

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HASTA HAKLARI BİRİM FAALİYETLERİNİN HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİNİN
İYİLEŞTİRİLMESİNE OLAN KATKISININ ÇALIŞAN ALGISI ÜZERİNDEN
ÖLÇÜLMESİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Sevilay TANKOÇ

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

EYLÜL 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HASTA HAKLARI BİRİM FAALİYETLERİNİN HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİNİN
İYİLEŞTİRİLMESİNE OLAN KATKISININ ÇALIŞAN ALGISI ÜZERİNDEN
ÖLÇÜLMESİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Sevilay TANKOÇ

1203813037

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler, Enstitüsü'nün 1203813037 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, "Sevilay TANKOÇ", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "HASTA HAKLARI BİRİM FAALİYETLERİNİN HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE OLAN KATKISININ ÇALIŞAN ALGISI ÜZERİNDEN ÖLÇÜLMESİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ UYGULAMASI" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

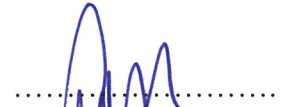
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



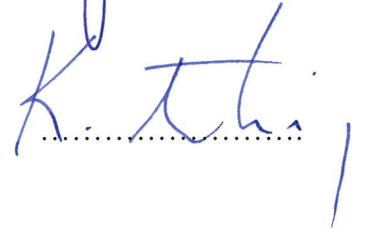
Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Aliye Mavili AKTAŞ
Selçuk Üniversitesi



: Doç. Dr. İshak AYDEMİR
Turgut Özal Üniversitesi



: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi: 18 Eylül 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER
ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “HASTA HAKLARI BİRİM FAALİYETLERİNİN HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE OLAN KATKISININ ÇALIŞAN ALGISI ÜZERİNDEN ÖLÇÜLMESİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ UYGULAMASI” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.


14 Eylül 2015

Sevilay TANKOÇ

ÖNSÖZ

İşletme yönetimi alanında kendimi geliştirmemde önemli basamaklardan biri olan yüksek lisans öğrenimimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Bu sürecin aslında çok daha önce bitirilmesi gerekiyordu. Ancak araya mesleğimin gerektirdiği öncelikler söz konusu olunca bitirmek bugüne kismet oldu diyebilirim. Bunun aslında sadece bir başlangıç olduğunun, işletme yönetimi alanında öğrenmem gereken birçok bilgi olduğunun farkındayım.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi birikimini benimle her zaman paylaşan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN'e, çalışma sürecinde bana göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu zorlu süreçte bana her anlamda destek olan sevgili anne ve babama, bu günlere gelmemde beni teşvik eden tüm aile fertlerime dostlarıma ve mesai arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Yaşamımın her aşamasında yanımda olan ve çalışmamda da yardımlarını esirgemeyen değerli dostum Nezaket DÖNMEZ'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Benden desteğini, bilgisini esirgemeyen, her yardım istediğimde geri çevirmeyen, sıkılmadan, bunalmadan yardım eden değerli arkadaşım Volkan TÜRKMEN'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tezin başından sonuna kadar, her aşamasında benden yardımını, bilgisini, güçlü kalemini esirgemeyen, yoluma ışık tutan, yol gösteren, akademik kariyer açısından kendisinden çok şey öğrendiğim ve örnek aldığım sayın Dr. Hakan AKIN'a sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

Eylül 2015

Sevilay TANKOÇ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	5
1. HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİ.....	5
1.1 Hastane Yönetim Süreçleri ve Yönetim Fonksiyonları İlişkisi	10
1.2 Hastane Yönetim Süreçleri ve Organizasyon İlişkisi	14
1.3 Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesine Yönelik Yaklaşımlar	23
1.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Hastane Yönetim Süreçlerinde Yaşanan Değişimler	33
1.5 Hasta Hakları	40
1.5.1 Hasta Haklarının Tarihsel/Mekânsal Gelişimi	41
1.5.2 Türkiye’de Hasta Hakları Konusunda Yaşanan Gelişmeler.....	43
1.5.3 Hasta Hakları ile Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesi Faaliyetlerinin İlişkilendirilmesi	53
İKİNCİ BÖLÜM	57
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE MATERYALİ	57
2.1 Sorun İfadesi.....	57
2.2 Araştırmanın Amacı	57
2.3 Araştırmanın Kapsamı ve Modeli.....	58
2.4 Araştırmanın Önemi ve Kısıtları	60
2.5 Araştırmanın Hipotezleri	60
2.6 Araştırmanın Yöntemi	61
2.6.1 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	61
2.6.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	61
2.6.3 Verilerin Toplanması	63
2.6.3.1 Araştırmanın etik yönü ve izlenilen süreçler.....	63
2.6.3.2 Veri toplama aracı	63
2.6.3.2.1 Demografik özelliklere yönelik veri toplama formu	63
2.6.3.2.2 Sağlık hizmetleri kalitesinde hasta hakları birimi ölçeği	63
2.6.4 Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliğin Sınanmasında İzlenen Adımlar.....	64
2.6.4.1 Madde analizi	64
2.6.4.1.1 Korelasyonlara dayalı madde analizi	66

2.6.4.1.2	Alt ve üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi	68
2.6.4.2	Ölçeğin psikometrik özellikleri	69
2.6.4.2.1	Ölçeğin güvenirliği (iç tutarlılık analizi)	69
2.6.4.2.2	Ölçeğin geçerliliği (yapı geçerliliği)	69
2.7	Bulgular ve Elde Edilen Sonuçların Tartışılması	71
2.7.1	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular	71
2.7.2	Demografik Değişkenlerin Açıklaması	73
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM		83
3. SONUÇ VE ÖNERİLER		83
3.1	Tartışma	83
3.2	Sonuç	90
3.3	Öneriler	93
KAYNAKÇA		95
EKLER		104
Ek-A: Veri Toplama Formu		105
Ek-B: Etik Kurul İzin Belgesi		107
Ek-C: Hastane Dekanlığı ve Baştabiplik İzin Belgesi		109
ÖZGEÇMİŞ		110

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1	: Tıbbi, idari ve finansal süreçler	9
Tablo 1.2	: Hastane yönetimi ve tıp personeli arasındaki farklılıklar	13
Tablo 1.3	: Türkiye’deki hastanelerin mülkiyet yapılarına göre dağılımı.....	19
Tablo 1.4	: Hastane kurulu ve hastane yönetim kurulu.....	22
Tablo 1.5	: Ülkelerin sağlık alanında faaliyet gösteren akreditasyon programları ve başlangıç yılları	28
Tablo 1.6	: Avrupa ülkelerinin akreditasyon programları ve işlevsel durumu	29
Tablo 1.7	: Hasta hakları konusunda Türk sağlık sisteminde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler	47
Tablo 1.8	: Hastaların hak arama yöntemleri	51
Tablo 1.9	: sağlık kurumlarının iç ve dış müşterileri	54
Tablo 2.1	: Tabakalı örnekleme dağılım tablosu.....	62
Tablo 2.2	: Madde istatistikleri.....	65
Tablo 2.3	: Madde - bütün istatistikleri.....	66
Tablo 2.4	: %27’lik alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi sonuçları.....	68
Tablo 2.5	: Toplam varyans açıklaması.....	70
Tablo 2.6	: Faktör yükleri (sorularla faktör skorları arasındaki korelasyon).....	71
Tablo 2.7	: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=408).	72
Tablo 2.8	: Cinsiyet grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 2.9	: Medeni Hal grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 2.10	: Eğitim durumu grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 2.11	: Meslek grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 2.12	: Ölçek toplam puanı ile yaş ve iş tecrübesi arasındaki ilişki.....	76
Tablo 2.13	: Doktorların sorulara verdiği yanıtlar.....	77
Tablo 2.14	: Hemşirelerin sorulara verdiği yanıtlar.....	78
Tablo 2.15	: Hastabakıcıların sorulara verdiği yanıtlar.....	79
Tablo 2.16	: Sağlık teknisyenlerinin sorulara verdiği yanıtlar.....	79
Tablo 2.17	: Tıbbi sekreterlerin sorulara verdiği yanıtlar.....	80
Tablo 2.18	: Diğer sağlık personelinin sorulara verdiği yanıtlar.....	81
Tablo 2.19	: Hipotezler için kabul-ret tablosu.....	81

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1	: Süreç şeması.....	5
Şekil 1.2	: Süreç yönetimi sistemi.	6
Şekil 1.3	: Süreçlerin yönetimi	8
Şekil 1.4	: Yönetim işlevleri.....	11
Şekil 1.5	: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi örgüt şeması	15
Şekil 1.6	: Takım üyeleri girdi ve çıktılar	17
Şekil 1.7	: ISO 9001:2008 kalite yönetim sistemi modeli.....	23
Şekil 1.8	: Hekim Seçme hakkı tanınan hastane ve ADSM sayısı.....	37
Şekil 1.9	: Hasta hakları konusunda toplumu bilinçlendirme projesi.....	38
Şekil 1.10	: Hastaneye yatan hastaların hasta hakları konusunda bilgilendirilmesi	38
Şekil 1.11	: Yıllara göre başvuru sayısı.....	39
Şekil 1.12	: Hastane hasta hakları kurulu iş akış şeması	48
Şekil 1.13	: Hasta hakları birimi iş akış şeması.....	49
Şekil 2.1	: Araştırmanın modeli.	59

KISALTMALAR

ISO	: International Organization For Standart
JCI	: Joint Comission International
JCAHO	: Joint Comission Accreditation for Health Organization
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu Kanunu
EFQM	: European Foundation for Quality Management Business Excellence Model
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TÜRKAK	: Türkiye Kalite Akreditasyon Kurumu
HKS	: Hastane Hizmet Kalite Standartları
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (Wolrd Health Organization)
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
ISQua	: International Society for Quality in Health Care
SABİM	: Sağlık Bakanlığı Bilgi Merkezi
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
WB	: Dünya Bankası
IMF	: Uluslararası Para Fonu

ÖZET

HASTA HAKLARI BİRİM FAALİYETLERİNİN HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE OLAN KATKISININ ÇALIŞAN ALGISI ÜZERİNDEN ÖLÇÜLMESİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ UYGULAMASI

TANKOÇ, Sevilay

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Eylül 2015, 110 Sayfa

İnsan hakları konusunda, sağlık hizmetleri alanındaki yansımalarının temel uygulamasını hasta hakları oluşturmaktadır. İnsanın beden, ruhen ve sosyal açıdan tam iyilik durumunda yaşama hakkı en temel insan hakkıdır. Sağlık hizmetlerinin insanların ırk, cinsiyet, dil, din, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal durumları gibi farklılıklar gözetilmeden herkes tarafından erişilebilir olması esastır. Hasta haklarının korunmasına yönelik gerçekleştirilen faaliyetler, birçok süreci etkilemektedir. Bu çalışmada hasta hakları bağımsız değişken olarak ele alınarak, hasta haklarının hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Konu hakkında yapılan ampirik analiz neticesinde hasta hakları birim faaliyetleri ile hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik beklentiler incelenmiş, yapılan araştırmada yönetim süreçleri ile kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan ankete dayalı çalışmada elde edilen söz konusu bulgulara rağmen hasta hakları birimi uygulamalarının hastanedeki süreçleri iyileştirme çalışmalarına yönelik yansımalarının yeterince geliştirilemediği düşünülmektedir. Bu durumun, hasta hakları faaliyetleri konusunda farkındalığın tam manasıyla yerleşmemiş olması, hastane üst yönetimimin konuya gereken önemi vermemesi, hasta hakları birimlerinin işlevlerinin yeterince kavranamaması ve

uygulamaların yeni olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışma Türkiye’de eğitim ve araştırma hastanelerinde hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki katkılarının açıklaması bakımından farklılaşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Hastane Yönetim Süreçleri, Yönetim İyileştirme Faaliyetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

ABSTRACT

MEASURING THE CONTRIBUTION OF PATIENT RIGHTS DEPARTMENTS OPERATIONS ON IMPROVEMENT OF HOSPITAL MANAGEMENT PROCESSES OVER WORKERS' PERSPECTIVES: A RESEARCH AND TRAINING HOSPITAL IMPLEMENTATION

TANKOÇ, Sevilay

Master, Department of Management

Thesis Supervisor: Assist. Professor Kemal TEKİN

September 2015, 110 Page

Patient rights constitute the main implementation of the reflections of human rights in the field of medical services. It is the most basic human right for a person to live in complete wellness physically, mentally and socially. The fundamental principle about medical services is their availability for everyone regardless of race, gender, language, religion, political views, or economic and social status. The operations conducted towards the protection of patient rights affect various management processes. In this study, the effects of patient rights on the improvement of hospital management processes are investigated by taking patient rights as the independent variable. In the empirical analysis, patient rights department operations and expectations about the improvements on hospital management processes were investigated, and as a result, it is found a strong relationship between patients' rights department operations and management processes. However, despite the findings of the mentioned research gathered through the survey conducted at one training hospital, it is believed that the reflection of patient rights departments operations on the improvement of hospital management processes is not developed enough. It can be argued that this situation is caused by the lack of complete establishment of awareness about patient rights operations, hospital's senior management not valuing the issue enough, the lack of

knowledge about the functions of patient rights operations and that such implementations are rather new. The study is distinguishable in terms of its explanations on the contributions of patient rights departments operations at training hospitals on the improvement of hospital management processes.

Keywords: Patient Rights, Hospital Management Processes, Management Improvement Processes, Health Transformation Programme.

GİRİŞ

Hastanelerde doğru işleri, doğru yerde, doğru zamanda ve mümkün mertebe de ilk seferinde doğru yapma zorunluluğu hastane yönetim süreçlerine yönelik beklentilerin ipuçlarını vermektedir. Bu beklentiyi karşılamak için kullanılan yöntemler/araçlardan birisi de; hasta hakları birimlerine yapılan müracaatları dikkate alarak bunları analiz etmek ve iyileştirme fırsatlarını değerlendirmektir.

Bu çalışma, hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine olan katkılarını incelemesi bakımından önemlidir. Yönetim süreçlerine yönelik çalışmaların günümüzde kalite ve akreditasyon kapsamında incelendiği görülmektedir. 1980 ve 2000’li yıllarda sıklıkla kullanılan ISO 9000 serisi Kalite Yönetim Sistemi Standartlarının, sağlık yönetimine özgü kalite uygulamaları konusunda sınırlı olması nedeniyle, bizzat sağlık hizmetlerine yönelik daha spesifik standartların geliştirilmesi gerektiği ihtiyacını ortaya koymuştur (Aslantekin ve diğerleri, 2005: 62-63). Uluslararası sağlık standartlarının zaman içerisinde gelişerek (JCAHO, ISQua) uluslararası ve ulusal sağlık hizmetlerinin gelişimine katkıda bulunduğu görülmektedir. Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik standartların daha çok Anglosakson eksende geliştirildiği ve buradan Kıta Avrupası başta olmak üzere, çevre ve diğer ülkelere yayıldığı bilinmektedir. Ancak asıl gelişmelerin küreselleşme sürecinde, bilhassa 1990 sonrasında gelişmekte olan ülkelerde etkili olduğu bilinmektedir. JCI’nin 1997 yılında yayınladığı rapora göre 1997’de Amerika’daki hastane yataklarının akredite oranı %97’lere ulaşırken, bu gelişmelerin Avrupa’daki akreditasyon faaliyetlerinin gelişmesinde motive edici etkisi olduğu belirtilmektedir (Aydemir, 2010: 27). Sağlıkta Akreditasyon Standartları- Hastane Seti ve Değerlendirici Eğitim Programı, ISQua tarafından akredite edilmektedir. Türkiye’deki sağlık işletmeleri yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar 1990’lı yıllardan itibaren göze çarpmaktadır. Aynı dönemde kamu yönetiminin her alanında olduğu gibi Sağlık Bakanlığı teşkilatında da sağlık yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik

birimlerin oluşturulduğu ve hastanelerin özelliklerine göre belirli standartları belirlendiği görülmektedir. Türkiye’de bu gelişmelerin 2003 yılından itibaren uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte daha fazla yol aldığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı’nın kuruluşu ile birlikte kurumsal bir niteliğe kavuştuğu düşünülmektedir. Türkiye’de ISQua sağlık hizmetlerine yönelik kalite standartları ulusal mevzuatta yer almaya başlamıştır. 26 Kasım 2014 tarihinde yayınlanan kanun ile yürürlüğe konulan ISQua akreditasyon çalışmalarının TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) bünyesinde kurulacak Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü ile yürütülmesine devam edileceği anlaşılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hasta haklarının tarihsel gelişimi incelendiğinde aslında bu alandaki gelişmelerin “kalite” beklentisine yönelik beklentilerden çok daha öncesine dayandığı anlaşılmaktadır. Her ne kadar bu alandaki gelişmelerin büyük bir kısmı kalite kavramı çerçevesinde ve Anglosakson eksende 1950’li yıllardan itibaren geliştiği görülse de, hasta haklarına ilişkin olguların insanoğlunun var oluşundan itibaren “insan hakları” olgusu bağlamında ve hukuk bilimi içinde tartışılmaya başlandığı anlaşılmaktadır. Son yıllarda dünyada ve Türkiye’de hasta haklarına verilen önem giderek artmıştır. Hastaların bilinçlenmesi sonucunda hasta hakları ve sağlık hakkı konusunda sağlık çalışanları daha özenli davranmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından üzerinde durulan hasta haklarının temel amacı, hasta ve sağlık çalışanı arasında yaşanabilecek veya yaşanmış sorunların çözülmesi ile hak ihlallerinin önlenmesidir (Aydemir ve Özhan, 2011: 1).

