden alacakları geri ödemeler açısından yapılan değerlendirmede en yüksek geri ödemeyi İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH'nin alacağı ortaya çıkmıştır. Veriler incelendiğinde en yüksek bağıl değere sahip E65A TİG'inin en çok sayıda gerçekleştiği hastanenin bu hastane olduğu görülmüştür. Bu kapsamda TİG'lerin bağıl değeri önemli olmakta, ayrıca vaka sayıları da çarpan olarak yer alacağı için önemli bir etken olduğunu söylemek gerekir. Tablodaki değerlendirmede vaka sayıları ile çarpma işlemi yapılmamış hastaneler aynı düzeleme çekilmek amacıyla KOAH TİG çeşitliliklerinde yer alan vaka sayılarının hastane KOAH vakaları içerisindeki oranları tespit edilmiştir. Böylece her hastane eşit duruma getirilerek TİG çeşitlilikleri ve mevcut bağıl değerlere göre alacağı geri ödeme miktarları için temel katsayılar tespit edilmiştir. Sonuç olarak elde edilen katsayılar sabit 1,0 TİG Bağıl Değer fiyatı ile çarpılacağından alacakları geri ödeme miktarlarının da oransal karşılaştırması yapılabilmektedir.

Tabloya göre Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH en az geri ödeme alacaktır, çünkü bağıl değeri daha düşük olan E65B TİG'i KOAH TİG çeşitliliğinin %77'sini içermektedir. Yine Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi de en az geri ödeme alan 2. Hastane konumunda olmuştur.

SONUÇ

2011 yılına ait KOAH vakalarından elde edilen verilerle 3'ü Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1'i Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Dal Hastanesi olmak üzere 4 Sağlık Bakanlığı hastanesinde yapılan çalışma sonuçlarını şöyle özetleyebiliriz:

- KOAH vakaları erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir.
- KOAH vakaları yaş ortalaması 67 olup, %61 65 yaş ve üzerinde, %95 oranda ise 45 yaş ve üzerinde yaşlarda görülme özelliği gösterebilmektedir.
- Yaş ve cinsiyet açısından; E65A ve E65B vakaları benzerlik göstermektedir. Yaş ve cinsiyet açısından hastaneler arasında genel olarak farklılık bulunmamakta, ancak Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesinde diğer hastanelere göre erkeklerde ve 65 yaş üstünde daha fazla oranda KOAH vakaları görülmektedir.

- KOAH vakaları Bağlı Değerleri ile ortalama kalış süreleri uyumlu olup, aralarında pozitif yönde ilişki vardır.
- Hastanelerin alacakları geri ödemeleri, TİG çeşitlilikleri ve Bağlı Değerleri belirlemektedir. Bağlı Değerleri yüksek olan TİG'lere sahip hastaneler daha yüksek geri ödemeler alacakları, bağlı değerleri daha düşük olan TİG'leri içeren hastaneler ise daha düşük geri ödemeler alacakları ortaya çıkmıştır.
- KOAH vakaları açısından hastane Vaka Karma İndeksleri ile hastanelerin alacakları geri ödeme miktarları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışmanın daha geniş bir evren ile yapılması daha doğru sonuçlar ortaya koyacağı ve diğer TİG vakaları için de benzer çalışmaların yapılması bu konuda rol alan aktörler açısından yol gösterici bilgiler sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Son olarak neredeyse tüm gelişmiş ülkelerde uygulamaya geçmiş olan TİG uygulamasının sağlık kurumlarına daha adil ve bilimsel temelli bir finansman sağlamanın dışında; hastanelerin kuruluş yeri, kapasite ve hizmet türlerinin belirlenmesi, insan kaynakları planlaması ve donanım ihtiyaçlarının belirlenmesi, Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin yönlendirilmesi gibi sağlığın her alanında yerel ve ulusal bazda önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda TİG çalışmalarının ülke bazında hızlandırılması, sağlıklı TİG verilerinin teminine yönelik gerekli hukuki mevzuat, insan kaynakları ve diğer TİG Sistemi altyapıların hızla tamamlanarak Türkiye'nin kendine özgü TİG algoritmasının oluşturulması için sağlık politikacılarının ve diğer ilgili aktörlerin gerekli kararlılığı göstermeleri gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/koah_nedir.pdf, Erişim Tarihi: 10/03/2014
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, "Ulusal DRGs Geliştirilmesi Çalışmalarının Sonuçları", (D.B.3.2) Raporu, TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti, 18/12/2006.
- Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı web sitesi, www.tig.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 16/12/2013

- ŞENCAN. İrfan ve DEMİR. Mehmet; Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı, Sağlık Bakanlığı, 2013.
- Tanı İlişkili Gruplar (TİG) e-Bülteni, “Maliyetlendirmeye İlişkin Sıkça Sorulan Sorular”, Sayı:8, Mart – Nisan 2009, s. 16.
- TİG Uygulama Rehberi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, 2011.

M. Porter'ın 5 Kuvvet Modeline Göre Sağlık Hizmetleri Sektörünün Rekabet Analizi

Bekir COŞKUN¹

ÖZET

Sağlıklı bir rekabette süreçlerde ve yöntemlerde sürekli gelişim maliyetleri aşağı çeker. Ürün ve hizmet kalitesi sürekli artar. Yenilikler geniş çapta ve hızla yayılan yeni ve daha iyi yaklaşımlara yol açar. Rekabetçi olmayan hizmet sağlayıcılar ya yeniden yapılırlar ya da entropi yaşayarak küçülür ve kapanır. Sağlık hizmetlerinde de farklı bir durum söz konusu olamaz.

Her hangi bir sektörde kalite geliştikçe ve maliyetler düştükçe rekabet zamanla müşteriler için değeri artırır. Sağlık hizmetlerinin; karmaşıklığı, müşterilerin ulaşabildiği sınırlı bilgi ve sunduğu kişiye özel hizmetler nedeniyle farklı olduğu iddia edilmiştir. Sağlık hizmeti hiç şüphesiz bu özelliklere sahiptir ama bu durum rekabetin iyi işlediği başka sektörler için de geçerlidir.

Hastane işletmelerinin faaliyette oldukları bölgenin pazar özelliklerini çok iyi analiz etmesi gerekir. Bu analiz sonucuna göre yeni hedefler belirlenmeli ve yeni yönetim süreçleri ve stratejileri ile mevcut pazar payı korunmalı ya da artırılmalıdır. Bu çalışmada M.Porter'ın 5 Kuvvet Modeli çerçevesinde Konya İlinde Sağlık Hizmetlerinin Rekabetçiliği araştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: 5 Kuvvet Modeli, Sağlık Hizmetlerinde Rekabet, Rekabet Analizi

1 Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, bekir.coskun@saglik.gov.tr

Competitive Analysis of the Health Sector By M. Porter 5 Forces Model

ABSTRACT

Continuous improvement processes and methods of healthy competition, drive costs down. Quality of products and services is increasing constantly. What's new approach leads to better spread widely and rapidly. Or non-competitive service providers or restructured living entropy shrinks and closes.

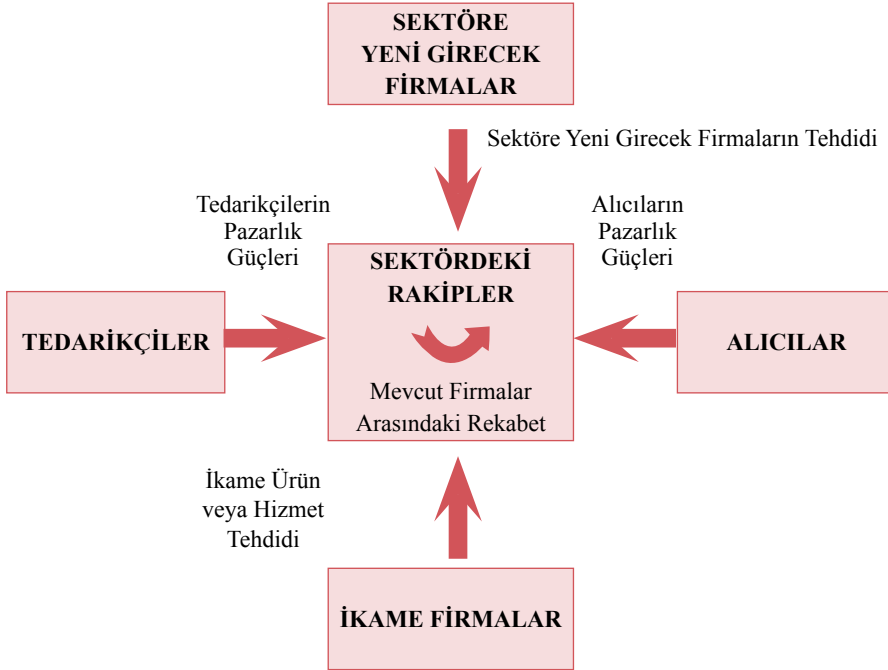
Improves the quality and lower the costs of any competition in the sector over time increases the value for the customers. Health services, the complexity of the customer reach is different due to the limited information and has been claimed to offer tailor-made services. Health care is no doubt these features.

Enterprises are operating in a very good hospital need to analyze the properties of the region's market. According to the results of this analysis identified new targets and new management processes and strategies of the current market share is protected or enhanced. M.Porter this study's five force model of health services within the province of Konya competitiveness investigated.

Key Words: 5 Force Model, Health Care Competition, Competitive Analysis

GİRİŞ

Bir sektörün yapısını anlamak, yöneticiler için olduğu kadar yatırımcılar içinde önemlidir. Sektör yapısı, sektörün ürün mü, hizmet mi ürettiğini; gelişmekte mi, olgun mu olduğunu; ileri teknoloji mi, düşük teknoloji mi kullandığını ya da düzenlemeye tabii olup olmadığını değil, rekabeti ve kârlılığı harekete geçirir. Sektörler yüzeyde birbirinden ne kadar farklı görünse de, kârlılığın altındaki nedenler aynıdır. Sektör kârlılığı kısa vadede hava koşulları ve iş döngüsü dahil binlerce faktörden etkilenebilir; ama orta ve uzun vadede beş kuvvetle ortaya konan sektör yapısıyla belirlenir. Yöneticiler genelde rekabeti sadece doğrudan günümüzün rakipleri arasında yaşanan bir durummuş gibi dar bir çerçevede tanımlarlar. Fakat kar rekabeti yerleşik sektör rakiplerinin ötesine geçerek diğer dört rekabet kuvvetini de kapsar: müşteriler, tedarikçiler, potansiyel girişimciler ve ikame ürünler. Bu beş kuvvetten kaynaklanan geniş kapsamlı rekabet bir sektörün yapısını tanımlar ve sektördeki rekabet etkileşiminin doğasını şekillendirir.



Şekil 1. Sektör Rekabetini Şekillendiren Beş Kuvvet

1. M. PORTER'A GÖRE REKABETİ ŞEKİLLENDİREN KUVVETLER

Sektör rekabetini şekillendiren kuvvetleri anlamak, strateji geliştirmenin başlangıç noktasıdır. Her şirketin kendi sektörünün ortalama karlılığını ve zaman içinde geçirdiği değişimi bilmesi gerekir. Beş kuvvet sektör karlılığının *neden* böyle olduğunu ortaya çıkarır. Ancak o zaman bir şirket sektör koşullarını stratejisine dahil edebilir.

Kuvvetler, rekabet ortamının en önemli yönlerini ortaya çıkarır. Ayrıca bir şirketin güçlü ve zayıf yönlerinin ölçülmesi için bir temel sağlarlar: Şirket alıcılar, tedarikçiler, yeni girişimciler, rakipler ve ikamelerin karşısında nerede duruyor? En önemlisi sektör yapısının anlaşılması, yöneticileri verimli stratejik eylem olasılıklarına yönlendirir.

1.1. Sektöre Yeni Girecek Firmalar

Bir sektörde yeni girişimciler yeni kapasitenin yanı sıra fiyatlara, maliyetlere ve rekabet için gerekli yatırım oranına baskı uygulayan bir pazar elde etme arzusunu taşırlar. Bu yüzden yeni girişim bir sektörün kar potansiyeline tavan sınır koymak gibi bir tehdit yaratır. Tehdit yüksekse yerleşik şirketler yeni rakiplerini caydırmak için fiyatlarını aşağıda tutmalı ya da yatırımı artırmalıdır. Bir sektördeki yeni girişim tehdidi mevcut giriş engellerinin yüksekliğine ve yeni girişimcilerin yerleşik şirketlerden bekleyecekleri tepkilere bağlıdır. Eğer giriş engelleri alçaksa ve yeni girişimciler yerleşik rakiplerden çok az misilleme bekliyorsa, giriş tehdidi yüksektir ve karlılığı vasattır. Giriş engelleri yerleşik şirketlerin yeni girişimcilere oranla sahip olduğu avantajlardır. Bunlar:

- Arz yönlü ölçek ekonomileri
- Talep yönlü ölçek faydaları
- Müşterinin değiştirme maliyetleri
- Sermaye ihtiyaçları
- Boyuttan bağımsız yerleşiklik avantajları
- Dağıtım kanallarına eşitsiz erişim
- Kısıtlayıcı devlet politikası

1.2. Tedarikçilerin Gücü

Güçlü tedarikçiler daha yüksek fiyatlar koyarak, kalite ve hizmetleri sınırlandırarak ya da sektör katılımcılarının maliyetleri aktarmasını sağlayarak, değerin çoğunu ele geçirirler. İş gücü tedarikçileri de dahil güçlü tedarikçiler, maliyet artışlarını kendi fiyatlarına yansıtamayan bir sektörden karlılık sızdırabilirler.

Tedarikçiler farklılaştırılmış ürünler sunar. Özgün tıbbi faydaları olan patentli ilaçlar sunan ilaç şirketleri, hastanelerin, sağlık hizmeti örgütlerinin ve ilaç satıcılarının üzerinde, örneğin taklit ya da markasız ürün sunan ilaç şirketlerine oranla daha fazla güce sahiptir.

Tedarikçi grubu inandırıcı bir şekilde sektöre entegre olma tehdidi arz eder. Bu durumda eğer sektör katılımcıları tedarikçilere oranla çok fazla para kazanıyorsa, tedarikçilerin pazara girmesine yol açarlar.

1.3. Alıcıların Gücü

Güçlü müşteriler, fiyatların düşürülmesi için baskı yaparak, daha yüksek kalite ve daha çok hizmet talep ederek ve genellikle sektör katılımcılarını birbirine düşürerek daha çok değer elde edebilirler; üstelik bütün bunları yaparken sektör karlılığını zarara uğratarlar.

Sektör ürünlerinin standart veya çok fazla farklılaşmadığı durumlarda alıcılar her zaman eş değer bir ürün bulacaklarına inanıyorlarsa satıcıları birbirine düşürme eğilimi gösterirler. (Porter, 2008:43)

1.4. İkame Tehdidi

İkame, bir sektör ürünüyle aynı ya da benzer işlevi farklı bir yoldan görür. İkame tehdidi yüksekse, bunun sıkıntısını sektör verimliliği çeker. İkame ürün ya da hizmetler fiyatlara bir üst sınır koyarak sektörün kar potansiyelini kısıtlar.

Bir malın fiyatı yükselince tüketiciler doğal olarak, bu malın yerine diğer malları ikame etmeye çalışacaktır. Örneğin pirinç fiyatları yükselince, tüketiciler pirinç yerine bulgur veya makarnaya yönelebileceklerdir. Fakat sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz yani ikamesi yoktur. Hasta hekimin kendisine önerdiği tedavi hizmetini almak zorundadır. İkame olasılığının

bulunması tüketicilerin kendilerini irrasyonel davranışlara karşı korumalarını sağlar. Ancak sağlık hizmeti tüketicisi, kendini ekonomik açıdan koruyabilmek için başka seçeneklere sahip değildir. (Tengilimoğlu vd., 2009: 40)

1.5. Mevcut Rakipler Arasında Çekişme

Mevcut rakipler arasındaki çekişme fiyat indirimi, yeni ürün sunumları, reklam kampanyaları ve hizmet iyileştirme gibi birçok tanıdık şekil alır. Yüksek çekişme sınırları bir sektörün karlılığını sınırlar. Çekişmenin bir sektörün kar potansiyelini düşürme derecesi öncelikle şirketlerin rekabet ettikleri yoğunluğa ve ikincisi, rekabet ettikleri temele dayanır.

Rekabet boyutları kadar önemli olan bir başka nokta da rakiplerin aynı boyutlarda rekabet etmeleridir. Rakiplerin hepsi ya da çoğu aynı ihtiyaçları karşılamayı ya da aynı özellikler üzerinden rekabet etmeyi amaçlıyorsa, sonuç *sıfır toplam* rekabet olur. Burada bir firmanın kazancı diğer bir firmanın kaybıdır ve bu da karlılığı düşürür.

Her rakip farklı fiyat, ürün, hizmet, özellik ya da marka kimliği karmalarıyla farklı müşteri dilimlerinin ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlarsa, rekabet *pozitif toplam* olabilir ya da bir sektörün ortalama karlılığını yükseltebilir. Bu tip bir rekabet sadece daha yüksek bir ortalama karlılığı desteklemez, aynı zamanda daha çok müşteri grubunun ihtiyaçları daha iyi karşılandığı için sektörü de genişletir. Artı toplam rekabet fırsatı farklı müşteri gruplarına hizmet veren sektörde daha yüksek olacaktır. (Porter, 2008:48)

Sektör Analizinde Dikkat Edilmesi Gereken Diğer Hususlar

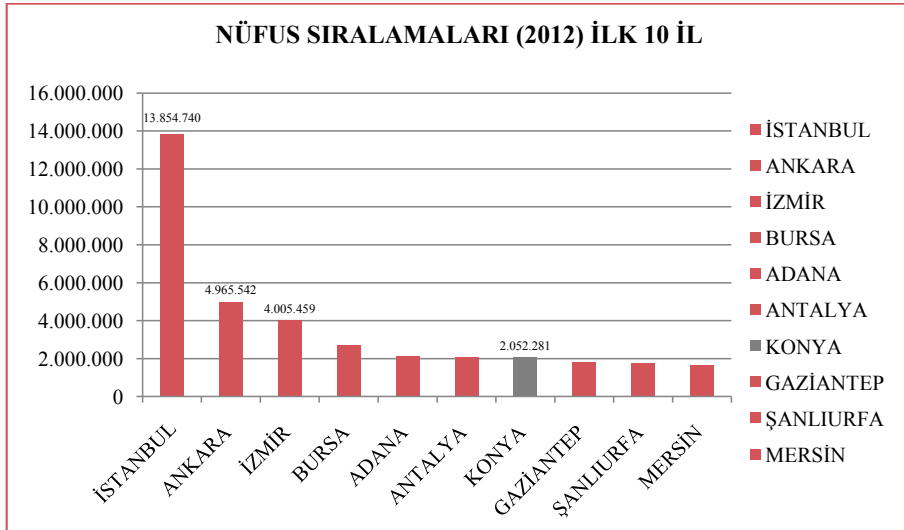
- **Sektörün Büyüme Hızı:** Hızlı büyüyen sektörlerin her zaman çekici olduğunu düşünmek yaygın bir hatadır. Büyüme, rekabeti yumuşatma eğilimi gösterir; çünkü genişleyen bir pasta tüm rakiplere fırsatlar sunar.
- **Teknoloji ve İnovasyon:** İleri teknoloji ve inovasyon tek başlarına bir sektörü yapısal açıdan çekici ya da itici kılmaz.
- **Devlet:** Devletin rekabet üzerindeki etkisini anlamamanın en iyi yolu, belirli devlet politikalarının beş rekabet kuvvetini nasıl etkilediğini analiz etmektir. Örneğin, patentler giriş engellerini yükselterek sektörün kar potansiyelini düşürür.

lini zirveye çıkartır. Tam tersine, sendikaları destekleyen devlet politikaları tedarikçi gücünü artırırken kar potansiyelini düşürebilir.

- **Tamamlayıcı Ürün ve Hizmetler:** Tamamlayıcı mallar, sektörün ürünüyle birlikte kullanılan ürün ve hizmetlerdir. Müşterinin iki üründen birlikte elde edeceği fayda her bir ürünün ayrı ayrı değerlerinin toplamından daha yüksekse, bunlar tamamlayıcı ürünlerdir. Tamamlayıcılar değiştirme maliyetlerini yükselterek sektör rekabetini olumlu etkileyebileceği gibi, ürün farklılaşmasını etkisiz kılarak olumsuz da etkileyebilirler. (Adam ve Barry, 2010:131)

2. M. PORTER'IN 5 KUVVET MODELİ ÇERÇEVESİNDE KONYA İLİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN REKABET ANALİZİ

Konya, 40.814 km² lik (Göllere hariç 38.873 km²) yüzölçümü ile Türkiye'nin en geniş yüzölçümüne sahip ilidir. 2012 yılı itibarıyla nüfusu 2.052.281 olup, Türkiye genelinde 7. sıradadır. Bu nüfusun %24'ü belde ve köylerde, %76'sı ise merkezde yaşamaktadır. Şehirleşme oranına bakıldığında ise 2012 nüfus sayımı sonuçlarına göre %76.2 şehirleşme oranı ile 13. sırada yer almaktadır. (TÜİK, 2012)



Kaynak: TÜİK, 2012

Konya'ya kara, hava ve demir yolu ile ulaşım rahatlıkla sağlanmaktadır. Hızlı trenin yapımının tamamlanmasıyla Ankara-Konya arası 1 saat 45 dakikaya inmiştir. Konya, komşu illerden Ankara'ya 258 km., Eskişehir'e 338 km., Afyonkarahisar'a 223 km., Isparta'ya 264 km., Antalya'ya 323 km., Karaman'a 119 km., Mersin'e 348 km., Niğde'ye 241 km. ve Aksaray'a 148 km. uzaklıktadır.(kgm.gov.tr,2013)

Konya'da karasal iklim hüküm sürer ve ülkemizin en az yağış alan ilidir. Yazları sıcak ve kurak, kışları soğuk ve yağışlıdır. İç Anadolu'nun en güney bölgesinde yer almasına rağmen diğer İç Anadolu şehirlerinden daha soğuk olur. Bunun nedeni Orta Torosların deniz etkisini tamamen önlemesidir.

Mülki açıdan bakıldığında Konya'da 31 İlçe bulunmaktadır ve ilçe sayısında Türkiye'de 2. sıradadır. 2012 yılı verilerine göre bir tanesi Büyükşehir, 31'i İlçe ve 168'i Belde Belediyesi olmak üzere toplam belediye sayısı 200 olup Türkiye'de 1. sıradadır. Toplam köy sayısı ise 584'tür. (TÜİK, 2012)

Mevcut sanayi kuruluşları açısından incelendiğinde 9 organize sanayi bölgesi, 39 küçük sanayi sitesinde 6.800 iş yeri ile mal ve hizmet üretimi yapılmaktadır. Toplamda 2.939 Hektar "Planlı Endüstri Alanı" mevcuttur. TR 52 Konya-Karaman bölgesinde ön plana çıkan sektörlerin yüzdelik dağılımları şöyledir:

- % 20 Tarım (Arpa, Buğday, Şeker Pancarı, Elma, Kiraz, Vişne, Küçükbaş-Büyükbaş Hayvancılık ve Kümes Hayvancılığı)
- % 22,3 Sanayi (Gıda ürünleri ve içecek imalatı, Ana metal sanayi, Otomotiv yan sanayi ve Makine ve yedek parça sanayi)
- %57.7 Hizmetler (TÜİK, 2012)

Tablo 1. Konya İline Ait Temel Göstergeler*

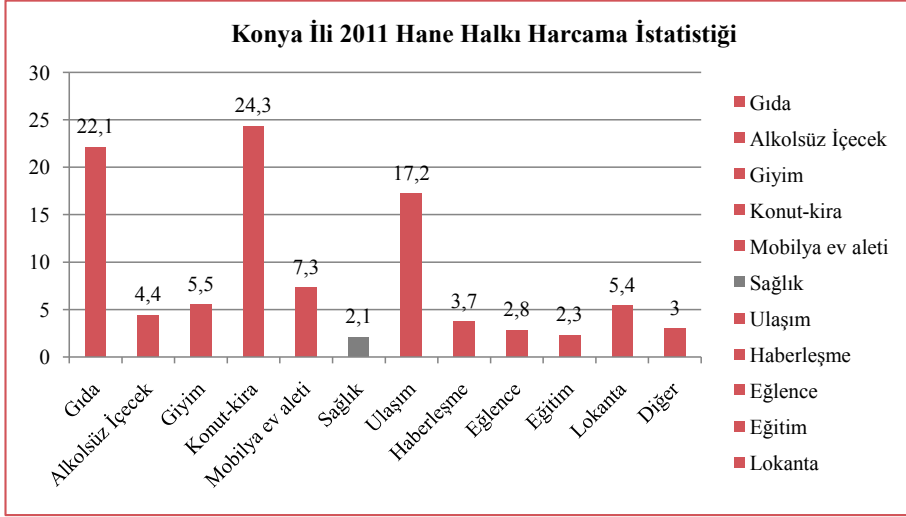
Gösterge	Değer	Birim	Yıl	Türkiye Sıralaması & Ortalaması *
Yüzölçümü	40.814	Km ²	2012	1
İl Nüfusu	2.052.281	Kişi	2012	7
Nüfus artış hızı	6,7	Binde	2012	12*
Net göç hızı	1,79	Binde	2012	32

Gösterge	Değer	Birim	Yıl	Türkiye Sıralaması & Ortalaması *
Km ² başına nüfus yoğunluğu	53	Kişi	2012	51
Şehirleşme oranı	76,2	%	2012	13
İlçe sayısı	31	Adet	2012	2
Belediye sayısı	200	Adet	2012	1
Köy sayısı	584	Adet	2012	14
Kamu yatırımları	490.647	Bin TL	2012	8
Kişi başına ithalat	562	\$	2012	25
Kişi başına ihracat	622	\$	2012	26
İşsizlik oranı	6,1	%	2012	9,2*
Endüstriyel tasarım tescil sayısı	238	Adet	2012	6
Faydalı model tescil sayısı	105	Adet	2012	5
Marka tescil sayısı	1.554	Adet	2012	5
Patent tescil sayısı	28	Adet	2012	7
Açılan şirket sayısı	1.804	Adet	2012	7
Kapanan şirket sayısı	798	Adet	2012	12
Motorlu kara taşıtı sayısı	522.578	Adet	2011	6
Trafik kazası sayısı	27.068	Adet	2011	8
Yatırım teşvik belgesi alan firma	200	Adet	2012	5
Devletin kişi başına yaptığı kamu harcaması	1.951,65	TL	2012	43

*Kaynak: TÜİK, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, 2012

2.1. Konya İline Ait Sağlık Sektörü İstatistikleri

Konya iline ait veriler incelendiğinde 2011 yılı hane halkı tüketim harcamaları içinde sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların çok düşük olduğu görülmektedir. TÜİK 2011 verilerine göre Konya'da yaşayanların tüketim harcamaları içinde en yüksek %24.3 ile konut ve kira harcaması, %22.1 ile gıda harcaması ve % 17.2 ile ulaşım harcaması yaptığı görülmektedir. Sağlık hizmeti harcamalarında ise bu oran % 2.1 ile en düşük seviyede gerçekleşmektedir. (TÜİK, 2011)(Bkz: Tablo 2.)

Tablo 2. Tüketim Harcamaları İstatistikleri

Kaynak: TÜİK, 2011

İl Sağlık Müdürlüğü 2012 yılı verilerine göre ilimizde 26'sı kamuya bağlı, 11'i özel olmak üzere toplam da 37 adet hastane bulunmaktadır. Türkiye geneline bakıldığında ise kamuya bağlı hastane sayısı 974 iken, özel hastane sayısı 499'dur. Ülkemizde faaliyet gösteren toplamda 1.473 hastanenin 37'si yani % 2.51'i Konya'da hizmet vermektedir. (Bkz: Tablo 3.)

Kamuya ait Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri(ADSM) incelediğinde ise ülkemizde toplamda 129 adet ADSM bulunurken bunların yalnızca 3 tanesi Konya'da faaliyet göstermektedir. Bu durum oransal olarak % 2,33'e tekabül etmektedir.

Tablo 3. Konya İlinin Sağlık Kurumları

Sağlık Tesisi	Konya	Türkiye	Ortalama
Hastane (Genel Hastane+Dal Hastanesi)	21	844	2,49
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	67	1,49
Üniversite Hastanesi	4	63	6,35
Özel Hastane	11	499	2,20
Toplam Hastane	37	1473	2,51
ADSM veya ADSH	3	129	2,33

Konya'daki hastanelerin yatak dağılımları ise şu şekildedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin toplam fiili yatak sayısı 3.591 adet, üniversitelere bağlı hastanelerin 2.469 adet ve özel hastanelerin ise 717 adettir. İlin toplam yatak

kapasitesi 6.777 adet olup bu sayının toplam nüfusa oranına bakıldığında ise her 302.8 kişiye bir yatak düştüğü görülmektedir.¹

2.2. Konya'da Sağlık Sektörü Rekabetini Şekillendiren 5 Kuvvet Analizi

Yukarıda ana hatlarıyla belirtilen veriler incelendiğinde Konya'nın sağlık sektörü gerek sahip olduğu nüfus popülasyonu, gerekse hastane sayısı ve hasta potansiyeli açısından rekabetin yüksek oranda yaşanabileceği bir sektördür.