Türkiye’de yasal süreçler bakımından hasta haklarının ilk olarak 1961 Anayasasında yer aldığı görülmektedir. Aynı tarihte, Türk Tabipler Birliği’nin hazırladığı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi hasta haklarına ilişkin temel yapı taşlarından biri olarak kabul edilmektedir. Ancak genel olarak hasta haklarının insanoğlunun varoluşu ile birlikte sürekli gelişen evrimsel bir niteliğe sahip olduğu değerlendirilmektedir (Sert, 2004: 94). Türkiye’de yakın zamanda hasta hakları konusunda önemli idari düzenlemeler yapılmıştır. Bunların başında 1998 yılında yürürlüğe konulan Hasta Hakları Yönetmeliği gelmektedir. Daha sonra söz konusu yönetmeliğin ne şekilde uygulanacağına dair yönerge ile bir düzenleme yapılarak 15.10.2003 tarih ve 19499 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Uygulamalar yapıldıkça ortaya çıkan aksaklıkları gidermek ve Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık

kurum ve kuruluşlarını da içine alacak şekilde yaygınlaştırılması amacı ile 2005 yılında, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi günün ihtiyaçlarına göre güncellenerek yeniden yayınlanmıştır (Önal ve Civaner, 2005: 203-208). 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenirken bu düzenlemeyle birlikte hasta hakları uygulamalarında yeniden yapılanma ihtiyacı doğmuştur. 08.05.2014 tarihinde Hasta Hakları Yönetmeliğinde değişiklikler yapılmış bu değişiklikle birlikte Hasta Hakları Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bugün itibari ile bakanlık teşkilatından başlamak üzere tüm merkez ve taşra teşkilatlarında hasta hakları konusunda iletişim ve danışma birimlerinin oluşturulduğu, bu birim faaliyetlerinin hasta ve yakınlarının yaşadıkları sorunlara çözüm geliştirme konusunda önemli katkılar sağlamaya başladığı bilinmektedir. Çalışmada söz konusu gelişmeler ile bu gelişmelerin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine ne ölçüde katkıda bulunduğu ampirik olarak incelenecektir.

Çalışmada öncelikle hastane yönetim süreçleri konusundaki gelişmeler ele alınarak, hastane yönetim süreçleri ve yönetim fonksiyonları ile ilişkisi incelenecektir. Daha sonra sağlık hizmetleri sunucularının yapıları ile hastane yönetim süreçleri arasındaki ilişki analiz edilecek, hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik yaklaşımlar tartışılacaktır, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde Türkiye’de yakın dönemde yönetim süreçlerinde yaşanan değişimler incelenecektir.

Çalışmanın yine birinci bölümünün devamında ise hasta hakları kavramının tarihsel ve mekânsal gelişimi tartışılarak bu alandaki gelişmelerin, sağlıkta kalite yönetimi üzerindeki yansımaları incelenecektir. Ayrıca hasta hakları birim faaliyetleri üzerinden hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik değerlendirmeler yapılacaktır.

Çalışmanın ikinci bölümünde konu ile ilgili uygulanan anket çerçevesinde elde edilen veriler ampirik çalışma çerçevesinde incelenecektir. Burada çalışmanın sahası, evreni, geçerlilik ve güvenilirlikleri ile hasta hakları ve yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi arasındaki ilişki ve bu ilişkinin çalışanların üzerindeki algısı sayısal yöntemler kullanılmak suretiyle incelenecek, elde edilen sonuçlar tartışılacaktır.

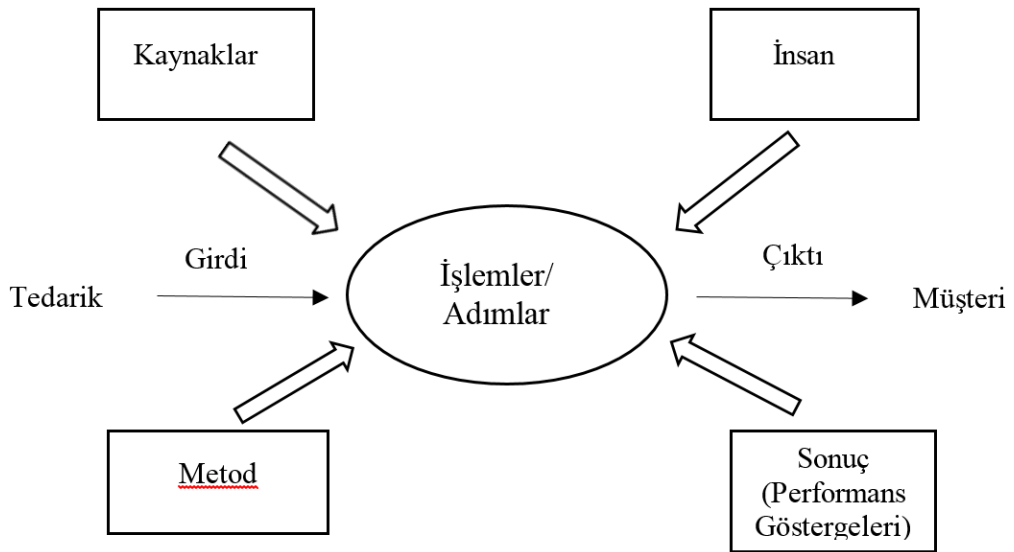
Sonuç bölümü olan üçüncü bölümde ise örneklemin özellikleri ve elde edilen verilerin analizi neticesinde elde edilen bulgularla hasta hakları ve kalite arasındaki

ilişki, birinci ve ikinci bölümde yer alan kavramsal çerçeve kapsamında değerlendirilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE YÖNETİM SÜREÇLERİ

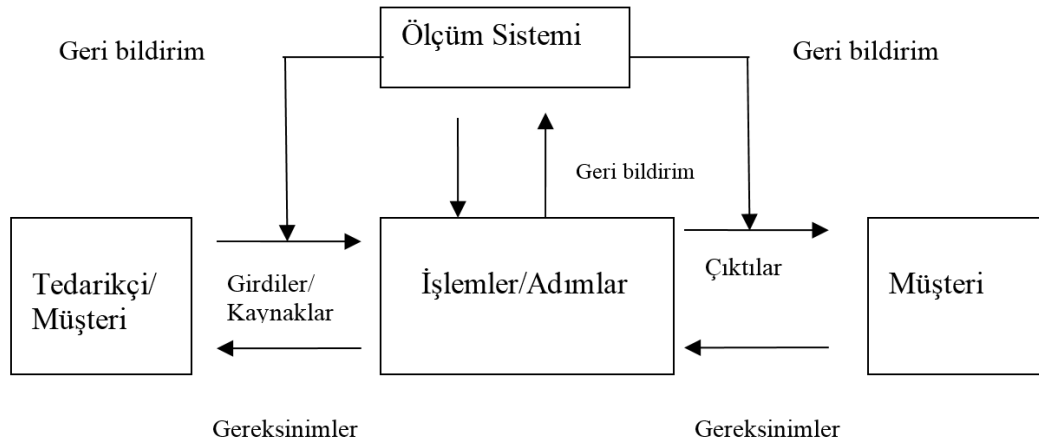
Hastane yönetim süreçlerine yönelik yapılan incelemeler hem “tıp bilimi” hem de bunun yanında “hukuk, yönetim ve mühendislik bilimleri” gibi farklı disiplinlerle etkileşimi gerektiren karmaşık süreçler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerine katkıları ve çalışanların üzerindeki algısı incelenirken, hem mevzuat, hem yönetim, hem de tıp bilimleri bağlamında interdisipliner çözümler gerektiği düşünülmektedir.



Şekil 1.1: Süreç şeması (ISO 9000: 2012).

Yönetim süreci; amaçlanan bir çıktıyı (sonucu) elde etmek üzere girdiler üzerinden katma değer yaratan işlemler dizisi olarak tanımlanabilir (Eyüboğlu, 2012: 25). Hastaneler de benzer şekilde, hastanenin amaç ve hedefleri doğrultusunda, girdiler ve kaynaklar kullanarak, bunları belirli işlemler/adımlardan geçirmek

suretiyle, çıktılara dönüştüren birimlerdir. Burada ki girdiler hastaneler için hammadde, yarımamul madde şeklinde değil, daha çok sağlık hizmeti üretimine ilişkin talepler ve bilgiler şeklinde olacaktır. Nihai ürün konumundaki çıktılar ise, Eyüboğlu'nun (2012: 26) belirttiği üzere hastane yönetimine ilişkin hizmet, proje, yönetsel bir karar ya da belirlenmiş stratejiler şeklinde olacaktır. Yönetim süreçlerine ilişkin söz konusu kavramlar Şekil 1.1'de süreç şemasında görüldüğü üzere, yönetim sürecine esas olan girdiler, kaynaklar, performans göstergeleri, ölçüm yöntemleri, ölçüm metodları ve çıktıları belirlenmelidir. Süreçler arasındaki ilişki net ve doğru tanımlanmalıdır. Bu süreç yaklaşımı “Kaplumbağa Diyagramı” olarak da tanımlanmaktadır (www.qualitymag.com, 01.08.2015).



Şekil 1.2: Süreç yönetimi sistemi.

Çağdaş yönetim kuramlarında yönetim süreçleri olgusunun genel sistem teorisi yaklaşımıyla açıklandığı görülmektedir (Von Bertalanffy, 1973: 30). Burada süreç; müşteriler için arzu edilen sonuçları üretmek üzere girdiler yoluyla gerçekleştirilen, birbiriyle ilgili katma değer yaratan, tekrarlanabilir, tanımlı ve ölçülebilir işlemler dizisidir (Eyüboğlu, 2012: 31).

Yönetim süreçlerindeki müşteriler ve tedarikçiler, kaynak girdilerini sağlayan kişi veya kuruluşlardır. Süreç yönetiminde işlemler sonucunda ulaşılan çıktı; geri bildirimlere tabi tutularak; yeniden gözden geçirilmektedir. Bu durumda süreç yönetim sistemini tüm elemanlarıyla birlikte Şekil 1.2'deki gibi açıklamak mümkündür. Hastane yönetim süreçlerinde de hastalar ve hasta yakınlarının talep ve şikayetleri girdileri oluştururken, hasta hakları birim faaliyetlerinin ise hastane

müddetince yapılan işlemlere yönelik önemli geri bildirim mekanizmaları niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

Süreç en genel tanımıyla “belirli bir girdiyi tedarikçiden alan, ona değer katan ve müşteriye ulaştırmak için çıktı üreten mantıklı, ilgili, ardışık, bağlantılı faaliyetler zinciridir. Dolayısıyla organizasyon içerisinde birden fazla fonksiyonu ilgilendirebileceği gibi, çıktıları veya getirileri organizasyonun hedef ve stratejileriyle ilişkilendirmelidir (Aras Akçal, 2005: 7).

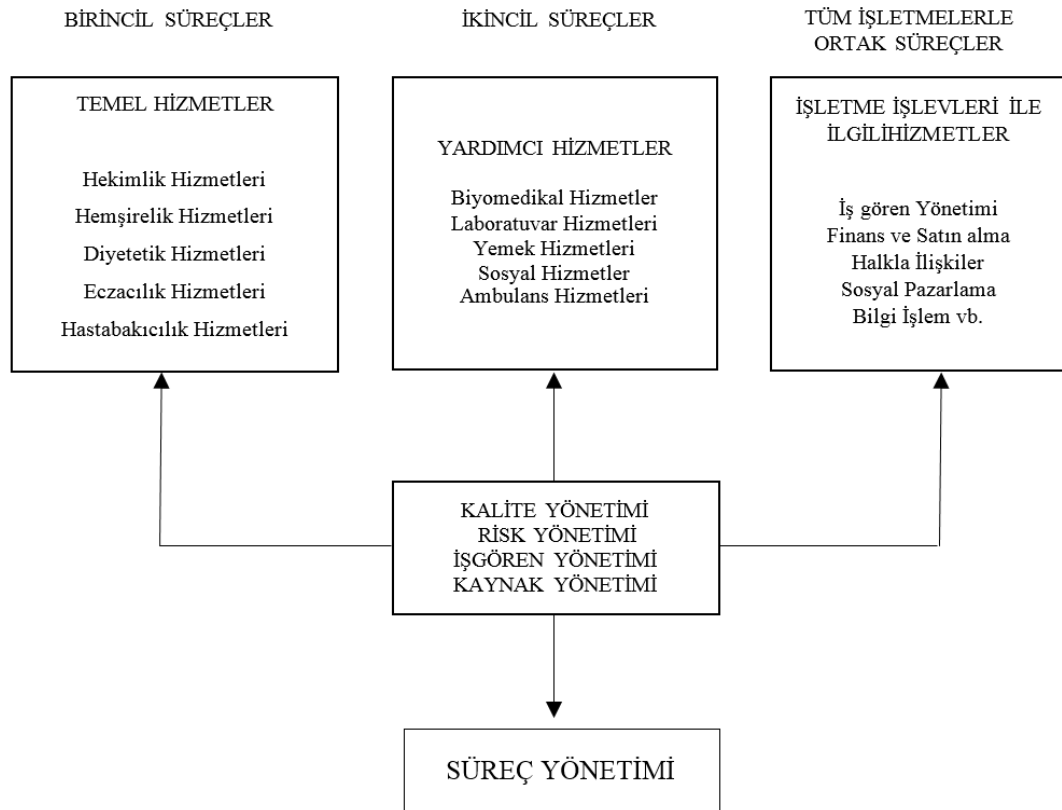
Süreç yönetimi en sade tanımı ile “süreçlerin sistematik olarak yönetilmesidir”. Bir organizasyon içinde sürdürülen işlerin, süreç yönetimi kapsamında ve süreçler bazında tanımlanarak, amaçlar ve hedefler doğrultusunda geliştirilmesi, güncellenmesi, iyileştirilmesi ve bunların sürekliliğin sağlanması gerekmektedir (Aras Akçal, 2005: 8). Süreç yönetiminde işlerin tanımlanması girdi-çıktı ilişkisine dayanmaktadır. Yine süreçlerin tanımlanmış olduğu ve organizasyonun süreçlerle işletildiği durumlarda, hiyerarşiden bağımsız olarak yürütülen işlerin ve ilişkilerin yalın ve bütünleşik vizyon, misyon, strateji ve hedeflerle birlikte anlatılması sağlanır. Süreçlerin iyileştirilmesi ve güncelliğinin sağlanması günümüzün önemli konularından biri olan değişim yönetiminin, aslında süreç yönetimi ile bütünleşik olduğunu göstermektedir (Aras Akçal, 2005: 8).

Rekabet üstünlüğünün devamlılığı için süreç yönetiminin etkin bir şekilde uygulanması gereklidir. Burada öncelikle müşterilere odaklanılması, üretilen faaliyetlere işlevsel sınırlardan bağımsız olarak bir bütün olarak bakılabilmesi, iş faaliyetlerinin tanımlanması ve hedeflerin daha somut hale getirilmesi başlıca özelliklerden birkaçıdır. Çalışanların organizasyon içerisindeki statülerinin belirlenmesi, kopuklukların veya tekrarların elenmesi yoluyla verimliliğin artırılması, organizasyon içi ilişkilerde etkinliğinin artırılması, maliyetlerin ölçülmesi, performans değerlendirme sistemlerinin geliştirilmesi, dış çevre analizlerinin, dış çevre paydaşları ile olan etkileşim analizlerinin sürekli gözden geçirilmesi, hizmet alanlarında iyileştirmelerin ve gelişmelerin sürekliliği için gerekliliklerin başında gelmektedir (Aras Akçal, 2005: 10).

Hastaneler, anayasal bir hak olarak güvence altına alınan sağlık ile ilgili hizmetleri üreten işletmelerdir. Hastaneler hizmet yelpazesinde birincil süreçler: hekimlik, hemşirelik, eczacılık, diyetetik ve hastabakıcılık hizmetleri; ikinci süreçler: laboratuvar, yemek, biyomedikal, sosyal ve ambulans hizmetlerinden oluşmaktadır.

Ayrıca tüm işletmelerde ortak süreçler olarak bilinen finans ve satın alma, halkla ilişkiler, işgören yönetimi, sosyal pazarlama ve bilgi işlem hizmetlerini de içermektedir (Şahin, 2005: 4).

Hastane işletmelerine yönelik süreçler Şekil 1.3’de görülmektedir. Şekilden de anlaşılacağı üzere, hastanelere özgü temel hizmetler ile yardımcı hizmetler ve işletmeye özgü hizmetlerin tamamı Kalite Yönetimi, Risk Yönetimi, İşgören Yönetimi ve Kaynak Yönetimi gibi süreç yönetim sistemleriyle işletilmektedir.



Şekil 1.3. Süreçlerin yönetimi (Şahin, 2005: 6).

Şahin (2005: 15), Hastane Yönetim Süreçlerini tıbbi süreçler ile idari ve finansal süreçler üzerinden açıklamaktadır. Tablo 1.1’de söz konusu süreçler sunulmuştur. Ancak pratikte, hastane yönetim süreçlerini tablodaki gibi birbirinden ayırmak mümkün değildir. Bir başka ifadeyle; örneğin hasta bakım hizmetleri tıbbi süreçlerin yanında; içeriğinde idari ve finansal süreçleri barındıran karmaşık süreçler olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1.1: Tıbbi, idari ve finansal süreçler (Şahin, 2010:78-79).

Tıbbi süreçler	İdari ve Finansal süreçler
1. Hasta Kayıt ve Kabul İşlemleri	1. Otelcilik Hizmetleri
2. Randevu İşlemleri	2. Temizlik-Bakım
3. Hak Sahipliği İşlemleri (Medula)	3. Mutfak/Gıda
4. Özel Sağlık Sigorta Sistemleri	4. Çamaşırhane/Terzihane/Ütühane
5. Poliklinik İşlemleri	5. İnsan Kaynakları Yönetimi (Personel Yönetimi)
6. Konsültasyon İşlemleri	6. Satın Alma
7. Poliklinik Tetkik İşlemleri	7. Eczane
8. Klinik İşlemler	8. Ayniyat-Depo
9. Yatış İşlemleri	9. Randevu İşlemleri
10. Ameliyathane İşlemleri	10. Bilgi İşlem
11. Anestezi İşlemleri	11. Rapor İşlemleri
12. Hasta Uyandırma	12. Hasta Kabul/Yatış/Taburcu
13. Yoğun Bakım İşlemleri	13. Danışma
14. Doğumhane İşlemleri	14. Destek Hizmetler
15. Klinik Laboratuvar İşlemleri	a) Tıbbi ve evsel atıkların toplanması, depolanması
16. Klinik Radyoloji İşlemleri	b) Kuaför, Berber
17. Taburcu İşlemleri	c) Sosyal Hizmet Uzmanları
18. Ex İşlemleri	d) Güvenlik Hizmetleri
19. Eczane İşlemleri	e) Teknik Hizmetler
20. Acil Servis İşlemleri	a. Tıbbi Teknik Hizmetler
21. Kan Bankası İşlemleri	b. Bakım Onarım Hizmetleri
22. Hemodiyaliz İşlemleri	f) Arşiv
23. Hemşirelik İşlemleri	g) Ulaşım Hizmetleri
	h) Danışma
	i) Çevre Düzenleme-Bakım
	j) Okul-Anaokulu, İş-Uğraş Terapisi
	k) Kafeterya, market vs.
	l) Santral, iletişim hizmetleri
	15. Hasta İletişim Birimi
	16. Muhasebe
	17. Medikal Muhasebe
	18. Döner Sermaye

Çalışmanın bu aşamasında öncelikle hastane yönetim süreçlerinin, yönetim fonksiyonları ile ilişkisi karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

1.1 Hastane Yönetim Süreçleri ve Yönetim Fonksiyonları İlişkisi

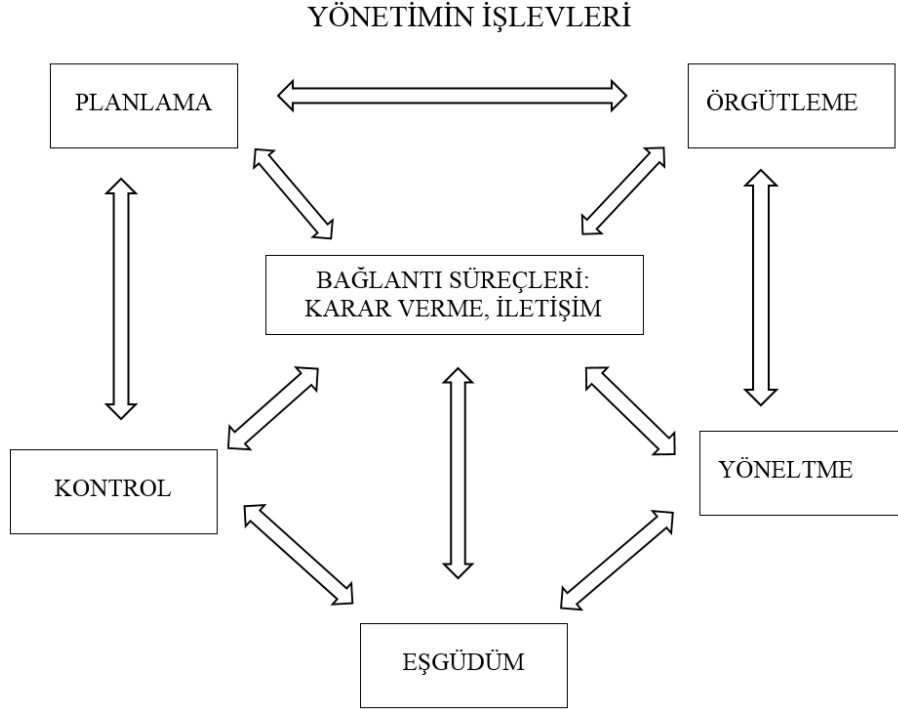
Yönetim, ortak amaçları gerçekleştirmek üzere, grupsal ve bireysel çabaların eşgüdümü, diğer kişilerin faaliyetleri aracılığı ile işlerin yapılmasıdır (Akat ve diğerleri, 2002:9). Modern yönetim ise belirlenen amaçlara ulaşmak üzere faaliyetlerin planlanması, çalışanların örgütlenmesi, bu amaca yönelik iş birliğinin ve yönlendirmenin sağlanması, koordinasyonun yapılması sürecini içermektedir (Dinçer ve Fidan, 1999: 19). Eren ise (2001:4) yönetimi; planlama, örgütleme, koordinasyon faaliyetlerinin yanı sıra liderlik ve denetim fonksiyonları yardımıyla eldeki kaynakların etkili ve verimli bir biçimde kullanarak belirlenmiş amaçlara ulaşma süreci olarak tanımlamaktadır.

Hangi türden olursa olsun tüm hastanelerin belli yönetsel işlevlere sahip olması beklenir. Söz konusu işlevler bir bütün olarak, yönetim süreci olarak da tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010:100). Yönetim süreci belli bir amacın gerçekleştirilmesine yönelik planlama, örgütleme, yöneltme ve denetim işlevlerinin bütünüdür. Şekil 1.4’de yönetim fonksiyonlarının birbirleriyle olan etkileşimi görülmektedir. Bu işlevler döngüsel özellik gösterdiği gibi, içinde yönetim olan tüm alanlarda geçerli karmaşık ve evrensel bir gerçekliktir.

Hastane yönetim süreçleri öncelikle etkin bir planlama faaliyeti gerektirmektedir. Burada planlamadan kasıt, hastanede hangi faaliyetlerin kim tarafından ne zaman, nerede ve nasıl yapılacağına belirlenmesidir. Planlama işlevi hastaneye yönelik kurumsal amaçları belirlemek ve bu amaçları gerçekleştirmek için gerekli araçların, hedeflerin belirlenmesine yönelik faaliyetleri içermektedir (Tengimillioğlu ve diğerleri: 2014: 41). Hastane yönetim süreçlerinde planlama işlevi dış ve iç çevre koşullarının, kurumsal amaçların ve bu amacı gerçekleştirmek üzere hedeflerin tanımlanması, bu amaçla uygulama programlarının geliştirilmesi, politikalar saptanmasıdır (Rakich, Longest Darr, 1996:7). Bu haliyle hastane yönetim süreçlerinde iyileştirme faaliyetlerinin, planlama hatalarının gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi faaliyetlerini de kapsadığı anlaşılmaktadır.

Hastane yönetim süreçlerinden planlama işlevi hedef ve önceliklerinin rasyonel bir şekilde belirlenmemesi, hastane ve hasta ihtiyaçlarının kim tarafından, nasıl belirleneceğine ilişkin prosedürlerin eksikliği gibi konularda yaygın hatalar yapıldığı görülmektedir. Bu hataları önlemenin yolu, hastane yönetim süreçlerinden planlama

işlevini örgütleme, yöneltme ve denetim işlevleri ile birlikte ele almaktan geçtiği düşünülmektedir. Yönetimin işlevleri arasındaki ilişki Şekil 1.4’de görülmektedir.



Şekil 1.4: Yönetim işlevleri (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014).

Hastanelerde yapılacak işlerin belirlenmesi, bu işlerin gruplanması, gruplanan işleri görececek personelin istihdamı, bunların görev, yetki ve sorumlulukları ile örgütsel ilişkilerini düzenleme çabaları örgütleme süreci içinde tanımlanmaktadır (Eren, 2001: 188). Araştırmacıya göre örgütleme işlevi hastanedeki biçimsel yetki ve sorumluluk ilişkilerinin tanımlanması, iş ve iş tasarımı, bölümlendirme gibi faaliyetleri içermektedir. Hastane örgütleri yaşayan canlı organizmalar olarak düşünüldüğünde, sürekli değişim ve gelişim karşısında, sürekli iyileştirme faaliyetlerini gerektiren birimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneler, teşhis, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişimine paralel olarak, örgütsel ilişkilerin ve biçimlerin sürekli gözden geçirilmesi gereken birimlerdir. İnsan yaşamında çevresel etkilere de bağlı olarak sağlık ihtiyaçları sürekli değişmektedir. Günümüzün kaçınılmaz faaliyetlerinden olan sanayi, ticari ve ekonomik değişimlerle birlikte, nüfus ve buna bağlı olarak sosyal sorunlar çoğaldıkça, insan sağlığının korunması daha da zorlaşmaya başlamıştır. Bugüne kadar insanların toplu hastalık ve ölümlerine sebep olan salgın hastalıkla mücadele zorunluluğu, sağlık hizmetlerinin

kurumlaşmasını hızlandırmış; hastanelerin bugünkü durumuna gelmesinde önemli ölçüde etkili olmuştur. Ayrıca yaşlı nüfusun giderek artmasına paralel olarak kronik hastalıkların artışı karşısında palyatif bakım hizmetlerine yönelik birimlerin oluşturulması, sağlık hizmetleri sunumuna yönetmelik ve yönergelerin değişikliğe tabi tutulması gibi durumlar, aynı zamanda hastane organizasyonlarında örgütsel değişim ve gelişmeyi gerektiren örneklerden sadece biridir.

Hastane belirlenen amaçlar yönünde tüm maddi ve beşeri kaynakların harekete geçirilmesi faaliyetleri “yöneltme” süreci içinde açıklanmaktadır. Eşgüdüm olarak da tanımlanan bu süreç, içeriğinde iletişim, motivasyon ve liderlik gibi kavramlar yanında çatışma yönetimi, müzakere teknikleri gibi metotları barındırmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 7). Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi faaliyetleri bir yönüyle hastane çalışanları ve hastalarla iletişimin daha etkin bir düzeyde sağlanması, hasta ve çalışan taleplerinin karşılanması, çalışan ve hasta haklarına gerekli özenin gösterilmesi ve bu konuda hastane yönetimi tarafından gerekli yöneticilik ve liderlik yeteneklerinin ortaya konulmasıdır. Çalışmada örgüt içi yönetim süreçlerinden yöneltme faaliyetlerini incelemek üzere örgüt içi iletişim, hasta ve yakınları ile iletişim gibi olgulara yer verilmiştir.

Hastane yönetim süreçlerinin tamamlayıcısı niteliğinde olan denetim işlevi, planlanan amaçlar ile elde edilen sonuçların karşılaştırılması suretiyle nihai durumun yeniden değerlendirilmesidir (Uygur ve Göral, 2005: 140). Bu aşamada amaçlar ile sonuçlar arasında uyumsuzluk bulunduğu durumlarda düzeltici ve iyileştirici eylemler icra edilir. Hastanelerdeki denetim işlevi sağlık hizmetlerine yönelik faaliyet standartlarının belirlenerek, elde edilen sonuçların bu standartlarla karşılaştırılması; elde edilen sapmaların ise belirlenerek, düzeltici önlemlerin alınmasında fayda sağlanmasını içermektedir (Ergun ve Polatoğlu, 1992: 333). Günümüzde hastanelerde denetim esaslarının “kalite standartları” üzerinden gerçekleştirildiği görülmektedir. Dolayısıyla hastane yönetim süreçlerine yönelik sürekli iyileştirme çabalarının belirlenen kalite standartlarına erişim ve muhafazası şeklinde yürütüldüğü görülmektedir. Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi faaliyeti, başlı başına yönetim işlevlerinden denetim faaliyetleri işlevi ile ilgili olup, hastanelerde kalite yönetim faaliyetleri ile birlikte yürütülen eylemler bütünü olduğu anlaşılmaktadır. Hastanelerde iç denetim faaliyetleri kurum içi yönetim ve denetleme birimleri tarafından yapılırken, dış denetim faaliyetlerinin sağlık bakanlığı başta olmak üzere

maliye, sayıştay birimleri ve bağımsız akreditasyon kurumları vasıtasıyla gerçekleştirildiği görülmektedir (Tergimilloğlu, 2014: 64).

Hastanelerde tıbbi konulanlardaki iç denetim faaliyetleri daha çok hastane komitelerince yerine getirilmektedir. Bu komitelerden bazıları; enfeksiyon kontrol komitesi, kan ve kan ürünleri komitesi, etik kurul komitesi, tıbbi soruşturma komitesi, doku komitesi, sağlık standartlarını gözden geçirme komitesidir (Sağlık Bakanlığı, 2015: 15). Bu komitelerin faaliyetlerinin de sağlık hizmetleri sunumunda denetim işlevi içinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yukarıda yapılan açıklamalar ışığında hastane yönetimi içeriğinde yönetim süreçlerini barındıran bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada yönetici konumunda olan hekimin, hem işletme yöneticisi hem de tabip olarak zaman zaman ikilem içinde kalabileceği düşünülebilir. Bu ikilem, yönetici ve sağlık personelinin bakış açılarındaki bazı farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Tablo 1.2’de hastane yönetimi ile sağlık personeli arasında oluşabilecek farklılıklar sunulmuştur.

Tablo 1.2: Hastane yönetimi ve tıp personeli arasındaki farklılıklar (Kılıç, M, 1998: 47).

PERSPEKTİF	İŞLETME YÖNETİCİSİ	SAĞLIK YÖNETİCİSİ
Egemen Düşünce	Hiyerarşik denetim ve eşgüdümleme, bir bütün olarak hastane üzerinde odaklaşma	Mesleki özerklik, hasta üzerinde odaklaşma
Sorumluluk	Başkalarının faaliyetlerinden de sorumlu olma	Kendi faaliyetlerinden sorumluluk
Güç Odağı	Üst yönetim	Mesleki temsil mekanizması, mesleki kurullar ve komiteler
Başarı Göstergesi	Verimlilik, Etkililik	Mesleki Standartlar, Hizmet Kalitesi
Yapısal Düzenleme	Bürokrasi	Mesleki, bireyselleşmiş müşteriye özel sorun çözme
Kurallar	Kurumsal kurallar	Mesleki kuralları ön planda tutan ve kurumsal kurallara karşı çıkan bireysellik
Karar Zaman Kesiti	Stratejik	Proje, Operasyonel
Odak Noktası	Müşteri Odaklılık, Karlılık	Hasta Odaklılık, Kamu Yararı