Sektördeki Rakipler

Mevcut sağlık tesisleri değerlendirildiğinde; faaliyette olan tüm hastanelerin adeta birbirlerine rakip konumda oldukları görülmektedir. Kamu hastaneleri açısından; Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) anlaşmaları, aile hekimliği uygulamalarının Konya'da etkin bir şekilde yürütülüyor olması, sunulan sağlık hizmetlerinin, pazarlamanın vazgeçilmez unsurlarından olan tutundurma faaliyetleriyle desteklenememesi ve reklam yapmanın yasak olması gibi nedenlerden dolayı rekabetin yeterince uygun bir zemin bulamadığı söylenebilir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında birçok önemli uygulama hayata geçirilmiş durumdadır. Örneğin özel hastanelerin JCI tarafından akredite edilebilme yarışına, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri de, Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi kapsamında yaptığı iyileştirmelerle katılmaktadır. (Güngören ve Orhan, 2013: 10)

Kamu hastaneleri ve özel hastaneler performans ve kalite değerlendirmelerine tabii tutulmakta ve hastaneler arasında performans ve kalite değerlendirmeleri ve kriterleri bağlamında son yıllarda ciddi bir rekabet ortamı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Konya da; gerek fiziki alt yapı ve tıbbi cihaz ve malzemele-riyle, gerekse insan odaklı çalışan ve hasta memnuniyetini artırıcı faaliyetlerle üst düzey standartlarda hizmet veren, hem kamuya hem de özel sektöre ait birçok hastane bulunmaktadır. Mevcut yasal düzenlemelerle halkın sağlık hizmetine erişebilirliğinin önündeki engellerin kaldırılmış olması kamu ve özel sağlık tesisleri arasındaki rekabeti daha da kuvvetlendirmiş durumdadır.

1 Fiili yatak sayıları verilmiştir. Diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır. Hastane birleşmeleri ve kapanmalarından dolayı rakamlar değişiklik gösterebilir. Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneleri kapsamaz. Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü

Sektöre Yeni Girecek Firmalar

Konya mevcut haliyle Türkiye'nin nüfusu en kalabalık olan 7. büyük ilidir. Şehirleşme oranı yüksek olup (% 76,2) Büyükşehir statüsündedir. Başta Ankara olmak üzere komşu 9 İl'e ulaşım çok kolaydır. Mersin gümrüğüne ve serbest bölgeye ulaşımın önünde herhangi bir engel bulunmamaktadır. Yatırım teşvik uygulamalarında 2. Bölgede yer almaktadır. (mevka.org.tr, 2013)

Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan nüfusun toplam nüfusa oranı % 1,72 ile çok düşük bir seviyededir. 4 Üniversite ve 9 Organize Sanayi bölgesi ile nitelikli iş gücü eleman popülasyonunun yüksek olduğu bir ildir. Tüm bu sebeplerden dolayı Konya'da sağlık hizmetleri sektörüne girmek isteyen birçok müteşebbis olabilir.

Ancak bunun yanında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan Şehir Hastaneleri kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı 2012-2014 yatırım planlamasında yer alan 838 yataklı Konya Şehir Hastanesi tüm kamu ve özel hastanelerinin rekabet avantajlarını büyük oranda etkileyebilecek bir dönem oluşturabilecektir.(Sağlık Bak. 2012)

Bir üniversite hastanesinin de gelecek yılda asıl binasına taşınacak olması ve hizmetlerini ve buna bağlı olarak yatak kapasitesini çok büyük oranda artıracak olması da göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Küçük ve orta ölçekli olarak nitelendirebileceğimiz ve rekabet gücü zayıf olarak değerlendirilebilecek birçok hastane şehir hastaneleri ve sağlık *kampüsleri* sonrası birleşme ve büyüme stratejisini benimsemeli veya genel hastane formatından uzaklaşarak özellikli branş bazında uzmanlaşmalı ve farklılaşma stratejisi ile yeniden konumlanmalıdır. Bu şartlarda Konya'da yeni bir hastane yatırımının ancak bir branş bazında uzmanlaşarak mevcut genel hastanelerden o gruptaki hastaların kazanımlarıyla daha efektif olacağı değerlendirilmektedir.

İkame Ürünler

İkame ürünler açısından değerlendirildiğinde; bir malın fiyatı yükselince tüketiciler doğal olarak, bu malın yerine diğer malları ikame etmeye çalışacaktır. Örneğin pirinç fiyatları yükselince, tüketiciler pirinç yerine bulgur veya makarnaya yönelebileceklerdir. Fakat sağlık hizmeti yerine başka bir hizmet konamaz yani ikamesi yoktur. Hasta hekimin kendisine önerdiği tedavi hiz-

metini almak zorundadır. İkame olasılığının bulunması tüketicilerin kendilerini irrasyonel davranışlara karşı korumalarını sağlar. Ancak sağlık hizmeti tüketicisi, kendini ekonomik açıdan koruyabilmek için başka seçeneklere sahip değildir(Tengilimoğlu ve diğ., 2009: 40- 41).

Öte yandan bazı hastalar hastanelerdeki tıbbi tedavilere başvurmak yerine alternatif tıp denilen başka yöntemlere başvurmayı tercih edebilmekte olup bu konu ile ilgili aşağıdaki değerlendirmeleri yaparak belki de konuya farklı bir açıdan bakmak gerekli olabilecektir. Özellikle son yıllarda Çin ve Kore gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanan Akupunktur tedavisi baş ve migren ağrısı, bel ağrısı, obezite, mide rahatsızlıkları gibi hastalıklarda insanların sıkça başvurdukları yöntemlerden biri haline gelmiştir. “Konya ilinde Ilgın, İsmil ve Karatay ilçelerindeki Sağlık Bakanlığından ruhsatlı kaplıcalarda özellikle sinüzit, bel ve böbrek ağrıları ile mide rahatsızlıkları için sıkça başvuru alan alternatif tıp merkezleridir.”

Bitkisel tedavi metotları ise nezle, grip gibi hastalıkların tedavisinde neredeyse hepimizin başvurduğu yöntemlerdir. Bu bağlamda hem ilaç firmalarının pazar payları açısından da hem de hastane pazar payları açısından da alternatif tıp yöntemlerini profesyonel merkezlerde yapılması halinde ikame olarak görebilmek mümkün olabilecektir. Hastaların bu merkezleri tercih etmeleri, eğilimlerinin artması halinde hastanelerin düşük oranda da olsa gelirleri etkilenebilecektir.(Güngören ve Orhan.,2013: 10).

Tedarikçiler

Sağlık hizmetleri sektörü ve özellikle de hastaneler matris yapılanmaların yaşandığı işletmelerdir. İnsan faktörünün egemen olduğu ve teknolojik gelişmelerin çok hızlı yaşandığı bu sektörde mesleki uzmanlaşma hep ön plandadır. Konya’da ki hastane sayıları ve hasta oranlarına bakıldığında tedarikçiler açısından bir rekabet ortamının oluşması kaçınılmazdır. Hastaneler birçok kritik dalda (*kalp damar cerrahisi, beyin ameliyatları, ortopedik cerrahi vakaları*) medikal işletmelerden dış kaynak kullanımı şeklinde faydalanmaya başlamıştır. Tıbbi malzemelerin çok çeşitli olması, her hasta için farklı ürün ve cerrahi uygulama yapılabilmesi gibi sebeplerden dolayı maliyetlerin minimize edilebilmesi amacıyla bu yöntem kullanılmaktadır.

Son yıllarda bilgisayar teknolojisinin artması, veri madenciliği ve iş zekâsı gibi kavramların sağlık sektörü içerisinde sıkça vurgulanması, veri ve görün-

tülerin aktarılabildiği video- tele konferans gibi yeni tekniklerin hem eğitimde hem de bazı tedavi yöntemlerinde bilgi paylaşımı açısından kullanılması gibi sebeplerden dolayı farklı piyasalarda hizmet sunan tedarikçilere de ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Bu yöntemler sayesinde hasta güvenliği ve bilgi güvenliği gibi konularda hastaneler rekabet avantajı elde edebilmektedir.^(a.g.c.)

Türkiye’de sağlık insan kaynağı çok yetersizdir. Ülkemiz DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki 53 ülke arasında yüz bin kişiye düşen hekim sıralamasında 52. sıradadır. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 326 iken bu rakam Türkiye için 169’dur. Yani Türkiye’de yüz bin kişiye düşen hekim sayısı DSÖ Avrupa Bölgesi’nin yarısı kadardır.(Sağlık Bak. 2012)

2012 yılı Aralık ayı verilerine göre Konya’da yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı ise sadece 85’tir. (Bkz: Tablo 4.) Bu yönüyle ‘sağlık hizmeti sunumunda hizmeti üreten insan faktörü, özellikle uzman hekimler de birer tedarikçi olarak değerlendirilebilir. Gerek kamu, gerekse özel sektör olsun bir hastane işletmesinde en büyük gider kalemi “personel” giderleridir. Personel giderlerinde de en büyük pay uzman hekimlere aittir. Özellikle marka haline gelmiş bir uzman hekim çalıştığı sağlık tesisi için tedarikçi konumuna gelebilmektedir.

Tablo 4. Konya’da ki Sağlık Kurumlarının Personel Sayıları

Konya İli Sağlık Kurumları Personel Sayıları						
	Uzman Hekim	Aistan	Pratisyen Hekim	Hemşire	Ebe	Diğer
İl Toplamı (Üniversite)	623	561	24	676	25	1202
İl Toplamı (Özel)	298		106	310	84	2854
İl Toplamı (Sağlık Bak.)	834	109	912	2430	1256	4505
Genel Toplam	1755	670	1042	3416	1365	8561

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü, 2012

Alıcılar

Konya’da faaliyet gösteren hastaneler, sektöre yeni girmeyi düşünen hastaneler ve tedarikçiler açısından değerlendirildiğinde en güçlü aktör hizmeti talep eden alıcılar, yani hastalardır. 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm programı ile insanımızın sağlık hizmetine erişiminin önündeki engellerin neredeyse tamamı kaldırılmıştır. (Bkz: Tablo.5)

Tablo 5. Türkiye’de Yıllara Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı

Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Kişi Başı Muayene Sayısı											
Kurum	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bk.	1,7	1,7	2	2,4	2,7	3	3	3,1	3,2	3,2	3,4
Üniversite	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Özel	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,6	0,6	0,8
TOPLAM	1,9	1,9	2,3	2,8	3,1	3,5	3,8	4,1	4,1	4,1	4,5

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012

Konya da yaşayan nüfusun çok büyük bir kısmı sosyal güvenlik kapsamındadır. Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre;

- Toplam sigortalı aktif çalışan (4/a) : 210.190
- Sosyal Güvenlik kapsamında aktif çalışan : 446.286
- Yeşil Kartlı sayısı : 257.168
- Toplam SGK Kapsamı (Aktif+Pasif+Yeşil Kart) : 2.016.811
- SGK Kapsamı dışında kalan nüfus : 35.470
- Aktif çalışanların toplam il nüfusuna oranı : % 21,75

Tüm bu veriler ışığında Konya’da pazar payını artırmak isteyen tüm hastaneler açısından müşteri bağlılığını sağlamak çok önemlidir. Çünkü hizmet talep edenlerin tedarikçi değiştirme maliyetleri yok denecek kadar azdır. Hastanelerin bunu önlemek için marka bağımlılığı oluşturması, kaliteden ödün vermeden sürdürülebilir ürün ve hizmet farklılaştırması yapması gerekir.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri sektöründe de güçlü organizasyonlar olarak varlıklarını idame ettirmek isteyen hastane işletmeleri faaliyet alanlarındaki rekabetçi üstünlüğün gereklerini iyi analiz etmeli ve kendilerini başarıya götürecek stratejileri belirlemelidirler.

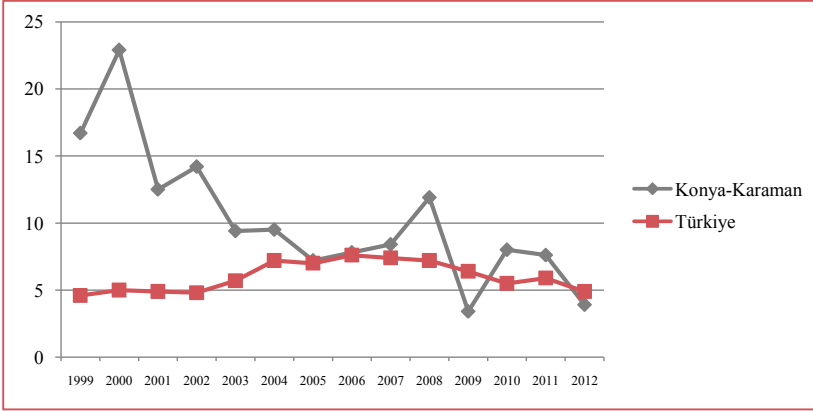
Bununla birlikte rekabet edebilirlik veya rekabet gücü oldukça dinamik bir olgudur. İçinde bulunulan çevreye göre değişken doğası, rekabet gücünün ölçülebilmesini zorlaştırmaktadır. Rekabet gücünün standart ölçütlerinin olmasının yanında, ölçülebilmesini zorlaştıran diğer bir nokta, değerlendirmede kullanılabilecek ölçütlerin oldukça fazla oluşu ve bu ölçütlerin farklı durumlarda ve ağırlıklarda rekabet gücünü etkileyebildiğidir. Bu nedenle rekabet gücünün belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar her zaman tartışmaya açık ölçütler ve bakış açıları içermektedir (Soyer, 2007).

Her insanın doğumundan ölümüne kadar yaşamının her alanında ihtiyaç duyduğu en temel hak sağlıklı yaşama hakkıdır. Bu hakkın sağlanması sosyal devletin en temel görevidir. Ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasıyla sağlık hizmeti sağlayıcılarının önündeki en büyük engel ortadan kalkmış durumdadır. Günümüzde SGK kapsamındaki herkesin kamu veya özel tüm sağlık kurumlarına müracaatı mümkündür. Çok yakın bir tarihe kadar sigortalıdan başkasına bakmayan hastaneler artık tarihe karışmış durumdadır.

Sağlık hizmetlerinde paternalistik yaklaşımların yerini özerklik ve hasta hakları gibi etik kavramlar almaya başlamıştır. Hastalar ve aileleri muayene ve tedavilerinin neredeyse her alanında bilgi ve söz sahibi olup, sağlık piyasası müşteri bağımlılığı oluşturma açısından her geçen gün daha fazla rekabetin yaşanmaya başladığı bir sektör halini almıştır. (Güngören ve Orhan, 2013)

Konya’da, Porter’ın geliştirdiği 5 Kuvvet Modeline göre günümüzde de, gelecekte de sağlık hizmetleri sektöründe yoğun bir rekabet beklenmektedir. Konya, yatırımlarda kamu kaynaklarından aldığı pay sıralamasında 8. sırada olsa bile sağlık sektörü kamu yatırımlarının toplam kamu yatırımları içindeki payı 2000’li yıllara göre çok düşük seviyelerdedir. (Bkz: Tablo 6.)

Tablo 6. Yıllar İtibariyle Ülke ve Bölgede Sağlık Sektörü Kamu Yatırımlarının Toplam Kamu Yatırımları içerisindeki payı (%).



Kaynak: <http://www2.kalkinma.gov.tr/kamuyat/ilozet.html>

Bölgede son yıllarda sağlık sektöründe kamunun payının azaltılarak özel sektörün ağırlığının artırılması ile kamu yatırımının payı sektörde oran olarak düşüş eğilimine geçmiştir. Bölge için 2000’li yıllar itibarı ile kamunun sektördeki yatırım oranının dalgalanmalar gösterse de ülke ortalamasının üzerinde seyrettiği fakat son yıllarda bölgeye çekilen özel sektör yatırımları sonrası ortalamanın altına düştüğü gözlemlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde rekabet üstünlüğü sağlamanın en temel koşulu farklılaştırmadır. 2012 yılı verilerine göre ilimizde şu alanlar için farklılaştırma stratejileri benimsenebilir.

- Robotik cerrahi uygulamaları
- Cyberknife
- Gammaknife
- Nükleer tıp
 - PET/PET CT
 - İ-131
 - SPECT/CT
- Radyoterapi
- Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi
- Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi
- Tüp Bebek Merkezi
- Sağlık turizmi kapsamında termal turizm faaliyetleri

- JCI Kalite Belgesi
- Branş hastanesi

Doktorlar ve ekipler belirli bir hastalığa ya da rahatsızlığa sahip hastaların tedavisinde ne kadar çok deneyim kazanırlarsa, iyi sonuçlar elde etme olasılıkları o ölçüde artar; dolayısıyla daha düşük maliyetler sağlarlar. Belirli prosedürleri tekrar tekrar uygulayan ekipler öğrenme fırsatını artırır ve böylece ölüm oranları düşer. Bu durumda rekabet tüketici lehine değeri artırır.

Sonuç olarak bilişim teknolojilerindeki ilerleme ve teknolojik gelişmelerin hızla artması, günden güne globalleşen dünyamızda pazar sınırlarını ortadan kaldırmıştır. İşletmelerin dünya pazarlarıyla bütünleşmesi ve sürekli artarak değişen müşteri gereksinimleri tüm işletmeler için farklı yaklaşımları ve uygulamaları gerekli kılmaktadır. İşte bu noktada rekabetçiliğin bir gereği olarak pazarlama stratejileri devreye girmektedir.

KAYNAKÇA

- Porter, Michael Everett., (2008). **On Competition**, Harvard Business Review, Çeviren: K. Tanrıyar, Optimist Yayınları İstanbul. s(33-66)
- Tengilimoğlu, D. -Işık, O. -Akbolat, M., (2009). **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Adam M. Brandenburger ve Barry J. Nalebuff., (2010) **Oyun Teorisi ve Ortaklaşa Rekabet**, Çeviren: L. Cinemre Scala Yayıncılık,
- TÜİK, ADNKS Sonuçları, 2012
- <http://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Uzakliklar/illerArasiMesafe.aspx> (Erişim Tarihi: 06.05.2013)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2012). Temel İstatistikler Alıntısı, <http://www.tuik.gov.tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2012). Bölgesel Göstergeler,
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2011). Hane Halkı Tüketim Harcamaları,
- Güngören, M.,Orhan, F.,(2013). **KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 10, Sayı 1, sayfa 201-218
- <http://www.mevka.org.tr/2014-2023> Bölge Planı Taslak Mevcut Durum Analiz Raporu (07.06.2013)
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012.
- Sağlık Bakanlığı, 2013-2017 Stratejik Plan, 2012.
- Soyer, A., (2007). **Organizasyonlar İçin Rekabet Üstünlüğü Modeli Oluşturulması ve Rekabet Üstünlüğü Kaynaklarının Analizi**, İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.

Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma

Ümit ÇIRAKLI¹
Mehmet GÖZLÜ²
Kenan GÖZLÜ³

ÖZET

Bu çalışma, sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesi düzeylerini ölçmek ve algılanan hizmet kalitesinin hastanenin mülkiyet yapısına ve hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre değişip değişmediğini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırma Yozgat'taki bir özel hastanede ve bir devlet hastanesinde yatan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak Parasuman vd. (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğinin Babakus ve Mangold (1992) tarafından sağlık sektörüne uyarlanmış hali kullanılmıştır. Hastanenin mülkiyet yapısı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve gelir araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır. Toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin fiziksel özellikleri, güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutları ise bağımlı değişkenlerdir. Araştırma sonucunda hastane mülkiyet yapısının, fiziksel özellikler boyutunda algılanan hizmet kalitesini anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca, eğitim düzeyinin de güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesini önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelirin ise algılanan hizmet kalitesini önemli ölçüde etkilemediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: SERVQUAL, Algılanan Kalite, Sağlık Hizmetleri

1 Arş. Gör. Uzm., Bozok Üniversitesi, İİBF Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, cirakli@hacettepe.edu.tr

2 Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, , İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, mgozlu04@hacettepe.edu.tr

3 Sağlık Uzm. Yrd., Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, kenann@hacettepe.edu.tr

Evaluation Of the Perceived Service Quality in Healthcare Organizations: A Study on Inpatients of Two Hospitals in Yozgat

ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the levels of the perceived service quality in health care organizations, and to investigate whether the perceived quality of service changes depending on the hospital ownership and socio-demographic characteristics of the patients. The research was applied to the patients of a public hospital and a private hospital in Yozgat. Data collection tool in the research was the adapted version of SERVQUAL questionnaire of Parasuraman et al. (1988) to health sector by Babakus and Mangold (1992) the independent variables of the research consist of hospital's ownership structure, gender, age, education, marital status and income. Total service quality, and the five dimensions of service quality, which are tangibles, reliability, responsiveness, assurance and empathy, are dependent variables. According to the results of the research, hospital ownership was found to affect significantly the service quality in terms of tangibles dimension. Also it was found that the education level affects significantly the perceived service quality in terms of reliability dimension. The results show that there is no significant affect of gender, age, marital status and income on the perceived service quality.

Anahtar Kelimeler: SERVQUAL, Perceived qaulity, Health services

GİRİŞ

Kalitenin hizmet sektöründeki önemi küçümsenemeyeceği ve hizmet işletmelerinin müşterilerini rakiplerine göre %5 daha fazla tutarak karlarını neredeyse %100 artırabileceği ifade edilmektedir (Evans ve Lindsay, 2011, s.57). Çünkü yeni müşterileri kazanmanın maliyeti, müşterileri elde tutmanın maliyetinden çok daha fazladır (Evans ve Lindsay, 2011, s.57). Kaliteyi geliştirmesi için sürekli baskıyla karşılaşan hizmet endüstrilerinden biri de sağlık hizmetleridir (Evans ve Lindsay, 2001, s.61). Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinde kaliteye ve hizmet kalitesinin artırılması önemli bir konu haline gelmiştir (Dursun ve Çerçi, 2004, s.2; Kaya, 2005, s.36; Sevimli, 2006, s.43; Rahman, Erdem ve Devedakan, 2007, s.38; Kaya, 2012, s.3). Sağlık hizmetlerinde kaliteye olan ilgi ve önemin artmasının başlıca nedenleri olarak aşağıdaki maddeleri saymak mümkündür:

- Rekabet (Devedakan ve Aksaraylı, 2003, s.39; (Dursun ve Çerçi, 2004, s.1; Sevimli, 2006, s.43; Rahman, Erdem ve Devedakan, 2007, s.38),
- Maliyetlere verilen önem (Babakus ve Mongold, 1992, s.767; Sevimli, 2006, s.43; Brahmbhatti, Baser ve Joshi, 2011, s.28; Kaya, 2012, s.3),
- Karlılık (Dursun ve Çerçi, 2004, s.2; Brahmbhatti, Baser ve Joshi, 2011, s.28),
- Değişen müşteri profili ve tutumları (Devedakan ve Aksaraylı, 2003, s.39; Kaya, 2005, s.35; Mohammad, 2007, s.1),
- Müşteri tatmini (Dursun ve Çerçi, 2004, s.2; Boulding vd., 1993'ten Akt: Brahmbhatti, Baser ve Joshi, 2011, s.28),
- Hükümetlerce yapılan yasal düzenlemeler (Dursun ve Çerçi, 2004, s.1).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kaliteye ilginin artmasında yukarıda yer alan nedenler arasında en fazla belirgin olanının Sağlık Bakanlığı'nın yasal düzenlemeleri olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık Bakanlığı, 2001 yılında "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi"ni yayınlamış (Sağlık Bakanlığı, 2001) ve genel olarak yönerge ile sağlık hizmetlerinin toplam kalite yönetimi anlayışı içinde yürütülmesi amaçlanmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında yayınladığı "Sağlık Dönüşüm Programı"nın se-

kiz bileşeninden biri de “Nitelikli Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon”dur. Bu bileşen doğrultusunda, Mayıs 2007’de Bakanlık bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı kurulmuş ve söz konusu birim 2012 yılında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı ismini almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 2007 yılında sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performansa katkısı olan personelin teşvik edilmesine ilişkin esasları düzenlemek amacıyla “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik olarak 2011 yılında “Hizmet Kalite Standartları”nı yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı – Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Performans Daire Başkanlığı, 2011). Sağlık Bakanlığı yaptığı bu çalışmalar ve düzenlemelerle sağlık kurumlarını kaliteli sağlık hizmeti sunmaya zorlamaktadır.

Bilindiği gibi Toplam Kalite Yönetiminin, dolayısıyla da kaliteli hizmet sunumunun temel ilkelerinden birisi de müşteri odaklılıktır (Evans ve Lindsay, 2011, s.20). Sağlık sistemi çoğunlukla hastalar için işlemektedir ve hastalar sağlık hizmetlerinin en önemli kullanıcıları/müşterileri arasında yer almaktadır (Rahman, Erdem ve Devebakan, 2007, s.38-43). Müşteri istek ve beklentilerini karşılayan veya aşan ürün/hizmet “kaliteli” olarak tanımlanmaktadır (Evans ve Lindsay, 2011, s.19). Bu tanım müşterilerin beklentilerini ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır (Mohammad, 2007, s.51). Sağlık hizmetlerinde, hizmet kullanıcıların daha bilinçli hale

geldikleri ve artık kaliteyi hastaların/müşterilerin belirler hale geldiği ifade edilmektedir (Devebakan, 2005, s.13; Mohammad, 2007). Ayrıca birçok yazar hastaların sunulan hizmetin teknik kalitesini değerlendirme yeteneğinin olmadığını ve hastanın, konunun teknik boyutunun dışındaki hasta-doktor ilişkisi, hastane ortamı, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri gibi dolaylı nitelikteki kriterleri kullanarak hizmet kalitesini değerlendirme yoluna gittiğini ifade etmektedir (Babakus ve Mongold, 1992, s.768-769; Devebakan ve Aksaraylı, 2003, s.42-43; Rahman, Erdem ve Devebakan, 2007, s.42). Bu sebeple sağlık işletmelerinde verilen hizmetin müşteriler tarafından nasıl algılandığı somut olarak tespiti önem arz etmektedir (Mohammad, 2007, s.29).

1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ, SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ VE SERVQUAL ÖLÇEĞİ

Bu bölümde sağlık hizmeti kavramı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve SERVQUAL ölçeği açısından hizmet kalitesinin boyutlarına değinilecektir.

1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü olarak tanımlanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.34; Rootman vd., 2011, s. 8-39; Somunoğlu, 2012, s.8). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, çevre sağlığı hizmetleri, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konular sağlık hizmetleri kavramı içinde yer almaktadır (Somunoğlu, 2012, s.8).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, toplumun ve bireylerin istek ve beklentilerini karşılamak için sağlık kuruluşlarında yer alan sağlık profesyonelleri veya bu profesyonellerin kontrolü altında diğer sağlık personeli tarafından sunulan her türlü koruyucu, tedavi edici ve geliştirici hizmet şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2004, s.30; Mohammad, 2007, s.50, Somunoğlu, 2012, s.8).

Sağlık hizmetini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellikler bulunmaktadır (Taş, 2012, s.83; Somunoğlu, 2012, s.10). Bu özellikler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmetleri emek-yoğun bir özelliktedir (Somunoğlu, 2012, s.10)
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez (Ecevit, 2007, s.56; Kavuncubaşı, 2010, s.128; Somunoğlu, 2012, s.10).
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi yüksektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.128; Somunoğlu, 2012, s.10).
- Sağlık hizmetlerinde arz eden ile talep eden arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır (Ecevit, 2007, s.45; Somunoğlu, 2012, s.10).
- Belirsizlik: Talebin ani ve/veya beklenmedik olması ve ne zaman tüketileceğinin bilinmemesi durumu söz konusudur (Weisbord, 1991, s.2'den Aktaran: Ecevit, 2007, s.43).
- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.128).

1.2. Sağlık Hizmeti Kalitesi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetilebilmesi için kalitenin ne anlama geldiğinin anlaşılması gerekir (Kaya, 2012, s.3). Kalite gurularından biri olan ifade edilen W. Edwards Deming'in kaliteyi hiçbir zaman kesin olarak tanımlamadığı ifade edilmektedir (Evans ve Lindsay, 2011, s.92). Kalite üreticiler, satıcılar ve müşteriler için farklı anlamlar ifade etmektedir.

Üreticiler için kalite, kısaca spesifikasyonlara uygunluk olarak tanımlanmaktadır. Spesifikasyonlar, ürün veya hizmetin tasarlayıcıları tarafından belirlenen hedefler ve toleranslardır (Evans ve Lindsay, 2011, s.17). Satıcılar için, fiyatı ve özellikleri uyumlu ve müşterilerin çoğunun ilgisini çeken bir ürün veya hizmet kalitelidir (Kaya, 2012, s.4). Müşteriler açısından ise kalite, ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılaması veya aşmasıdır (Kaya, 2012, s.4; Evans ve Lindsay, 2011, s.19).

Sağlık hizmetlerinde, Amerikan Tabipler Birliği, ABD Tıp Enstitüsü ve Donabedian'nın kalite tanımlarına sıklıkla atıfta bulunulduğu ifade edilmektedir (Kaya, 2012, s.4).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti “Yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” şeklinde tanımlamıştır (Kaya, 2012, s.11).

ABD Tıp Enstitüsü, bakım kalitesini “Bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, istenilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve mevcut profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” şeklinde tanımlamıştır (Lohr, 1990, s.21).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır (Kaya, 2012, s.4).

Donabedian'a göre, kalitenin birbiriyle yakından ilgili üç ögesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Teknik hizmetin kalitesi
- İlgili tüm taraflar arasındaki, fakat özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki kişiler arası ilişkinin iyiliği,
- Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri (Kaya, 2012, s.4).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir (Rahman, Erdem ve Devedebakan, 2007, s.42). Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir (amenities). Bunlar, hizmetin sunulduğu yerin istenen özellikleridir ve uygunluk, rahatlık, sessizlik, mahremiyet, konfor ve hatta estetik özellikleri içerir. Özellikle kişiler arası ilişkideki başarı teknik hizmetteki başarıya katkıda bulunur (Kaya, 2012, s.4-5).

Daha önce de ifade edildiği gibi, sağlık hizmetlerinde çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur. Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988, s.13), objektif ölçü-

lerin yokluğu durumunda, müşterilerin kalite algısını ölçmenin bir işletmenin hizmet kalitesini değerlendirmede uygun bir yaklaşım olduğunu ifade etmektedirler. Babakus ve Mongold (1992, s.768) ise, hastaların sağlık hizmetinin teknik kalitesini tam olarak değerlendirememesi nedeniyle, hastaların kalite algısının değer algısı ve dolayısıyla da hizmeti satın alma niyetini etkileyen en önemli değişken olduğunu ifade etmektedirler.

1.3.SERVQUAL Ölçeği

SERVQUAL ölçeği, Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından geliştirilmiştir. Babakus ve Mangold (1992, s.767-786) ise SERVQUAL ölçeğini sağlık işletmelerine uyarlama çalışması yapmışlar ve bu çalışma sonucunda sağlık hizmetleri için 15 maddeli bir SERVQUAL ölçeği geliştirmişlerdir. SERVQUAL ölçeği fiziksel özellikler (tangibles), güvenilirlik (reliability), heveslilik (responsiveness), güvence (assurance) ve empati (empathy) olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır (Babakus ve Mongold, 1992, s.769).

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜMÜ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

SERVQUAL ölçeğinin sağlık işletmelerinde kullanımı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Babakus ve Mangold (1992, s.767-786) tarafından yapılmıştır. Söz konusu çalışma, ölçeğin sağlık işletmelerinde kullanılmasında güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Yine Lam (1997, s.45-152) tarafından yapılan araştırmanın bulguları, SERVQUAL ölçeğinin sağlık bakım kalitesini ölçmede güvenilir olduğunu göstermektedir.

SERVQUAL ölçeği kullanılarak bir sağlık işletmesinin genel hizmet kalitesi ölçülebildiği gibi, aynı sağlık işletmesinin farklı klinikleri için de benzer ölçümü yapmak mümkündür. Anderson ve Zwelling (1996) ve Mowen ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan araştırmalar buna örnek gösterilebilir.

SERVQUAL ölçeği üzerinden elde edilen veriler yöneticilere önemli bilgiler sağlamaktadır. Anderson (1995, s.32-37) tarafından yapılan bir araştırmada, SERVQUAL ölçeği kullanılarak; Houston Üniversitesi Sağlık Kliniği'nin hizmet kalitesi ölçülmüş ve araştırma sonuçları doğrultusunda kliniğin strateji planları yeniden düzenlenmiştir.

Ülkemizde de sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesini ölçmek amacıyla SERVQUAL ölçeğini kullanan birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Devebakan ve Aksaraylı (2003), Sevimli (2006) ve Rahman, Erdem ve Devebakan (2007) tarafından yapılan çalışmalarda SERVQAUL ölçeği kullanılarak sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi ölçümleri gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar, SERVQAUL ölçeğinin sağlık hizmetleri kalitesini ölçmede kullanışlı ve faydalı bilgiler sağladığını göstermektedir.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı

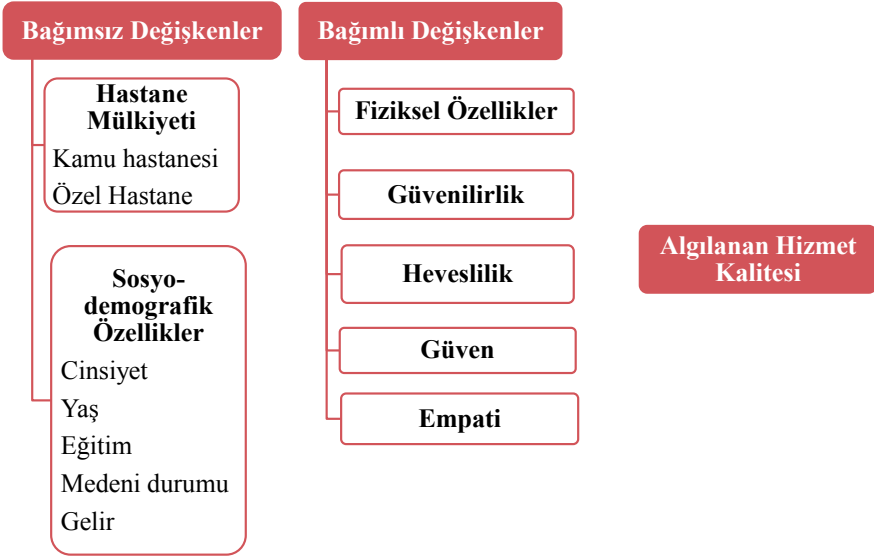
Bu araştırmanın temel amacı sağlık kurumlarında hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeylerini ölçmek ve hastalarca algılanan hizmet kalitesinin hastanenin mülkiyet yapısına ve hastaların sosyo-demografik özelliklere göre değişip değişmediğini ortaya koymaktır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, hastaların istek ve beklentilerinin ortaya konularak hastane hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik çabalara yol gösterici olabilmektedir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma Yozgat ilinde yer alan bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede yürütülmüştür. Bu iki hastanede yatarak tedavi gören hastaların hizmet kalitesini daha iyi değerlendirebilecekleri düşünüldüğünden, araştırma klinik hastaları üzerinde uygulanmıştır. Bu kapsamda araştırmanın evrenini seçilen bu iki hastanede yatarak tedavi alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma, devlet hastanesinden 29 hasta ve özel hastaneden 13 hasta olmak üzere toplam 42 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın temel amacı ve problem cümlesi doğrultusunda hastanenin mülkiyet yapısının ve hastaların sosyo-demografik özelliklerin algılanan hizmet kalitesini etkileyeceği öngörülmektedir. Araştırmanın modeli bu öngörü üzerine inşa edilmiştir ve Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli

3.4. Verilerin Toplanması ve Araştırma Anketinin Hazırlanması

Araştırmada Parasuman vd. (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğinin Babakus ve Mangold (1992) tarafından sağlık sektörüne uyarlanmış hali kullanılmıştır. Araştırma anketi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine dair ifadeler yer almaktadır. İkinci bölümde katılımcıların mükemmel bir hastaneden bekledikleri hizmet kalitesi ifadeleri, üçüncü bölümde ise ilgili hastanenin bu beklentileri karşılama derecesine yönelik ifadeler yer almaktadır. Hastaların beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin değerlendirmeye yönelik ifadeler katılım dereceleri de 5’li Likert ölçeği kullanılarak ölçülmüş olup, ifadeler katılım derecesi; 1= “Kesinlikle katılmıyorum”, 2= “Katılmıyorum”, 3= “Biraz katılıyorum”, 4= “Katılıyorum” ve 5= “Kesinlikle katılıyorum” arasında değişmektedir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzdeler ve ortalamalar kullanılmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir, medeni durum ve hastanenin mülkiyet yapısı değişkenlerine ait skorların normal dağılıma uygunlukları Tek

Örnekleme Kolmogorov-Smirnov Testi ile test edilmiştir. Yaş, *eğitim durumu, meslek, gelir* ve medeni durum açısından katılımcılar arasında farklılık olup olmadığı, grup sayısının 2'den fazla olması ve skorların normal dağılım göstermesi nedeniyle Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) ile değerlendirilmiştir. Cinsiyet, medeni durum ve hastanenin mülkiyet yapısı değişkenleri *açısından ise* değişkenler 2 gruba ayrıldığından ve skorlar normal dağılım gösterdiğinden, gruplar arasında farklılık olup olmadığını incelemek için Bağımsız Gruplarda t Testi (Independent Samples t Test) kullanılmıştır.

Analizlere geçilmeden önce, ankette yer alan beklenti ve algı maddelerine ait güvenilirlik analizi yapılmıştır. Analizde güvenilirlik katsayısı olarak Cronbach's Alpha değeri kullanılmıştır.

Tablo 3.1.'de anketin güvenilirlik katsayıları yer almaktadır. Kalaycı (2010) tarafından verilen Cronbach's Alpha katsayısı yorumlarına göre ölçeğin güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.1. Boyutlar ve Ölçeğin Geneli Bazında Güvenilirlik Katsayıları

	Cronbach's Alpha	Soru sayısı
Algılar	0,87	15
Beklentiler	0,73	15
Ölçeğin Geneli	0,84	30

3.6. İzinler

Araştırma, her iki hastanede de gerekli izinler alınarak uygulanmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular Tablo 4.1'de yer almaktadır. Tablodaki bilgilere göre araştırmaya katılanların çoğunluğunun erkek olduğu (%57'si) anlaşılmaktadır. Yaşlarına bakıldığında 60 yaş ve üzeri grubun toplam katılımcıların %28,6'sını oluşturduğu gözlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, lise ve altı mezunlarının en yüksek orana (%76,2'si) sahip

olduğu bulunmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmının evli (%81'i) olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılanların çoğunun (%43'ü) 1000` altı gelire sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Genel Tanımlayıcı İstatistikler (N=42)

Değişkenler	N	%	Değişkenler	N	%
Medeni Durum			Eğitim		
Evli	34	81,0	Lise ve altı	32	76,2
Bekar	8	19,0	Önlisans	0	-
Cinsiyet			Lisans	7	16,7
Kadın	18	43,0	Yüksek lisan ve doktora	6	7,1
Erkek	24	57,0	Tıpta Uzmanlık	0	-
Yaş			Gelir		
29 yaş altı	10	23,8	1.000` altı	18	43,0
30 – 39 arası	8	19,0	1.000` – 1.999 TL arası	16	38,0
40 – 49 arası	5	11,9	2.000` – 2.999 TL arası	4	9,5
50 – 59 arası	7	16,7	3.000` üzeri	4	9,5
60 ve üzeri	12	28,6			

4.2.Hastanelerin Mülkiyet Yapılarına Göre Hastaların Algıladıkları Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan iki hastaneye göre toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorları arasında bir fark olup olmadığını anlamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) yapılmış olup, test sonuçları Tablo 4.2`de verilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan iki hastane hizmet kalitesi boyutları açısından karşılaştırıldığında; fiziksel özellikler boyutunda, devlet hastanesinde algılanan hizmet kalitesi skorunun (ortalama -1,68) özel hastaneye göre (ortalama -1,00) daha düşük olduğu ve hastaneler arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-1,68$ ve $p=0,005$). Yapılan istatistiksel karşılaştırmalar sonucunda, hastane mülkiyet yapısının fiziksel boyut hizmet kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu değerlendirilmektedir.

Özellikle, Yozgat Devlet Hastanesi'nin fiziksel olarak eski bir yapı olmasının bu sonucun en önemli nedeni olduğu düşünülmektedir. Zira dört ek binadan oluşan Yozgat Devlet Hastanesi'nin binalarının yapılış tarihleri 1967 ile 1992 tarihleri arasında değişmektedir. Yozgat'ta yer alan özel hastane ise 2006 yılında yapılmış daha yeni bir binadır.

Güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutlarında ve toplam algılanan hizmet kalitesi açısından, hastaneler arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.2. Hastanelere Göre Toplam Algılanan Hizmet Kalitesine ve Hizmet Kalitesi Boyutlarına Ait Skorlar

	Devlet Hastanesi (n=29)	Özel Hastane (n=13)	t	p
	Ort $\pm$ SS*	Ort $\pm$ SS*		
Fiziksel Özellikler	-1,68 $\pm$ 0,56	-1,00 $\pm$ 0,90	-2,98	0,005
Güvenilirlik	-0,76 $\pm$ 0,47	-1,05 $\pm$ 0,78	1,50	0,139
Heveslilik	-0,98 $\pm$ 0,94	-1,38 $\pm$ 1,04	1,25	0,217
Güvence	-1,21 $\pm$ 0,71	-1,17 $\pm$ 0,65	-0,18	0,856
Empati	-1,63 $\pm$ 0,94	-1,50 $\pm$ 0,45	-0,50	0,621
Toplam Skor (SQE)	-1,25$\pm$0,58	-1,22$\pm$0,62	-0,16	0,874

*Ortalama $\pm$ Standart Sapma

4.3. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, meslek, eğitim, medeni durum ve gelir) göre algılanan hizmet kalitesi düzeylerine ait bulgular yer almaktadır.

4.3.1. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorları arasında bir fark olup olmadığını anlamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) yapılmış olup, test sonuçları Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre toplam algılanan hizmet kalitesi skorları ve hizmet kalitesi boyutlarına ait algı skorları incelendiğinde, kadınların tüm boyutlarda erkeklere göre hizmet kalitesini daha düşük algıladıkları bulunmuştur. Ancak kadınlar ile erkekler arasındaki algılanan hizmet kalitesi düzeyleri arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Yapılan istatistiksel karşılaştırmalar sonucunda, cinsiyetin algılanan hizmet kalitesini etkileyen önemli bir faktör olmadığı değerlendirilmektedir.

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Toplam Algılanan Hizmet Kalitesine ve Hizmet Kalitesi Boyutlarına Ait Skorlar

	Kadın (n=18)	Erkek (n=24)	t	p
	Ort ± SS*	Ort ± SS*		
Fiziksel Özellikler	-1,48± 0,88	-1,45±0,64	-0,09	0,922
Güvenilirlik	-0,98±0,70	-0,75±0,48	-1,26	0,212
Heveslilik	-1,24±1,13	-1,00±0,86	-0,78	0,438
Güvence	-1,26±0,67	-1,15±0,70	-0,50	0,621
Empati	-1,63±0,74	-1,56±0,88	-0,30	0,769
Toplam Skor (SQE)	-1,32±0,66	-1,18±0,53	-0,73	0,466

*Ortalama±Standart Sapma

4.3.2. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorları arasında bir fark olup olmadığını anlamak için Tek Yönlü Varyans (One Way Anova) analizi yapılmış olup, test sonuçları Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi skorları ve hizmet kalitesi boyutlarına ait algı skorları incelendiğinde, katılımcılar arasında yaş gruplarına göre algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Yaş Gruplarına Göre Toplam Algılanan Hizmet Kalitesine ve Hizmet Kalitesi Boyutlarına Ait Skorlar

	30 Yaş altı (n=10)	30 – 39 Yaş Arası (n=8)	40 – 49 Yaş Arası (n=5)	50 – 59 Yaş Arası (n=7)	60 Yaş ve Üzeri (n=12)	F	P
	Ort ± SS*	Ort ± SS*	Ort ± SS*	Ort ± SS*	Ort ± SS*		
Fiziksel Özellikler	-1,56±0,86	-1,70±0,60	-1,26±0,76	-1,19±0,80	-1,47±0,74	0,56	0,691
Güvenilirlik	-1,16±0,84	-1,04±0,28	-0,73±0,54	-0,57±0,25	-0,66±0,55	1,78	0,152
Heveslilik	-1,46±0,75	-1,29±1,99	-0,86±0,69	-1,00±0,66	-0,80±1,09	0,72	0,586
Güvence	-1,35±0,66	-1,37±0,67	-1,25±0,56	-0,85±0,80	-1,14±0,80	0,70	0,603
Empati	-1,85±0,62	-1,62±0,99	-1,90±0,82	-0,85±0,85	-1,66±0,68	2,04	0,108
Toplam Skor (SQE)	-1,48±0,57	-1,40±0,67	-1,20±0,47	-0,89±0,32	-1,25±0,66	1,28	0,297

*Ortalama±Standart Sapma

4.3.3. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorları arasında bir fark olup olmadığını anlamak için Tek Yönlü Varyans (One Way Anova) analizi yapılmış olup, test sonuçları Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, eğitim seviyesi arttıkça algılanan hizmet kalitesinin düştüğü görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel karşılaştırmada, katılımcılar arasındaki farkların önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre hizmet kalitesi boyutlarına ait algı skorları incelendiğinde, güvenilirlik boyutu haricinde katılımcıların algı skorlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Güvenilirlik boyutunda ise, algılanan hizmet kalitesinin lisans (ortalama -1,28) ve yüksek lisans veya doktora mezunlarında (ortalama -1,55), lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlardan (ortalama -0,68) istatistiksel olarak farklı ve daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak lisans ve yüksek lisans mezunları karşılaştırıldığında, güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesinin yüksek lisans veya doktora mezunlarında daha düşük olmasına rağmen istatistiksel bir farklılığın olmadığı ortaya konulmuştur.

Lisans ve yüksek lisans veya doktora mezunlarının lise mezunlarına göre güvenilirlik boyutunda hizmet kalitesini daha düşük algılamaları beklenen bir durumdur. Güvenilirlik boyutu, hastanın problemi olduğunda çalışanların ilgili ve cana yakın olmasını; kayıt ve faturalama işlerinin doğru ve dürüst yapılmasını ve hizmetin ne zaman yerine getirileceğinin hastalara açıklanmasını kapsamaktadır. Eğitim seviyesi yüksek hastaların haklarını daha iyi bildiği ve bu nedenle de beklentilerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca eğitim seviyesi yüksek hastalar, kendileriyle daha iyi ilgilenilmesini ve neyin ne zaman yapılacağını kendilerine açıklanmasını bekledikleri ve bu alanlarda karşılaştığı problemlere karşı daha duyarlı oldukları değerlendirilmektedir.

Tablo 4.5.Eğitim Durumlarına Göre Toplam Algılanan Hizmet Kalitesine ve Hizmet Kalitesi Boyutlarına Ait Skorlar

	Lise ve altı (n=32)	Lisans (n=7)	Yüksek Lisans ve Doktora (n=3)	F	P
	Ort ± SS*	Ort ± SS*	Ort ± SS*		
Fiziksel Özellikler	-1,47±0,80	-1,42±0,62	-1,44±0,19	0,14	0,986
Güvenilirlik	-0,68±0,46	-1,28±0,65	-1,55±0,83	6,74	0,003
Heveslilik	-0,97±1,00	-1,76±0,83	-0,88±0,50	1,99	0,149
Güvence	-1,12±0,71	-1,39±0,65	-1,58±0,14	0,93	0,402
Empati	-1,51±0,79	-1,78±1,03	-2,00±0,50	0,69	0,506
Toplam Skor (SQE)	-1,15±0,60	-1,53±0,58	-1,49±0,08	1,48	0,239

*Ortalama±Standart Sapma

4.3.4. Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarına Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılanların gelir durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorları arasında bir fark olup olmadığını anlamak için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) yapılmış olup, test sonuçları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablodaki bilgiler incelendiğinde, araştırmaya katılanların gelir durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesine ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.6. Gelir Durumlarına Göre Toplam Algılanan Hizmet Kalitesine ve Hizmet Kalitesi Boyutlarına Ait Skorlar

	1.000" altı (n=18)	1.000" – 1.999" (n=16)	2.000" – 3.000" (n=4)	3.000" ve üzeri (n=4)	F	P
	Ort ± SS*	Ort ± SS*				
Fiziksel Özellikler	-1,11±0,92	-1,51±0,68	-1,00±0,01	-1,50±0,19	0,56	0,641
Güvenilirlik	-0,85±0,64	-0,66±0,47	-0,91±0,16	-1,50±0,69	2,36	0,086
Heveslilik	-1,11±0,99	-1,95±1,03	-1,50±1,03	-1,25±0,83	0,34	0,791
Güvence	-1,25±0,80	-1,09±0,63	-0,93±0,42	-1,68±0,23	1,03	0,390
Empati	-1,66±0,84	-1,43±0,75	-1,12±0,62	-2,37±0,85	2,02	0,127
Toplam Skor (SQE)	-1,27±0,69	-1,13±0,53	-1,09±0,31	-1,66±0,34	0,95	0,422

*Ortalama±Standart Sapma

4.3.5. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutlarına ait skorları arasında bir fark olup olmadığını anlamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) yapılmış olup, test sonuçları Tablo 4.7'de yer almaktadır.

Tablodaki bilgiler incelendiğinde, medeni durumlarına göre fiziksel özellikler, güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarına ait algılanan hizmet kalitesinin bekarlarda daha düşük olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$).

Heveslilik boyutunda ise bekarlara ait algılanan hizmet kalitesi skorlarının (ortalama -1,83) evlilerden (ortalama -0,93) istatistiksel olarak farklı ve daha düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi skorları incelendiğinde, bekarlara ait algılanan hizmet kalitesi skorlarının evlilere ait skordan istatistiksel olarak farklı ve daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.7.Medeni Durumlarına Göre Toplam Algılanan Hizmet Kalitesine ve Hizmet Kalitesi Boyutlarına Ait Skorlar

	Evli (n=34)	Bekar (n=8)	t	P
	Ort ± SS*	Ort ± SS*		
Fiziksel Özellikler	-1,40±0,75	-1,75±0,58	1,27	0,23
Güvenilirlik	-0,77±0,54	-1,16±0,69	1,50	0,16
Heveslilik	-0,93±0,88	-1,83±1,00	2,48	0,04
Güvence	-1,11±0,61	-1,56±0,89	1,33	0,21
Empati	-1,50±0,84	-2,00±0,59	1,95	0,07
Toplam Skor (SQE)	-1,14±0,56	-1,66±0,53	2,44	0,03

*Ortalama±Standart Sapma

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yozgat ilinde yer alan iki hastanede hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi derlenmiştir:

Hastanelerin Mülkiyet Yapısı Açısından

Hastanelerin toplam ve güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutlarında algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$).

Fiziksel özellikler boyutunda ise, devlet hastanesinde algılanan hizmet kalitesi skorunun özel hastaneye göre daha düşük olduğu ve hastaneler arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından

Hastaların cinsiyeti, yaşı, ve gelir durumları açısından algıladıkları fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati boyutları hizmet kalitesi düzeyleri ve genel hizmet kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Katılımcıların medeni durumları açısından ise fiziksel özellikler, güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarına ait algıladıkları hizmet kalitesi düzeyleri bekarlarda daha düşük olmakla birlikte medeni durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bu-

lunmamaktadır. Ancak katılımcıların medeni durumları açısından heveslilik boyutunda ve genel hizmet kalitesi düzeyinde bekarların evlilere göre istatistiksel olarak farklı ve daha düşük algı skorlarına sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuçlar ile birlikte medeni durumun genel hizmet kalitesi düzeyi ve heveslilik boyutu açısından önemli bir faktör olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre toplam algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ve fiziksel özellikler, heveslilik, güvence ve empati boyutlarına ilişkin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Ancak güvenilirlik boyutunda, algılanan hizmet kalitesinin lisans ve yüksek lisans (ortalama -1,28) veya doktora mezunları (ortalama -1,55) ile lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında (ortalama -0,68) istatistiksel olarak farklı ve daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak lisans ve yüksek lisans mezunları karşılaştırıldığında, güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesinin yüksek lisans veya doktora mezunlarında daha düşük olmasına rağmen istatistiksel bir farklılığın olmadığı ortaya konulmuştur. Eğitim durumunda göre algılanan hizmet kalitesi düzeyleri bakımından literatürde de bu çalışmada elde sonuçlara benzer sonuçlar elde edildiği gözükmemektedir (Mohammad, 2007, s.145-146).

SERVQUAL ölçeği yöneticilere hizmet kalitesinin beş boyutu açısından hastaların beklentilerinin karşılanma derecesini değerlendirme imkânı sağlamaktadır. Araştırmamızda, genel olarak her iki hastanede de hasta beklentilerinin karşılanamadığı görülmektedir. Hastane yöneticilerinin, hasta beklentilerini değerlendirerek, hangi alanlarda beklentilerin karşılanamadığını değerlendirmeleri ve tespit edilen alanlarda iyileştirmeler yapmaları algılanan hizmet kalitesini yükseltecektir.

Örneğin araştırmamızda “güvenilirlik” boyutunda algılanan hizmet kalitesinin, eğitim seviyesine göre önemli şekilde değiştiği görülmektedir. “Güvenilirlik” boyutu; hizmetlerin söz verildiği zamanda yerine getirilmesi, hastaların problemi olduğunda çalışanların ilgili, cana yakın ve güven verici olması ve hastanenin kayıt ve faturalama işlemlerinin doğru bir şekilde yapılmasını kapsamaktadır. Tedavileri süresince problemle karşılaşan hastalara karşı çalışanların ilgili ve cana yakın olması büyük ölçüde hastanenin “güvenilirlik” boyutunda sunduğu hizmetlere yönelik hastaların kalite algısını yükseltebilecek ve bu durum güvenilirlik boyuttaki algılanan hizmet kalitesindeki düşüklük

nedeniyle kaybedilen hastaların hastaneye olan maliyetini önleyebilecektir. Ayrıca, hizmetlerin söz verilen zamanda yerine getirilmesi de hastanenin “güvenilirlik” boyutu bazında algılanan hizmet kalitesi düzeyinin yükseltilmesine olumlu bir katkı sağlayacaktır.

Araştırmamız neticesinde devlet hastanesinde, fiziksel özellikler boyutu açısından algılanan hizmet kalitesinin anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Fiziksel özellikler boyutu açısından; hastanenin modern araç-gereç ve donanımına sahip olması fiziksel açıdan iyi olmasını ve çalışanların temiz ve düzgün görünüşlü olmasını kapsamaktadır. Hastane binasının fiziksel sorunları tespit edilerek çözülmesi ve modern araç-gereç ve donanıma sahip olduğunu gösterecek şekilde iç mimarisinin tasarlanması algılanan hizmet kalitesini yükseltecektir.

Bu araştırma sağlık kurumlarında hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeylerini ölçmek ve hastalarca algılanan hizmet kalitesinin hastanenin mülkiyet yapısına ve hastaların sosyo-demografik özelliklere göre değişip değişmediğini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sadece Yozgat ilinde bulunan iki hastanede gerçekleştirilmiş olup, araştırma sonuçları ülke genelinde yer alan hastanelere genellenemez. Araştırmamız mülkiyet yapısı bakımından farklı hastanelerde gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, araştırma mülkiyet bakımından bir devlet hastanesinde ve bir özel hastanede gerçekleştirildiği için mülkiyet yapısı açısından bir genelleme yapmak söz konusu değildir. Ayrıca araştırmamız, göreceli olarak farklı büyüklükteki hastanelerde gerçekleştirilmiş olup, büyüklük farklılığı bir sınırlılık olarak görülebilir. Aynı veya benzer büyüklükteki hastanelerde yapılacak bir çalışmada daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir. Ayrıca araştırma sadece 42 hasta üzerinde gerçekleştirilmiş olup, hastaların sağlık durumlarının araştırmaya katılmaya elverişli olma durumu örneklem sayısını kısıtlamaktadır.

Araştırmanın kısıtlılıkları nedeniyle büyük bir örneklem ile çalışılmadığı için, daha büyük bir örneklem ile yapılacak çalışmalarda daha farklı sonuçlar elde edilebilir. Ayrıca araştırma mülkiyet yapısı açısından bir devlet ve bir özel hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda üniversite hastanesi yer almamaktadır. Üniversite hastanesinin de dâhil edileceği bir çalışmada mülkiyet yapısı açısından daha güvenilir karşılaştırmalar yapmak mümkün olabilir.

Genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, kıt olan hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve bu yolla maliyetlerin düşürülmesi, yasal düzenlemelere uyum, rekabet avantajı elde etme ve hasta beklentilerin karşılanması ya da aşılması açısından önemli faydalar sağlayacaktır. Günümüzün rekabetçi sağlık hizmetleri pazarında hizmet kalitesinin bu şekilde değerlendirilmesi önemli bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

- Anderson, E. A. (1995). Measuring Service Quality at a University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8(2), s. 32-37.
- Anderson, E.A. & Zwelling, L.A. (1996). Measuring service quality at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 9(7), s. 9 –22.
- Babakus, M. & Mangold, W. G. (1992). Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, Vol. 26(6), s. 767 – 786.
- Brahmbhatt, M., Baser, N. & Joshi, N. (2011). Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation of Patients' Perceptions of Services Quality. *International Journal of Multidisciplinary Research*, Vol. 1(8), s. 27 – 42.
- Deveci, N. & Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Vol. 5(1), s. 38 – 54.
- Deveci, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü. <http://www.kalder.org.tr/%5CGenel%5Cdownload%5C/SAGLIK%20ISLETMELERINDE%20AHK%20VE%20OLCUMU.pdf> Erişim Tarihi: 25 Mart 2013.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmetleri Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Vol. 23, s. 1 – 12.
- Ecevit, E. (2007). *Özel Hastanelerde Rekabet ve Kayseri Uygulaması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Evans, J. R. & Lindsay, W. M. (2011). *The Management and Control of Quality*. South-Western.
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kaya, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. Ankara: Pelikan Yayıncılık,

- Kaya, S. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. S. Kaya (Ed.). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi (s. 2 – 29). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, No:2864.
- Lam, Simon S.K. (1997). SERVQUAL: A Tool for Measuring Patients' Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, Vol.8(4), s.145-152.
- Mohammad, G. T. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- Mowen, J.C., Licata, J. W. & McPhail, J. (1993). Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 13(2), s.26-34.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64(1), s. 12 – 40.
- Rahman, S., Erdem, S. ve Deveci, N. (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Vol. 9(3), s. 37 – 55.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. (2011). Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Çerçeve. I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.). *Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları* (s. 8 – 46). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 815.
- Sağlık Bakanlığı. (2001). Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi. http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/mev/mev_yonr/y_kalite_yon.pdf Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2013,
- Sağlık Bakanlığı. (2007). Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kaliteyi Geliştirme ve Performansı Değerlendirme Yönergesi. 2007/23 Numaralı Genelge.
- Sağlık Bakanlığı (2011). Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Performans Daire Başkanlığı. Hizmet Kalite Standartları. Ankara: Pozitif Matbaa Ltd. Şti.
- Sevimli, S. (2006). *Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Endüstri İşletmeciliği, İzmir.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. M. Tatar (Ed.). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* (s. 2-24). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, No: 2631.
- Taş, D. (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi*, Vol. 4, s. 79 – 102.

Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması

Keziban AVCI¹
Selçuk AĞAOĞLU²

ÖZET

Günümüzde sağlık yöneticilerinin karşılaştığı en önemli konulardan birisi sağlık insan kaynakları planlamasının kurumun ihtiyacını karşılayacak şekilde yapılmasıdır. Literatürde, sağlık insan gücünün niteliği ile sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkililiği arasında önemli bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkililiği kurumların ulusal ve uluslararası düzeyde tanınabilirliğini ve rekabet gücünü artırmaktadır. Bu açıdan etkinliği ve verimliliği artıracak şekilde doğru sayıda sağlık çalışanını, doğru zamanda, doğru yerde, doğru bilgi ve beceri düzeyinde sağlamak son derece önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinin özelliklerinin, sağlık hizmet kalitesinin ve cari maliyetlerinin ana belirleyicisi olan sağlık insan kaynakları planlamasının Türkiye’de nasıl yapıldığını açıklamaktır.