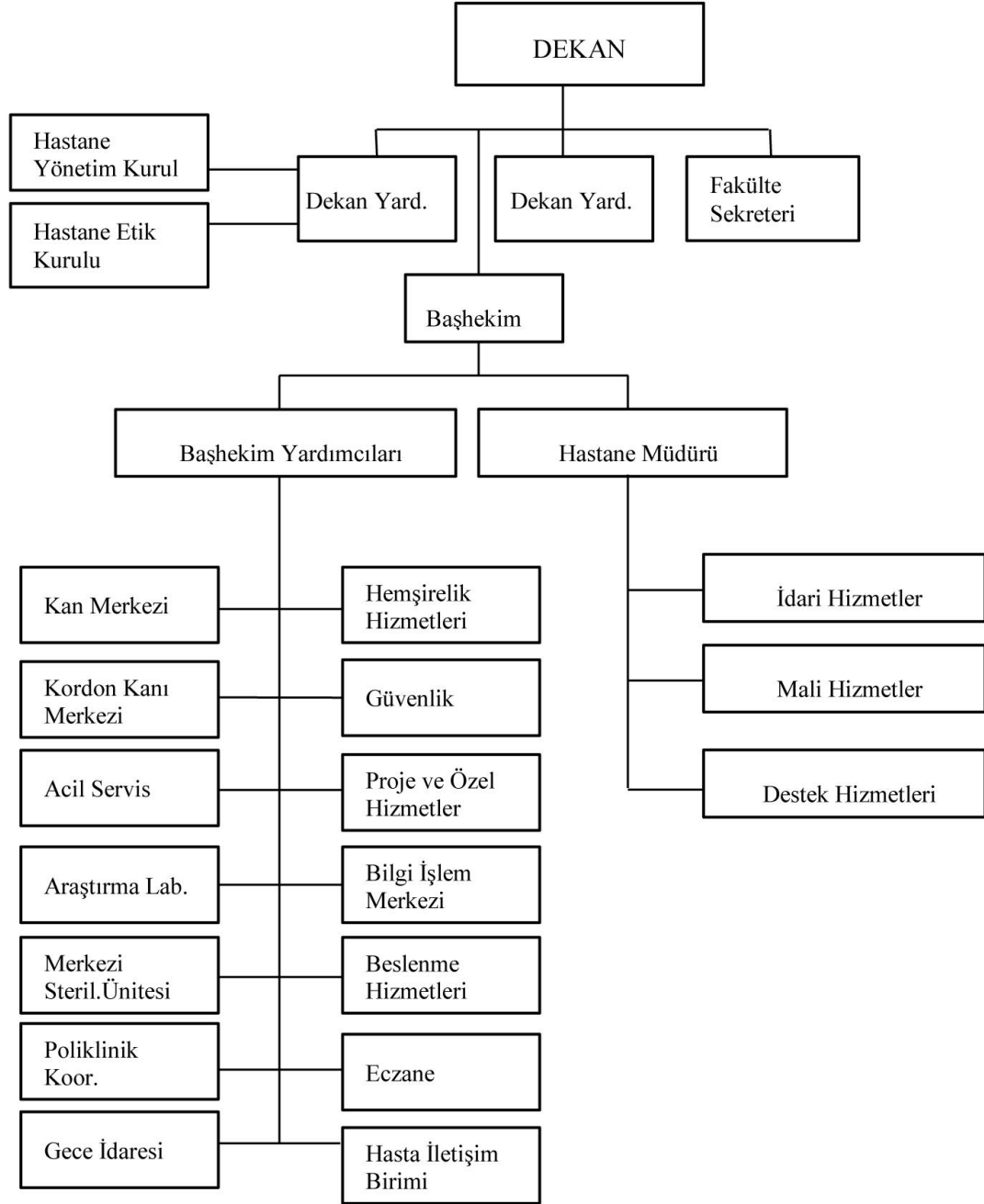
Tabloda da görüldüğü üzere yönetimde bürokrasi, verimlilik, etkililik, karlılık gibi müşteri odaklı kavramlar öne çıkarken, sağlık personelinin sahip olduğu mesleki nitelikler, sorumluluklar, kamu yararı, tıp etiği ve deontolojisine ait olgular çerçevesinde “hasta odaklı” bakış açısı öne çıkmaktadır. Bu bakımdan hastanenin tepe yöneticisi konumundaki hastane yöneticisi, hem işletme yöneticisi, hem de kamusal alanda görev yapan hekim niteliklerini beraberinde bulundurma zorunluluğunu yaşayan yönetici niteliğindedir. Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi bir yönüyle işletme yönetim faaliyetlerinin, diğer yönüyle kamu yönetim süreçlerinin ve en önemlisi de hastaneye özgü tıbbi faaliyetlerin iyileştirilmesi süreçlerini içermektedir.

Çalışmanın bu kısmında, yönetim fonksiyonlarının hastane yönetim süreçlerini açıklayıcı olduğuna dair kavramsal bilgilere yer verilmiştir. Bu haliyle her ne kadar işletme yöneticisi ile sağlık yöneticisi arasında belirli farklılıklar bulunsa da, süreç yönetimi bakımından yönetim işlevleri olmadan, yönetim süreçlerini açıklamanın mümkün olmadığı anlaşılmaktadır. Çalışmada hastane yönetim süreçlerinin yapıyla olan ilişkisini açıklamak üzere, süreç-organizasyon ilişkisi incelenecektir.

1.2 Hastane Yönetim Süreçleri ve Organizasyon İlişkisi

Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. Bir işletmenin organizasyon yapısı oluşturulurken yapılan işlemlerden biri de işletmede yürütülecek faaliyetlerin belirli esaslara göre gruplandırılmasıdır. Faaliyetler genelde mal, hizmet, bölge, müşteri, süreç veya yapılacak işlemlere göre, zaman esasına göre gruplandırılabilir. Matriks organizasyonlarda ise fonksiyonel yönetici ve proje yöneticisi olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, gruplandırılmış bir takım “işlevsel” faaliyetleri üstlenmiş idareci konumundadır. Proje yöneticisi; belirli bir “ mal veya hizmetin” üretilmesi ile ilgili birçok faaliyetin planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir. Hastanelerde faaliyetler tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, sağlık kurulu işlemleri şeklinde işlevleri bakımından tasniflenebildiği gibi, tıbbi hizmetlerden sorumlu olan Baştabip ile hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire hem fonksiyonel hem de işlevsel yönetici olarak konumlanabilmektedir. Tıbbi hizmetler ise kendi içinde dahili bilimler, cerrahi bilimler, temel tıp bilimleri şeklinde gruplanabilir. (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 183-184).

Hastaneler yapısal anlamda “Bilim Dalı” şeklindeki dekanlık işlevleri üzerinden *dikey*, hem de klinik, poliklinik hizmetlerinin işleyişi bakımından “Başhekimlik” faaliyetleri yönüyle *yatay* hiyerarşik yapıya sahip olduklarından *matriks* organizasyon yapısı ile tanımlanmaktadır. Eğitim ve araştırma hastaneleri matriks yapıların en karmaşık halini oluşturmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanesinde örgütlenmeye ilişkin bir örnek Şekil 1.5’de görülmektedir.



Şekil 1.5: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi örgüt şeması (Danış, 2008).

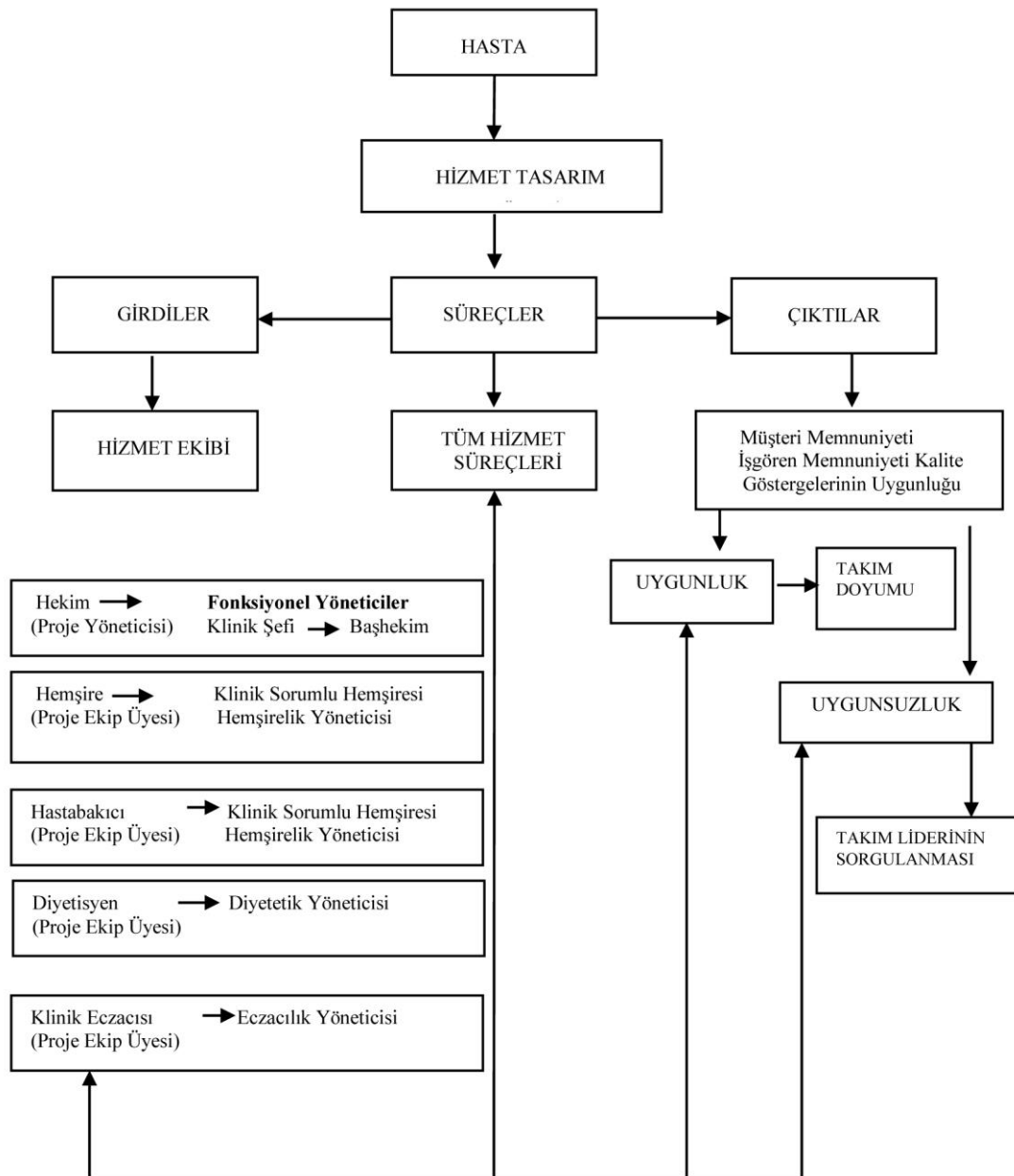
Matriks organizasyonlar dikey ve yatay organizasyonların güçlü yanlarını bir araya getirme ihtiyacından doğmuştur (Aras, 2005: 13). Araştırmacıya göre dikey ve yatay organizasyonların bileşimidir. Dikey yapı geleneksel kontrolü sağlarken, yatay yapı fonksiyonlar arası koordinasyonu sağlar. Eğitim ve araştırma hastaneleri örneğinde de geleneksel kontrolü sağlayan dikey yapılar “Bölüm Başkanlıkları”dır. Yatay yapılar ise bu fonksiyonlar arası koordinasyonu sağlayan, proje üzerinden hareketi sağlayan ve aslında bir başka ifade ile proje yöneticisi konumundaki “Başhekimlik” faaliyetleri olarak tanımlanabilir. Bu ikili yapı nedeniyle bazı çalışanlar fonksiyon yöneticisi ve süreç sahibi olmak üzere iki kişiye karşı sorumludur. Bir başka ifade ile hem ilgili anabilim dalı başkanına, hem de süreçten sorumlu olan başhekime, hastane yönetimine karşı sorumludur. Dikey organizasyondaki teknik komuta yönetimi kaldırılarak hem fonksiyonel, hem de bölümler arası yönetim imkânı tanınmış olmaktadır. İlk başlarda otorite karmaşası olsa da, aslında zaman geçtikçe ortaya mükemmel bir koordinasyon ve yönetim birimi çıkmaktadır. Bu yapı dikey organizasyondan daha radikal olan yatay organizasyona geçiş içinde iyi bir ara çözümdür. Hastaların etkin bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için dikey hiyerarşik yapı ile birlikte, yatay yönetim kademeleri de gerektirdiği dikkate alındığında, matriks yapıların hastanelerde, sağlık hizmetleri yönetimi için en ideal yapılar oldukları düşünülmektedir.

Sağlık hizmetleri yönetimi proje organizasyonuna uygun olarak yürütülür. Projenin konusu belirli türden bir hastalığın tedavi edilmesi, projenin kendisi de herhangi bir hastanın tedavisidir. Bir hastanın tedavisinde sadece hekim ve hemşirenin yer alması yeterliyken, başka bir hastanın tedavisinde ise hekim, hemşire, ameliyathane, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü personelinin de yer alması gerekebilmektedir. Dolayısı ile her hasta özelinde farklı bir proje faaliyeti söz konusudur. Bu bakımdan hastane fonksiyonel yöneticiler üzerinden değil, proje yöneticileri üzerinden, hastanın sorumlu hekimi veya hastanın ameliyatına karar veren ve ekibin başında yer alan ameliyatı yapacak ekip ile birlikte tanımlanmaktadır (Aktaş, 2002: 134).

Araştırmacıya göre ürettikleri ürün bakımından hastaneleri hizmet işletmeleri kapsamında görebiliriz. Hastaneler karmaşık yapıda sistemlerdir. Karmaşık olmalarının başlıca nedenlerinden biri çok çeşitli iş alanına, meslek ve hizmet çeşitliliğine sahip olmasıdır. Tıbbi bakım alanlarının çoğalması ve farklılaşması gibi

nedenlerden dolayı aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma söz konusudur. Hastanelerde kullanılan teknolojinin sürekli kendini yeniler nitelikte olması da hastaneleri daha karmaşık yapıya sokmaktadır. Hastanelerde diğer işletmeler gibi birçok alt sistemden oluşan ve kendini etkileyen sistemler ile alışveriş içerisinde olan yapılarıdır.

Hastanelerde matriks organizasyon yapısı, her bir hasta için hizmet üretim süreci oluşturması gerçeğiyle ilişkilidir. Yönetim açısından baktığımızda ise takım üyeleri ya da temel hasta bakım hizmeti ekibi girdi, süreç ve çıktı bağlamında aşağıdaki şekilde tanımlanabilir.



Şekil 1.6: Takım üyeleri girdi ve çıktılar (Şahin, 2010).

Şekil 1.6’de matriks organizasyon yapılarına özgü “proje” mantığı bağlamında yapı ve işleyişin, süreçle birlikte olan ilişkisi görülmektedir.

Tıp bilimi temeline dayalı olarak oluşturulan hastanelerin aynı zamanda içinde yönetsel süreçleri barındıran mekânlar olduğu düşünüldüğünde; hastane yönetimi, tıbbi hizmetlerde ki baş aktör olarak, hastaneye özgü tüm hizmetlerden ve faaliyetlerden sorumlu olan birimler olarak karşımıza çıkmaktadır (Kavuncubaşı, 2012: 27). Bu aşamada öncelikle hastane yönetim süreçlerinin de, hastanelerin tarihsel/toplumsal oluşumu ve gelişimine değinmenin uygun olacağı düşünülmektedir.

Kökenleri MÖ.3500’e kadar uzanan hastanelerin önceleri toplumsal ihtiyaçlar karşısında dini ritüellerin öne çıktığı sağlık tapınakları şeklinde oluşturulduğu, zamanla mevcut veriler ışığında MÖ 3. yüzyılda eski Hint’te, MÖ 1. yüzyılın sonunda Roma’da ortaya çıktığı görülmektedir (Lyons ve Petruceelli, 1987: 119-317). Türklerde ise Selçuklu ve Osmanlı döneminde hastanelerin inşa edildiği görülmektedir. İlk Selçuklu hastanesi ve tıp merkezi Alparslan’ın veziri Nizamül Mülk tarafından Nişabur’da kurulurken, 1055’den itibaren Bağdat, Şiraz, Berdesir, Kaşan, Ebher, Gence, Harran ve Mardin’de “*Bimaristan*” adıyla hastaneler kurulmuştur (Terzioğlu, 1992:163). Türkiye’de günümüze ulaşabilen hastanelerin çoğu Osmanlılara ait olanlardır. Osmanlılar devrinde özellikle İstanbul’da çok sayıda hastane kurulurken, bunların öncüsü Fatih Sultan Mehmet tarafından açılan Fatih Darüşşifasıdır (Terzioğlu, 1992:178). Osmanlı döneminde hastaneler daha çok cami, medrese, imaret, tabhane, kervansaray, hamam, çarşı, çeşmelerden meydana gelen külliyelerin bir parçası şeklinde planlanırken, genellikle *darüşşifa* adıyla anılan bu yapıların şifahane, maristan, bimaristan, bimarhane, darüssıhha, darürraha, darüttıbb, darülafiye, darülmerda gibi değişik şekillerde isimlendirildikleri görülmektedir (Uzel, 1991: 121; Kazancıgil, 1997: 41). Osmanlıda Batılılaşma hareketi ile birlikte 19. yüzyıldan itibaren Avrupa tarzında modern hastanelerin ve modern tıp eğitimi için eğitim ve araştırma hastanelerinin açılmaya başlandığı ve bu mekanlar için “*hastahane*” tabirinin kullanılmaya başlandığı bilinmektedir (Tokaç, 2002: 12; Yıldırım, 2010: 149).

Osmanlılarda bugün kullandığımız anlamda ilk hastane, sarayın korunmasından görevli Asakir-i Hassa-i Şahane askeri için yapılan *Gülhane Askeri Hastanesi*dir. Zaman içinde sivil hastanelerin yanı sıra azınlık ve misyoner

hastaneleri ile özel hastanelerin oluşturulmaya başlanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti kurulduğunda, Osmanlı Devletinden devralınan 86 hastane ve 6437 yatak kapasitesi, 1950 yılında 118 hastane, 14581 yatak sayısına, 1960 yılında ise 442 hastane ve 32398 yatak sayısına ulaşmıştır (Akdağ, 2010: 15-18). Bugün itibariyle Türkiye’de hastanelerin kamu sektöründe Sağlık Bakanlığı veya tıp fakülteleri eğitim ve araştırma hastaneleri şeklinde yapılandırıldığı, özel sektörde ise özel hastaneler, vakıf hastaneleri şeklinde oluşturulduğu görülmektedir. Türkiye’deki hastanelerin 2010 yılı itibariyle mülkiyet yapılarına göre dağılım durumu Tablo 1.3’de sunulmuştur.