Anahtar Sözcükler: İnsan Kaynakları, Planlama, Sağlık Hizmetleri

1 Uzman, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı

2 Daire Başkanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı

Planning of Health Human Resources in Turkey

ABSTRACT

Nowadays, one of the most pressing issues that healthcare managers is planning the healthcare workforce based on the institutional needs. Presence of significant relationship between the structure of the healthcare workforce, the quality and efficiency of healthcare services has been reported in healthcare literature. Increased quality and efficiency of healthcare services allow to healthcare institutions that has increase their brand awareness and competitive capability nationally and internationally. Thus, it is important to provide the right number of healthcare professional with the right qualifications at the right time and right place in order to improve the efficiency and effectiveness of healthcare services.

The goal of this study is to explain how to make a planning of the human health resources which are the major determinants of the quality, properties and recurrent cost of health service provisions in Turkey.

Keywords: Human Resources, Planning, Health Services.

GİRİŞ

Sağlık yöneticilerinin bugün yüz yüze kaldığı en önemli konulardan birisi kaynakların etkili ve verimli dağıtılmasıdır (Ozcan 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu’nda insan kaynaklarının sağlık sisteminin en temel girdisi olduğu belirtilmektedir (World Health Organization [WHO] 2000). Öte yandan sağlık sektörü en büyük işverenlerden biridir ve sağlık için tahsis edilen ulusal bütçenin büyük bir oranı insan kaynakları ödemelerinden oluşmaktadır (Narine 2000). Pek çok ülkede sağlık sistemi harcamalarının % 65-80’inin maaş, prim (bonus) ve diğer ödemeleri içeren çalışan ücretlerinden oluştuğu belirtilmektedir (Ozcan 2009; WHO 2000). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde en önemli maliyet unsurlarından birisi olan insan kaynaklarının planlanması, eğitimi, düzenlenmesi ve nihai olarak optimizasyonu zorunludur (Lavieri and Puterman 2009).

Ülkelerin insan kaynakları politikaları ve stratejileri arasında büyük farklılıklar vardır (Gupta et al. 2003). Ancak, kötü planlama ve kurumsal engeller nedeni ile sağlık çalışanlarının yetersizliği pek çok gelişmiş ülkede dahi problem olmaya devam etmektedir (Barber and López-Valcárcel 2010). DSÖ tarafından yayımlanan 2006 yılı Dünya Sağlık Raporunda 57 ülkenin kritik düzeyde sağlık insan gücü yetersizliği ile karşı karşıya olduğu ve söz konusu ülkelerin pek çoğunun kaliteli sağlık bakımı sağlayamayacağı belirtilmektedir. Bu yetersizliğin 2,4 milyon doktor, hemşire ve ebeden oluştuğu tahmin edilmektedir (WHO 2006).

Sağlıkta insan kaynakları planlaması, personel arzı ve talebi arasındaki dengeyi kuracak stratejiler geliştirilmesi esasına dayanır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin eğitiminin uzun bir zaman alması nedeni ile oldukça komplekstir. Finansal, politik ve klinik çevredeki öngörülemeyen değişimlerin sonucu olarak, en iyi değerlendirmenin nasıl olacağı ve en iyi kanıtların ne olduğunun tespiti ile gelecekte verilen bir zamanda oluşabilecek dramatik yanlışlıklar engellenebilir (Bloom et al. 2012). Böylece mevcut insan kaynakları stoku belirlenir, gelecekteki insan kaynakları ihtiyacı tasarlanır, arz ve talebi dengeleyecek faaliyetler tanımlanır.

Sağlık insan kaynakları planlaması için farklı yaklaşımlar ve yöntemler kullanılabilmektedir (Dreesch et al. 2005). Ancak genel olarak geleceğin planlanması üç

karar düzeyinde yapılmaktadır. Bunlar stratejik, taktiksel ve operasyonel karar düzeyleridir. Stratejik planlama bir bütün olarak sistemin amaçlarını belirleyen kararları içerir ve uzun dönemli sağlık insan kaynakları planlamasına ilişkin kararları kapsar (Lavieri and Puterman 2009). Taktiksel planlamada, sistemin belirlenen genel amaçlarının en iyi biçimde nasıl gerçekleştirileceği planlanır. Operasyonel planlama aşamasında ise, sistem içerisinde amaçların gerçekleştirilmesi için nasıl davranılması gerektiği planlanır (İşyar 2005; Lavieri and Puterman 2009). Ayrıca planlamanın kapsamı dikkate alındığında toplumun genelini kapsayıcı makro düzeyde planlama ve kurum bazında yapılan mikro planlamalar da söz konusudur. Her iki tür planın da sağlık hizmetlerinin temel amacına ulaşabilmesi için demografik ve epidemiyolojik verilerine dayalı, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık gereksinimlerini öngörerek; kaliteli, verimli, ulaşılabilir, hakkaniyete uygun ve maliyet-etkin hizmet sunumu için yeterli nitelik ve nicelikte sağlık insan kaynaklarını sağlamaya yönelik olması gereklidir.

Sağlık insan kaynaklarının yapısı ile hastaların bekleme zamanı, hastaya yönelik yapılan işlemler, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkililiği (Kabene, Orchard, Howard, Soriano and Leduc 2006) ve toplumun sağlık statüsü ile sağlık göstergeleri arasında pozitif bir ilişki vardır (Anand and Barnighausen 2004; Hongoro and McPake 2004; Lavieri and Puterman 2009). Bu nedenle ülkeler sağlık statülerini yükseltmek amacı ile doğru sayıda sağlık çalışanını, doğru zamanda, doğru yerde, doğru bilgi ve beceri düzeyinde sağlamak zorundadırlar. Sağlık hizmetlerinin özelliklerinin, sağlık hizmet kalitesinin ve cari maliyetlerinin ana belirleyicisi olan sağlık insan kaynakları planlamasının ve dağılımının ülke içinde nasıl yapıldığını açıklamak amacıyla yapılan bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık insan kaynakları planlaması kapsam (mikro ya da makro) ve süre (kısa ve uzun vadeli) açısından değerlendirilmiştir.

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA ÇALIŞMALARI

Ülkemizde sağlık insan kaynakları planlaması ve hedef belirlemeye yönelik ilk çalışmalar Cumhuriyetin ilanı sonrası Dr. Refik Saydam (1923-1937) dönemine rastlamaktadır. O yıllarda sağlık insan kaynakları yetiştirmeye yönelik okulların kurulması ve bu okulların cazibesinin artırılması öncelikli konu olmuş (Sağlık Bakanlığı [SB] 2012) ve bu durum 1960'lı yıllarda planlı kal-

kınma dönemine geçilmesinden bu yana önemini korumuş, sağlık insan kaynaklarına ilişkin hedefler kalkınma planlarında yerini almıştır. Bu doğrultuda; Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) sağlık insan kaynaklarına yönelik “15 yıl içinde sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır” (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT] 1963) hedefi belirlenmiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972) sağlık insan kaynakları yetiştirmeye yönelik eğitim kurumlarının kurulması-kapasitelerinin artırılması, yurt düzeyinde sağlık insan kaynaklarının dengeli dağılımını sağlayacak bir personel ve ücret politikasının uygulanması yönünde hedefler belirlenmiştir (DPT 1968). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973-1977) tüm yüksek öğretim yapanlara uygulanan “yurt kalkınması hizmeti”nin hekimlere de yurt içinde dengeli dağılımı sağlamaya yönelik uygulanması, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989) hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde, her kademedede ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının yeterli sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi ve teşvik unsurları ile yerinde istihdamının sağlanması, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) sağlık personeli sayısının arttırılması hedeflenmiş ve aynı zamanda eğitim ve sürekli gelişimin önemi vurgulanmıştır. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) insan kaynaklarının kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki dağılımının düzensiz olduğuna işaret edilmiş, iş yüküne dayalı planlama ve çalışanların rol ve sorumluluklarının tanımlanması gerektiği belirtilmiştir (SB 2002). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) sağlık insan kaynaklarının sayı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılmasının önemini koruduğu vurgulanmıştır (DPT 2000). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu için sağlık insan kaynaklarında iyileştirme ihtiyacının devam ettiği vurgulanmıştır (Resmi Gazete 2013).

Sağlık insan kaynaklarının önemine yönelik bu vurgular sonucunda 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 Sayılı Mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan 663 Karar Nolu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 8’inci maddesi l’inci fıkrasında “Sağlık insan kaynakları planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan kaynakları yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği

yapmak.” ve (m) bendinde “Mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın, bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek” ifadeleri yer almıştır. Bu doğrultuda; 21.06.2012 tarihli ve 12023 sayılı Bakanlık Onayı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü içerisinde Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planında sağlık insan kaynaklarına yönelik hedefler yer almıştır. Bu kapsamda söz konusu stratejik plan hedef 2.8’de “Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmeye devam etmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak” ifadeleri yer almıştır. Buna göre hedefe yönelik stratejiler; sağlık insan kaynağı dağılımını iyileştirmek, sağlık insan gücünün yetkinliğini artırmak, sağlık insan gücünün motivasyonunu iyileştirmek ve sağlık insan gücünün sürdürülebilirliğini sağlamak olarak belirtilmiştir (SB 2012).

İnsan kaynakları planlaması; doğru sayıda, doğru yerde, doğru zamanda, doğru yeteneklerle insan sağlanmasıdır (Barber & López-Valcárcel 2010). Teknoloji ve tıbbın gelişmesi ile birlikte artan sağlık bakım talebinin karşılanması sağlık insan kaynakları dağılımının iyi yapılmasına bağlıdır. Bu amaç doğrultusunda Sağlık Bakanlığı insan kaynakları planlaması çalışmalarında meslek örgütleri, üniversiteler, öğretim üyeleri, meslek çalışanları, Yükseköğretim Kurulu (YOK), Milli Eğitim Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve diğer paydaşlar ile çalışmalar yapmaktadır.

2. SAĞLIK BAKANLIĞI UZUN VADELİ SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA ÇALIŞMALARI

Türk sağlık sistemi son 10 yıldır önemli bir değişim sürecinden geçmektedir ve bu değişim 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte gerçekleşmiştir (Gök and Sezen 2013). 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile radikal reformlar uygulanmaya başlamıştır (Tatar 2013). Bu kapsamda reformların hedeflerinden birisi bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan kaynaklarının sağlanmasıdır (SB 2008). Sağlık Bakanlığı bu hedefe ulaşabilmek için uzun ve kısa vadeli insan kaynakları planlama çalışmalarını yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı uzun vadeli sağlık insan kaynakları planlama çalışmalarının “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” adı altında toplandığı görülmekte-

dir. 2023 yılına yönelik sağlık insan kaynakları planlama çalışmaları, Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyonunda 2007 yılından bu yana yürütülmektedir. Sektörün tüm paydaşlarının katılımıyla yapılan çalışmalar, uzman görüşüne dayanan yöntemlerle arz ve ihtiyaç projeksiyonları yapılarak devam etmektedir. Bu çalışmalarda DSÖ tarafından geliştirilen makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yöntemi kullanılmış ve resmi kurumların projeksiyonlarına dayanan bazı temel varsayımlar dikkate alınmıştır. Bu varsayımlar;

- 2023 yılı nüfusu 84 Milyon civarında olacaktır,
- Kaba doğum hızında az da olsa kademeli bir azalma olacaktır,
- Nüfus artış hızı, yaklaşık % 1,2 civarında kalacaktır,
- Mevcut hastalık paternleri devam etmekle birlikte, yaşlı nüfusun ve doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla paralel olarak kronik hastalıklar ve geriatrik hastalıklar artacaktır,
- Gayri safi yurt içi hasıladaki büyüme % 4 civarında olacaktır,
- Gayri safi yurt içi hasıladaki % 4 büyüme dikkate alınarak, 2023 yılına kadar ki toplam büyümenin % 65 civarında olacağı ve buradan sağlığa ayrılan payın (% 6,5 den % 7’ye yükseleceği) % 0,5 artacağından hareketle, sağlık personelindeki sayısal büyümenin % 70’i geçmeyeceği,
- 2023 yılında, mevcut hastane sayısında büyük bir değişme olmamakla birlikte 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı nın 29-31 civarında olacağıdır.

Bu çalışma ile Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK)vizyonu beyan etmiş; ilgili politikalar çerçevesinde, paydaşlarla birlikte, sağlık insan kaynakları planlamasının daha teknik tartışılmasını sağlamada temel bir metin oluşturmuştur (SB 2011).

SAİK 2023 Vizyonu çalışmasının amacı;

- İnsan kaynaklarının hangi yönde büyüme ve gelişme göstereceğini belirlemek,
- Kısa vadeli plan geliştirilmesi için çerçeve sağlayacak orta vadeye dönük genel SAİK hedeflerini belirlemek,
- Orta vadede sağlık sektörünün gelişimini sağlamak için Sağlık Bakanlığı’nın ihtiyaç duyacağı kısa vadeli eylemleri ve özellikle de politika eylemlerini belirlemek olarak belirtilmiştir.

Bu sebeple, bu çalışma öncelikli olarak Sağlık Bakanlığında karar vericiler ve politika yapıcılar için, sağlık insan kaynakları ile ilgili bir çerçeve çizmek ve uzun/orta vadeli hedeflere ulaşılabilmesi amacıyla muhtemel eğitim, istihdam, yerleştirme ve yönetim uygulamalarına ilişkin bir resim sunmaktadır (SB 2011). Bu çalışmalar sonucunda ülkemizin 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin ebe -hemşireye ihtiyacı olduğu saptanmıştır (SB 2008). Söz konusu ihtiyacı karşılayabilmek amacı ile 2003 yılında 46 olan tıp fakültesi sayısı 2013'te 73'e, öğrenci sayısı 5.130'dan 10.158'e, öğretim elemanı sayısı 7.794'ten 11.551'e, TUS kontenjanı sayısı 4.453'ten 5.677'ye (YOK 2014) ve hekim sayısı 97.763'ten (SB 2005) 129.772'ye yükselmiştir (SB 2013). Öte yandan, 2003 yılında hemşirelikte lisans eğitimi veren okul sayısı 10 iken, 2013 yılında 11'e, öğrenci sayısı 17.320'den 38.112'ye, öğretim elemanı sayısı 552'den 1.116'ya (YOK 2014) ve istihdam edilen hemşire sayısı 82.246'dan (SB 2005) 134.906'ya yükselmiştir (SB 2013). Sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşire dışındaki insan kaynakları sayısı ise 2003 yılında 133.410 iken (SB 2005) 2013 yılında 698.518'e ulaşmıştır (SB 2013).

3. SAĞLIK BAKANLIĞI KISA VADELİ SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA ÇALIŞMALARI

Sağlık hizmetlerinin yurt genelinde etkin ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin atama ve yer değiştirmelerine ilişkin usul ve esaslar 26.3.2013 tarihli ve 28599 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği ile 23.5.2012 tarihli ve 5314 sayılı onay ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesi hükümlerine göre yapılmaktadır. İlgili mevzuatlar doğrultusunda, sağlık insan kaynaklarının illere, kurumlara ve sağlık tesislerine göre tahsisinde ve ihtiyacın belirlenmesinde dikkate alınan hükümler aşağıda ifade edilmiştir.

- a. **Hizmet Bölgeleri ve Hizmet Grupları:** Sağlık insan kaynaklarının atama ve yer değişikliklerinde ekonomik, sosyal ve kültürel şartlar ile ulaşım şartları yönünden benzerlik ve yakınlık gösteren iller gruplandırmış, illerin gruplandırılmasında Kalkınma Bakanlığınca hazırlanan Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Endeksi (SEGE) kullanılmıştır. Buna göre illerde, sağlık insan kaynaklarının dağılımını gösteren il dağılım cetveli ve il için-

de dağılımını gösteren il içi personel dağılım cetveli (PDC) hazırlanmıştır. Bu cetvellerin hazırlanmasında aşağıdaki hususlar dikkate alınmaktadır:

- *Füili Çalışan Sayısı:* Planlamaya esas teşkil edecek sayıların belirlenmesinde unvan ve branş bazında tüm istihdam şekilleri dahil çalışmakta olan (il düzeyindeki planlamalar için üniversite ve özel hastanelerin aktif çalışan sayıları da dikkate alınarak) personellerin toplam sayısı,
 - *Nüfus:* İllere göre TÜİK nüfus verileri,
 - *Sağlık Tesisinin Kapasitesi ve Özellikleri:* Tescilli yatak sayısı, özellik arz eden birimlerin varlığı (yoğun bakım ünitesi, reanimasyon ünitesi, yanık ünitesi, diyaliz, kan bankası vb. birimlerin bulunması), tıbbi cihaz ve fiziki mekân kapasitesi, hastanenin ve branşın yıllık muayene sayısı, ağırlıklı ameliyat sayısı, yatan hasta sayısı, yatılan gün sayısı, rolü, ulaşım şartları, vardiya hizmetleri,
 - *İlin Özellikleri:* İldeki demografik, epidemiyolojik (hastalık insidans ve prevelansı vb.), coğrafi ve turizm kaynaklı değişiklikler, ilin sağlık bölge merkezi ya da ilçelerin merkez ilçe ve güçlü ilçe olup olmaması ile merkeze ve güçlü ilçeye olan uzaklığı,
 - *Yeni Kurum ve Kuruluşların Hizmete Girmesi, Mevcut Kurumlarda Nitelik Değişikliği Olması veya Kapatılması:* Kurum içi yeni birim açılması ya da birimlerin kapatılması, farklı kurumların birleşmesi ya da mevcut kurumlardan ayrılma yoluyla yeni kurum oluşturulması.
- b. PDC Doluluk Oranı:** Unvan ve branşlara göre il dağılım cetvelinde belirlenen sayı ile illerde istihdam edilen personel sayısının karşılaştırılması sonucu doluluk oranları belirlenmektedir.
- c. Hizmet Puanı:** Sağlık çalışanlarının görev yaptığı her yer ve yıl için SEGE’ye göre hizmet puanları hesaplanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bu çalışmalar ile insan kaynaklarını ihtiyaçlar doğrultusunda kurumlar, unvanlar ve branşlar bazında daha iyi bir beceri karması oluşturacak şekilde istihdam etmeyi, eğitim ve atama politikaları oluşturmayı ve sürdürmeyi, böylece kaynaklardan optimum yararlanmayı hedeflemektedir (SB 2011). Bu çalışmalar sonucu uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran Aralık 2002’de 1/14 iken Aralık 2011’de 1/2,7’ye, pratisyen hekim için 1/9’dan 1/2,3’e, diş hekimleri için 1/8,5’ten 1/4,5’e, hemşire-ebe için ise 1/8’den 1/4’e düşmüştür (SB 2012).

SONUÇ

Üretim kapasitesini direkt etkileyen bir faktör olması sebebi ile insan gücü hizmet sektöründeki tüm kurumlar için en kritik kaynaktır (Lagodimos and Paravantis 2006). Öte yandan yeterli sayı ve nitelikte insan gücü kapasitesine sahip olmak sağlık sistemlerinin amaçlarına erişebilmesi için zorunludur. Ancak pek çok ülke, sağlık insan gücü yetersizliği veya dengesiz dağılım sorunu ile karşı karşıyadır. Türkiye, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık insan kaynakları açısından son 10 yılda ciddi bir iyileşme sağlamasına rağmen, halen Avrupa Birliği ortalamalarının gerisindedir (Yıldırım 2013). Bu kapsamda kıt kaynak olarak değerlendirilebilecek sağlık insan gücü kaynaklarının verimli şekilde kullanılmasını sağlayacak atama, denetim ve değerlendirme araçlarına gerek vardır (Şahin ve ark. 2006). İş gücü verimliliği çalışan başına üretilen mal ya da hizmet ile ölçülür. Dolayısı ile personel verimliliğini belirleyen kavramların başında personel sayısı gelir. Personel verimliliğini artırabilmek için gerekli iş gücü oranının gerçekçi olarak tespit edilmesi elzemdir. Gerekli sağlık iş gücünün belirlenmesi ise; nüfusun büyümesi ve yaşlanması kadar, işgücünün verimliliği ve çalışana verilen görevle/rolle de ilgilidir (Fasoli and Haddock 2010). Öte yandan çalışan verimliliği işin yoğunluğu, işin nasıl dizayn edildiği, teknolojik girdiler ve diğer uzman personel çeşitliliğinden etkilenmektedir (Birch et al. 2009). Söz konusu nedenlerle sağlık kurumlarının personel politikalarını yakından izlenmeli ve gelecekte kriz yaşanmaması için ihtiyaç doğrultusunda gerekli müdahaleler zamanında yapılmalıdır (Brunner 2010).

KAYNAKÇA

- Anand S, Barnighausen T (2004). Human Resources and Health Outcomes: Cross-Country Econometric Study. *The Lancet*;264(1): 1603 - 1609.
- Barber P, López-Valcárcel BG (2010). Forecasting the Need for Medical Specialists in Spain: Application of a System Dynamics Model. *Human Resources for Health*; 8-24.
- Birch S, Kephart G, TomblinMurphy G, O'Brien-Pallas, Alder R, MacKenzie A (2009). Human Resources Planning and the Production of Health: A Needs-Based Analytical Framework . *Journal Public Health Management Practice*;15 (6): 56-61.
- Bloom J, Duckett S, Robertson A (2012). Development of An Interactive Model for Planning TThe Care Workforce for Alberta: Case Study. *Human Resources for Health*;10-22.
- Brunner J O (2010). Flexible Shift Planning in the Service Industry The Case of Physicians in Hospitals. Munich: Springer.

- DPT (1963). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)., Erişim Tarihi: 29.04.2014, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf>,
- DPT (1968). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)., Erişim Tarihi: 29.04.2014, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf>,
- DPT (2000). Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)., Erişim Tarihi: 29.04.2014, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf>
- Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aragawi M et al. (2005). An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*; 20(5):, 267-286.
- Fasoli, D R., Haddock KS (2010). Results of an Integrative Review of Patient Classification Systems . *Annual Review of Nursing Research*; 28 (1): 295-316.
- Gok M.S., Sezen B. (2013), “Analyzing The Ambiguous Relationship Between Efficiency, Quality and Patient Satisfaction In Healthcare Services, The Case of Public Hospitals In Turkey”, *Health Policy*, Article In Press, 1-11, p.2
- Gupta N, Diallo K, Zurn P, Poz MR (2003). Assessing Human Resources for Health: What can be Learned from Labour Force Surveys?, *Human Resources For Health*; 1(5):1-16.
- Hongoro C, McPake B (2004). How to Bridge the Gap in Human Resources for Health. *The Lancet*;364(1), 1451-1456.
- İşyar ÖG (2005). Uluslararası İlişkilerin Öngörüsünde Enformasyonun Önemi ve İlgili Planlama Yöntemleri. *Amme İdaresi Dergisi*;38(3):20-40.
- Kabene S M, Orchard C, Howard J M, Soriano M A, Leduc R (2006). The Importance of Human Resources Management in Health Care: A Global Context. *Human Resources for Health*; 4(20):1-17. doi:10.1186/1478-4491-4-20
- Lagodimos A G, Paravantis J A (2006). Improved Heuristic For Manpower Shift Planning With Modified Shift Priorities. *Production Planning & Control*, 17(3), 301–310.
- Lavieri M, Puterman ML (2009). Optimizing Nursing Human Resource Planning in British Columbia. *Health Care Management Science*;12:120-128.
- Narine L (2000). Impact of Health System Factors on Changes in Human Resource and Expenditures Levels in OECD Countries. *Journal of Health and Human Services Administration*; 22(3):292–307.
- Ozcan YA (2009). Quantitative Methods in Care Management: Techniques Aanaad Applications, Jossey Bass Published, USA:161-182.
- Resmi Gazete (2013)., Sağlık Bakanlığı vVe Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Sayı 28599, Erişim Tarihi: 29.04.2014, <http://www.resmi-gazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130326-8.htm>

- Şahin B, Vural H, Demir C (2006). Hastanelerde Kadrolama Çalışması: Bir Eğitim Hastanesinde İşyükü Analizine Dayalı Hemşire İhtiyacının Belirlenmesi. Verimli-lik Dergisi; 4: 120-139.
- Tatar M. (2013), “Management of diabetes and diabetes policies in Turkey”, Glo-balization and Health, 9(16), 1-7, p.1.
- Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı (2013). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Tarihi: 29.04.2014, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu_Kalk%C4%B1nma_Plan%C4%B1.pdf
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2002)., Mevcut Durum Raporu Sağlık Re-formu Projesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2008).Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Progra-mı İlerleme Raporu. Erişim Tarihi: 20.08.2014, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutupha-ne/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2011)., Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıs-sihha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2012)., 2013-2017 Stratejik Plan, Eri-şim Tarihi: 29.04.2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82966/h/stratejikp-lan20132017.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Progra-mı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Erişim Tarihi: 20.08.2014, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2012)., Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesi, Sayı 5314, Erişim Tarihi: 29.04.2014. <http://www.yhgm.saglik.gov.tr/dosya/1-87444/h/tasrateskilatikadrostandartlariyonergesi.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Ku-rulu Başkanlığı (2005). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2004. Onur Matbaacılık Ofset Ltd: 1. Baskı. Ankara. Erişim Tarihi: 20.08.2014, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/4242,saglik-istatistikleri-2004.pdf?0>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2013). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık;1. Baskı. Ankara: 127-129.
- World Health Organization (2000). The World Health Report 2000 Health Sys-tems: Improving Performance. Geneva : WHO.
- World Health Organization (2006). The World Health Report 2006: Working together for Health. Geneva: WHO; 14-26.
- Yıldırım H H (2013).Türkiyede Sağlık Sistemi:Sağlıkta Dönüşüm Programı De-ğerlendirme Raporu. 1. Baskı. Mattek Matbaacılık. Ankarap:43-54.
- Yükseköğretim Kurulu (2014).Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve sağlık İnsan Gücü Du-rum Raporu, 1. Baskı, YÖK Yayın No: 2014/1,ISBN:978-975-7912-48-4, Eskişehir

Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri

Nuran KÖMÜRCÜ¹

Ayşegül DURMAZ²

Nihal BAYRAM³

Refika GENÇ KOYUCU⁴

Özen Esra KARAMAN⁵

Eylem TOKER⁶

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak verilmesidir. Kalite değerlendirme çalışmalarının etkin bir şekilde yürütülebilmesi için değişik uygulama standartları ve modelleri geliştirilmiştir. Geliştirilen bu modeller ve standartlar sayesinde kuruluşlar verdikleri hizmetlerin güçlü ve iyileştirilmeye açık yönlerini görebilmekteler. İyileştirmeler yaparak daha iyi/mükemmel hizmet vermeyi hedeflemektedirler. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmek, iyileştirmek, güçlendirmek, yenilemeyi ve sürekliliğini sağlamak amacıyla kullanılan standartlar ile modeller yer almaktadır. Çalışmada Sağlık hizmetlerinde kullanılan ISO 9000, Akreditasyon, Magnet Standartları, Deming, Malcom ve EFQM Modelleri karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Standartlar, Modeller

- 1 Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
- 2 Ebelik Bölümü, Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu
- 3 İlk ve Acil Yardım Programı, Kastamonu Üniversitesi, Taşköprü Meslek Yüksekokulu
- 4 Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi
- 5 Ebelik Bölümü, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
- 6 Ebelik Bölümü, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Quality Assessment in Health Care

ABSTRACT

Quality of health services, both scientific norms and standards of service, in accordance with the expectations of both individuals is given. Various practice standards and models have been developed to effectively conduct to quality assessment studies. The developed models and standards, organizations see their services's strong aspects and improvements. They target to making better/excellent service. In this study is located, the quality of health services improve, strengthen, stimulate innovation and to ensure continuity are used the standards and models. The study gives a comparatively health services quality standards (ISO 9000, Akreditasyon, Magnet) and models (Deming, Malcom ve EFQM).

Keywords: Quality in Health Care, Standards, Models

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetleri, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkilemektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Küçük F., 2010). Dünyada sağlık hizmetleri konusundaki hassasiyet her geçen gün artmaktadır ve sağlık hizmetlerinde kalite konusu sıklıkla gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir (Kavuncubaşı Ş., 2000). Kalite değerlendirme çalışmalarının etkin bir şekilde yürütülebilmesi için değişik uygulama standartları ve modelleri geliştirilmiştir (Kara E., 2009). Standart, bir şeyler yapmak için üzerinde anlaşılmış kurallar ve tekrarlanabilir yol olarak tanımlanmıştır (TSE, 2013). Model ise sembolik ve fiziksel görselleştirmeden yararlanılarak açıklanan bir düşünce, bir fikirdir (Sabuncu N., Babadağ K., Taşocak G., ve Atabek T., 2013). Geliştirilen bu modeller ve standartlar sayesinde kuruluşlar verdikleri hizmetlerin güçlü ve iyileştirilmeye açık yönlerini görebilmekteler, iyileştirmeler yaparak daha iyi/mükemmel hizmet vermeyi hedeflemektedirler.

Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetleri için dört ana dışsal kalite değerlendirme mekanizması kullanılmaktadır: Akreditasyon, ISO 9000, EFQM ve Visitatie (meslektaşların incelemesine dayalı bir model) (Kara E., 2009). Avrupa'da European Foundation for Quality Management (EFQM), European Organization for Quality (EOQ) ve Amerika'da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ve bununun uluslararasıda kullanılan Joint Commission International Accreditation (JCIA) gibi organizasyonlar hastalara kaliteli hizmet sağlamak için tasarlanan standartlara uyulup uyulmadığını değerlendirmektedirler. Kalite değerlendirilirken standartların yanı sıra modeller de kullanılmaktadır. Kalite uygulamalarında başarılı kuruluşların tanıtılması ve uygulamaların yaygınlaşmasının sağlanması amacı ile kalite ödülü organizasyonları yapılmaktadır. Bu konudaki ilk örnek, 1951 yılından beri Japonya'da Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) tarafından uygulanmakta olan DEMİNG Ödülü'dür. Kalite ödülünü çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlar vermektedir (Schyve, P.M., 2000).

Kalite ödülleri için kullanılan modeller: Deming Ödülü, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü, Başkanlık Kalite Ödülü, Avrupa Kalite Ödülü (European Foundation of Quality Management- EFQM) ve Amerikan Hemşireleri Varsıf Tasdikleme Merkezi'nin (ANCC) hastanelere verdiği en üst düzey onay olan Magnet unvanıdır (Demirel Etöz S., 2008). Mıknatıs Hastane (Magnet Hospital) terimi kalifiye hemşireleri sağlık kuruluşuna çekebilen ve tutabilen, sürekli olarak nitelikli bakım sağlayabilen bir ortamı anlatmak için kullanılmaktadır (Yanmaz Ö., 2011). ABD'de ortaya atılan mıknatıs hastane kavramı ve barındırdığı ilkeler günümüzde yaygınlaşmakta ve uluslararası hale gelmektedir (Lash A. A. ve Munroe D. J., 2005a).

Çalışmada sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmek, iyileştirmek, güçlendirmek, yenileşme ve sürekliliğini sağlamak amacıyla kullanılan standartlar (ISO 9000, Akreditasyon, Magnet Standartları) ile modeller (Deming, Malcom, EFQM modelleri) yer almaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak için yürüttüğü çalışmalardan da bahsedilmiştir. Daha önce modellerin ve standartların birlikte karşılaştırmalı olarak tartışıldığı çalışma bulunmamaktadır. Çalışmanın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmada standartların ve modellerin geliştirilmesi, amaçları, yararları, kullanıldığı alanlar-ülkeler, kriterleri/standartları, denetimi/tetkiki/değerlendirilmesi ve maliyetleri karşılaştırmalı olarak tartışılması amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurumlarında yürüttü kalite standartları çalışmalarına yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ISO 9000, Akreditasyon, Magnet Standartları (Bkz.Tablo 1), EFQM, Deming ve Malcom Modelleri (Bkz.Tablo 2) karşılaştırmalı olarak tablolarda yer almaktadır.

Tablo 1. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ISO 9000, Akreditasyon ve Magnet Standartlarının Karşılaştırılması

	ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION) (Halis M., 2000, Shaw C., 1997, Gökmen C., 2005)	AKREDİTASYON (Joint Commission International, 2013a, Joint Commission International, 2013b.)	MAGNET STANDARTLARI (Lash A.A., Munroe D.J. (2005a), Lash A.A., Munroe D.J. (2005b), American Nurses Credentialing Center, 2013)
TARİHÇE Bir ürünün müşterinin istekleri doğrultusunda üretim süreci için oluşturulmuş etkin bir kalite yönetim sistemi kurmak için gerekliliklerin tanımlandığı bir standarttır, dolayısıyla süreçler üzerine yoğunlaşır. “Akreditasyon” için bir ön şarttır ve akreditasyonun temelini oluşturur. Kalite güvence sistemidir. 1947 Yılında kurulmuştur. 1987 yılında ISO 9000 standartları yayımlanmıştır. ISO 9000 serisi standartlarının ilk yayınlanmaları; • ISO 9000: Kalite yönetimi ve kalite güvenliği standartları uygulama ve seçim rehberi, • ISO 9001: Kalite sistemleri, tasarım / geliştirme, üretim, montaj ve servis için kalite güvenliği modeli, • ISO 9002: Kalite sistemleri, üretim ve montaj için kalite güvenliği modeli • ISO 9003: Kalite sistemleri, nihai muayene / test için kalite güvenliği modeli • ISO 9004: Kalite yönetimi ve kalite sistem elementleri rehberi 13 Kasım 2008’de revize edilmiştir. 14 Kasım 2010 tarihinden itibaren, ISO ve Uluslararası Akreditasyon Forumu (IAF) tarafından ISO 9001:2000 Standardı’nın yerine ISO 9001:2008 versiyonunun kullanılması bildirilmiştir. ISO standartları her 5 yılda bir teknik komite tarafından revize edilmektedir.	Bir kuruluşun, belgelendirme ve muayene kuruluşlarının ve laboratuvarların, üçüncü bir tarafça belirlenen ulusal ve/veya uluslararası kriterlere (standartlara) göre çalıştığının, bağımsız ve tarafsız bir kuruluş tarafından onaylanması ve düzenli aralıklarla denetlenmesidir. Dünyada sağlık kuruluşlarını tetkik edip akreditasyon belgesini veren akreditasyon örgütü, merkezi ABD’de bulunan Joint Commission Accreditation For Health Organization (JCAHO) örgütüdür. JCAHO örgütü tarafından 1999 yılına kadar yapılan akreditasyon denetimleri, 1999 yılından itibaren JCAHO örgütünün alt kuruluşu olan Uluslararası birleşik komisyon (JCI) tarafından yapılmaya başlanmıştır. JCI ABD dışında akreditasyon hizmetlerini sunmak için oluşturulmuştur. Kuruluşlar sağlık, eğitim ve yönetim alanlarında akredite olabilmektedir.	Bir kuruluşun, belgelendirme ve muayene kuruluşlarının ve laboratuvarların, üçüncü bir tarafça belirlenen ulusal ve/veya uluslararası kriterlere (standartlara) göre çalıştığının, bağımsız ve tarafsız bir kuruluş tarafından onaylanması ve düzenli aralıklarla denetlenmesidir. Dünyada sağlık kuruluşlarını tetkik edip akreditasyon belgesini veren akreditasyon örgütü, merkezi ABD’de bulunan Joint Commission Accreditation For Health Organization (JCAHO) örgütüdür. JCAHO örgütü tarafından 1999 yılına kadar yapılan akreditasyon denetimleri, 1999 yılından itibaren JCAHO örgütünün alt kuruluşu olan Uluslararası birleşik komisyon (JCI) tarafından yapılmaya başlanmıştır. JCI ABD dışında akreditasyon hizmetlerini sunmak için oluşturulmuştur. Kuruluşlar sağlık, eğitim ve yönetim alanlarında akredite olabilmektedir.	Amerikan Hemşireler Birliği’nin alt komitesi olan ANCC (Amerikan Nurses Credentialing Committee) tarafından verilen bir belgedir. Magnet unvanı, Amerikan Hemşireleri Vasiif Tasdikleme Merkezi’nin (ANCC) kayıtlı profesyonel hemşirelerin hizmet verdiği sağlık kuruluşlarına sunabileceği en üst düzey onaydır. Bileşenleri; 1.Dönüşümcü Liderlik, 2.Yapısal Güçlendirme, 3.Örnek Profesyonel Uygulamalar, 4. Yeni Bilgi, Yenilik, ve iyileştirmeler, 5. Ampirik Kalite Sonuçları Oluşturur. Magnet hareketi ilk olarak 1983 yılında ANA tarafından başlatılmış, 1994’te geliştirilmiş ve 1996-2003’te revize edildi.

	ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION) (Halis M., 2000, Shaw C., 1997, Gökmen C., 2005)	AKREDİTASYON (Joint Commission International, 2013a, Joint Commission International, 2013b.)	MAGNET STANDARTLARI (Lash A.A, Munroe D.J. (2005a), Lash A.A, Munroe D.J. (2005b), American Nurses Credentialing Center, 2013)
KURULUŞ AMACI	- Dünya çapında geçerliliği olacak şekilde standartlar yayınlamak ve böylelikle ürünlerin/hizmetlerin uluslararası dolaşımına katkıda bulunmaktır. - ISO standartları ile uluslararası mal ve hizmet alışverişini kolaylaştırmaktır. - ISO ile Bilimsel, teknik, ekonomik alanlarda karşılıklı anlaşmaları sağlamak için dünyada standardizasyonu geliştirmek. - Ulusal standartları uyumlaştırmak, birleştirmek ve önerilerde bulunmaktır. - Bütün üyelerin onayı ile uluslararası standartlar oluşturmaktır. - Ulusal ve uluslararası alanda kullanılmaya elverişli koşullar taşıyan yeni standartların gelişimini desteklemek. - Ulusal ve teknik kurulların çalışmalarına ilişkin bilgi alışverişi sağlamaktır. - Standardizasyon ile ilgili diğer uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak, bu kuruluşların işini kolaylaştıracak standardizasyon çalışmalarında bulunmaktır.	Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesini ve hastalarla çalışanlara verilen hizmetin geliştirilmesini amaçlar, dolayısıyla altyapı ve klinik servislere odaklanır.	Program kaliteli hasta bakımı ve üstün hemşirelik hizmetlerini tanıyarak tüketicilere almayı bekledikleri bakımın kalitesini karşılayabilecekleri en üst düzeyde bir standart sunmaktadır. Magnet Tanıma Programı, aşağıdaki üç hedefin daha ileriye taşınabilmesi için geliştirilmiştir. - Profesyonel uygulamaları destekleyen bir ortamda kaliteyi teşvik etmek; - Hastalara/yatan hastalara sunulan hemşirelik hizmetlerinde üstünlüğün ne olduğunu saptamak - Hemşirelik hizmetlerinde en iyi uygulamaların yayılmasına yönelik bir mekanizma sağlamak. Kaliteli hemşirelik bakımı sunmak için temel ve sürekli eğitim ihtiyacının da altı çizilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak program, hemşirelik mesleğinin itibarı ve standartlarını da yükseltmektedir.

YARARLARI	ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION) (Halis M., 2000, Shaw C., 1997, Gökmen C., 2005)	AKREDİTASYON (Joint Commission International, 2013a, Joint Commission International, 2013b,)	MAGNET STANDARTLARI (Lash A.A, Munroe D.J. (2005a), Lash A.A, Munroe D.J. (2005b), American Nurses Credentialing Center, 2013)
	Kuruluş Açısından; • Süreçler standardize, organize edilir ve kontrolü sağlanır, • Bilginin sürekli olarak yayılmasını sağlar, • Doğuş konularında yönetime tutarlı istatistiksel veriler ve analizler sağlar, • Uluslararası pazarlarda kabul edilebilirliği sağlar, • Müşterilerin ürünleri ve hizmetlere güvenlerini artırır, • Sürekli gelişimi sağlar, • Kuruluş kalite anlayışının gelişimi, • Karın Pazar payının artması, • Verimliliğin artması, • Etkin bir yönetimin sağlanması, • Maliyetin azalması, • Çalışanların tatmini, • Müşteri şikayetlerinin azalması, • Daha az servis-bakımı, • Maliyet ve zamandan tasarruf, • Kaynakların optimum kullanımı, • Kuruluş içi iletişimde iyileşme, • İadelerin azalmasını sağlar. Sağlık Kuruluşları Açısından; • Hizmet sunumunda kalite, • Çalışanların iş tatmini ve motivasyonu, • Yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernizasyonu, • Karar mekanizmalarında akıcılık, • Bilgi sistemlerinin dokümantasyonu, • İletişim mekanizmasının işlerliği, • Hasta memnuniyeti, • Ekip çalışması ve takım ruhunun gelişmesi önem kazanmaktadır. Müşteri Açısından; • Müşterinin kalite anlayışının gelişimi, • Kullanımında uygunluk, • Memnuniyet	• Sürekli iyileştirmenin stimüle edilmesi, • Bakım kalitesinin yükseltilmesi, • Tesis ve tıbbi cihaz yönetimi ile ilgili risklerin belirlenmesi ve en aza indirgenerek kontrol altına alınması, • Süreçlerin objektif olarak ölçülmesi ve izlenmesi, • Toplumsal güvenin artırılması, • Profesyonel kadroların devamlılığı, • Ödeme sağlayan kuruluşlar tarafından tanınması, • Sürekli eğitimi sağlanması, • Hasta güvenliği ile ilgili konulara odaklanarak bu konuda beklentilerin üzerinde hizmet sunulması, • Çalışan memnuniyetini artırması, • Organizasyonun kendi içerisinde değerlendirilmesini sağlama, • Yeni uygulamaların takip edilmesi, Sağlık kuruluşları arasında karşılaştırma yapılmasını sağlama	• Hemşireliğin ve sağlık kuruluşunun toplum içinde daha iyi tanınması, • Hasta bakımından daha iyi sonuçlar alınması, • Bakımın olumlu sonuçlarında hemşire katkılarının daha fazla kabul edilmesi, • Rekabetçi pazarlama avantajları, • Hemşirelerin, doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının daha kolay işe alınmaları ve elde tutulmaları, • Olumlu işbirlikçi ilişkilerin pekişmesi, • Hemşirelerde mesleki tatminin ve üretkenliğinin artması. Magnet unvanının kazanılması, sağlık kuruluşunun büyüklüğü, ortamı veya konumu ne olursa olsun, kaliteli çalışanların kuruluşu çekilmesi ve kuruluşda kalma malarının sağlanması konusunda büyük fayda sağlar. Magnet unvanı, tüketicilerin hemşirelik hizmetleri açısından üstünlüğünü kanıtlamış sağlık kuruluşlarına ulaşımlarına yardımcı olur. Magnet Standartları Uygulandığında; • Liderliğin kalitesini arttıracaktır • Daha iyi hasta sonuçlarını arttıracaktır • Uygulama hata oranını azaltacaktır • Memnuniyet oranını arttıracaktır • Hemşirelerin imajını arttıracaktır • Mortalite oranlarını azaltacaktır • Yaranama sayısını azaltacaktır • İşten ayrılmaları azaltacaktır.

KULLANILDIĞI ALAN VE ÜLKELER	ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION) (Halis M., 2000, Shaw C., 1997, Gökmen C., 2005)	AKREDİTASYON (Joint Commission International, 2013a, Joint Commission International, 2013b.)	MAGNET STANDARTLARI (Lash A.A, Munroe D.J. (2005a), Lash A.A, Munroe D.J. (2005b), American Nurses Credentialing Center, 2013)
	Her alanda kullanılmaktadır. ISO hala 135 ülkeden/her ülkeden bir üye olmak ve eşit oy hakkına sahip olmak üzere) ulusal standart kuruluşlarının katılımıyla faaliyetlerini; Uluslararası mal ve hizmet değişimini hızlandırmak entelektüel, bilimsel, teknolojik ve ekonomik faaliyetlerde işbirliğini geliştirmek amacıyla sürdürmektedir.	Birçok ülkede ve farklı sektörlerde akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur. ABD, Kanada, Avustralya, Tayvan, Yeni Zelanda Birleşik Krallık, Güney Afrika, Finlandiya, Kore, Endonezya, Arjantin, İspanya, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Brezilya, Polonya, İsveç, Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya, Portekiz, İngiltere, Filipinler, Bulgaristan, Almanya, İtalya, İrlanda gibi ülkeler olmak üzere yaklaşık 40 ülkede sağlık akreditasyon programı uygulanmaktadır. Türkiye’de 01 Temmuz 2000’den itibaren Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) örgütlenmesi çalışmaları başlamıştır. Akreditasyon denetçilerinin ve sektör komitesinin belirlenmesi için Eylül 2001 tarihinde çalışmaları başlanmıştır. 27-28 Kasım 2002 tarihinde Avrupa Akreditasyon Birliği’ne tam üye olunmuştur. 2002 yılında Memorial Hastanesi, JCI (Joint Commission International) Akreditasyon Kalite Belgesi almaya hak kazanan Türkiye’de ilk hastanedir. Türkiye’de 861 akredite kuruluş bulunmaktadır.	Hastanelerde hemşirelik hizmetleri için kullanılmakta olup şu anda yalnızca Amerika, Kanada, Singapur, Lübnan, Südi Arabistan ve Avustralya’da uygulanmaktadır. Dünya genelinde toplam 391 hastane magnet hastanedir. Profesyonel sertifikasyonun akreditasyon durumuna göre 3 kategorisi vardır: Akreditasyonu sağlayan kuruluşlar ise American Board of Nursing Specialties (ABNS) veya National Commission for Certifying Agencies(NCCA)’dır. Kategori A Akredite ulusal RN sertifikasyonları. Kategori N Akredite olmamış ulusal RN sertifikasyonları. Kategori M Ulusal multidisipliner sertifikasyonlar. Magnet Belgelendirilmesi bu ülkeler dışında çok zor temin edilmektedir. Türkiye’de bazı sağlık kuruluşlarda başvuruda bulunmuş fakat uygulamaya geçememişlerdir.

	ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION) (Halis M., 2000, Shaw C., 1997, Gökmen C., 2005) Hizmet endüstrileri için geneldir ve sonuçlardan çok yapabilirlik üzerine odaklanmıştır, sonuçları müşteri mutluluğu üzerinden değerlendirilir. Laboratuvar ve radyoloji gibi bazı servislerle kolay uyum sağlamakla birlikte klinik hizmetlere uygulanmasında çok dikkatli bir yorumlama gerektirmektedir. • Müşteri Odaklılık • Liderlik • Çalışanların Katılımı • Süreç Yaklaşımı • Sistem Yaklaşımı • Sürekli İyileştirme • Verilere Dayalı Karar Alma • Tedarikçilerle İşbirliği	AKREDİTASYON (Joint Commission International, 2013a, Joint Commission International, 2013b,) Hasta memnuniyetini dikkate almakla beraber bu unsurun gücünün sınırlarını da hesaba katarak, yasal süreçleri ve çıktıları ortaya koyar. Alımlar, ekipman kontrolü ve kalibrasyonu, doküman kontrolü gibi konularda ISO'ya göre göreceli olarak daha yetersiz bulunmaktadır. JCI'ın uluslararası standartları, JCAHO standartlarındaki bütün konuları, ISO 9000'in kalite kontrol ve kalitede liderlik ölçütlerinin çoğunu, Avrupa (EFQM) ve Amerika (Baldrige) kalite modellerindeki ölçütleri içermektedir. JCI iyi organize edilmiş bir akreditasyon sistemi olarak görmektedir. JCI Akreditasyon Standartları: a) Organizasyonel Odaklı Standartlar; • Kalite yönetimi ve iyileştirme • Yönetim, Liderlik ve İdare • Tesis yönetimi ve güvenlik • Çalışanların niteliği ve eğitimi • Bilgi yönetimi • Enfeksiyon kontrolü ve korunma b) Hasta Odaklı Standartlar; • Bakıma kabul ve bakımın devamlılığı • Hasta ve ailesinin hakları • Hasta değerlendirilmesi • Hasta bakımı • Hasta ve ailesinin eğitimi JCI sistemini diğer sistemlerle farkı: Sağlık sektöründe öncelikli olarak daha sistemsel ve organize edilmiş bir yapı ortaya koymaktadır. Ziyaret programı her ülke için geçerli değildir ve uygulamada sorunlar yaşanabilir. EFQM mükemmellik modelinde olduğu gibi ilerici ve üst düzey kalite yönetim sistemine sahiptir ve ISO'nun sahip olduğu kalite kontrollünü sağlar. JCI'ın farklı olan yanı, bu iki özelliği ve ziyaret sisteminde bulunan kalite sistemini bir araya getirmesidir.	MAGNET STANDARTLARI (Lash A.A, Munroe D.J. (2005a), Lash A.A, Munroe D.J. (2005b), American Nurses Credentialing Center, 2013) Bakım Standartları • Tanılama (%10) • Hemşirelik teşhisleri (%5) • Hasta sonuçlarının tanımlanması (%7,5) • Bakımı planlama (%10) • Bakımı uygulama (%7,5) • Bakımı değerlendirme (%10) Uygulama Standartları • Bakımın kalitesi ve yönetimi (%7,5) • Performans değerlendirme (%5) • Eğitim (%5) • Bilimsel Yaklaşım (%7,5) • Etik ve kültürel kuralara uyum (%5) • İşbirliği (%7,5) • Araştırma (%5) • Kaynak kullanımı (%7,5) • Toplam 800-1000 puan Magnetik Güçler (Forces of Magnetism) 2005 1. Hemşire liderlerin kalitesi 2. Organizasyonel Yapı 3. Yönetim şekli 4. Profesyonel bakım modeli 5. Kişisel politika ve programlar 6. Bakım kalitesi 7. Kalite geliştirme 8. Konsültasyon ve kaynaklar 9. Otonomi 10. Toplum ve sağlık bakım organizasyonları 11. Hemşire imajı 12. Hemşire eğiticiler 13. Disiplinlerarası ilişkiler 14. Profesyonel gelişim
--	--	--	---

STANDARTLARI

	ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION) (Halis M., 2000, Shaw C., 1997, Gökmen C., 2005) Firmalar kalite sistemlerini, üçüncü parti bir dış denetim ve belgelendirme firması tarafından denetletip belgelendirebilirler. Başarılı olumması halinde, ISO 9001, ISO 9002 veya ISO 9003 sertifikası ile ödüllendirilir. Bu sertifika genellikle 3 yıl süresince geçerli olup, bu 3 yıl içerisinde her 6-12 ayda bir gözetim denetimi ile geçerliliği onaylanmalıdır. ISO 9000 belgelendirmesi uluslararası düzeyde koordineli bir biçimde çalışan organizasyonlar tarafından yürütülen bir çalışmadır. 6 ayda bir değerlendirmeyi uygun görür.	AKREDİTASYON (Joint Commission International, 2013a, Joint Commission International, 2013b.) Akreditasyon programları bağımsız, sivil toplum/özel gönüllü kuruluşlar ve bu kuruluşların tanımış uzmanlarından oluşan, kendilerine ait fon kaynağına sahip yöneticiler kurulu ile gerçekleştirilir ve bağımsız bir kuruluştur. Türkiye'deki akreditasyon yetkisi Türkiye Akreditasyon Kuruluşu'na (TÜRKAK) verilmiştir. Organizasyonun her 1-3 yılda bir yeniden değerlendirilmesini gerektirir. Akreditasyon için gelen ekip genellikle bir doktor, bir hemşire ve bir yöneticiden oluşmaktadır. Ekip üyeleri gönüllü veya yarı zamanlı olarak çalışmaktadır.	MAGNET STANDARTLARI (Lash A.A, Munroe D.J. (2005a), Lash A.A, Munroe D.J. (2005b), American Nurses Credentialing Center, 2013) Yenilikçilik, Mukemmelliyeçilik, Finansman, Lider hemşirelerin kalitesi, Kurumsal yapı, Yönetim Tarzı, Personel politikaları ve programları, Profesyonel bakım modelleri, Bakımın kalitesi, Danışmanlık ve kaynaklar, Özerklik, Disiplinlerarası ilişkiler, mesleki gelişim kriterleri göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılır. Organizasyonun her 4 yılda bir değerlendirilmesini gerektirir. Amerikan Hemşireleri Vasıf Tasdikleme Merkezi (ANCC) tarafından değerlendirilir.
DENEYİM/TETKİK	Değerlendirmeyi yapan uzman sayısı ve değerlendirilen gün cinsinden süresi belirlenir. Denetim belgelendirme ücreti (max) 3600 € + ilk başvuru ücreti 500 € + doküman inceleme 1000 € + fabrika ve kuruluş denetimi 600 €/adam:gün + belge yayımlama 250 €	ISO ya kıyasla genellikle daha yüksek bir maliyete sahiptir. Başvuru ve dosya kayıt ücreti: 150 € Kapsam ücreti: birim başına 50 € İdari hizmet bedeli: günlük 400 € Akreditasyon denetim ücreti: denetçi başına günlük 800 € Denetçi giderleri: Denetim ekibinin yeme-içme, konaklama ve yol giderleri için başvuruda bulunan kuruluşun ödediği ücrettir. Belge ücreti: sertifikanın aslı ücretsiz olmakla birlikte kopyası için 30 €, yabancı dildeki kopyası için 50 € ücret alınmaktadır. Akreditasyon kullanım ücreti: Akredite edilen kuruluşun, akredite olduğu alan kapsamında elde ettiği yıllık brüt gelirinim %1'idir. Gözetim denetimi ücreti: her yıl, denetçi başına günlük 800 € Takip denetimi ücreti: denetçi başına günlük 800 € On denetim ücreti: denetçi başına günlük 800€ Maliyet, hastanenin büyüklüğüne ve karmaşıklığına göre belirlenmektedir. Bunlar, standartların denetlenmesi için gereken denetim personeli ve gün sayısını belirlemektedir	ANNC tarafından verilen ilk başvurularda akreditasyon süresi iki yıldır. 5000-9500 \$ organizasyon akreditasyon türüne göre başvuru ücreti aralıkları değişmektedir. Akredite olan kuruluşun belge yenileme süresi ise 4 yıldır.
MALİYET			

Tablo2. EFQM Mükemmellik Modeli, Deming ve Malcom Baldrige Modellerinin Karşılaştırılması

DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013)	MALCOM BALDRİGE MODELİ (MBNQA) (NIST, 2013, http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model/ , MBNQA, 2013)	EFQM MÜKEMMELİK MODELİ (Emanet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008,)
Japonya'da kalite alanına katkılardan dolayı, Deming'in adı verilen bu ödül 1951 yılında verilmeye başlanmıştır. Günümüz Japonya'da bir şirketin ulaşabileceği en yüksek paye Deming Ödülü'dür. Toplam Kalite Yönetimi için önemli bir motivasyon aracı olan bu ödül, Japonya kalite anlayışının gelişmesinde çok önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir.	1987'de kurulan Malcolim Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA) ABD'de kalite yönetimi için verilen en yüksek onurlandırma şeklidir. MBNQA, sürekli yükselen rekabet ortamında ayakta kalmayı başarabilmek, kuruluş performansını ve kapasitesini geliştirmek ve iyileştirmek ve müşterilerini memnun etmek amacıyla Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Amerikan Kalite Derneği (ASQ)'nin birlikte çalışması sonucu oluşturulmuştur.	EFQM (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı) 1988 yılında Avrupa'nın önde gelen 14 şirketi tarafından kurulmuş, üyelik sistemine dayanan ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. EFQM, kuruluşlara performanslarını iyileştirmesi konusunda yardımcı olmak üzere 1991 yılında EFQM Mükemmellik Modelini oluşturmuştur. EFQM Mükemmellik Modeli sürekli mükemmelliği yakalamanın pek çok değişik yaklaşımı kullanarak da mümkün olabileceğini kabul eden ve reçete sunmayan bir çerçevedir. EFQM 1992 Yılında Avrupa'da kalite ödülü sürecini başlatmıştır. Avrupa'da sertifikasyonu Avrupa Kalite Yönetim Vakfı sağlamaktadır. Türkiye'de ise sertifikasyon EFQM'in partneri olarak KALDER tarafından yapılmaktadır. Ulusal Kalite Ödülü Süreci Türkiye'de 1993 yılında başlatılmış ve günümüze kadar 21 yıldır KalDer'in çatısı ve KÖYK'in sorumluluğu altında başarı ile sürdürülmektedir. 1993 yılında Büyük Ölçekli Kuruluşlar dalında verilmeye başlanan Ulusal Kalite Ödüllerine, 1998 yılında Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler, 2001 yılında Kamu Kuruluşları ve 2002 yılında da Sivil Toplum Kuruluşları kategorileri dahil edilmiştir. Ulusal düzeyde yaşam kalitemizin yükselmesinde önemli katkısı olan eğitim, sağlık ve yerel yönetim alanlarında mükemmellik uygulamalarının ve yayılımın daha fazla artırılması amacıyla 2004 yılından başlayarak, Kamu Sektörü Kategorisi; Sağlık Hizmetleri, Eğitim Hizmetleri, Kamu Yönetimi ve Hizmetleri alt kategorileri olmak üzere üçe ayrılmıştır. Son olarak da 2007 yılında Türkiye veya Avrupa'da Büyük ödül almış kuruluşların başvurabileceği, mükemmellikte sürekliliği öne çıkaran "Mükemmellikte Süreklilik Ödülü" ödül sürecine dahil edilmiştir.

TARİHÇE

	DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013)	MALCOM BALDRIGE MODELİ (MBNQA) (NIST, 2013, http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model/ , MBNQA, 2013)	EFQM MÜKEMMELİLİK MODELİ (Emanet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008.)
KURULUŞ AMACI	İstatistiksel süreç kontrol, esasına dayanan şirket bütütünde bir kalite kontrolünün gerçekleştirilmesine yardımcı olmaktadır.	İşletmelerin kalite bilincine sahip olmalarını sağlamak, başarılarını desteklemek ve kalite geliştirme stratejilerini ülke genelinde duyurmaktır. Bu ödülün 3 amacı vardır; • Rekabette önemi gittikçe artan kalite bilinci, • Kalite mükemmelliği için gerekenlerin anlaşılması, • Başarılı kalite stratejileri hakkında bilgilerin paylaşımının ve bu stratejilerin uygulamasıyla sağlanan yararların artırılmasıdır.	Avrupalı işletmelerin özellikle Japon ve Amerikan rakiplerine küresel rekabet üstünlüğünü kapturmalarını engellemektir. EFQM Mükemmellik Modeli, kuruluşundan bu yana Avrupalı kuruluşların küresel rekabet avantajı yakalamaları amacıyla kullanıldıkları bir strateji olarak hizmet etmektedir.
YARARLARI	Kuruluşların kalite bilincini artırmakta ve kalite mükemmelliği için gereklerin anlaşılmasını ve yapılmasını sağlamaktadır.	Kuruluş performansını ve kapasitesini geliştirmekte, iyileştirmekte, müşteri memnuniyetini artırmakta dolayısıyla sürekli yükselen rekabet ortamında kuruluşların ayakta kalmayı başarabilmelerini sağlamaktadır.	Kuruluşların kuvvetli yönlerini ve iyileştirmeye açık alanlarını görmelerini sağlayarak onları çözümler üretmeleri konusunda teşvik eder. Kalite Ödülü kazanmış 600 kuruluşta, 5 yıl süren çalışma bütünüyle, bu kuruluşların hisse değeri, işleme gelirleri, satışları ve satış karlıklarında, istihdamda ve aktiflerinin büyümesinde anlamlı iyileştirmeler göstermiştir.

DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013)	MALCOLM BALDRIGE MODELİ (MBNQA) (NIST, 2013, http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model/ , MBNQA, 2013)	EFQM MÜKEMMELİLİK MODELİ (Emanet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008,)
Japonya'da verilen Deming ödülünde 3 kategori mevcuttur. • Bireylere verilen, • Şirketlere verilen, • Deming fabrika ödülü (İşletme ünitelerine verilen kalite kontrol ödülü) • 1970'de ise bu ödüller Japon Kalite Kontrol Ödülü eklenmiştir. Şirketlere verilen Deming Ödülü, İşletme Ünitelerine verilen Kalite Kontrol Ödülü ve Japon Kalite Ödülü deniz aşırı şirketlere açılmıştır. Ancak "Bireylere verilen Deming Ödülü" sadece Japon adaylara açıktır. 1-Bireylere Verilen Deming Ödülü: Deming Ödülü Komitesi, başkaları tarafından önerilen veya bizzat başvuran adayları kabul eder. Başvurular her yıl 31 Temmuz'da yapılır. Deming Ödülü Komitesi kazananları seçer. Kasım ayında yapılan ödül töreninde, kazananlar Deming Madalyasını, Deming Ödülü Komitesi tarafından hazırlanan liyakat sertifikasını ve "Japon Ekonomi Gazetesi" (Nippon Keizai Shimbun) tarafından verilen para ödülünü alır. 2-Şirketlere Verilen Deming Ödülü: Bir yıl içinde geliştiren şirketlere veya şirketlerin bölümlerine verilir. Sektör ayrımı olmaksızın, özel veya kamuya ait, büyük veya küçük, ulusal veya uluslararası her organizasyon bu ödül için başvurabilmektedir. Ödül için başvuran şirketler veya şirket bölümleri Deming Şirket Ödülleri Ön Komisyonu tarafından sınava tabi tutulur. Yeterli puanı alan organizasyonlar ile en yüksekte puanı alan organizasyon ödüllendirilir. 1994 yılına kadar Şirketlere Verilen Deming Ödülü, 1995 yılına ise kategoriler kaldırılmış ve şirketlere verilen Deming Ödülü adında tek ödül verilmektedir. 3-İşletme Ünitelerine Kalite Kontrol Ödülü: Toplam Kalite Yönetimi izlenerek, kalite kontrole ve kalite yönetimine başvurulacak, belirtilen bir yıl içerisinde ayırt edilebilir bir performans gelişimine sahip olmuş, şirketlerin işletme ünitelerine verilir.	Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü ABD'de 6 kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler; a) Üretim sektörü b) Hizmet sektörü c) Küçük işletmeler d) Eğitim sektörü e) Sağlık sektörü f) Kar amacı gütmeyen/devlet sektörü Eğitim ve sağlık sektörlerine 1999, kar amacı gütmeyen / devlet sektörüne ise 2007 yılından itibaren verilmeye başlanmıştır.	EFQM, temel kavramların yapılandırılmış bir yönetim sistemi biçiminde yaşama geçirilmesinin bir ifadesidir ve büyük, küçük ve orta büyüklükteki şirketler, eğitim, sağlık, kamu hizmetleri kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları tarafından uygulanabilen bir modeldir. Kullanıldığı ülkeler: İsviçre, Birleşik Arap Emirlikleri, İspanya, İtalya, Fransa, Belçika, Ukrayna, Danimarka, Romanya, Türkiye, Yunanistan, İzlanda, Polonya, İngiltere, Portekiz, Hollanda Antilleri, Mısır, Suudi Arabistan, Hollanda, Almanya, Katar, İran, Bahreyn, Lüksemburg, Bolivya, İsrail, Slovakya, Rusya, Sırbistan, Filistin, Hindistan, Bulgaristan, Kıbrıs Rum Kesimi, Norveç, Finlandiya, İrlanda, Avusturya, Kolombiya, Cebelitank, Singapur, İsveç, Hırvatistan, Macaristan, Kazakistan, Ürdün, Slovenya, Trinidad ve Tobago, Liechtenstein, Ekvador, Çek Cumhuriyeti, Avustralya, Zimbabve, Lübnan, Çin, Zambiya. Ulusal Kalite Büyük Ödülü Alan Sağlık Kuruluşları: Zekai Tahir Burak Eğitim Hastanesi (2001), Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastanesi (2006), Kadıköy Şifa Hastanesi (2009).

KULLANILDIĞI ALAN VE ÜLKELER

STANDARTLARI/ KRİTERLERİ	DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013)	MALCOM BALDRİGE MODELİ (MBNQA) (NIST, 2013, http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model/ , MBNQA, 2013)	EFQM MÜKEMMELİK MODELİ (Emanet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008.)
	Deming Modeli'nin diğer modellere göre en belirgin farklılığı modelin amacında yatmaktadır. Modelin genel çatısı, süreç analizi, istatistiksel metodlar ve kalite çemberleri gibi bir takım prensip ve tekniklerin uygulanması üzerine odaklanmıştır. Bu konudaki yaklaşım, modelin ait kontrol noktalarında açıkça belirtilmektedir. Deming'in Kaliteyi Geliştirmek İçin Önerdiği 14 İlkesi: 1. Ürün ve hizmetin iyileştirilmesi için amaçlarda süreklilik yaratmak 2. Yeni felsefeyi benimsemek 3. Kitlesele denetime bağlı kalmaya son vermek 4. Sadece fiyat etiketi üzerinden iş görme 5. Uygulamasına son vermek 6. Eğitim ve hizmet sisteminin sürekli olarak geliştirmek 7. Eğitim programları oluşturmak 8. Liderlik oluşturmak 9. Korkuyu uzaklaştırmak 10. Çalışanların bölümleri arasındaki engelleri yıkmak 11. İş gücü için slogan, ders ve hedef oluşturmaktan vazgeçmek 12. Sayısal kotalardan vazgeçmek 13. Çalışanların mutluluk ve gururunu önleyecek olan engelleri ortadan kaldırmak 14. Etkin ve güçlü bir eğitim ve öğretim programı oluşturmak 15. Dönüşümü gerçekleştirmek için harekete geçmek. Deming uygulama ödülü için 10 kriter kullanılmaktadır. 1. Politikalar 2. Organizasyon ve Yönetimi (Kuruluş ve işleyiş), 3. Bilginin toplanması, kullanılması, yayılması 4. Standardizasyon, 5. Kalite Güvencesi, 6. Eğitim ve yaygınlaştırılması, 7. Geleceğe Yönelik Planlar, 8. Kontrol, 9. Sonuçlar(Etkileri Anlama Yeteneği) 10. Analiz olarak sayılabilir.	MBNQA kendi aralarında ilişkili 11 temel değer ve kavram üzerine inşa edilmiştir. Bunlar: 1. Vizyon sahibi liderlik, 2. Müşteri yönelimli mükemmellik, 3. Organizasyonel ve kişisel öğrenme, 4. Çalışanları ve iş ortaklarını değerlendirmeye, 5. Çeviklik, 6. Geleceğe odaklanma, 7. Yenilik yönetimi, 8. Gerçeklerle yönetim, 9. Toplumsal sorumluluk, 10. Sonuçlara odaklılık, 11. Değer yaratma ve sistem perspektifi görüşleridir. Model birbiriyle ilişkili 7 ana kriter ve 17 alt maddeden oluşmaktadır. Bu ödüle kıyaslanan 7 temel değer bulunmaktadır: 1. Liderlik 2. Stratejik Planlama 3. Müşteri Odaklılığı 4. Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi 5. İnsan Kaynakları (İşgücü) Odaklı 6. İşlem (Faaliyet) Odaklılığı 7. Sonuçlar	Mükemmelliğin Temel Kavramları: Herhangi bir kuruluşun sürdürülebilir mükemmelliğe erişebilmesi sürecinin temelinde yatan ilkelere. Bunlar (2013 EFQM): 1. Müşteriler için Değer Katma 2. Sürdürülebilir Bir Gelecek Yaratma 3. Kurumsal Yetenekleri Geliştirme 4. Yaratıcılık ve Yenileşimden Yararlanma 5. Vizyoner, Esin Veren ve Bütünsel Liderlik 6. Çeviklikle Yönetme 7. Çalışanların Yetenekleriyle Başarma 8. Mükemmel Sonuçları Sürdürme Mükemmelliğin Temel Kavramları herhangi bir kuruluşun sürdürülebilir başarıyı elde edebilmesi için gerekli temelli oluşturur. Temel Kavramlar aynı zamanda üst yönetimin ortak dilini oluşturur. Modelin oluşun yapısı bir organizasyona bütünsel bir bakış açısı getirmektedir. Model kriterlerinde "nasıl elde edilecek?" sorusuna yanıt veren beş kriter "Girdi" kriterlerini, "Ne elde edilecek?" sorusuna cevap veren dört kriter ise "Sonuç" kriterlerini oluşturur. Girdi kriterleri bir kuruluşun gerçekleştirdiği faaliyetleri içerir. Sonuç kriterleri ise kuruluşun bu faaliyetler sonucunda neler elde ettiğini gösterir. Sonuçlar girdilerden kaynaklanmalıdır. Girdi Kriterleri: 1.Liderlik 2.Strateji 3.Çalışanlar 4.İşbirlikleri ve kaynaklar 5.Süreçler, ürünler ve hizmetler Sonuç Kriterleri: 6.Müşterilerle ilgili sonuçlar 7.Çalışanlarla ilgili sonuçlar 8.Toplumsal ilgili sonuçlar 9.İş sonuçları

	DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013)	MALCOM BALDRİGE MODELİ (MBNQA) (NIST, 2013, http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model , MBNQA, 2013)	EFQM MÜKEMMELİK MODELİ (Emnet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008,)
DEĞERLENDİRME	Deming uygulama ödülü 10 temel kriter üzerine kurulmuş ve diğer modellerde olmayan bir uygulama ile modelin her bir kriteri 10 puana sahiptir. 1. Politikalar (10 puan) 2. Organizasyon ve Yönetimi (Kuruluş ve işleyiş) (10 puan) 3. Bilginin toplanması, kullanılması, yayılması (10 puan) 4. Standardizasyon (10 puan) 5. Kalite Güvencesi (10 puan) 6. Eğitim ve yaygınlaştırılması (10 puan) 7. Geleceğe Yönelik Planlar (10 puan) 8. Kontrol (10 puan) 9. Sonuçlar (Etkileri Anlama Yeteneği) (10 puan) 10. Analiz (10 puan). Değerlendirme Komitesi Deming Ödül Komitesi, sınavları ve ödülleri yönetmek, ilgili konularda fikir alışverişinde bulunmak için beş ön komiteden oluşmuştur. 1. Bireylere verilen Deming Ödülü ön komitesi 2. Şirketlere verilen Deming Ödülü ön komitesi: Yaklaşık 60 kişilik bir ön komitedir. 3. Nikkei Kalite Kontrol Literatür Ödül ön komitesi 4. Sistem İnceleme ön komitesi 5. Toplam Uyum ön komitesi: Deming Ödülünü koordine eder. Deming Ödül Komitesi, ön komitelerden gelen raporlara dayanarak, bizzat başyüran veya tavsiye edilen adaylar arasından ödülleri hak edenlere karar verir. Komitenin başkanı, JUSE'nin Yönetim Kurulunun önerdiği bir kişi olur. Ödül komitesinin, komite başkanının yetkilendirdiği akademisyenlerden, şirketlerin üst düzey yöneticilerinden ve Toplam Kalite Yönetimi uzmanlarından oluşan yaklaşık 170 üyesi vardır.	MBNQA Modelinin 7 ana kriter toplam puanı 1000 puandır. Puanlama aşağıdaki biçimde yapılmaktadır: 1. Liderlik (120 puan) 2. Stratejik Planlama (85 puan) 3. Müşteri Odaklılığı (85 puan) 4. Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi (90 puan) 5. İnsan Kaynakları (İşgücü) Odaklılığı (85 puan) 6. İşlemler (Faaliyetler) Odaklılığı (85 puan) 7. Sonuçlar (450 puan) Liderlik sistemin başını oluşturur. Buna göre liderlik sistemin geri kalan kısımlarını yönlendiren unsurdur. İkidene beşe kadar olan kriterler müşteri tatmini ve kaliteyi sağlayan faktörlerdir. Bu kriterler birlikte çalışırlar. Sonuçlar ürünün kalitesiyle sınırlı değildir, finansal, işlemsel ve destek fonksiyonlarının ölçümü ile ilgilidirler. Temel hedef müşteri tatminidir ve tüm faaliyetler bunu gerçekleştirmeğe yöneliktir. Ödüllendirme, İnceleme ve Değerlendirme Aşamaları Ödüllendirme ve değerlendirme aşamaları Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Ticaret Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. İnceleme aşaması ise İnceleme Yönetim Kurulu tarafından gerçekleştirilmektedir. İnceleme Yönetim Kurulu, sanayi, profesyonel ve ticaret organizasyonları, hükümet acentelikleri içinden seçilen A.B.D ticari uzmanları, eğitim ve sağlık uzmanları, yüksek mevkide görev yapmış emeklilerinden oluşmaktadır. Bu kurula katılacak kişiler, performans mükemmelliği kriterini, puanlama sistemini ve değerlendirme sürecini kapsayan, ayrıntılı hazırlık kursuna katılmış olmaları gerekmektedir. Bu kursun ardından, gerekli eğitim NIST tarafından verilmektedir.	2010 EFQM Mükemmellik Modelinin 9 ana kriter toplam puanı 100 puandır. Beş kriter "Girdi" kriterlerini (1, 2, 3, 4 ve 5. Kriterler), dört kriter ise "Sonuç" kriterlerini (6, 7, 8 ve 9. Kriterler) oluşturur. Girdi kriterlerinin her birinin puanı %10 ağırlıktadır. Sonuç kriterlerinde ise Çalışanlar ve Toplumla İlgili sonuçlar %10, Müşteriler ve İş sonuçları %15 ağırlığa sahiptir. Değerlendirmede ve yönetim aracı olarak RADAR (Results-Sonuçlar, Approach-Yaklaşım, Deployment-Yayılım, Assessment-Değerlendirme, Review-Gözden Geçirme) mantığı kullanılmaktadır. Girdi Unsurlarının Değerlendirilmesi Yaklaşım (sağlam temeli, bütünsellik), yayılım (uygulama, sistematikle), değerlendirme ve gözden geçirme (ölçme, öğrenme ve yaratıcılık, iyileştirme ve yenileşim) girdi unsurlarıdır. Girdi unsurlarının puanlaması, kant yok veya hıkeyensisi %0, kısıtlı kant %25, kant %50, Açık kant %75, kapsamlı kant %100 olarak yapılmaktadır. Sonuç Unsurlarının Değerlendirilmesi İlgi ve uygunluk (kapsam ve ilgi, bütünsellik, kırılım), performans (eğilimler, hedefler, karşılaştırmalar ve yaklaşımdan kaynaklanma) sonuç unsurlarıdır. Sonuç unsurlarının puanlaması girdi unsurlarının puanlamasından olduğu gibi yapılmaktadır. Türkiye'de EFQM modeline göre verilen 3 kategorik ödül mevcuttur. 1. Mükemmellik Ödülü, 2. Mükemmellikte yetkinlik ödülü, 3. Mükemmellikte kararlılık ödülü Mükemmellik Ödülü: EFQM Modeli'nin tüm içeriği esas alınır. 75 sayfalık başvuru dokümanı 4-8 kişilik değerlendirme ekibi tarafından bireysel olarak değerlendirilir. Ulaşım toplantısı sonrası sahaya kalablenlere saha ziyareti yapılarak, kuruluş alt kriterler bazında geri bildirimin raporu verilir. Türkiye Mükemmellik ödülü; Mükemmellikte Süreklilik Ödülü, Mükemmellik Büyük Ödülü ve Mükemmellik Ödülü olarak üç şekilde verilir.

	DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013) Başvuru ve Ödül Aşamaları • “Deming Ödül Kılavuzu” ve “Deming Ödülü Başvuru Kılavuzu”nu” temin edilmesi. • Deming Ödül Ofisine başvurulması. (Önceki yıl, 27 Aralık) • JUSE sekreteryası ile Deming Ödül Komitesine başvurulması. • Başvuru formunun Deming Ödül Komitesi sekreteriğine sunulması. (15 Ocak’a kadar) • Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları açıklamalarının sunulması. (31 Mart’a kadar) • Belge Sınavı (Nisan-Mayıs) • Saha tetkiki için başvuru sürecinin yeterliliğinin kararlaştırılması (Ön komite tarafından)(Haziran ortasına kadar) • Saha tetkiki yapılacak kişilerin ve sınav programının belirlenmesi (Haziran sonu) • Saha tetkiki hakkında tetkiki yapacak kişilerin şefi ile toplantı düzenleme. (Saha tetkikinden bir ay önce) • Saha tetkiki (21 Temmuz-30 Eylül) • Adayların Ödül için yeterliliklerinin kararlaştırılması. (Ekim ortası) • Kararlaştırılmamışsa devam eden sınav • Başarılı adayların belirlenmesi ve kamuya duyurulması (Ekim Ortası) • Ödül Töreni ve Kutlama Partisi (Kasım Ortası) • Ödül kazananların raporları (Kasım Ortası) • Ödül aldıktan üç yıl sonra durum raporu ve saha gözden geçirmesi (3 yıl sonra) • Japon Kalite Ödülü için başvurma. Ödül yılı dahil en az 5 yıl sonra		DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013) Başvuru ve Ödül Aşamaları • “Deming Ödül Kılavuzu” ve “Deming Ödülü Başvuru Kılavuzu”nu” temin edilmesi. • Deming Ödül Ofisine başvurulması. (Önceki yıl, 27 Aralık) • JUSE sekreteryası ile Deming Ödül Komitesine başvurulması. • Başvuru formunun Deming Ödül Komitesi sekreteriğine sunulması. (15 Ocak’a kadar) • Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları açıklamalarının sunulması. (31 Mart’a kadar) • Belge Sınavı (Nisan-Mayıs) • Saha tetkiki için başvuru sürecinin yeterliliğinin kararlaştırılması (Ön komite tarafından)(Haziran ortasına kadar) • Saha tetkiki yapılacak kişilerin ve sınav programının belirlenmesi (Haziran sonu) • Saha tetkiki hakkında tetkiki yapacak kişilerin şefi ile toplantı düzenleme. (Saha tetkikinden bir ay önce) • Saha tetkiki (21 Temmuz-30 Eylül) • Adayların Ödül için yeterliliklerinin kararlaştırılması. (Ekim ortası) • Kararlaştırılmamışsa devam eden sınav • Başarılı adayların belirlenmesi ve kamuya duyurulması (Ekim Ortası) • Ödül Töreni ve Kutlama Partisi (Kasım Ortası) • Ödül kazananların raporları (Kasım Ortası) • Ödül aldıktan üç yıl sonra durum raporu ve saha gözden geçirmesi (3 yıl sonra) • Japon Kalite Ödülü için başvurma. Ödül yılı dahil en az 5 yıl sonra		
DEĞERLENDİRME (Devamı)		DEMİNG MODELİ (The W. Edwards Deming Institute, 2013a, The W. Edwards Deming Institute, 2013b, JUSE, 2013) Ödül adaylarının, yönetim çalışanlarıyla ilgili öne sürdükleri bilgileri verilerle kanıtlamaları gerekmektedir. Adayların çok başarılı bir yönetim sistemine sahip olmaları ve bu sistemin sürekli gelişimi amaçlıyor olması zorunludur. Baldrige ödüllendirme sürecinde, İnceleme Yönetim Kurulu da dahil olmak üzere, danışmanlar, işletmelere performans yönetimi için gerekli görevler konusunda yardımcı bulunabilirler. Ödüllendirme gerçekleştirilmeden önce, alıcı olarak öne sürülen işletmelerde İnceleme Yönetim Kurulu tarafından bir araştırma yapılmaktadır. Kurul ziyaret ettiği örgütlerde çalışanlarla görüşerek, eldeki verilerin uygunluğunu ve gerçekliğini kontrol etmektedir. Burada yapılan incelemelerin tuttuğu sayısında, ödüllerin gerçek sahiplerini bulması sağlanmaktadır. Bu nedenle iki farklı başvuru gerçekleştirilmektedir: 1-Yeterlilik Başvurusu 2-Ödül Başvurusu Yeterlilik başvurusu 2011 yılı için Nisan ayında iken ödül başvurusu için son tarih Mayıs ayı idi. Başvurular CD ya da çıktı şeklinde olabilmektedir.	MBNQA) (NIST, 2013, http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model/, MBNQA, 2013) Ödül adaylarının, yönetim çalışanlarıyla ilgili öne sürdükleri bilgileri verilerle kanıtlamaları gerekmektedir. Adayların çok başarılı bir yönetim sistemine sahip olmaları ve bu sistemin sürekli gelişimi amaçlıyor olması zorunludur. Baldrige ödüllendirme sürecinde, İnceleme Yönetim Kurulu da dahil olmak üzere, danışmanlar, işletmelere performans yönetimi için gerekli görevler konusunda yardımcı bulunabilirler. Ödüllendirme gerçekleştirilmeden önce, alıcı olarak öne sürülen işletmelerde İnceleme Yönetim Kurulu tarafından bir araştırma yapılmaktadır. Kurul ziyaret ettiği örgütlerde çalışanlarla görüşerek, eldeki verilerin uygunluğunu ve gerçekliğini kontrol etmektedir. Burada yapılan incelemelerin tuttuğu sayısında, ödüllerin gerçek sahiplerini bulması sağlanmaktadır. Bu nedenle iki farklı başvuru gerçekleştirilmektedir: 1-Yeterlilik Başvurusu 2-Ödül Başvurusu Yeterlilik başvurusu 2011 yılı için Nisan ayında iken ödül başvurusu için son tarih Mayıs ayı idi. Başvurular CD ya da çıktı şeklinde olabilmektedir.	EFQM MÜKEMMELİK MODELİ (Emanet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008,) Mükemmellikte yetkinlik; EFQM Modeli’nin tüm içeriği esas alınır. 51 sayfalık başvuru dokümanı 2-5 kişilik değerlendirme ekibi tarafından değerlendirilir. Uzlaşım toplantısı ve saha ziyareti yapılarak, kuruluş ana kriterler bazında geri bildirim raporu verilir. 400 ve üzerinde puan alan kuruluşlara mükemmellikte yetkinlik belgesi verilir. Ulusal Kalite Derneği tarafından verilen belge iki yıl geçerlidir. Mükemmellikte kararlılık ödülü; EFQM Modeli’nin 9 ana kriteri esas alınır. 12 sayfalık başvuru dokümanı 1 kişi tarafından değerlendirilir. Değerlendirme ve saha ziyareti gerçekleştirilir. İyileştirme planının doğrulanmasından ardından mükemmellikte kararlılık belgesi verilir. Ulusal Kalite Derneği tarafından verilen belge iki yıl geçerlidir. Değerlendirme KALDER’e bağlı gönüllüler tarafından yapılmaktadır.	EFQM MÜKEMMELİK MODELİ (Emanet H., 2007, EFQM, 2013a, EFQM, 2013b, EFQM, 2013c, KÖYK, 2013, Michalska J., 2008,) Mükemmellikte yetkinlik; EFQM Modeli’nin tüm içeriği esas alınır. 51 sayfalık başvuru dokümanı 2-5 kişilik değerlendirme ekibi tarafından değerlendirilir. Uzlaşım toplantısı ve saha ziyareti yapılarak, kuruluş ana kriterler bazında geri bildirim raporu verilir. 400 ve üzerinde puan alan kuruluşlara mükemmellikte yetkinlik belgesi verilir. Ulusal Kalite Derneği tarafından verilen belge iki yıl geçerlidir. Mükemmellikte kararlılık ödülü; EFQM Modeli’nin 9 ana kriteri esas alınır. 12 sayfalık başvuru dokümanı 1 kişi tarafından değerlendirilir. Değerlendirme ve saha ziyareti gerçekleştirilir. İyileştirme planının doğrulanmasından ardından mükemmellikte kararlılık belgesi verilir. Ulusal Kalite Derneği tarafından verilen belge iki yıl geçerlidir. Değerlendirme KALDER’e bağlı gönüllüler tarafından yapılmaktadır.
MALİYET	Şirketlere verilen Deming Ödülü ve İşletme Üniteleri için verilen Kalite Kontrol Ödülü için sınav ücreti alınmamaktadır. Ancak saha tetkiki için karşılaşılan masrafları (tetkikçilerin konaklama ve seyahat giderleri gibi) başvuru şirketin karşılaması beklenir. Ödül için başvurmamak isteyen kuruluşların “Deming Ödülü Başvuru Kılavuzunu” incelemesi önerilmektedir.	Ödül için başvuru ücreti 2011 yılı için başvuru yapan sektöre göre 3500 ile 7000 dolar arasında değişmektedir. Saha ziyareti de gerçekleştirilse ücret 15 bin ile 40 bin dolar arasında değişmektedir.	Kalitede Yetkinlik Başvuru Ücretleri; UKH Katılımcıları için: 4500 € + Saha Ziyareti Masrafı KALDER üyeleri için: 5500 € + Saha Ziyareti Masrafı Üye Olmayanlar için: 6500 € + Saha Ziyareti Masrafı Bu Ücretlere %18 KDV eklenecektir.		

Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R., 2007). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kendiliğinden ortaya çıkan veya gerçekleşen bir şey olamayacağından bilinçli ve planlı faaliyet gerektirir. Sağlık otoritesinin görevi de bu işlerin yerine getirilmesinde alt yapıyı sağlamaktır (Özkan A., 2012). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen “sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon” çalışmalarını kurumsal ve sistematik bir şekilde 2005 yılında hayata geçirmiştir.

Ülkemizde 2003 yılında uygulamaya başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” dur (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014). Sağlık Bakanlığı kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen “sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon” çalışmalarını kurumsal ve sistematik bir şekilde 2005 yılında hayata geçirmiştir. Yapılan değerlendirmelerin sonucunda kalite kriterlerini ihtiyaçlara, önceliklere ve stratejik hedeflere göre revizyonlara uğratarak daha da geliştirmiştir.

2007 yılında sistemin daha da geliştirilmesi, iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla, İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelere ilaveten, farklı illerden değerlendirici ekipler oluşturulmuş ve ekipler başka bir ilin merkez hastanelerinde değerlendirmeler yapmıştır. Sağlık Bakanlığı bu uygulama ile kalite çalışmalarına yeni bir boyut kazandırmıştır. 2009 yılında fiili olarak ve resmen özel hastaneler de kalite süreçlerine dâhil edilmiştir. Bu çerçevede 2010 yılı ilk yarısında özel hastaneler, Bakanlıkça belirlenen ekipler tarafından “Merkezi Değerlendirme” kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca 2010 yılı sonunda 81 il merkezinde bulunan kamu hastaneleri ile ağız ve diş sağlığı merkezleri yine aynı yöntemle değerlendirilmiştir. Bu şekilde; Bakanlıkça belirlenen değerlendirme ekiplerinin yine Bakanlığın öngördüğü kurallar ve takvim çerçevesinde, tüm ülke genelinde belirlenen kurum ve kuruluşlarda gerçekleştirdiği sağlıkta kalite değerlendirme metodolojisi “HKS Merkezi Değerlendirme” adıyla kurumsallaştırılmıştır. Değerlendirmeler Bakanlıkça yayımlanan “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” çerçevesinde gerçekleştirilmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuş olup;

- İnsan sağlığını odak noktası yapma
- Sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme
- Faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama
- Sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme
- Dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etme

İlkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite standartları geliştirme, kalite değerlendirme, kalite eğitimleri, uluslararası çalışmalar ve sağlık kurumlarının akreditasyonu alanlarında faaliyetlerini yürütmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014).

Uluslararası Sağlıkta Kalite Derneği (ISQua) Akreditasyon Üst Kurulu tarafından incelenen ve 9 Ocak 2014 'te sonuçlanan çalışma ile "Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Seti" (SAS-Hastane) uluslararası düzeyde akredite edildi. Sistemin diğer aşamaları olan "Değerlendirici Eğitim Programının Akreditasyonu" ve "Kurumsal Yapının Akreditasyonu" sürecinin de 2014 sonuna kadar tamamlanması hedeflenmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014).

Sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık disiplinleride kendi eğitimlerinin akreditasyonu için bağımsız dernekler kurmaktadır. Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktadır (TEPDAD, 2014). Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği'nin hemşirelik eğitiminin kalitesinin yükseltilmesi için yaptığı çalışmaların Yüksek Öğretim Kurumunda incelenmekte olduğu bilinmektedir (HEPDAK, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirmek için kullanılan standartların ve modellerin özellikleri yukarıdaki tabloda tartışılmıştır. Bu makalede ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirme ile ilgili yapılanların tümünün birlikte ele alınıp değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır (Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R., 2007). Sağlık hizmetlerinde mükemmelliğe ulaşmak için gereklerin anlaşılması ve yapılması açısından bu makale literatüre katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sürecinde kalite standartlarının ve/veya modellerinin kullanılması hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde, başarısının ölçülmesinde ve geri besleme bilgisi sağlayacak şekilde iyileştirici önlemlerin alınmasında gereklidir. Sağlık kuruluşları rekabette ayakta kalabilmek için rakiplerle

arasında fark yaratacak şekilde kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarf etmelidirler. Kurumsal performanslarını iyileştirmek için kalite standartlarından ve modellerden yararlanması önerilir. Böylece kuruluşlar hizmet sunumunda kaliteyi yakalayarak çalışanların iş tatminini ve motivasyonunu, yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernizasyonunu, karar mekanizmalarında akılcılığı, bilgi sistemlerinin dokümantasyonunu, ve iletişim mekanizmasının işlerliğini sağlayabilmektedir. Ayrıca kuruluşlarda kalite çalışmaları yeterli bilgi ve eğitim alan kişiler tarafından yürütülmelidir. Araştırmacıların kalite standartlarını ve/veya modellerini uygulayan kuruluşlarda çalışmalar yapması ve elde edilen sonuçları paylaşması önerilir.