Tablo 1.3: Türkiye’deki hastanelerin mülkiyet yapılarına göre dağılımı (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, sağlık istatistikleri yaylığı-2010).

Kuruluşun adı	Hastane sayısı	Yatak sayısı
Sağlık Bakanlığı	843	119891
Üniversite	62	35001
Özel	489	28063
Diğer	45	16995
TOPLAM	1439	199950

Araştırmacıya göre tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastaneler, hastaların, yaralıların veya hastalıktan şüphelenenlerin, sağlık durumlarını kontrol ettirmek amacıyla, ayaktan veya yatarak muayene, tanı, müsaade, tedavi ve rehabilite edildikleri mekânlardır. Bu haliyle sağlık harcamaları bakımından da sağlık sisteminin en önemli alt sistemini oluşturmaktadır. Hastanelerin oluş ve biçimleniş maksadına göre 4 temel işlevi olduğu kabul edilmektedir. Bunlar sırasıyla;

1. Tedavi hizmetleri,
2. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri,
3. Eğitim hizmetleri,
4. Araştırma hizmetleridir.

Hastaneler hastaların ayaktan veya yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sunan birimler olmasının yanı sıra, madde bağımlılığı, salgın bulaşıcı hastalıklar gibi konularda etkin rol oynayarak, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde rol alan, tüm sağlık personeline yönelik eğitim öğretim faaliyetlerinin icra edildiği, aynı zamanda tıp alanında bilimsel araştırmaların yürütüldüğü mekânlardır. Bu haliyle hastanelerin mülkiyet, büyüklüğü, eğitim statüsü, akreditasyon durumu, sunulan

sağlık hizmetinin türü, hastanenin kapasitesi, hastaların yatış süresi ve dikey bütünleşme basamağı yönüyle çok sayıda tasnifleme tabi tutuldukları görülmektedir (Wolper ve Pena, 1995: 3).

Araştırmacıya göre çalışmanın konusunu oluşturan eğitim ve araştırma hastaneleri, hastane sınıflandırması bakımından incelendiğinde öncelikle, sağlık hizmetlerine yönelik tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık çalışanlarının eğitimine yönelik hizmetler sağlamaları bakımından “*eğitim hastanesi*” niteliğinde, her türlü vaka ile hastalar arasında hiçbir fark gözetmeksizin bünyesindeki uzmanlık dallarıyla ve farklı dallardan uzman hekimlerle sağlık hizmeti sunması bakımından “*genel hastane*” tanımına girdiği düşünülmektedir. Tedavi edilen hastalar bakımından ise hem “*akut bakım*” hem de “*kronik bakım*” hizmetleri sunan tedavi hizmetleri sınıfında oldukları anlaşılmaktadır.

Günümüzde, sağlık hizmetleri yönetimin süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik akreditasyon faaliyetleri sınıflandırmada ayrı bir kategori olarak tanımlanmaktadır (Wolper ve Pena, 1995: 3). Burada sağlık akreditasyon kurumları tarafından belirlenmiş olan standartlara uygunluk bakımından hastaneler arasında sıralama yapılması çabaları söz konusudur. Bu konuda Kavuncubaşı (2013: 35), ABD’de akreditasyon faaliyetlerinin hastanelerin finansal yapısını büyük ölçüde etkilediğini, sağlık sigortası kuruluşlarının JCAHO tarafından belirlenen standartları yerine getirmeyen hastanelerle sözleşme yapmadıklarını, akreditasyonun bu yönüyle kamuoyu nezdinde hastanenin kurumsal itibarını ve imajını belirleyici etkiye sahip olduğunu belirtmektedir. Türkiye’de yakın dönemde eğitim ve araştırma hastanelerinin mevcut işleyişlerini geliştirmek maksadıyla uluslararası akreditasyon kuruluşlarınca akredite edilme çabaları dikkat çekmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri sunumunun özel sektör tarafından yerine getirildiği ülkelerde akreditasyonun önümüzdeki dönemde hastanelerin hem mali yapılarını, hem de kurumsal imajını daha da belirleyici etkiye sahip olacağı değerlendirilmektir. Sağlık yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi faaliyetlerinin yakın dönemde daha da önem kazanacağı ve akreditasyon çabalarının bu konuda belirleyici olacağı düşünülmektedir (Sur ve Palteki, 2013: 34-35).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığınca hazırlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde hastanelerin ayrıca hizmet kapsamına göre sınıflandırıldıkları görülmektedir. Bu sınıflandırmaya göre eğitim ve araştırma hastaneleri eğitim,

öğretim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanlar yetiştiren “genel ve özel dal” sağlık kurumları olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1983: 1).

Hastane yönetim süreçleri kurumsal özellikler bakımından diğer hizmet üreten kurumlardan belli yönleriyle farklılaşmaktadır. Öncelikle hastaneler hizmet üretimi ve tüketimini eş zamanlı gerçekleştirmekte, her müşteriye özgü ayrı hizmet sunumu gerektirmekte ve hasta ve hasta yakınlarının bu süreçte aktif katılımını gerektirmektedir. Shortell ve Kaluzny (1983: 13), hastane yönetim süreçlerinin ayırt edici bazı özelliklerini sıralamışlardır. Sağlık hizmetlerinin çıktılarının tanımlanmasının ve ölçümünün güç, sunulan hizmetlerin karmaşık ve değişken olması, sağlık hizmetlerinin çoğunun acil ve ertelenemez nitelikte oluşu, uzmanlaşma seviyesinin fazla olması, eğitim ve araştırma hastanelerinde otorite mekanizmasının birden fazla olması. Bu nitelikler hastanelerin diğer yönetsel birimlerden ayırt edici özelliklerinden başlıcalarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri temel işlevleri olan tanı ve tedavi hizmetleri yanında eğitim ve araştırma hizmetlerini sunmaları, alt basamaklarda birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına oranla daha zor ve karmaşık vakalarla karşı karşıya kalması, üstlendiği görev sayısının çokluğu ve kurulan bölüm ve yönetsel düzey sayısı bakımından diğer hastanelerden bariz bir şekilde farklılaşmaktadır. Daha da önemlisi hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri tanı ve tedavi sürecinde oluşabilecek hatalara karşı oldukça duyarlı ve toleranssız olmaları tıbbi hatalar (malpractice) karşısında telafisi mümkün olmayan sonuçlarla karşı karşıya kalma olasılığının fazlalığı bakımından “işin, ilk seferde ve doğru biçimde gerçekleştirilmesi” esasına uygun olarak, “*sürekli iyileştirme faaliyetlerinin*” icra edilmesi gereken yönetim birimleridir (Kavuncubaşı, 2013: 42).

Eğitim ve araştırma hastanelerinin amacı muayene, teşhis ve tedavi maksadıyla başvuruda bulunan hastaların ayaktan ya da yatarak tedavisiyle ilgilenmektir. Buna ek olarak eğitim-öğretim, araştırma ve uygulamalar yapmak, her seviyede sağlık personeli yetiştirmek, tıp fakülteleri başta olmak üzere sağlık alanında çeşitli fakülte, enstitü, yüksekokul ve araştırma merkezleri oluşturmak suretiyle sağlık hizmetlerinin tam olarak, kaliteli ve verimli düzeyde yürütülmesini sağlamaktır (Kavuncubaşı, 2010: 204). Türkiye’de üniversite hastaneleri öncelikle Yükseköğretim Kurumu Kanunu (YÖK) hükümlerine uygun olarak yapılandırılırlar. Ancak organizasyon yapıları bakımından birbirlerinden farklılıklar içerebilmektedirler. Söz konusu hastaneler hem üniversitenin mevzuatına, hem de Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi

Kurumları İşletme Yönetmeliği esasları dikkate alınarak işletilmektedir. Hastaneler rektörlerce atanan bir başhekim tarafından yönetilir. Katma bütçeli kuruluşlar olarak kurulan hastaneler aynı zamanda hizmetleri bakımından döner sermaye işletmesine de sahiptirler. 2547 sayılı Yükseköğretim Kurulu Kanununun (YÖK) 7.madde d fıkrası, üniversite uygulama ve araştırma hastanesinin yönetimine dair ilgili organların belirlenmesi, çalışmaların düzenlenmesi ve hizmetlerin yürütülmesine yönelik esasların üniversite hastanesine ilişkin işletme yönetmelikleriyle belirlenebilmesine imkân sağlamaktadır. Bu haliyle yapısal bazı küçük farklılıklar olabilmektedir. Ancak küçük farklılıklar dışında üniversite hastanelerinde başlıca yönetim organları sırasıyla, hastane kurulu, hastane yönetim kurulu, hastane eğitim-öğretim kurulu, hastane etik kurulu ve başhekimliktir. Tablo 1.4’de hastane kurulu ve hastane yönetim kurulu üyelerinin dökümü görülmektedir.

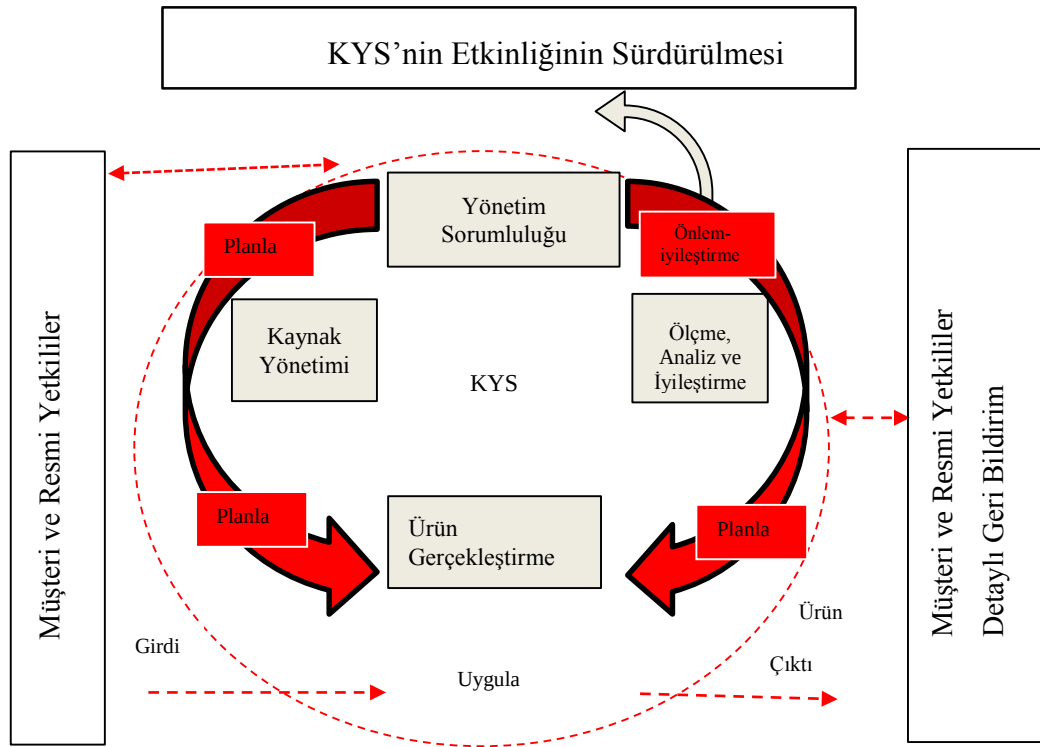
Tablo 1.4: Hastane kurulu ve hastane yönetim kurulu (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010).

HASTANE KURULU	HASTANE YÖNETİM KURULU
Tıp Fakültesi Dekanı	-
Başhekim	Başhekim
Tıp Fakültesi Bölüm Başkanları	Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümünden, 1 Profesör (Kendi aralarından seçimle), 1 Doçent (Kendi aralarından seçimle), 1 Yardımcı Doçent (Kendi aralarından seçimle)	Dahili Tıp Bilimleri Bölümüne bağlı Anabilim Dalı Başkanlarından seçimle 1 öğretim üyesi
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümünden, 1 Profesör (Kendi aralarından seçimle), 1 Doçent (Kendi aralarından seçimle), 1 Yardımcı Doçent (Kendi aralarından seçimle)	Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümüne bağlı Anabilim Dalı Başkanlarından seçimle 1 öğretim üyesi
Temel Tıp Bilimleri Bölümü Mikrobiyoloji, Biyokimya ve İmmünoloji Anabilim Dallarından, 1 Profesör (Kendi aralarından seçimle), 1 Doçent (Kendi aralarından seçimle), 1 Yardımcı Doçent (Kendi aralarından seçimle)	Temel Tıp Bilimleri Bölümüne bağlı Mikrobiyoloji, Biyokimya ve İmmünoloji Anabilim Dalı Başkanlarından seçimli 1 öğretim üyesi
Dahili, Cerrahi ve Temel Tıp Bilimleri Bölümleri içinden Bölüm Başkanlarıncı seçilecek 1’er Araştırma Görevlisi	-
Hastane Başmüdürü	Hastane Başmüdürü
Döner Sermaye İşletme Müdürü	Döner Sermaye İşletme Müdürü
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Tablodan anlaşıldığı üzere; hastane kuruluna dekan başkanlık ederken, hastane yönetim kurulu, hastane yöneticisi başkanlığında oluşturulan ve hastane yönetim süreçlerinde daha etkin olduğu düşünülen birimlerdir. Ancak yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik çabalar sadece bu yapılardan ibaret değildir. Dahası günümüzde yönetim iyileştirme çabaları daha çok kalite çalışmaları üzerinden gerçekleşmektedir. Çalışmanın bu bölümünde hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik yaklaşımlar incelenecektir.

1.3 Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesine Yönelik Yaklaşımlar

Süreç yönetimi, işletmelerin amaçları ve stratejileri yönünde, organizasyon içerisinde yürütülen tüm işlerin sistematik bir biçimde yönetilmesi ile ilgilidir. İşletmelerde en yaygın olarak kullanılan süreç yönetimi yöntemleri ISO 9001 serisi kalite yönetim sistemi standartları ile EFQM mükemmellik modelidir. Şekil 1.7’de ISO 9001 serisi kalite yönetim sistemi modeli görünmektedir.



Şekil 1.7’de görüldüğü üzere burada müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda yönetimin sorumluluklarının tespit edilmesi, kaynakların etkin bir

şekilde yönetimi, ölçme, analiz ve iyileştirme metodolojilerinin geliştirilmesi, buna göre girdinin başlaması, hizmetin üretilmesi, ürünün gerçekleştirilmesi ve nihayetinde çıktı ve müşteri memnuniyeti şeklinde bir süreç söz konusudur. EFQM mükemmellik modeli de benzer şekilde girdiler ve çıktılara dayalı yapısı ile süreç yönetimi konusunda açıklayıcıdır. Gerek ISO 9001 serisi kalite yönetim sisteminin, gerekse EFQM mükemmellik modelinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için etkin bir süreç yönetimi altyapısı gerekmektedir. Bugün pek çok yönetim sahasında kullanılan bu yaklaşımlar, yönetim süreçlerinin iyileştirilmesinde önemli kolaylıklar sağlamaktadır. Söz konusu süreç yönetim modelleri sağlık sektöründe, toplam kalite yönetimi çalışmaları altında tasniflenmektedir (Aras, 2005: 17; Sivaram ve diğerleri, 2013: 41).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, uluslararası standartlara göre belirlenmiş, geçerliliği olan, tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hasta ve çalışanların beklenti ve ihtiyaçlarının tam ve bütün olarak karşılanması olarak düşünülebilir. Buna göre sağlık hizmeti sunumunda kalite anlayışı, kaynakların verimli şekilde kullanılması, hizmetin etkili bir şekilde sürdürülmesi, gerek kaynak dağıtımında, gerekse belirlenen hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete önem verilmesi ve hizmet sunumu esnasında veya sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır (Uz, 1995: 50).

Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik kalite çalışmalarının zeminini akreditasyon faaliyetleri oluşturmaktadır. Akreditasyon sağlık hizmetleri sunan kamu ya da özel sağlık kurumlarının, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış, hastanelerin süreç, yapı ve çıktılarında sürekli gelişimi gerektiren, belli standartları karşılamak zorunda olan ve bu koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla değerlendirilmesi ve takip edilmesi gereken süreçler olarak da tanımlanmaktadır (Dorsey ve Ostenberg, 2004).

Akreditasyon işlemi, hasta tedavi ve bakım kalitesini artırmak maksadıyla ihtiyaç duyulan ve belirlenen standartların, bağımsız ve kar amacı gütmeyen uluslararası bir kuruluş tarafından değerlendirilmesi esasına dayanmaktadır. Tarihçesine bakıldığında daha çok ABD kökenli olan akreditasyon çalışmalarının yakın dönemde Avrupa ülkeleri başta olmak üzere küresel ölçekte de çevre ülkelerde

yayıldığı görülmektedir. Sağlık kuruluşlarının akreditasyon süreci, kendilerini geliştirmede önemli bir araç niteliğindedir. Akreditasyon işleminin temel amaçları;

1. Siyasi yönetimlerden bağımsız olarak sağlık kuruluşunun tanı ve tedavi kalitesini korumak ve geliştirmek, standartlara uygunluğunu belirlemek için sağlık kuruluşunun kontrolden geçirilmesi,
2. Kurumun uluslararası standartlara ne kadar uyduğunun gözden geçirilmesi,
3. Akreditasyon için müracaat eden sağlık kuruluşunun akreditasyon standartlarına yönelik politika ve prosedürlerinin gözden geçirilmesi şeklinde sıralanmaktadır.

Burada akreditasyonun amacı daha çok hasta beklentilerini karşılamak, doğru tanı, tedavi ile doğru bilgilendirme, hastaya saygı, güleryüz, hijyenik ortam, uygun fiyat politikasının belirlenmesi şeklinde de ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine yönelik akreditasyon, kalite ödülleri, ISO gibi mekanizmalara dünya genelinde artan bir talep bulunmaktadır. Akreditasyon alanında dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de önemli adımlar atılmıştır (Sur ve Palteki, 2013: 457).

21. yüzyılın son dönemlerinde hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmalarında önemli değişiklikler olmaya başlamış, hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik yaşanan teknolojik kolaylıkların yanı sıra, hastane yataklı servislerde kabul edilen hasta yatış süreleri azalma, yatan hasta devir hızlarında ise artış söz konusu olmaktadır. Hastaların teşhis ve tedavi planlamaları kliniklerden, polikliniklere doğru kaymaktadır. Hasta tedavi ve bakım hizmetlerinde ortaya çıkan bu değişim hastane yönetim süreçleri ile fonksiyonlarını da etkilemekte ve mümkün olan en kısa süre zarfında hastalara daha kaliteli ve doğru sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir (Çoruh, 1997: 35).

Araştırmacıya göre hastanenin tedavi bakım fonksiyonlarının geliştirilmesine yönelik bütün bu tasarımların içini günümüzde *kaliteli sağlık hizmeti sunumu* kavramı karşılamaktadır. Dolayısı ile burada yönetim süreçlerinin geliştirilmesi çabalarının, sağlık organizasyonlarında kalite ve akreditasyon kavramı içerisinde tartışıldığı görülmektedir. Doksanlı yıllarda hastaların tedavi ve bakım fonksiyonlarında meydana gelen değişim hareketlerinin 2000’li yıllardan itibaren kalite ve akreditasyon çerçevesinde ivme kazandığı anlaşılmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bütçesindeki harcamaların büyük bir kısmı hastane hizmetleri için

ayrılmaktadır. Bu durum da, hastanelerde sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin, etkililiğin, verimliliğin ve hasta hakları gibi temel ilkelerin yerleştirilmesini zorunlu birer ihtiyaç haline getirmiştir. Gelişmiş ülkelere bakıldığında hastanede kalış sürelerinin azalmasına ve ayaktan tedavi sayılarının çoğaltılmasına paralel olarak yeni düzenlemeler yapıldığı, hastanelerde gereksiz laboratuvar/tıbbi cihaz veya gereksiz ilaç kullanımının önlenmesine yönelik bir takım tedbirler geliştirildiği görülmektedir. Hastanelerde verilen hizmet kalitesinin artırılması çabaları, sağlık harcamalarının azaltılıp, etkin bir şekilde yürütülerek karlılığın arttırılmasını hedeflemektedir.

Burada sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi önem kazanmaya başlamıştır. Öncelikle yönetim süreçlerindeki iyileştirme çabalarına ilişkin değerlendirmeler, organizasyon içindeki birimler üzerinden yürütülmekte iken, zaman içerisinde bunların tarafsız, bağımsız kuruluşlar tarafından belgelenmesi ihtiyacı oluşmuştur. Bağımsız bir dış kuruluş tarafından belgelendirmeye yönelik gelişmelerin ABD’de doğduğu bilinmektedir. Sağlık organizasyonlarında kalite ve akreditasyon belgesi ilk defa JCAHO (Joint Commission Accreditation For Health Organization) tarafından verilmiştir (Kaztfey, R.P, 2004: 18). Günümüzde kalite ve akreditasyon hizmeti veren çok sayıda bağımsız dış denetçi kuruluşu incelemek mümkündür.

Akreditasyon, kaliteye yönelik belgeleme faaliyeti anlamına gelmektedir. Ancak buradaki belgelemenin, zaman zaman *ruhsatlandırma* kavramı ile karıştırıldığı görülmektedir. Ruhsatlandırmada bir sağlık hizmeti sunucusunun güvenilir bir şekilde çalışması, hastanın olası zarardan korumasına yönelik gerekli olan *minimum standartlar* söz konusudur. Oysa akreditasyon kavramı, ruhsatlandırmanın minimal ölçeklerinin üzerinde, ‘kalite’ olgusunun içeriğini dolduracak şekilde hasta tatminini ve hasta ihtiyaçlarını *optimal* düzeyde karşılayacak koşulları içermektedir. Bu bağlamda akreditasyon kavramı, kamu ya da özel kurumlarca gönüllü olarak sağlık kurumlarına yönelik düzenlenen; yapı, süreç ve çıktılarında sürekli olarak iyileştirilme sağlanmasını gerektiren, belli standartları karşılamak durumunda olan tanınma ve kabul süreci olarak tanımlanabilir (Ostemberg, 2005: 23).

Araştırmacıya göre bu haliyle akreditasyon, etkin bir yönetim ve işletim modeli olarak, en iyi düzeyde hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, hastalar açısından

güvenilir bir bakım ortamının sağlanması ve sağlık hizmeti risklerinin azaltılmasına yönelik prensipleri benimseyen, iyileştirme, düzeltme ve geliştirme çalışmalarının sürekliliğini sağlayan, sağlık kurumunun taahhütlerini içeren bir belge niteliği taşıdığı anlaşılmaktadır. Hasta hakları birim faaliyetleri üzerinden, yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi çabalarının da yönetimi iyileştirme çalışmaları içinde yer aldığı düşünülmektedir. Çünkü kalite yönetimi mantığıyla hastaların bir müşteri olarak beklentilerinin neler olduğunun tespit edilmesi, yönetim süreçlerinde ne gibi iyileştirmeler, geliştirmeler yapılması gerektiği yönündeki beklentileri dikkate alan çalışmaların aslında kalite iyileştirme çalışmaları içerisine girdiği görülmektedir.

Akreditasyon ilk olarak 1917’de ABD’de kullanılmaya başlanmış (Akyurt, 2013:454), ABD’den sonra Kanada ve Avusturalya’da geliştirilmiştir. Bu haliyle aslında akreditasyon çalışmalarının Anglosakson merkez çerçevesinde geliştiği de anlaşılmaktadır. İlk akreditasyon örneği 1951’de ABD’de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association’ın “Joint Commision an Accreditation of Hospitals”de olduğu belirtilmektedir (Roa ve Rooney, 1999: 25). Joint Commision on Accreditation of Hospitals 1913’de kurulan American College of Surgeons tarafından 1917’de başlatılan hastane standardizasyonu programının devamı olarak kabul edilmektedir. Joint Commision on Accreditation of Hospitals’ın 1917-1950 arasında 3000 sağlık kuruluşunu akredite etmiştir. Bu rakam ABD’deki sağlık kuruluşlarının %50’sine tekabül etmektedir. Ardından Kanada ve Avustralya’da bu örgütlenmelerin devamı niteliğinde organizasyonların oluşturulmuştur (Sur ve Palteki, 2013: 455).

JCI, JCAHO’nun bir alt kuruluşu olup, ABD dışında uluslararası düzeyde hastane akreditasyonunu yapmak üzere kurulmuştur. JCAHO, federal devlet merkezli bir akreditasyon kuruluşu iken, JCI uluslararası alanda faaliyet gösteren akreditasyon kurumu niteliğindedir (JCAHO, 2009). ABD’nin belirlemiş olduğu sağlık standartlarının, çevre ülkelerde benimsenmesi suretiyle sağlık hizmetleri yönetimi bakımından ABD’ye veya ABD’deki sağlık hizmetlerine yakınsaması için belirlenen model, şablon niteliğinde olduğu söylenebilir. Sur ve Palteki’ye göre (2013:455), JCI’ın yapılanma aşamasında akreditasyon standartlarının hem kamusal hem de özel sağlık bakım hizmetleri veren kuruluşlara hitap ediyor olması, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya ülkelerinin sağlık kurumlarında

akreditasyona olan ilgiyi arttırdığı anlaşılmaktadır. Tablo 1.5’de ülkelerin sağlık alanında faaliyet gösteren akreditasyon programları ve başlangıç yılları görülmektedir.

Tablo 1.5: Ülkelerin sağlık alanında faaliyet gösteren akreditasyon programları ve başlangıç yılları (Sur ve Palteki, 2013:455).

Yıl	Programlar	Program Adedi
1951	ABD (JCAHO)	1
1958	Kanada	1
1974	Avustralya (ACHS)	1
1979	ABD (AAAH)	1
1986	Tayvan (TJCHA)	1
1987	Avustralya (QIC)	1
1989	Yeni Zelanda	1
1990	Birleşik Krallık (HAP)	1
1991	Birleşik Krallık (HQS), US (NCQA)	2
1994	Güney Afrika	1
1995	Finlandiya, Kore, Endonezya	3
1996	Arjantin, İspanya (FAD)	2
1997	Çek Cumhuriyeti, Japonya	2
1998	Avustralya (AGPAL), Brezilya (CBA), Joint Commission International, Polonya, İsviçre	5
1999	Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya	5
2000	Portekiz, İngiltere (CSBS), Filipinler	3
2001	Bulgaristan, Almanya, İtalya, İrlanda	4
Henüz işlevsel değil	Kolombiya, Slovakya, Moğolistan, Bosna	4
Toplam		38

Not:1999 yılından bu güne kadar Avrupa, Orta Doğu, Asya ve Latin Amerika’da toplam 55 hastane, JCI’n standartlarına göre değerlendirilerek akredite olmuştur.

Tablo incelendiğinde, 1951’li yıllardan itibaren akreditasyon standartlarının küresel anlamda sürekli yayıldığı görülmektedir. 2002 yılından itibaren dünyada akreditasyona olan bu ilginin İngiltere başta olmak üzere Avrupa kıtasında da hızla yayılmaya başlanmıştır. JCI aracılığı ile ulusal sağlık akreditasyon modelini aktif olarak oluşturma ve geliştirme yolunda çok sayıda Avrupa ülkesinin bulunmaktadır (Sur ve Palteki, 2013: 456). Tablo 1.6’de Avrupa ülkelerindeki akreditasyon programları ile işlevsel durumları açıklanmıştır.

Tablo 1.6: Avrupa ülkelerinin akreditasyon programları ve işlevsel durumu (Purvis, 2004).

İşlevsel Durum	Program	Program sayısı
Aktif program	Bulgaristan, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya (bölgesel), Hollanda, Polonya, Portekiz, İspanya, İsviçre (iki), Birleşik Krallık (üç)	11
Gelişimde	Bosna (RS, FBİH), Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka (iki), Finlandiya, Macaristan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Malta, Slovakya	11
Herhangi bir ulusal program yok	Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Belçika, Kıbrıs, Estonya, Kazakistan, Lüksemburg, İsveç, Türkiye, Yugoslavya	11

Sağlık hizmetlerinde sunulan kalitenin artırılması amacıyla yapılan çalışmaların daha çok ulusal kalite standartları ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğu görülmektedir. Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerinin çeşitli ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirmiş olduğu mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda sağlıkta ulusal kalite sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Hindistan, Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri görmek mümkündür. Yukarıda yapılan açıklamalar kapsamında Türkiye’de yakın dönemde ulusal nitelikte kalite ve akreditasyon çabaları öne çıkmaya başlamıştır.

JCI akreditasyon standartları, hastaneleri hasta ve kurum odaklı olmak üzere iki temel başlık altında, bir bütün olarak görür. JCI’nın akreditasyon/sertifikasyon faaliyetlerinin ise 4 alt başlıkta verildiği görülmektedir. Bunlar sırasıyla akademik üniversite hastaneleri programı, ambulatuvar bakım programı, klinik laboratuvar programı ve hastane programıdır (JCI, 2015).

Halen klinik laboratuvar programı bazında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinin 2006 tarihinden bu yana JCI Klinik Laboratuvar programına akredite durumdadır. Üniversite eğitim ve araştırma hastanesi bazında ise sadece üç hastanenin JCI’ya akredite olduğu anlaşılmaktadır. Dünya genelinde toplam 737

kurum, Türkiye’de ise 2014 sonu itibariyle 51 kurum JCI Akreditasyonuna sahiptir (JCI, 2015).

Araştırmacıya göre aslında burada vurgulanmak istenen husus JCI gibi belli bir markaya özgü akreditasyondan ziyade sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların bulundukları bölgedeki tüm çevre faktörlerini göz önünde bulundurarak kendi akreditasyonlarını oluşturabilmeleridir. Daha da önemlisi bu standartlarla uzun dönemli, sonuç odaklı dinamik kararlarla varlığını devam ettirebilen, sağlık yönetim süreçlerini sürekli gözden geçirebilen organizasyonlar yaratabilmektir. Ayrıca rekabet üstünlüğüne dayalı olarak stratejik bakış açısına sahip, uluslararası kabul edilebilirliğe haiz sağlık kuruluşları oluşturabilmek, amaçlanmalıdır.

Shaw (2004) akreditasyonun amacını daha çok hasta beklentileri üzerinden açıklamaktadır. Buna göre akreditasyonu, hasta beklentilerini karşılamak, doğru tanı ve tedavi ile yeterli bilgilendirme yapmak, saygı, güler yüz, temiz ortam ve uygun fiyatlandırma gibi temel beklentileri karşılamak olarak sıralamak mümkün. Sıralamada hastane, sigorta ve çalışanlar gibi unsurların daha arka planda sıralandığı görülür. Dolayısı ile burada akreditasyon çalışmalarının odak noktasının “hasta” olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmanın konusunun da “hasta hakları çerçevesinde hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi olduğu düşünüldüğünde, çalışmanın bir yönüyle aslında günümüzde akreditasyon çabalarıyla da ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Akreditasyona sahip olmanın kuruluşlara sağladığı imkânlar incelendiğinde, bunun da üç temel başlık altında açıklandığı görülmektedir. Bunlar sırasıyla;

- 1- Hastane teşviklerini sağlaması,
- 2- Personeli teşvik etmesi,
- 3- Hastanın sağlık kurumunu seçmesi yönündeki değerlendirmelerden oluşmaktadır (Akyurt, 2007: 28).

Araştırmacıya göre akreditasyonun hizmet sunucusunu tanımlaması ve bütünleşmiş yönetim yapısı çerçevesini belirleyici yönü ile olumlu etkileri olduğu, aynı şekilde personel teşviki bakımından, personelin mesleki gelişimini, güvenilirliğini, çalışanların tatmin düzeylerini, kalite faaliyetlerine olan ilgiyi artırması yönünde olumlu katkıları olduğu görülmektedir. Ancak tez kapsamı bakımından asıl önemli olan bu deneyimlerin hastanın sağlık kurumu seçimindeki etkileri üzerinedir. Çünkü günümüzde hastaların öncelikle daha kaliteli olan kuruma erişim konusunda tercihleri söz konusudur. Bir başka ifadeyle, hizmet bakımından hem daha kaliteli

olan, ücret bakımından da kendilerinin karşılayabileceği düzeydeki hastaneleri tercih edeceklerdir. Bu bakımdan hastane seçiminde belirleyici unsur olarak akreditasyon olgusu öne çıkmaktadır. Ayrıca burada akreditasyonun hasta haklarının korunmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir.

Akreditasyon sürecinin veya işlemlerinin hasta açısından faydaları incelendiğinde; hastalara yapılan tüm uygulamaların ilgili hekim tarafından denetlenmesi, hastaların ve yakınlarının bakım süreçlerine dahil edilmesi, hastalara uygulanan teşhis ve tedavi hizmetlerinin, tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve gelişmiş uygulamaları içermesi, hastaya istediği takdirde hekimini değiştirebilme hakkı vermesi, hastaya bilgi edinme hakkı, saygı görme hakkı, rıza alınması hakkı ilgili bilgi verilmesi, hastayı uzman bir sağlık ekibinin karşılaması, hasta ve yakınlarının mahremiyetlerine saygı duyulması, tedavinin her aşamasında hasta ve yakınlarının bilgilendirilerek onamlarının alınması, hastaların şikayetlerini iletebilecekleri bir birim olması, hastanın teşhis ve tedavisinde kullanılacak tıbbi malzeme ve cihazların tümünün belirlenen hizmet standartları çerçevesinde kullanılması gibi önemli katkıları olduğu ifade edilebilir (Akyurt, 2007:31). Bu durumda hasta hakları ve akreditasyon arasında kuvvetli bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Akreditasyon doğal olarak, sağlık kuruluşları açısından stratejik yönetim bakış açısını kazandırmaktadır. Hastanenin finansal, ekonomik ve sosyal bakımdan ve yaşayan bir organizma olarak varlığını devam ettirebilmesi yönünde kendini yenileyebilen, gelişen ve değişen şartları kendisine uyarlayabilen yapılar olmasını sağlayan mekanizmadır.