KAYNAKLAR

- American Nurses Credentialing Center. ANCC magnet recognition program. Erişim Adresi: <http://nursecredentialing.org/magnet/>. Erişim Tarihi: 25.11.2013.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6).
- Baldrige Model. Erişim Adresi: <http://www.baldrige.com/tag/baldrige-model/>. Erişim Tarihi: 03.02.2013.
- Demirel Etöz, S. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta.
- Emanet, H. (2007). EFQM mükemmellik modeli ile kamu sektöründe öz değerlendirme çalışmaları üzerine bir saha çalışması. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 8(1).
- European Foundation for Quality Management, (2013a). The EFQM Excellence Model. Erişim Adresi: <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model>. Erişim Tarihi: 25.11.2013.
- European Foundation for Quality Management, (2013b). Model Criteria. Erişim Adresi: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria>. Erişim Tarihi: 18.11.2013.
- European Foundation of Quality Management, (2013c) EFQM award history. Erişim Adresi: <http://www.efqm.org/what-we-do/recognition/efqm-award-history#2013>. Erişim Tarihi: 25.11.2013
- Gökmen, C. (2005). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü. Hastaneler için kalite yönetimi uygulama kılavuzu.
- Halis, M. (2000). Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO-9000 Kalite Güvenceleri Sistemleri ISO-9002 Kalite Belgesi Çalışmaları. Deming Kalite Ödülü. 1. Baskı, İstanbul: Beta Basım.
- Joint Commission International. (2013a). Erişim Adresi: <http://tr.jointcommissioninternational.org>. Erişim Tarihi: 28.09.2013.
- Joint Commission International. (2013b). Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları. Erişim Adresi: <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/Programs-Hospitals/> Erişim Tarihi: 27.12.2013.

- JUSE. The Deming prize. Erişim Adresi: <http://www.juse.or.jp/e/deming>. Erişim Tarihi: 15.01.2013.
- Kalite Ödül Yürütme Kurulu. EFQM Mükemmellik Modeli. Erişim Adresi: http://koyk.kalder.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=5. Erişim Tarihi: 25.11.2013.
- Kara, E. (2009). Yerel Yönetimlerde EFQM Mükemmellik Modelinin Uygulanması. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans tezi. Gebze.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Küçük, F. (2010). Toplam Kalite Yönetiminde Sorunların Önemsizleşme Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Kamu-İş, 11(3), 29-53.
- Lash, A. A., Munroe, D.J. (2005a). Magnet designation: a communique to the profession and the public about nursing excellence. Medsurg Nursing. CE Series.
- Lash, A. A., Munroe, D.J. (2005b). Achieving magnet recognition: the process. Medsurg Nursing, CE Series.
- Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA). Erişim Adresi: <http://asq.org/learn-about-quality/malcolm-baldrige-award/overview/overview.html>. Erişim Tarihi: 03.02.2013.
- Michalska, J. (2008). Using the efqm excellence model to the process assessment. journal of achievements in materials and manufacturing engineering, 27(2).
- National Institute of Standards and Technology. Education criteria for performance excellence. Erişim Adresi: http://www.nist.gov/baldrige/publications/archive/2011_2012_education_criteria.cfm. Erişim Tarihi: 03.02.2013.
- Sabuncu, N, Babadağ, K, Taşocak, G, Atabek, T. Hemşirelik Esasları. Erişim Adresi: <http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1207/unite01.pdf>. Erişim tarihi: 27.11.2013.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, (2012). 1. Basım. Ankara: Pozitif Matbaa.
- Schyve, P.M. (2000) The evolution of external quality evaluation: observations from the joint commission on accreditation of healthcare organizations. International Journal for Quality in Health Care, 12(3): 255-258.
- Shaw, C. (1997). Accreditation and ISO: International Convergence on Health Care Standards. International Journal for Quality in Health Care, 9(1).
- The W. Edwards Deming Institute. (2013a). What is the Deming prize? Erişim Adresi: <http://deming.org/index.cfm?content=511>. Erişim Tarihi: 15.12.2013.
- The W. Edwards Deming Institute. (2013b). Deming prize for individuals. Erişim Adresi: <http://deming.org/index.cfm?content=512> Erişim Tarihi: 15.01.2013.
- Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği. Erişim Adresi: <http://uteak.org.tr/uploads/TEPDADTuzuk.pdf> Erişim Tarihi: 28.01.2014
- Türk Standardları Enstitüsü. Erişim Adresi: <http://www.tse.org.tr/docs/standard-ve-ekonomik-teknik-dergi/standardteknikdergi-haziran2013.pdf>. Erişim Tarihi: 27.11.2013.
- Yanmaz, Ö. Kalite Ödül Sistemleri. Erişim Adresi: <http://www.Kalite.Saglik.Gov.Tr/Makaleler/Odul.Htm>. Erişim Tarihi: 28.09.2011.

Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım ile Toplumsal Statü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Doç. Dr. Haluk TANRIVERDİ¹

Doç. Dr. Orhan AKOVA²

Rabia ZORLU³

ÖZET

Amaç

Bu çalışma hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ile hemşirelik mesleğine yaklaşım ölçeği içinde yer alan ataerkil gelenek, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, medeni durum ve örgütlenme boyutları arasındaki ilişkileri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem

Kesitsel tanımlayıcı tipteki çalışmanın örneklemini, İstanbul'da faaliyet gösteren devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerden, tesadüfî örneklem yöntemine göre seçilmiş 578 hemşire oluşturmaktadır. Veriler sosyo-demografik özellikler ile Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Ölçeği ve Hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ölçek soru formları ile toplanmış, ortalama ve yüzdelik dağılım ile faktör analizi, korelasyon ve regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım'da en yüksek etki medeni durumun etkisi en düşük etki eğitim düzeyi etkisidir. Hemşirelik mesleğiyle ilgili tüm yaklaşımların toplum-

1 Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Turizm İşletmeciliği Bölümü tanriverdihaluk@yahoo.com

2 Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Turizm İşletmeciliği Bölümü akovaorhan@hotmail.com

3 Uz. Hemşire, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. r.zorlu83@hotmail.com

sal statüyü etkilediği ortaya çıkmıştır. Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım boyutlarından ataerkil yapı, sosyo-ekonomik durum, eğitim, cinsiyet, medeni durum ve örgütlenme düzeylerinin hemşirelik mesleğine yönelik toplumsal statü ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelikle ilgili yaklaşımların hem toplumsal statüyle ilişkisi olduğunu hem de toplumsal statüyü etkilediği ortaya çıkmıştır. Ataerkil gelenek, eğitim ve medeni durumun hemşireliğe ilişkin toplumsal statünün oluşmasında etkili olduğu görülmüştür.

Sonuç

Hemşirelik mesleğine yönelik yaklaşımlarla toplumsal statü arasında ise anlamlı ilişki bulunduğu, hemşirelik mesleğine yönelik yaklaşımların da hemşirelerin toplumsal statüsünü etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Mesleği, Algı ve Yaklaşımlar, Toplumsal statü

The Examination of the Relationship Between Social Status and Approach to Nursing

ABSTRACT

Purpose

This study aims to designate relations on social status scale regarding nursing and approach to nursing among patriarchal tradition, gender, educational level, socio economic level, marital status and dimensions of being organized.

Method

Sample of cross sectional descriptive study was formed with 578 selected nurses, with random sampling method, who were working for government hospitals in Istanbul. Data were collected with socio demographic characteristics and approach to nursing scale and social status questionnaires relating to nursing, evaluated with average and percentage distribution of factor, correlation and regression analyses.

Findings

In nursing approaches, highest effect is for marital status, lowest effect is for educational level. All nursing approaches effect social status. Patriarchal structure, socio economic state, education, gender, marital status and being organized levels are meaningfully related to social status connected with nursing. Approaches related to nursing are both related to social status and effect social status. Patriarchal tradition, education and marital status are effective on social status formation related to nursing.

Conclusion

There is a meaningful relation between nursing approaches and social status, nursing approaches effect social status of nurses too.

Key Words: Nursing, Perceptions and Approaches, Social Status

GİRİŞ

Hastaneler hemşirelerin temel mesleki faaliyetlerini gerçekleştirdikleri diğer meslek gruplarıyla birlikte çalıştıkları ve etkileşim içine girdikleri yerlerdir (Abbott, 2002; Ayala ve diğerleri, 2014). Hemşirelik toplumun her kesimine bakım hizmeti veren ve sağlık işletmelerinde meslektaşları ve diğer sağlık görevlileriyle uyum içinde çalışan, araştırma ve uygulamaya dayanan bir sağlık bilimidir (Nazik ve Aslan, 2014). Hemşireler sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçası olmakla birlikte, hemşirelik mesleği toplum tarafından yeterince anlaşılamamış bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çoğu kez hemşirelik mesleği sadece hasta bakımı yapan yetki ve sorumluluğu düşük ve yüksek eğitim gerektirmeyen (Özpancar ve diğerleri, 2008), statüsünün ve saygınlığının düşük olduğu bir meslek olarak algılanır (Eskimez ve diğerleri, 2008). Kadınlar insanlık tarihi boyunca çocuk bakım işleri, ev işleri ve yaşlılara bakım görevlerini üstlenmiştir (Berman ve diğerleri, 2008). Kadına biçilen bu görevlerden dolayı hemşirelik mesleği bir kadın mesleği olarak görülmüştür. Geleneksel olarak hemşirelerden hastalara bakması, beslemesi, rahat ettirmesi ve yardım etmesi gibi roller beklenmektedir (Turan ve diğerleri, 2011). Oysa ki bu görevlerin modern toplumlarda sadece hemşirelik mesleğini yürüten kadınlar tarafından yapılan görevler olarak algılanması yerine, hemşirelik mesleğinin daha üst bir boyutta ele alınarak toplum sağlığını koruyan, geliştiren hastaları iyileştirmeye yardım eden ve yaşam kalitesini yükselten ve rehabilite eden bir meslek olarak benimsenmesi gerekmektedir (Terzioğlu ve Taşkın, 2008). Bununla birlikte bu meslek sağlık sistemi içinde istihdam alanı olarak en yüksek payı almakta ve giderek meslekleşmede ve yapılan bilimsel çalışmalarda ve üniversitelerde verilen eğitimle birlikte akademik çalışmalara daha fazla konu olmaktadır (Nazik ve Aslan, 2014).

Hemşirelik eğitimi yirminci yüzyılın ortalarına kadar çıraklık (stajyerlik) modeline dayanmaktaydı. Yüzyılın ikinci yarısı akademik eğitim programına doğru bir değişim gerçekleşmiş, böylece hemşirelikle ilgili bilimsel çalışmaların artması mümkün olmuştur. Hemşirelik okulları hastanelerden üniversitelere taşınmış ve hemşirelik üniversitelerde akademik bir ortamda öğretilmeye başlanmıştır (Ayala ve diğerleri, 2014). 1970'lerin ortalarına kadar tıp mesleği ağırlıklı olarak erkekler tarafından yönetilmiş hemşirelikte bugün olduğu gibi daha çok bayan mesleği olarak kabul edilmiştir (Gjerberga ve Kjolsrod,

2001). Hastanelerde hemşire olarak çalışanların çoğunluğunun kadın olmasında bu mesleğin geleneksel olarak kadına atfedilen bir meslek olarak algılanmasının önemli bir payı vardır ve bir çok ülkede bu mesleği yapanların %90'ı kadındır (Urhan ve Etiler, 2011). Bununla birlikte son zamanlarda hemşireler bilinçli bir şekilde hemşirelik kavramını ve hemşirelerin sağlık çalışanlarıyla ilişkisini tartışmaya açmış ve değişim için çeşitli girişimlerde bulunmaya başlamışlardır (Gjerberga ve Kjolsrod, 2001).

Bir sağlık işletmesi, hiyerarşik bir yapının hakim olduğu, mesleki statüyü belirleyici rol oynayan bir sistem olarak düşünülebilir. Farklı seviyedeki çalışanların yaptıkları işe göre mesleki statüleri ve bu mesleklerin toplum nezdinde sahip oldukları prestij belirlenir (Johnson ve Bowman, 1997). Sınıf kavramı sermayenin dağılımını veya kaynakların ve gücün kullanım biçimini ifade eder (Bourdieu, 1984; Ayala ve diğerleri, 2014). Sınıf etkileşimi gücün ve kaynakların meslekler arasındaki dağılımı açısından önem taşımaktadır (Abbott, 1988; Ayala ve diğerleri, 2014). Bir mesleğin statüsü ortaya konan hizmetin toplum açısından yararlılığıyla yakından ilişkilidir. Toplumun ihtiyaçları vesilesiyle yeni uğraşlar ortaya çıkar ve uğraşlar belirli süreçlerden geçerek meslek haline gelir ve toplum yaşamı için önem arz eden mesleklerin yetkileri kabul edilir ve mesleki statüye kavuşur (Eskimez ve diğerleri, 2008). Farklı sınıflarda yer alan meslekler arasında beklentiler, yetki ve karar verme biçimleri değişmektedir (Ayala ve diğerleri, 2014). Bu durum meslekler arası farklılıklardan kaynaklanan statü farklılıklarını ortaya çıkarmaktadır. Eğitim, gelir, meslek, aile ve diğer sosyal çevre etmenleri birbirleri arasında etkileşim içinde bireyin statüsünü belirleyici rol oynayabilmektedir (Birkök, 1999). Toplumsal statü ayrıca insanların sosyal hayatlarında nasıl hareket etmeleri gerektiğini de belirlemektedir (Hadley ve diğerleri, 2012). Hemşirelik baskın olarak cinsiyete dayalı bir meslektir (Johnson ve diğerleri, 2013). Hemşirelik günümüzde sosyal açıdan bazı önlemler alınmasına rağmen hala kadın mesleği ve orta sınıf mesleği olarak düşünülmektedir (Callinicos, 1983; Erikson ve Goldthorpe, 1992; Weston, 2011; Ayala ve diğerleri, 2014).

İmaj ve statü kavramları birbirleriyle doğrudan ilintilidir. Bir mesleğin toplum gözünde imajı mesleki statü ile ilişkilidir. Çelik ve diğerleri, 2013). Toplumsal statü ve daha sonra ortaya çıkan prestij toplumsal değerlerin yansımasıdır. Statü konusunda toplumsal bir uzlaşa sağlanamadığında meslekle ilgili prestij algısı da gerçekleşmemektedir (Tyree ve Hicks, 1988; Johnson ve Bowman, 1997). Bu durum da statü ve prestij kavramları arasındaki ilişkinin boyutunu göstermektedir.

Uluslararası düzeyde meslek statüsü kriterleri sınıflandırmasına genellikle 3 temel faktör dahil edilir. Bunlar; yetenek seviyesi veya iş yapabilme kabiliyeti veya görevler ve iş veya işlerin bütünü ile yürütülen işlerdir. Bu kriterlerin benzerlikleri ve mesleki nitelikleri temel kategorilere verilen unvanları yanıltmaktadır (Johnson ve Bowman, 1997).

Cinsiyet kavramı insanların farklı iki cins olarak biyolojik, fizyolojik ve genetik olarak sahip oldukları özellikleri ifade eder (Vefikuluçay ve diğerleri 2007; Pınar ve diğerleri 2008; Turan ve diğerleri, 2011). İnsanlar farklı cinsiyetlerde ve bu cinsiyetlerin genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklerine sahip olarak doğarlar, fakat yaşadıkları toplumun sosyo-kültürel özelliklerine, geleneklerine, toplumsal beklentilerine göre toplumsal cinsiyet kimliklerini kazanırlar (Berman ve diğerleri, 2008; Turan ve diğerleri, 2011). Toplumsal cinsiyet kavramı toplumun kadını ve erkeği algılayış biçimini, davranış tarzını ve bu davranışlardan beklentilerle ilgili değerler, yargılar, roller ve beklentileri içerir (Dökmen, 2004; Bhasin, 2003; Akın ve Demirel, 2003; Kottak, 2002; Staggenborg, 1998; Yılmaz ve diğerleri, 2009). Literatürde toplumsal cinsiyet rolünün (Basow, 1992; Staggenborg, 1998; Bhasin, 2003; Dökmen, 2004; Yılmaz ve diğerleri, 2009) kadın ve erkeğin çalışma yaşamında, aile ve toplum hayatında kadın ve erkeğe farklı davranışlar yüklediği görülmektedir. Özellikle eğitim düzeyinin yükselmesi kadının toplumsal cinsiyetteki rolünü eşitlik düzeyinde ve kadınların lehine değiştirmeye başlamıştır (Yılmaz ve diğerleri, 2009).

Toplumun sosyal yapısı, toplumun hemşirelere ve hemşireliğe yönelik algılarını ve tutumlarını şekillendirir (Karaöz, 2002). Kadın ve erkek yaşadıkları toplumda kendilerine öğretilen kadının aleyhine eşitsiz rolleri bir süreç içinde öğrenerek ve benimseyerek geliştirmeye devam etmektedir (Akın, 2001). Bu yüzden her toplum kendi toplumsal cinsiyet kavramını kendisi oluşturur ve bireylere yükler. Bu da kültürden kültüre toplumsal cinsiyet kavramının değişebileceğini göstermektedir (Güven ve diğerleri, 2014).

Mesleki statü ve eğitim seviyesi ölçekleri mesleklerin uluslararası prestijinin belirlenmesi açısından uygun bir göstergedir. Mesleki sınıflandırma ayrıca sosyal değişimi gösteren önemli bir dinamik süreçtir (Johnson ve Bowman, 1997). Hemşirelik mesleği bazı durumlarda hemşirelerin özellikle kadınların bazı kültürlerde yapmasının uygun olmadığı ve yasaklandığı davranışları gerçekleştirmesini gerektirmesi; (Bryant, 2003; Kim ve Motsei, 2002; Marks,

1997), hemşirelerin toplum nezdinde farklı bakış açılarıyla değerlendirilmelerine sebep olabilmektedir. Diğer taraftan hemşirelere yönelik olumlu algılar özellikle bir dereceye kadar yüksek eğitim seviyesi ve mesleki statüyle ilişkilendirilmektedir (Hadley ve diğerleri, 2007).

Çağdaş topluluklarda sosyal sınıf farklılaşması karmaşık sosyal kriterler aracılığıyla gerçekleşir. Büyük yetenekler, uzun eğitim ve yüksek öğretim gerektiren işler, gelir, oturulan yer ve hayat tarzı (Susser ve diğerleri, 1985; Johnson ve Bowman, 1997) bir mesleğe verilen sosyal prestijini belirleyicisidir. Bir mesleğin statüsüyle o mesleğin içinde yer alan meslek grubunun toplumdaki imajı arasında paralel bir ilişki bulunmaktadır (Çınar ve Demir, 2009). Hemşirelerin mesleki prestijlerinin dolayısıyla statülerinin artması, iş tatmini, terfi imkanları ve hasta bakımıyla ilgili karar verme serbestisini beraberinde getirmektedir (Johnson ve Bowman, 1997). Dünyada kadın mesleği olarak en fazla genellenen meslek hemşireliktir (Özsoy 2000). Bu genelleme hemşirelerin sosyo-ekonomik, hukuki, örgütsel haklarını ve mesleki otonomisini olumsuz olarak etkilemektedir. Bununla birlikte hemşirelerin aldıkları ücretler, mesleki riskler, otonomi yetersizliği, çalışma koşulları vb. nedenler hemşirelik imajını (Çınar ve Demir, 2009) dolayısıyla toplumsal statüsünü etkilemektedir.

Meslekler toplumun gelişimini etkilediği gibi içinde yaşanılan toplum da mesleklerin gelişim sürecini etkileyebilmektedir (Eskimez ve diğerleri, 2008). Günümüzde hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsü bir çok değişkenden etkilenebilmektedir. Bunlar arasında toplumsal cinsiyet, ataerkil yapı, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, medeni durum ve örgütlenme düzeyi gelmektedir. Benzer şekilde medeni durum ve örgütsel yapı da toplumsal statüyü etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenlerden ötürü bu çalışma hemşireler açısından toplumsal statüyle farklı boyutlar arasında ilişki olup olmadığını belirlemeyi amaçlamaktadır.

LİTERATÜR

Hemşirelik mesleğiyle ilgili toplumsal statü çalışmaları son zamanlarda daha sık ele alınmaya başlamış (Abbott, 2002; Ayala ve diğerleri, 2014) olmakla birlikte hemşirelik mesleğine yönelik toplumsal statüsüyle ilgili az sayıda araştırma bulunmaktadır (Hadley ve diğerleri, 2012). Yapılan araştırmalarda toplumsal statünün sadece sosyal davranışı değil sosyal bilinç süreci ve iş başa-

rımını etkilediği yönünde bulgular elde edilmiştir (Hadley ve diğerleri, 2012). Literatürde cinsiyet ve cinsiyetin hemşirelik mesleğiyle ilişkisine özellikle iş nesnesi olarak kadının sömürülmesi ve denetimi biçimi (Adkins, 1995; Acker, 2006; Ayala ve diğerleri 2014) ve mesleklerin sınıflandırılması, statü ölçümü ve prestij sıralaması (Birkök,1999) konularında bir çok araştırma yapılmıştır. Bunun yanında mesleki statüyle ilgili mesleki gruplar arasında veya grup içinde varılan uzlaşma ve onun karşısı belirsizlik konuları ve mesleki prestij konusu bir çok araştırmacının ilgisini çekmektedir (Johnson ve Bowman, 1997).

Kolombiya’da doktor, dişçi, hemşire, ebe, stajyer öğrenciler ve eğitimsiz kırsal hastabakıcılar arasında yapılan bir araştırmada doktor, dişçi ve hemşirelerin en yüksek saygı gören kategoride oldukları tespit edilmiştir (Bertrand ve Micklin, 1979; Johnson ve Bowman, 1997). Doktor ve dişçilerle kıyaslandığında hemşireliğin ekonomik faydaları orta kategoride yer almış, çalışmanın sonucunda hemşireler genellikle sağlık çalışanları arasında statü farklılığı algısıyla ön plana çıkmıştır (Oaker ve Brown, 1985; Johnson ve Bowman, 1997). Delice (2006) yaptığı araştırmada; hemşirelerin, iş koşullarında, toplumsal cinsiyet rollerindeki ayrımcılık nedeniyle, ezilmekte ve sömürülmekte olduğu belirtilmiştir.

Turner (1986), profesyonelleşmeyle hemşirelerin mesleki prestij kazanmasının sınırlarıyla ilgili görüşleri belirlemeye yönelik bir araştırma yapmıştır. Bu görüşler incelendiğinde hemşirelikle ilgili var olan önyargılar, ağır ve sıkıcı iş olgusu, ölüm, hastalık ve doğumla ilgili süregelen aile kutsallığı kavramları ön plana çıkmıştır. Johnson ve Bowman (1997), yaptıkları bir araştırmada, hemşirelikte kadın cinsiyetinin hakim olduğu, hemşirelerin düşük ücret aldığı, hemşirelik mesleğinin prestijinin düşük olduğu ve hemşirelerin çalıştıkları ortamlarda düşük otonomiye sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Ayrıca Bazı yazarlar, hemşirelik mesleğini, kadın işi gibi görünmesine rağmen erkeklerin de yapmasını önermektedir (Powell ve Jacobs, 1984; Johnson ve Bowman, 1997). Çelik ve diğerlerinin (2013), hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada, serbest meslekle uğraşan ve ailesinde bir hemşire yakını olan bireylerin sahip oldukları hemşirelik imajlarının daha yüksek düzeyde olumlu olduğunu belirlemişlerdir. Taşocak (1997), 1992-1993 yılları arasında öğretim üyeleri üzerine yaptığı araştırmada katılımcıların hemşirelerle ilgili, çoğunlukla kadın ve aynı zamanda iyilik meleği

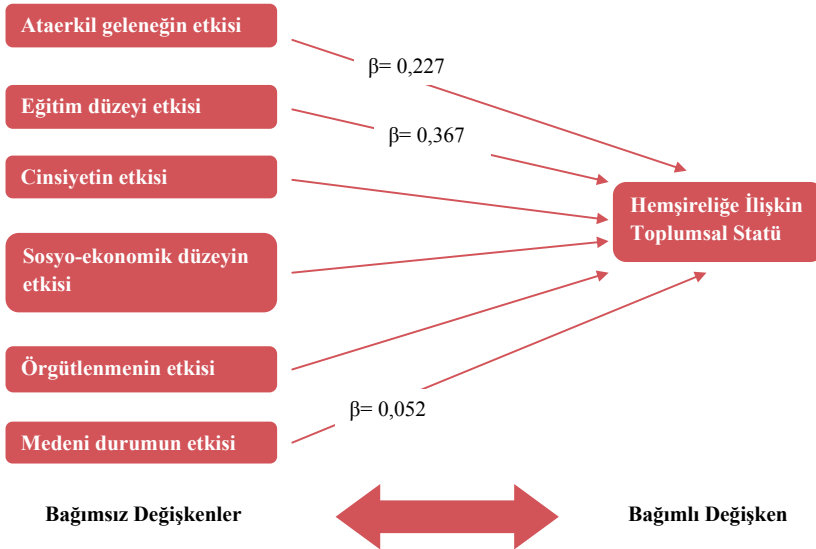
olduklarını düşündüklerini belirlemiştir. Çınar ve Demir (2009), hemşirelikle ilgili temel eğitimin üniversite olması gerektiği konusunda görüş birliğinde oldukları ortaya çıkmıştır. Özsoy (2000), yaptığı araştırmada hemşirelik imajının toplum nezdinde orta düzeyde olduğunu tespit etmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın modelinden, evren ve örneklemin-den bahsedilmekte, hipotezlerine, veri toplama araçlarına ve verilerin istatistiksel analizine yer verilmektedir.

Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ile hemşirelik mesleğine yaklaşım ölçeği (ataerkil gelenek, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, medeni durum ve örgütlenme) boyutları arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılacaktır. Araştırmanın temel varsayımı hemşirelerin toplumsal statüsüyle ataerkil gelenek, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, medeni durum ve örgütlenme gibi hemşirelik mesleğine yaklaşım ölçeği boyutları arasında anlamlı ilişkinin olduğu savına dayanmaktadır. Betimsel bir çalışma olan bu araştırmada ilişkiyel tarama modeli kullanılmıştır. Bu amaçla hazırlanmış olan Likert tipi anketler yardımıyla katılımcıların görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Evren Örneklem

Araştırmanın evrenini 2010 yılında İstanbul’da faaliyet gösteren devlet hastanelerinde görev yapan hemşireler oluştururken, örneklemine, tesadüfi örneklem yöntemine göre seçilmiş 578 hemşireden oluşmaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada aşağıda yer alan hipotezler test edilmeye çalışılmıştır.

Hipotezler Hipotez1 H0: Hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ile Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ile Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 2 H0: Hemşirelik mesleğine ilişkin yaklaşımların hemşireliğe ilişkin toplumsal statü üzerinde etkisi yoktur.

H1: Hemşirelik mesleğine ilişkin yaklaşımların hemşireliğe ilişkin toplumsal statü üzerinde etkisi vardır.

Veri Toplama Araçları Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması

Araştırmada kullanılan bulgular Zorlu (2011)’nin yüksek lisans projesinde kullanmış olduğu anket soruları yeniden analiz edilmek suretiyle üretilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken t testi; Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve Tukey testi kullanılmıştır. Ölçekler için Faktör analizi uygulanarak yapı geçerliliği ortaya çıkarılmıştır, Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisini ölçmek için Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir. Veri analizleri hemşirelik mesleğine yaklaşımlar ve toplumsal statü ölçeği açısından incelenmiştir.

Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Çalışması

Araştırmada kullanılan anket demografik sorularla birlikte 28 maddeden oluşan Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım ölçeğinden oluşmaktadır. Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım ölçeğindeki 28 maddenin genel güvenilirliği 0,890 olarak bulunmuştur. Yapılan Kmo ve Barlett analizi sonucunda KMO değerinin 0,865 olarak Barlett değerinin ise 0,05 den küçük olduğu ve faktör analizi nin yapılabilir olduğu görülmüştür. Faktör analizi sonucunda toplam varyansı %57,46 olan 6 faktör oluşmuştur. Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım ölçeğinin faktör yapısı ve güvenilirlik katsayıları Tablo 1. de incelenmiştir. Faktör analizi sonucunda ataerkil gelenek, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, medeni durum ve örgütlenme faktörleri belirlenmiştir.