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hazırlanan kurumsal değerlendirme çerçevesinde, hastane akreditasyon sisteminin Türkiye hastanelerinde kurulması, faaliyete geçirilmesi ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı ile JCI yetkilileri arasında Eylül 2004 tarihinde protokol sözleşmesi imzalanmıştır. Böylelikle sağlık hizmetlerinin yönetim, denetim, fiziki altyapı, insan gücü ve finansman bakımından sağlam bir alt yapıya kavuşturulması amacıyla önemli bir adım adım atılmıştır. Bugün Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı birim faaliyetleri doğrultusunda, sağlık hizmetlerine yönelik akreditasyon standartları sürekli geliştirerek JCAHO ve ISQua işbirliğinde uluslararası akreditasyon hizmetleri sunulmaktadır (Yıldızcan, 2005: 14). 2003 yılından itibaren Türkiye’de ilk aşamada sağlık çalışanlarında performansa dayalı ek

ödeme sistemine geçilmiş, ikinci aşamada ise bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmetleri sunumunda öncelikle kaliteyi temel alan, kurumsal performans ve kalite geliştirme çabaları eklenmiştir. Böylelikle sağlık hizmetlerine erişim, hızlı ve etkili hizmet alt yapısı ve süreçlerinin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve amaçlanan hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayanan detaylı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011: 3-4).

Sağlık Bakanlığı, hazırlamış olduğu akreditasyon çalışmalarını 26.08.2013'de ISQua (The International Society for Quality in Health Care) Üst Kuruluna göndermiş, ISQua Üst Kurulu tarafından da, 17 Ocak 2014 tarihinde “Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Setinin uluslararası düzeyde akretide edildiği kararı” Bakanlığa bildirilmiştir. Sağlık sektöründe akreditasyon faaliyeti yapan kurumları akredite eden, kar amacı gütmeyen alanında tek yetkili kuruluş olan ISQua ile sözleşme imzalanarak, akreditasyon süreci resmi olarak başlatılmıştır. Ele alınan Uluslararası Akreditasyon Programı çerçevesinde 2013-2014 yılları içinde “Değerlendirici Eğitim Programının Akreditasyonu ve Sağlıkta Kalite Standartlarının Akreditasyonu” ile ilgili çalışmalar ISQua tarafından gerçekleştirilecektir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon, 2014).

2005 yılında kamu hastanelerinde yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik oluşturulan kurumsal performans ve kalite geliştirme çalışmalarının en önemli parametresini hastane kalite kriterlerinin oluşturduğu görülmektedir. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri 2007 yılı başında yeniden revize edilerek 150 soruya çıkarılmış, 2008 yılında 150 sorunun tamamı revize edilerek yeniden düzenlenmiş toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan kalite kriterleri “Hizmet Kalite Standartları” adı altında bir set halini almıştır. 2009 yılı içerisinde ise özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011).

Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” 27/06/2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmelik ile 06/08/2013 tarihli ve 28730 sayılı Resmî

Gazete’de yayımlanan “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” yürürlükten kaldırılmıştır. Mezkur yönetmeliğin 5. maddesinin 2. fıkrası uyarınca 01.07.2015 tarih ve 2015.5411.106 sayılı makam onayı ile Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (Versiyon-5) Setinin tüm hastanelerde kullanımı 1 Temmuz 2015 tarihi itibari ile yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda mezkur yönetmeliğin 5. maddesinin 3. fıkrasında yer alan ”Sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlıkta Kalite Standartları ve rehberlerinin yayımlandığı tarihten itibaren altı ay sonra sorumlu tutulurlar.” hükmü gereğince tüm hastaneler Ocak 2016 tarihi itibari ile standartlardan sorumlu tutulacak olup “Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri” de SKS-Hastane (Versiyon 5) esas alınarak Ocak 2016 tarihi itibariyle gerçekleştirilecektir (SB, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015).

Türkiye’de son yıllarda hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaların kalite ve akreditasyon çerçevesinde ele alındığı anlaşılmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde; hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar, Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde ele alınacaktır. SDP çerçevesinde hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik ne gibi adımlar atıldığı, hangi sonuçlara ulaşıldığı incelenecektir.

1.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Hastane Yönetim Süreçlerinde Yaşanan Değişimler

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Ocak 2003 tarihinde kapsamlı bir kamu yönetimi reformu çerçevesinde sağlık alanında “Acil Eylem Planı”nı açıklamıştır. Bu plan, tüm nüfusu içine alan genel bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu açık bir şekilde ifade etmektedir. Burada “*Herkese Sağlık*” başlığı altında sağlık sektörüne yönelik iddialı ve kapsamlı bir program başlatılmıştır. Programın içeriğini toplumun beklenti ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak amacıyla düşük maliyetli, yüksek kaliteli, yaygın, sağlık hizmet sunumu basamakları arasında sürekli işbirliği ve sorunsuz sevk sisteminin geliştirilmesi oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003: 23). Ayrıca toplum sağlığı ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve sağlık alanında hizmet veren

kuruluşların yeniden yapılanması amacıyla sistemin yönetim, organizasyon, finansman, insan gücü, eğitim ve mevzuat politikaları ile yeniden düzenlenmesi ihtiyacı da önem arz etmektedir.

SDP'ye özgü sağlık politikalarının sadece Türkiye ile sınırlı kalmayıp finansal açıdan Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fon (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) başta olmak üzere, uluslararası kuruluşların belirleyiciliğinde gerçekleştirildiğine bilinmektedir. Sağlığa yönelik harcamaların etkili ve verimli bir şekilde neo-liberal piyasa dinamikleri ve özel sektör liderliğinde yapılandırılması şeklinde gelişen söz konusu program, sürdürülebilir, katılımcı, insan merkezli, kaliteli, uzlaşmacı ve gönüllülük esasına dayanması nedeniyle yönetim ilkelerine uygun olarak tesis edildiği anlaşılmaktadır (Erbek ve Adaş, 2009: 33). Sağlıkta reform politikalarının temel önerileri şu şekilde sıralanabilir:

1. Herhangi bir sağlık güvence sistemine dahil olmayan nüfusun *genel sağlık sigortası* kapsamına alınması,
2. Birinci basamak muayene hizmetleri için kentsel *alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen aile hekimliği* oluşturulması,
3. Mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal yönden *özerk bir yapıya* kavuşması,
4. Hizmet sunanlarla satın alma birimlerinin birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile *rekabet ettiği bir iç piyasanın* oluşturulması. (Berman ve Tatar, 2004: 7).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin amaçları, verilen sağlık hizmetlerinin hakkaniyet gözeterek, verimli ve etkili bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması olarak tanımlanmaktadır (SB, 2003: 24). Bu çerçevede SDP'nin temel ilkeleri olarak, (1) İnsan Merkezlilik, (2) Sürdürülebilirlik, (3) Sürekli Kalite Gelişimi, (4) Katılımcılık, (5) Uzlaşmacılık, (6) Gönüllülük, (7) Güçler Ayrılığı, (8) Densentralizasyon ve (9) Hizmette Rekabet ilkelerinin benimsendiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2003:25).

SDP bileşenleri bakımından incelendiğinde öncelikle Sağlık Bakanlığının işlevinin planlayıcılık ve denetleyicilikle sınırlandırıldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2003:26). Diğer bileşenler ise sırasıyla; vatandaşları tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortasının

oluşturulması ve yaygın, erişilebilir ve güler yüzlü sağlık hizmet sisteminin yapılması olarak sıralanmaktadır. SDP'nin sağlık hizmetlerine yönelik alt bileşenleri aşağıda sıralanmıştır.

1. Aile Hekimliği Sistemi
2. Etkili, Kademeli Hasta Sevk Zinciri
3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşlemleri
4. Motivasyonu Yüksek Donanımlı Sağlık Çalışanları
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumlarının Oluşturulması
6. Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi
8. Sağlık Bilgi Sisteminin Oluşturulması

Görüldüğü üzere birbiriyle ilişkili ama farklı alanlarda çok yönlü olarak başlatılan SDP çerçevesinde, hasta beklentilerinin karşılanmasına yönelik önemli amaçlar benimsendiği değerlendirilmektedir. SDP ile birlikte hasta haklarında yaşanan dönüşümler Sağlık Bakanlığının raporlarında üç başlık altında açıklanmaktadır. Bunlar sırasıyla SABİM, Hasta Hakları Birimi ve Hastaların Hekim Seçme Hakkına yönelik yaşanan gelişmelerdir. Sağlık Bakanlığı raporlarında hasta haklarına yönelik yapılan gelişmelerin bakanlık düzeyinde iletişim merkezi oluşturulması (SABİM), hastanelerde ilgili birimlerin yapılandırılması (Hasta Hakları Kurulu) ve hastaların hekim seçme haklarına yönelik sağlanan gelişmeler kapsamında üç temel başlık altında değerlendirildiği anlaşılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Raporu, 2012: 205).

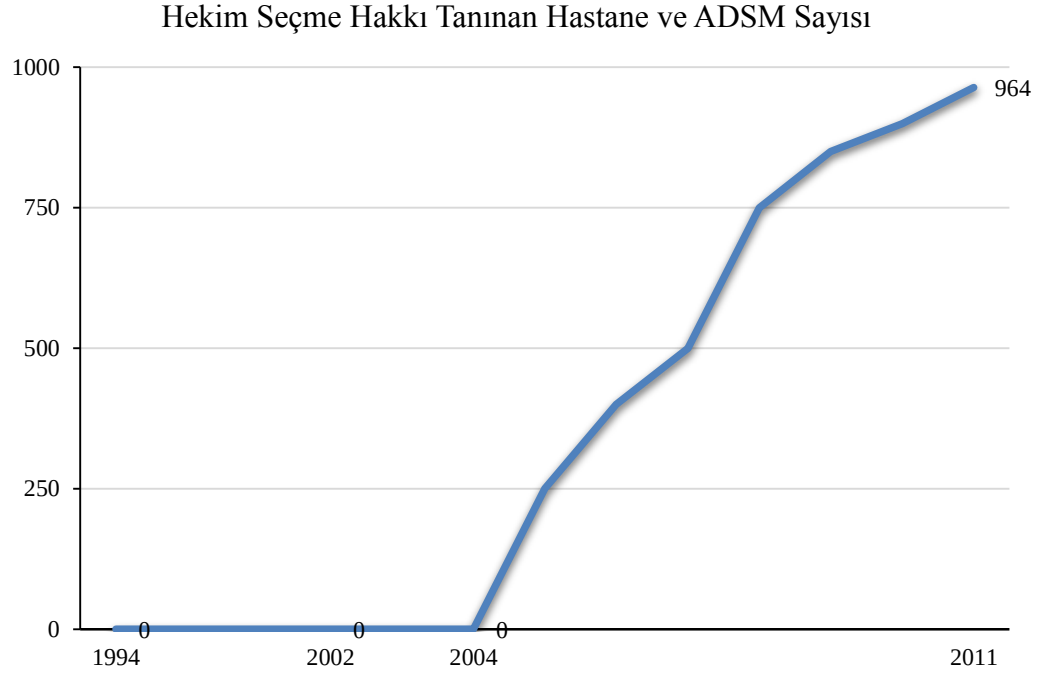
Vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık sisteminde ve hizmet sunumunda meydana gelen sorunları yerinde ve eş zamanlı tespit ederek, hızlı şekilde çözülmesi maksadıyla 2004 yılında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulamasına başlanılmıştır. SABİM ile kurumsal halkla ilişkiler hizmeti yürütülmektedir. Vatandaşların bilgi alma ihtiyaçları karşılanmakta, sağlık sistemi işleyişi sırasında mağduriyet yaşayanların sorunlarına doğrudan çözüm bulunması amaçlanmaktadır. Uygulamada SABİM görevlileri tarafından kayıt altına alınan başvurular SABİM çözümleyicilerince değerlendirildikten sonra sorun yaşanan illere sevk edilmektedir. Bu başvurular illerdeki SABİM çözümleyicileri tarafından çözümlenmektedir. Sağlık Bakanlığınca 2003 yılından itibaren bünyesindeki devlet hastanelerinin tamamında “Hasta Hakları Birimi” faaliyete geçmiştir. Bu birimlerde

vatandaşlar, hizmet alma hakkını temin için oluşturulan hasta hakları birimlerine sözlü veya yazılı olarak başvuruda bulunarak ihtiyaçlarını iletmekte; kendisine gerekli yardım sağlanarak, ilettiği konuyla ilgili düzeltici işlemler yapılmaktadır. Hasta Hakları Kurul üyeleri şu kişilerden oluşmaktadır.

1. Kurul Başkanı: Başhekim Yardımcısı
2. Hasta Hakları birim sorumlusu
3. Şikâyet edilen personelin birim sorumlusu
4. Hasta Hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi
5. Valiliğin belirlediği bir vatandaş
6. İl Genel Meclisi üyesi
7. Varsa hastanın avukatı
8. 4688 sayılı Kamu Sendikaları Kanunu'na göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi

Görüldüğü üzere hasta hakları birimlerinin sivil toplum temsilcileri, sendika, yurttaş ve hukukçular olmak üzere daha katılımcı ve demokratik bir anlayışla oluşturulduğu, yönetim ilkeleriyle daha uyumlu yapılar meydana getirildiği düşünülmektedir.

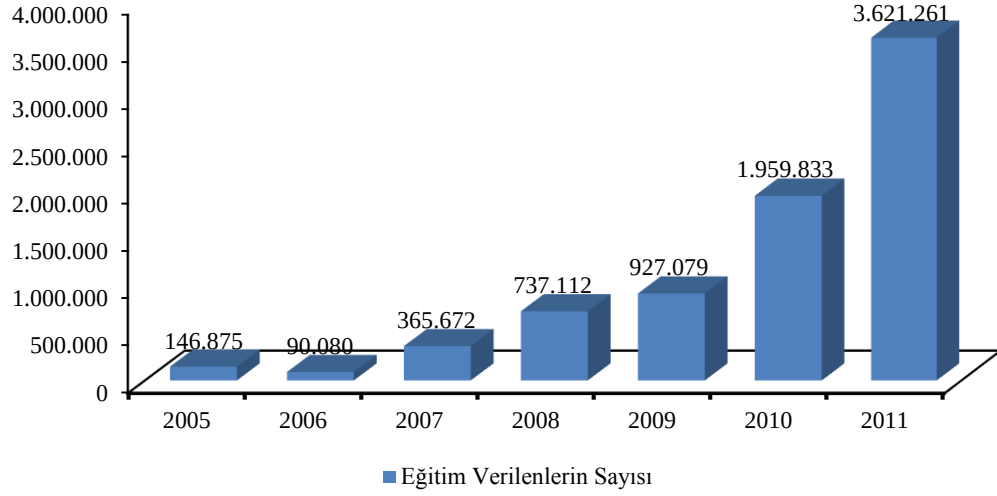
Hasta ve yakınlarının temel haklardan biri olan “Hekim Seçme Hakkı” uygulaması Eylül 2004’te 11 hastanede başlatılmış, 2010 yılı sonu itibariyle tüm Sağlık Bakanlığı bağlısı hastane ve ADŞM’ler de “Hekim Seçme Hakkı” uygulamasına geçilmiştir. 2012 yılı itibariyle 964 hastanede “Hekim Seçme Hakkı” yürürlükte (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2012:207). Hekim seçme hakkı tanınan hastane ve Ağız ile Diş Sağlığı Merkezi (ADŞM) sayısı Şekil 1.8’de görülmektedir.



Şekil 1.8: Hekim Seçme hakkı tanınan hastane ve ADSM sayısı (Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü (SB, 2012).

Bu uygulamayla birlikte, vatandaşların, hekimlerin poliklinik yapacağı gün ve saat hakkında bilgilenmesinin amaçlandığı, kurumsal internet sayfasında hekimlere ait bilgilerin sunulduğu, polikliniklerde görevli personel vasıtasıyla vatandaşların hekim seçme hakkında bilgilendirildikleri ve poliklinik girişindeki ekranlarda hasta sıralarının yer almasının sağlandığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2012). Şekil 1.8’de görüldüğü üzere 2004 yılında, hekim seçme hakkı tanınan hastane ve ADSM sayısının hızla artarak; 6 yıllık süreçte Sağlık Bakanlığı bağlı hastanelerin tamamında uygulamanın yaygınlaştırıldığı anlaşılmaktadır.