Tablo 1. Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach's Alpha
Ataerkil geleneğin etkisi	Ataerkil geleneğin etkisi altında ki hemşirelik mesleği hemşirelerinin özlük hakları bilincini olumsuz yönde etkilemektedir.	0,753	14,531	0,855
	Ataerkil geleneğin biçtiği rollerden dolayı (anne, bacı, eş rolü) hemşire mesleğini ikinci planda görmektedir.	0,749		
	Hemşirelik mesleği, ataerkil geleneğin etkisi altındadır.	0,703		
	'Evin geçimini erkek sağlar' gibi geleneksel kabullerden dolayı hemşirelerinin mesleğine yaklaşımı ikinci planda olmaktadır.	0,691		
	Hemşirenin anne,eş, bacı gibi algısından dolayı iş yerinde yaşadığı problemlere yaklaşımı kısa vadede çözüme yakın olup uzun vadede hemşirelik mesleğine katkıda bulunmaktan uzaktır.	0,656		
	Hemşireliğin statüsü, kadının statüsünün düşüklüğünün yansımasıdır.	0,648		
	Toplumsal hemşirelik mesleğiyle ilgili iş ortamında ki beklentileri (anne, bacı, eş) hemşireliğin imajını olumsuz yönde etkilemektedir.	0,552		
	Hemşirenin mesleki bilinçsizliği toplumun kendine biçtiği rolü (anne, bacı, eş) kabul etmesinde etkili olmuştur.	0,526		

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach's Alpha
Eğitim düzeyi etkisi	Eğitim seviyesinde ki artış, iş kalitesine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır	0,817	9,910	0,768
	Eğitim seviyesinde ki artış,özlük hakları bilincine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır.	0,726		
	Farklı eğitim düzeyinde ki hemşire ve ebelerin mesleğe yaklaşımları da birbirinden farklıdır	0,666		
	Sağlık okulu ve sağlık meslek lisesinden yetişen hemşirelerle,ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin bilgi düzeyleri birbirinden farklıdır.	0,659		
	Hemşirenin eğitim düzeyinde ki artış, hemşire-doktor ilişkisinin daha profesyonel olmasını sağlamaktadır.	0,595		
Cinsiyetin etkisi	Hemşirenin cinsel kimliği, idari personelle ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir.	0,789	8,894	0,732
	Hemşirenin cinsel kimliği, yardımcı sağlık personeliyle ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir.	0,785		
	Hemşirenin doktorla ilişkisi, ideal olandan (profesyonellikten) uzaktır.	0,623		
	Hemşireliğin bir kadın mesleği olarak algılanması, hemşire -doktor ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir.	0,593		
	Hemşirelik mesleği ,kadın mesleği olarak algılanmaktadır.	0,333		
Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi	Hemşirenin ebeveyninin sosyoekonomik düzeyi, hemşirenin çalışma şartlarının belirlenmesinde etkilidir.	0,778	8,463	0,773
	Hemşirenin ebeveyninin sosyoekonomik düzeyi,hemşirenin özlük hakları bilincinde etkilidir.	0,768		
	Hemşirenin ebeveyninin sosyoekonomik düzeyi,hemşirenin mesleki özgüveninde etkilidir.	0,717		

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach's Alpha
Örgütlenmenin etkisi	Mesleğe erken yaşta başlama (yetişkin olmayan yaşlarda) hemşirenin özlük hakları bilincini olumsuz yönde etkilemektedir.	0,842	8,443	0,746
	Sağlık okulu ve sağlık meslek lisesi okuyan hemşirelerin ,reşit olmayan yaşlarda hastane ortamında yüklendikleri sorumluluklardan dolayı ruhsal gelişimleri olumsuz yönde etkilenmektedir.	0,770		
	Hemşirelik mesleğini icra edenlerin çoğunun kadın olması mesleki örgütlenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir.	0,577		
	Hemşirelerin eğitim yetersizliği, çalışma şartlarının zorluğu ve mesleki bilinçsizlikleri mesleki örgütlenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir.	0,520		
Medeni durumun etkisi	Hemşirelerin medeni durumları arasında ki fark,hemşirelerin çalışma saatlerinin belirlenmesinde etkilidir.	0,860	7,213	0,776
	Hemşirelerin medeni durumları arasında ki fark,hemşirelerin çalıştığı birimin belirlenmesinde etkilidir.	0,837		
	Hemşirelerin eşlerinin sosyo ekonomik düzeyi, hemşirelerin çalışma şartlarının belirlenmesinde etkilidir.	0,586		
Toplam Varyans %57,46				

Ataerkil geleneğin etkisi boyutunu oluşturan 8 maddenin güvenilirliği 0,855 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %14,5 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi etkisi boyutunu oluşturan 5 maddenin güvenilirliği 0,768 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %9,9 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Cinsiyetin etkisi boyutunu oluşturan 5 maddenin güvenilirliği 0,732 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %8,9 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi boyutunu oluşturan 3 maddenin güvenilirliği 0,773 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %8,5 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Örgütlenmenin etkisi boyutunu oluşturan 4 maddenin güvenilirliği 0,746 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %8,4

varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. Medeni durumun etkisi boyutunu oluşturan 3 maddenin güvenilirliği 0,776 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %7,2 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. KMO değeri = 0,865 olarak bulunmuştur.

Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Çalışması

Tablo 2’de Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik çalışması verilmektedir. İlişkin Toplumsal Statü ölçeğindeki 5 maddenin genel güvenilirliği 0,715 olarak bulunmuştur. Yapılan Kmo ve Barlett analizi sonucunda KMO değerinin 0,722 olarak Barlett değerinin ise 0,05 den küçük olduğu ve faktör analizinin yapılabilir olduğu görülmüştür. Faktör analizi sonucunda toplam varyansı %47,26 olan 1 faktör oluşmuştur.

Tablo 2. Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Çalışması

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach’s Alpha
Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü	Hemşirelerin eğitim düzeyinde ki artış, ekip çalışmasında ki görev dağılımını, olumlu yönde etkilemektedir.	0,821	47,259	0,715
	Hemşirelerinin eğitim düzeyinde ki artış, statüsünün artmasına yol açmaktadır.	0,774		
	Toplumun (çevrenin) hemşireye bakış açısı hemşirenin anne, bacı, eş gibi şefkatle beslenen rolleri kabullenmesinde etkili olmuştur.	0,675		
	Hemşirenin bilgi düzeyi, mesleki bilinci ve özgüveni arttıkça , toplumun (çevrenin) hemşireye biçtiği rolü reddedip, mesleğe profesyonel yaklaşımı artmaktadır.	0,624		
	Kadın ve erkek hemşireler arasında ki biyolojik, fizyolojik ve psikolojik farklılıkları göz önünde bulundurularak uygun alan ve bakım sürecinde yer almaları, mesleğe olumlu katkıda bulunmaktadır.	0,496		
Toplam Varyans %47,26				

Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü boyutunu oluşturan 5 maddenin güvenilirliği 0,715 olarak bulunmuştur. Faktör analizi yapıldığında %47,26 varyans oranı ile tek faktör olduğu görülmüştür. KMO değeri = 0,722 olarak bulunmuştur.

Verilerin İstatistiksel Çözümlemesi

Hasta hakları ve sorumlulukları ölçeklerinin çözümlemesinde SPSS 17 paket programı kullanılarak güvenilirlik, faktör analizi, ortalama, standart sapma analizleriyle birlikte korelasyon ve regresyon hipotez testleri incelenmiştir.

BULGULAR

Tablo 3’de Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeyleri verilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelere göre Hemşirelik Mesleğine Yaklaşımın Ataerkil geleneğin etkisi ortalama 3,044; Eğitim düzeyi etkisi ortalama 2,312; Cinsiyetin etkisi ortalama 3,035; Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi ortalama 2,954; Örgütlenmenin etkisi ortalama 2,432; Medeni durumun etkisi ortalama 3,106 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelere göre Hemşirelik Mesleğine Yaklaşımın en yüksek etki Medeni durumun etkisi en düşük etki Eğitim düzeyi etkisidir.

Tablo 3. Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Düzeyleri

	N	Ort.	S.s	Min.	Max.
Ataerkil geleneğin etkisi	578	3,044	0,824	1	5
Eğitim düzeyi etkisi	578	2,312	0,876	1	5
Cinsiyetin etkisi	578	3,035	0,777	1	5
Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi	578	2,954	0,991	1	5
Örgütlenmenin etkisi	578	2,432	0,909	1	5
Medeni durumun etkisi	578	3,106	1,079	1	5

Tablo 4’de Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeylerinin alt boyutları arasındaki ilişkilere ilişkin korelasyon analizi verilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelere göre eğitim düzeyi etkisi alt boyutu ile ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %29,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,292$; $p=0,000<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi etkisi alt boyutu puanı arttıkça ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Cinsiyetin etkisi alt boyutu ile ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %48,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,486$; $p=0,000<0,05$). Buna göre cinsiyetin etkisi alt boyutu puanı arttıkça ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu ile ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,368$; $p=0,000<0,05$). Buna göre sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu puanı arttıkça ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Örgütlenmenin etkisi alt boyutu ile ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %50,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,506$; $p=0,000<0,05$). Buna göre örgütlenmenin etkisi alt boyutu puanı arttıkça ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Medeni durumun etkisi alt boyutu ile ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,262$; $p=0,000<0,05$). Buna göre medeni durumun etkisi alt boyutu puanı arttıkça ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Cinsiyetin etkisi alt boyutu ile eğitim düzeyi etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %41,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,417$; $p=0,000<0,05$). Buna göre cinsiyetin etkisi alt boyutu puanı arttıkça eğitim düzeyi etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu ile eğitim düzeyi etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,268$; $p=0,000<0,05$). Buna göre sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu puanı arttıkça eğitim düzeyi etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Örgütlenmenin etkisi alt boyutu ile eğitim düzeyi etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,337$; $p=0,000<0,05$). Buna göre örgütlenmenin etkisi alt boyutu puanı arttıkça eğitim düzeyi etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Medeni durumun etkisi alt boyutu ile eğitim düzeyi etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %27,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,274$; $p=0,000<0,05$). Buna göre medeni durumun etkisi alt boyutu puanı arttıkça eğitim düzeyi etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu ile cinsiyetin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,429$; $p=0,000<0,05$). Buna göre sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu puanı arttıkça cinsiyetin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Örgütlenmenin etkisi alt boyutu ile cinsiyetin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,443$; $p=0,000<0,05$). Buna göre örgütlenmenin etkisi alt boyutu puanı arttıkça cinsiyetin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Medeni durumun etkisi alt boyutu ile cinsiyetin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,267$; $p=0,000<0,05$). Buna göre medeni durumun etkisi alt boyutu puanı arttıkça cinsiyetin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Örgütlenmenin etkisi alt boyutu ile sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,265$; $p=0,000<0,05$). Buna göre örgütlenmenin etkisi alt boyutu puanı arttıkça sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Medeni durumun etkisi alt boyutu ile sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,446$; $p=0,000<0,05$). Buna göre medeni durumun etkisi alt boyutu puanı arttıkça sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Medeni durumun etkisi alt boyutu ile örgütlenmenin etkisi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %18,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,188$; $p=0,000<0,05$). Buna göre medeni durumun etkisi alt boyutu puanı arttıkça örgütlenmenin etkisi alt boyutu puanı da artmaktadır.

Tablo 4. Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Düzeylerinin Alt Boyutları arasındaki İlişkilere İlişkin Korelasyon Analizi

		Ataerkil gelenegin etkisi	Eğitim düzeyi etkisi	Cinsiyetin etkisi	Sosyo- ekonomik düzeyin etkisi	Örgütlenmenin etkisi	Medeni durumun etkisi
Ataerkil gelenegin etkisi	r	1,000	0,292	0,486	0,368	0,506	0,262
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	578	578	578	578	578	578
Eğitim düzeyi etkisi	r	0,292	1,000	0,417	0,268	0,337	0,274
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	578	578	578	578	578	578
Cinsiyetin etkisi	r	0,486	0,417	1,000	0,429	0,443	0,267
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	578	578	578	578	578	578
Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi	r	0,368	0,268	0,429	1,000	0,265	0,446
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	578	578	578	578	578	578
Örgütlenmenin etkisi	r	0,506	0,337	0,443	0,265	1,000	0,188
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	578	578	578	578	578	578
Medeni durumun etkisi	r	0,262	0,274	0,267	0,446	0,188	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	578	578	578	578	578	578

Tablo 5’de hemşireliğe ilişkin toplumsal statü düzeyleri verilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelere göre Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü ortalaması 2,33 olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Düzeyleri

	N	Ort.	S.s	Min.	Max.
Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü	578	2,33	0,731	1	5

Tablo 6’da hemşireliğe ilişkin toplumsal statü ile hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi verilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelere göre, ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu ile hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,1 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,421$; $p=0,000<0,05$). Buna göre ataerkil geleneğin etkisi alt boyutu puanı arttıkça hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu puanı da artmaktadır.

Eğitim düzeyi etkisi alt boyutu ile hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,541$; $p=0,000<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi etkisi alt boyutu puanı arttıkça hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu puanı da artmaktadır.

Cinsiyetin etkisi alt boyutu ile hemşireliğe ilişkin toplumsal statü alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %30,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,307$; $p=0,000<0,05$). Buna göre cinsiyetin etkisi alt boyutu puanı arttıkça hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu puanı da artmaktadır.

Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu ile hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %29,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,295$; $p=0,000<0,05$). Buna göre sosyo-ekonomik düzeyin etkisi alt boyutu puanı arttıkça hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu puanı da artmaktadır.

Örgütlenmenin etkisi alt boyutu ile hemşireliğe ilişkin toplumsal statü alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi so-

nucunda, puanlar arasında %33,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,332$; $p=0,000<0,05$). Buna göre örgütlenmenin etkisi alt boyutu puanı arttıkça hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu puanı da artmaktadır.

Medeni durumun etkisi alt boyutu ile hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %28,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,285$; $p=0,000<0,05$). Buna göre medeni durumun etkisi alt boyutu puanı arttıkça hemşireliğe İlişkin toplumsal statü alt boyutu puanı da artmaktadır.

Tablo 6. Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü ile Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

		Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü
Ataerkil geleneğin etkisi	r	0,421
	p	0,000
	N	578
Eğitim düzeyi etkisi	r	0,541
	p	0,000
	N	578
Cinsiyetin etkisi	r	0,307
	p	0,000
	N	578
Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi	r	0,295
	p	0,000
	N	578
Örgütlenmenin etkisi	r	0,332
	p	0,000
	N	578
Medeni durumun etkisi	r	0,285
	p	0,000
	N	578

Tablo 7’da Hemşireliğe ilişkin toplumsal statü düzeyinin hemşirelik mesleğine yaklaşım boyutlarından etkilenip etkilenmemesi durumunun regresyon analizi ile incelenmesi verilmektedir. Hemşireliğe ilişkin toplumsal statü düzeyinin hemşirelik mesleğine yaklaşım boyutlarından etkilenme durumunu test etmek için yapılan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=58,974$; $p=0,000<0,05$).

Ataerkil geleneğin etkisi 1 birim arttığında Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü 0,227 birim artmaktadır. ($\beta=0,227$; $t=6,196$; $p=0,000<0,05$). Eğitim düzeyi etkisi 1 birim arttığında Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü 0,367 birim artmaktadır. ($\beta=0,367$; $t=11,747$; $p=0,000<0,05$). Medeni durumun etkisi 1 birim arttığında Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü 0,052 birim artmaktadır. ($\beta=0,052$; $t=2,062$; $p=0,040<0,05$).

Cinsiyetin etkisi hemşireliğe ilişkin toplumsal statü ünü istatistiksel olarak etkilememektedir ($t=-1,752$; $p=0,080>0,05$). Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü ünü istatistiksel olarak etkilememektedir ($t=1,646$; $p=0,100>0,05$). Örgütlenmenin etkisi Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statüsünü istatistiksel olarak etkilememektedir ($t=1,378$; $p=0,169>0,05$).

Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım, Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü düzeyini %37,6 oranında açıklamaktadır ($R^2=0,376$).

Tablo 7. Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Düzeyinin Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Boyutlarından Etkilenip Etkilenmeme Durumunun Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü	Sabit	0,585	4,999	0,000	58,974	0,000	0,376
	Ataerkil geleneğin etkisi	0,227	6,196	0,000			
	Eğitim düzeyi etkisi	0,367	11,747	0,000			
	Cinsiyetin etkisi	-0,069	-1,752	0,080			
	Sosyo-ekonomik düzeyin etkisi	0,048	1,646	0,100			
	Örgütlenmenin etkisi	0,044	1,378	0,169			
	Medeni durumun etkisi	0,052	2,062	0,040			

Araştırmada kullanılan hipotezlere ilişkin elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Hipotezler Hipotez1 H0: Hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ile Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur. (Red)

H1: Hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü ile Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. (Kabul)

Hipotez 2 H0: Hemşirelik mesleğine ilişkin yaklaşımların hemşireliğe ilişkin toplumsal statü üzerinde etkisi yoktur. (Red)

H1: Hemşirelik mesleğine ilişkin yaklaşımların hemşireliğe ilişkin toplumsal statü üzerinde etkisi vardır. (Kabul)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemşirelik mesleğinin geçmişten bugüne kadın mesleği olarak algılanması ve bununla beraber bu mesleğe ilişkin toplumsal statü algılamaları bu mesleğin toplum tarafından algılanış biçimini etkilemiştir. Profesyonelleşmeyle birlikte ve uluslararası mesleki normlar açısından kabul görmesi, hemşirelerin bilinçlenmesi ve haklarını aramaya yönelik gösterdikleri çabalar ve üniversitelerde eğitiminin verilmesi böylece hemşirelerin eğitim seviyelerindeki artış ve beraberinde yapılan araştırmalar bu mesleğe ilişkin toplumsal statü algısını değiştirmeye başlamıştır. Bu nedenle toplumsal statüye etki eden değişkenlerin incelenmesi hemşirelik mesleğine ilişkin toplumsal statü algısının ortaya çıkartılarak bu mesleğin saygın bir meslek olduğu ve hemşirelerinde diğer sağlık çalışanları gibi hak ettikleri toplumsal statü kavuşmalarına yardımcı olabilecek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma bu açıdan hemşirelerin toplumsal statüsüne ilişkin bakış açılarını ortaya çıkarması bakımından önem taşımaktadır. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgulara göre;

Araştırmaya katılan hemşirelere göre Hemşirelik Mesleğine Yaklaşımında Medeni durumun etkisi ataerkil geleneğin etkisi, cinsiyet gibi faktörler, yüksek düzeyde iken, eğitim düzeyi etkisi ve örgütlenmenin etkisi daha düşük düzeylerde bulunmuştur.

Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeylerinin alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna göre, ataerkil gelenekler, eğitim düzeyi, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, örgütlenme, medeni durumun etkisi faktörlerinin tümü birbirleriyle ilişkili bulunmuştur. Hemşirelik mesleğine yaklaşım düzeylerinin her birinin artışı diğer alt boyut faktörünü de artırdığı görülmektedir.

Diğer taraftan Araştırmaya katılan hemşirelere göre Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü ortalaması nisbi olarak düşük düzeyde bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsünün düşük olduğu görüşünde olduklarını göstermektedir.

Hemşireliğe ilişkin Toplumsal Statü ile Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statünün oluşmasında ataerkil geleneğin etkisi, eğitim düzeyi etkisi, cinsiyetin etkisi, sosyo-ekonomik düzeyin etkisi, örgütlenmenin etkisi, medeni durumun etkisinin ilişkili olduğu görülmüştür. Böylece 1. Hipotezimiz kabul edilmiştir.

Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Düzeyinin Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Boyutlarından Etkilenip Etkilenmeme Durumunun Regresyon Analizi ile İncelenmesi sonucunda; Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Düzeyinin Hemşirelik Mesleğine Yaklaşım Boyutlarından etkilendiği ortaya çıkmıştır. Böylece 2. Hipotezimiz de kabul edilmiştir. Hemşireliğe İlişkin Toplumsal Statü Düzeyi, hemşirelik mesleğine yaklaşım alt boyutlarından ataerkil gelenek, eğitim ve medeni durum düzeylerinden etkilendiği; medeni durum, cinsiyet ve sosyo-ekonomik durumdan ise etkilenmediği ortaya çıkmıştır.

Hemşirelikle ilgili literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde daha çok mesleki statü, Sosyal davranışla ilgili statü tabanlı değişiklikler, toplumsal statü ve başarıyı ilişkisi, cinsiyet ve cinsiyetin hemşirelik mesleğiyle ilişkisi, mesleklerin sınıflandırılması, statü ölçümü, eğitim seviyesi ve mesleki statü, hemşireliğin sosyo-ekonomik faydaları, statü farklılığı, öğrencilerin hemşirelik mesleği statüsü algıları, toplumsal cinsiyet açısından hemşirelik, hemşirelerin toplumsal imajı, hemşirelikte otonomi, profesyonelleşme ve mesleki prestij konuları araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar hipotezleri doğrularken hemşirelikle ilgili yaklaşımların hem toplumsal statüyle ilişkisi olduğunu hem de toplumsal statüyü etkilediği ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar literatürde yer alan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (Adkins, 1995; Acker, 2006; Bertrand ve Micklin, 1979; Oakerand Brown, 1985; Johnson ve Bowman, 1997; Delice, 2006; Turner, 1986; PowellandJacobs, 1984; Çelik ve diğerleri 2013; Taşocak, 1997; Çınar ve Demir, 2009; Zeyneloğlu, 2008). Araştırmada ortaya çıkan hemşireliğe yönelik yaklaşımlardan; cinsiyet (Adkins, 1995; Acker, 2006; Turner, 1986; Delice, 2006; Zeyneloğlu, 2008;

Taşocak, 1997; Çınar ve Demir, 2009), sosyo-ekonomik düzey (Bertrand ve Micklin, 1979; Turner, 1986), eğitim düzeyi (Taşocak, 1997; Hadley ve diğerleri, 2007), ve ataerkil yapı (Bryant, 2003; Kim & Motsei, 2002; Marks, 1997) arasında anlamlı ilişkiler literatürde yer alan araştırmalarla örtüşmektedir.

Araştırmadan elde edilen önemli sonuçlara bakıldığında ortaya koyduğumuz hipotezlerin doğrulandığı görülürken, hemşirelerin toplumsal statülerinin nispeten düşük olduğunu düşündükleri görülmüştür. Bu sonuçlar toplumsal statünün hemşireler açısından iyileştirilebilmesi için toplumun hemşirelik mesleğine ilişkin algılarının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle öncelikle toplumsal önyargıların ortadan kaldırılması için öncelikle hemşirelik mesleğinin sadece kadınlara özgü bir meslek olmadığını ve mesleğin basit bakım işinden daha kompleks, karmaşık ve yüksek eğitim gerektiren nitelikli bir meslek olduğu imajının topluma aşılması gerekmektedir. Ayrıca, hemşireliğe ilişkin toplumsal statünün arttırılması için hemşirelerin eğitim düzeyinin arttırılması, ataerkil gelenek açısından toplumun bilinçlendirilmesi, hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda eğitim imkanlarının arttırılması, sosyo-ekonomik düzeylerini geliştirici önlemlerin alınması gerekir. Hemşirelerin de eğitim seviyelerini arttırıcı programlara katılmaları, toplumsal imajı güçlü kılabacak şekilde kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu konuda bundan sonra çalışma yapacak araştırmacılar hemşireliğe ilişkin yaklaşımları farklı boyutlarla ve alt boyutlarıyla ele alarak konuyu derinlemesine analiz edebilir.

KAYNAKÇA

- Abbott, A. (1988). The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor. University of Chicago Press, Chicago.
- Abbott, A. (2002). Chaos of Disciplines. University Chicago Press, Chicago.
- Adkins, L. (1995). Gendered Work. Sexuality, Family and the Labour Market. Open University Press, Buckingham.
- Acker, J. (2006). Class Questions: Feminist Answers. Rowman & Littlefield Publishers, Maryland.
- Akın, A. ve Demirel, S., (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Eki 25(4) : 73–83.
- Akın, A. (2001). Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi, 6(1): 4-8.

- Ayala, R. A., G.M. Fealy, R. Vanderstraeten, P. Bracke, (2014). Academisation of Nursing: An Ethnography of Social Transformations in Chile International Journal of Nursing Studies,51: 603-611.
- Basow, S.A.,(1992). Gender Stereotypes and Roles (3rd ed.). California: Brooks / Cole Publishing Company Pacific Grove: 32-58.
- Berman, A.,Snyder, S.S., Kozier, B. Ve Erbs, G. (2008). Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice, 8 th ed. New Jersey: 5-13.
- Bhasin, K., (2003). Toplumsal Cinsiyet “Bize Yüklenen Roller”.Kadınlarla Dayanışma Vakfı Yayınları. İstanbul: Kuşak Ofset Birinci Basım: 1-5.
- Bertrand, W. E. ve Micklin, M. (1979).Attitudinal Classification of Health Man Power İn Colombia: A Research Note on Urban / Rural Differences in Occupational Prestige. Social Science and Medicine 13A: 235-240.
- Birkök, M. C. (2004). Sosyal Rol ve İşbölümü. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1/1, <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uiib/article/viewArticle/159>.
- Bourdieu, P.,(1984). Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste. Routledge, London.
- Bryant, N. (2003). Women in Nursing in Islamic Societies. Karachi: Oxford University Press.
- Callinicos, A., (1983). Marxism and Philosophy. Clarendon Press, Oxford
- Çelik, A., Pasinlioğlu, T., Kocabeyoğlu, T. ve Çetin,S. (2013). Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi, F.N. Hem. Derg., 21(3): 147-153
- Çınar, Ş. ve Demir, Y. (2009). Toplumdaki Hemşirelik İmajı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12 (2): 24-33.
- Delice, S.(2006).Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Hemşirelik Mesleğine Etkilerinin Betimlenmesi (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ankara.
- Dökmen, Y.Z., (2004). Toplumsal Cinsiyet Sosyal Psikolojik Açıklamalar. Ankara: Sistem Yayıncılık.
- Erikson, R., ve Goldthorpe, J.H., (1992). The Constant Flux: a Study of Class Mobility in Industrial Societies. Clarendon Press, Oxford.
- Eskimez, Z., Öztunç, G. ve Alparslan, N. (2008). Lise Son Sınıfta Okuyan Kız Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 58-67.
- Gjerberga, E. ve Kjolsrod, L. (2001). Nurse Relationship: How Easy is it to be a Female Doctor Co-Operating With A FemaleNurse? Social Science and Medicine, 52, 189-202.

- Güven, A., Erden, F. Y. & Şişman Karaşah, Z. (2014) Kars Ardahan ve Iğdır'da Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık. www.kafkas.edu.tr/dosyalar/ksaum/file/yayin5.pdf internet adresinden 27.05.2014 tarihinde edinildi.
- Hadley, M. B. Blum, L. S., Mujaddid, S., Parveen, S., Nuremowla, S., Haque, M. E. ve Ullah, M. (2007). Why Bangladeshi Nurses Avoid 'Nursing': Social and Structural Factors on Hospital Wards in Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 64(6): 1166-1177.
- Johnson, M. ve Bowman, C. (1997). Occupational Prestige for Registered Nurses in the Asia-Pacific Region: Status Consensus. *International Journal of Nursing Studies*, 34(3): 201-107.
- Johnson, S.E., Green, A. J. ve Maben, J. (2013). A Suitable Job?: A Qualitative Study of Becoming A Nurse in The Context of A Globalizing Profession in India. *International Journal of Nursing Studies*, 51: 5.
- Karaöz, S. (2002). Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Sırasında Mesleğe İlişkin Algılarındaki Değişimin İncelenmesi: Hemşireliğe Giriş Dersinin Bu Değişimdeki Rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2): 10-20.
- Kottak, P.G., (2002). İnsan Çeşitliliğine Bir Bakış. S. Altuntek, B. Aydın, D. Erdal, (Ed.), *Antropoloji içinde* (442-463). Ankara, Ütopya Yayınevi.
- Kim, J., & Motsei, M. (2002). Women Enjoy Punishment: Attitudes and Experiences of Gender-Based Violence Among PHC Nurses in Rural South Africa. *Social Science and Medicine*, 54: 1243-1254.
- Khorsid, L.H., Eşer İ, Demir U, Dereli N, Ulufer F. ve Yıldız T. (1992). Lise Son Sınıf Kız Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumlarının İncelenmesi. 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas, 24-26: 831-836.
- Marks, S. (1997). Nursing in post-apartheid South Africa. In A. M. Rafferty, J. Robinson, & R. Elkan (Eds.), *Nursing History and the Politics of Welfare* (28-44). London and New York: Routledge.
- Nazik, E. ve Arslan, S. (2014). Hemşirelik Mesleğinin Geleceği: Öğrencilerin Beklentileri, *Bozok Tıp Derg.* 2014, 4(1): 33-40.
- Özpancar, N., Aydın, N. Ve Akansel, N. (2008). Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi, *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3): 9-17.
- Oaker, G. ve Brown, R. (1985). Intergroup Relations in a Hospital Setting: A Further Test of Social Identity Theory. *Human Relations*. 39: 767-778.
- Özsoy, S.A. (2000). Toplumda Hemşirelik İmajının Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16: 1-19
- Powell, B. ve Jacobs, J. A. (1984). Differential Evaluation of Male and Female Workers. *Work and Occupations*, 11: 283-308.

- Pınar G, Taşkın L. ve Eroğlu K (2008). Başkent Üniversitesi Öğrenci Yurdunda Kalan Gençlerin Toplumsal Cinsiyet Rol Kalıplarına İlişkin Tutumları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 47-57.
- Staggenborg, S., (1998). Gender, Family and Social Movements. California: Pine Forge Press,
- Susser, M., Watson, W. ve Hopper, K. (1985). Social Class and Disorders in Health. Sociology in Medicine. Oxford University Press, New York.
- Taşocak, G. (1997). İstanbul Üniversitesindeki Öğretim Üyelerinin Hemşireliğe İlişkin İmgeleri. III. Hemşirelik Eğitim Sempozyumu, İstanbul Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 267-278.
- Terzioğlu, F. ve Taşkın, L. (2008). Kadının Toplumsal Cinsiyet Rolünün Liderlik Davranışlarına ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2): 62-67.
- Turan, N., Öztürk, A. Kaya, H. ve Atabek Aştı T. (2011). Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1).
- Turner, B. S. (1986). The Vocabulary of Complaints: Nursing, Professionalism and Job Context. Australian and New Zealand Journal of Sociology, 22: 368-386.
- Tyree, A. ve Hicks, R. (1988). Sex and the Second Moment of Prestige Distributions. Social Forces, 66: 1028-1037.
- Urhan, B. ve Etiler, N. (2011). Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi, Çalışma ve Toplum, 2: 191-216.
- Vefikuluçay D, Zeyneloğlu S, Eroğlu K, Taşkın L (2007). Kafkas Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 26-38.
- Weston, W., 2011. The College Class at Work and Home. Society, 48 (3): 236-241.
- Yılmaz, D. V., Zeyneloğlu, S., Kocaöz, S., Kısa, S., Taşkın, L. Ve Eroğlu, K., (2009). Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Görüşleri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6:1. Erişim: <http://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/697/377> pdf internet adresinden 27.05.2014 tarihinde edinildi.
- Zorlu, R. (2011). Toplumsal Cinsiyet Olgusunun Farklı Eğitim Düzeyindeki Hemşireler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul,
- Zeyneloğlu, S., (2008). Ankara'da Hemşirelik Öğrenimi Gören Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

www.kalite.saglik.gov.tr

ISSN: 1309-1972



T.C. Sağlık Bakanlığı