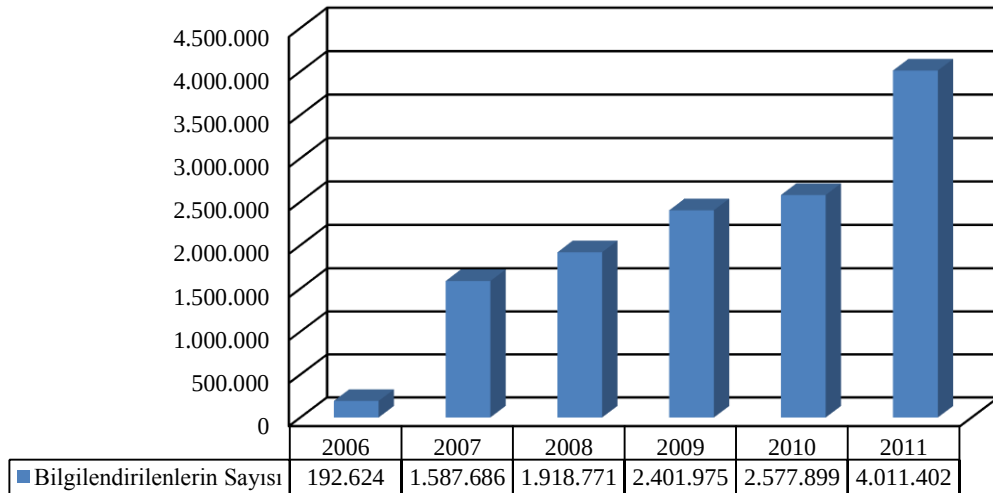
Hasta Hakları Konusunda Toplumun Bilinçlendirilme Projesi



Şekil 1.9: Hasta hakları konusunda toplumu bilinçlendirme projesi (Sağlık Bakanlığı, hasta hakları istatistikleri 2011).

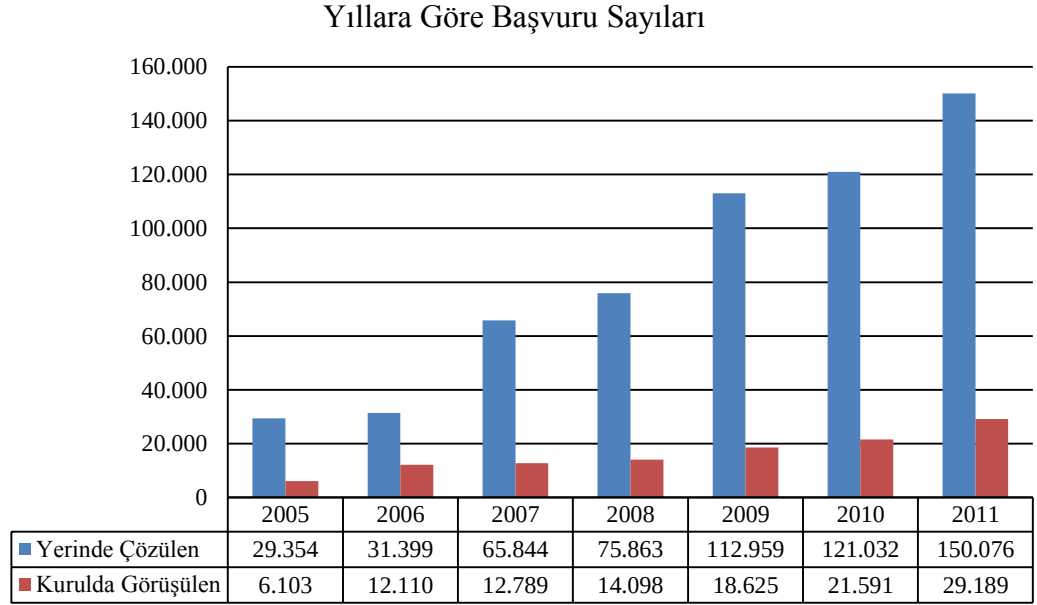
Hasta hakları konusunda toplumu bilinçlendirmeye yönelik proje çalışmalarına da bu dönemde hız verildiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, hasta hakları konusunda 2006-2011 yılları arasında 90.000’lerden; 3.621.261 gibi rakamlara ulaşıldığı ifade edilmektedir. Konuyla ilgili grafik şekil 1.9’da görülmektedir.

Hastaneye Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgilendirilmesi Projesi



Şekil 1.10: Hastaneye yatan hastaların hasta hakları konusunda bilgilendirilmesi (Sağlık Bakanlığı, hasta hakları istatistikleri 2011).

Söz konusu gelişmelerden hastaneye yatan hastaların da faydalandıkları, yatan hastalarda da hasta haklarına yönelik bilgilendirme çabalarının aynı yıllarda geliştiği şekil 1.10’da belirtilmektedir. 2006 yılında hastaneye yatan hastaların hasta hakları konusunda bilgilendirilmesine yönelik çalışma sayısı 192.624 iken, 2011 yılında rakamın 2.577.896’ya yükseltildiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2012).



Şekil 1.11: Yıllara göre başvuru sayısı (Sağlık Bakanlığı, hasta hakları istatistikleri 2011).

Hasta hakları konusunda toplumun bilinçlendirilmesine paralel olarak, hasta hakları birimlerine yönelik başvuru sayısının 2005’den itibaren her yıl katlanarak arttığı belirtilmektedir. Burada Sağlık Bakanlığının hastaların sorunlarına öncelikle “yerinde çözüm” anlayışıyla odaklanarak Şekil 1.11’de görüldüğü üzere başvuru sayılarının 20.00’li rakamlardan, 160.000’lere doğru artışının sağlandığı anlaşılmaktadır. Yerinde çözüm dışında, kurullarda da çözülen sorun sayısının giderek arttığı görülmektedir.

SDP konusunda uygulamaları inceleyen Elbek ve Adaş (2009: 35), aile hekimliği sistemiyle %77,5 gibi yüksek memnuniyet oranına ulaşılmış olursa da birey ve toplum sağlığını birbirinden ayrı süreçler gibi değerlendirmesi, kırsal alan ve bölge tabanlı perspektifi kapsamaması ve verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri gibi dikey sağlık yapılanmalarını tasfiye etmesi nedeniyle eleştirilmektedir (Erbek ve Adaş, 2009: 33-36).

Yukarıda yapılan açıklamalar ışığında, hasta hakları konusunda toplumsal bilgi ve bilinç düzeyi artışına paralel olarak, yürütme erkini oluşturan bakanlık biriminin vatandaşın hak arayışına yönelik çözüm geliştirme konusunda olumlu bir seyir izlediği düşünülebilir.

Devlet hastanelerine yapılan muayene başvurularına bakıldığında yıllara göre fazla artış görülmemesine rağmen, hastanelerin hasta hakları birimlerine yapılan başvuru sayılarında, 2006 yılında bir önceki yıla oranla %71, 2007 yılında ise %51 artış olduğu gözlenmiştir. Türkiye’de özellikle son yıllarda, görsel ve yazılı kitle iletişim araçlarının sağlık alanında yaşanan gelişmeleri daha kapsamlı sergilemesiyle birlikte tetiklenen şahısların, sağlık hakkı konusunda ki bilinçlenme ve bilgi edinme isteklerinde gözle görülür gelişmeler olmakla birlikte hekim ve sağlık personelinin bu isteklere verdikleri yanıtları yeterli değildir (Kıdak ve Keskinoglu, 2008:144-145).

1.5 Hasta Hakları

Hak kavramı bir kişi veya tarafın çıkarlarının, diğer kişi veya taraflar karşısında korunması ihtiyacını ortaya koyan, hukuken korunan ve yararlanılması hak sahibinin iradesine bırakılan evrensel bir kavramdır (Gökburun, 2007: 19). İnsan hakları ise; başkalarının haklarına saygı duymak ve bu hakları çiğnememe zorunluluğu çerçevesinde tüm insanların doğuştan ve her açıdan eşit ve özgür olması ön kabulüne dayanan bir olgudur (İlmoğlu, 2006:4; Saraçoğlu, 2007: 133).

Sağlık hakkı, insan yaşamının temel haklarından (Hakeri, 2007). İnsan hakları bireyin yaşamı süresince sahip olduğu temel hak ve özgürlükler olarak tanımlanırken, bunun sağlık hizmetlerine yansımaları ise “hasta hakları” olarak ifade edilmektedir (Onaran, 2004). Günümüzde insan hakları bağlamında insanı ve onun değerini ön planda tutan anlayışın giderek önem kazanmasıyla birlikte, sağlık alanında hasta hakları konusunun ilgi odağı olmaya başladığı düşünülmektedir. Bu bölümde dünyada ve Türkiye’de hasta haklarının gelişimi, hasta hakları biriminin çalışma şekli ile hasta hakları ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenecektir.

1.5.1 Hasta Haklarının Tarihsel/Mekânsal Gelişimi

Hasta hakları alanında temel metin Hipokrat Andı'dır. Hipokrat Andı'nda yer alan hastaların din, dil, ırk ve cins ayrımı yapılmadan tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılmasına yönelik hükümler tüm hekimlerce referans kabul edilmiştir. Zaman içerisinde tıp biliminin gelişmesi ve toplumsal kalkınma düzeyine paralel olarak, hekimlerin temel aldıkları etik/deontolojik kurallara, mesleki ahlak ilkelerine dönüşmüştür (Sütlaş, 2000: 63).

Dünyada hasta haklarının gelişimin incelendiğinde öncelikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'da gelişen ulusal ve uluslararası düzenlemeler karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanelere yatmakta olan hastaların, yattıkları süre için geçerli olmak üzere bazı etik ve yasal haklar verilmesi gerektiği, Amerikan Hastaneler Birliği tarafından ileri sürülmüş ve 1972 yılında Amerikan Hastane Birliği tarafından bu yönde hazırlanan Hasta Hakları Beyannamesi yayınlanmıştır (Öncel ve Aksoy, 2003: 92). Beyannamenin amacı "hastaların, hekimin ve hastane çalışanlarının memnuniyetini yükseltmek ve hastaların daha etkin olarak tedavi edilmelerini sağlamak" şeklinde belirtilmiştir. Bu sorumluluk çerçevesinde Amerikan Hastaneler Birliği 12 maddeden oluşan hasta hakları beyannamesini kabul etmiştir.

Hasta hakları ile ilgili ilk uluslararası belge niteliğinde olan Lizbon bildirgesi ise, Dünya Tabipler Birliği'nce, 1981 yılında Lizbon'da yayınlanmıştır. Bu bildirme hasta haklarını 6 madde halinde sıralamıştır. Söz konusu bildirgeye göre;

1. Hasta, hekimini özgürce seçebilme hakkına sahiptir,
2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce, klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilmek hakkına sahiptir,
3. Hasta yeterli kadar bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir,
4. Hasta hekimden, tıbbi ve özel hayatına ilişkin tüm bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesini bekleme hakkına sahiptir,
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır,
6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dâhil olmak üzere ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

Lizbon Bildirgesi, madde metinlerinin yeterince açıklayıcı olmaması, hasta hakları konusunda sorumluluğu yalnızca hekimlere bırakması ve diğer sağlık hizmetleri ile ilgili birçok sorunu ele almaması nedeniyle eleştirilmiştir (Sütlaş, 2000: 10).

Lizbon Bildirgesinin ardından, Hollanda'nın başkenti Amsterdam'da, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Avrupa Bürosu tarafından, 28-30 Mart 1994 tarihinde yapılan toplantı sonrasında, "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi" isimli bildirge yayınlanmıştır. Bildirgede hasta hakları; sağlık hizmetlerinde mahremiyet, insan hakları ve değerleri, özel hayat, bilgilendirme, onam, bakım, tedavi ve başvuru başlıklarından oluşmaktadır (Hatun, 1999). Bu haliyle Lizbon Bildirgesinde benimsenen temel ilkelerin geliştirildiği anlaşılmaktadır.

1981 yılında Dünya Tabipler Birliğince kabul edilen "Lizbon Bildirgesi-I"nin yeni gelişmeler ışığında "Bali Bildirgesi" şeklinde geliştirildiği görülmektedir. Dünya Tabipler Birliği, 1995 yılında Endonezya yaptığı toplantıda; hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi noktasındaki çalışmalara dayanak oluşturmak ve hekimlerin hasta hakları konusundaki sorumluluklarını belirlemek amacıyla daha kapsamlı ve değişen şartlara uygun yeni bir düzenlemeye giderek, Lizbon Bildirgesi-II'yi (Bali Bildirgesi) kabul etmiştir. Bu bildirgeye göre temel hasta hakları on bir başlıkta düzenlenmiştir (Dünya Tabipler Birliği, 1995). Bu başlıklar sırasıyla; nitelikli sağlık hizmeti ve bakım hakkı, seçim yapabilme özgürlüğü hakkı, kendi adına karar verme hakkı, bilinci kapalı hasta işlemi, yasal olarak karar verme yetkisi olmayan hastalara yapılacak işlemler, hastanın isteği dışındaki prosedürler, bilgilenme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini yardım alma haklarından oluşmaktadır.

Lizbon Bildirgesi-II; özellikle yayınlanmış olan ilk bildirgede yer almayan, biyomedikal araştırmalarda denek olarak kullanılan hastaların hasta haklarından yararlandırılmasına yönelik gelişmeler içermesi, tıbbi araştırma ve eğitimlerde hastaya reddetme hakkı verilmesi, hastanın onamı olmadan gerçekleştirilebilecek girişimler ve intihar eden bireylere yapılacak müdahaleler ile yasaların ve tıp meslek etiğinin izin verdiği haller gibi düzenlenmeler içermesi bakımından farklılaşmaktadır (Oğuz, 1997: 50-55). Bu haliyle hasta haklarının değişen toplumsal ve teknolojik gelişmeler karşısında, sürekli güncellendiği anlaşılmaktadır.

Avrupa Birliği bölgesinin tamamında Kasım 2002 tarihinde Roma’da geçerli olmak üzere hasta hakları konusunda somut ve uygulanabilir başlıkları ihtiva eden “Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü”(Ana Sözleşmesi) temel doküman olarak kabul edilmiştir. Ayrıca Avrupa Konseyi tarafından yapılan çalışmalar sonucunda 1997 yılında Oviedo’da Biyoloji ve Tıp Uygulamalarında İnsan Hakları ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesi kabul edilmiştir. Kısaca İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi olarak da adlandırılan bu sözleşme, biyoetik üzerine yoğunlaşan ilk uluslararası anlaşma olma niteliğindedir (Er, 2008:152). İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi ile tüm insanların onurunu ve kimliğini koruyacak tedbirler alınması gerektiği, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, eşitlik içinde herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almak amaçlanmıştır.

Yukarıda belirtilen uluslararası gelişmeler kapsamında Türkiye’de hasta hakları konusunda ilerlemeler kaydedildiği düşünülmektedir. Çalışmanın bu aşamasında, söz konusu gelişmeler incelenecektir.

1.5.2 Türkiye’de Hasta Hakları Konusunda Yaşanan Gelişmeler

Türkiye’de sağlık hakkı, ilk kez 1961 Anayasasının 49.maddesi “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır” hükmüne amirdir. Sağlık hakkı 1982 anayasasında da yer almıştır.

1982 Anayasasının “kişi hak ve ödevleri” bölümünün 14. maddesinde tüm insanların yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu (sağlık hakkı) ve oluşan tıbbi zorunluluklar haricinde kimsenin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı, kişinin izni olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı vurgulanarak, vatandaşlara sağlık hizmeti verilmesinin devletin görevi olduğu belirtilmiştir (TC Anayasası, 1982).

1961 yılında, Türk Tabipler Birliğince, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzük) kabul edilerek yayımlanmıştır. Nizamnamede hasta hakları bakımından, hekim ve dış hekimlerinin sorumluluklarına değinilerek, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi, hastanın hekimini seçebilmesi, uygulanması planlanan tanı ve tedavinin hastaya açıklanması, hastalığa dair tedavi bilgilerinin saklanması, hekimin

hastanın tedavisinden çekilebilmesi gibi konulara yer verilmiştir (Vural, 1993:6; Bozkuş, 1997: 20).

Türkiye’de hasta haklarına dair atılan en önemli adımlardan biri, Türkiye’nin de dahil olduğu insan hakları sözleşmeleri ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildiriler çerçevesinde düzenlenerek, 1 Ağustos 1998 tarihinde yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği”dir (Aydemir, 2010: 17). Yönetmelik Sağlık Bakanlığı mevzuatında dağınık halde bulunan hasta haklarına ilişkin düzenlemeleri tek çatı altında toplamıştır. Bu Yönetmelik, dokuz bölüm ve toplam elli bir maddeden oluşmaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Elli sekizinci Hükümet Programında yer alan Acil Eylem Planında etkin ve kaliteli bir sağlık sistemine geçilmesinin gerekliliği, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinin sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında olduğu, sağlık hizmetlerinin de bütünsel bir anlayışla ele alınması gerektiği ve bu nedenle yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidileceği belirtilmiştir. Bu yapılanmasının ise etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturarak herkesin temel sağlık gereksinimlerini karşılayarak, insanlar arasında ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal açıdan güvencede yaşamaları ilkesi doğrultusunda yapılacağı belirtilmiştir. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere 2003 yılında “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Hasta Hakları Yönergesi” yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur (Hasta Hakları Yönergesi, 2005).

Yönergenin amacı; sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı olarak oluşan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, sunulan sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır bir biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmelerine dair esas ve usulleri belirlemektir. Ayrıca toplumun tamamına ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmek de yönergenin diğer amaçları arasında sıralanmaktadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 1).

İlk aşamada 60 hastanede çalışmalara başlatılan hasta hakları uygulamaları, günümüzde Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm hastane ve diğer ayaktan tedavi hizmeti sunan kurumlarda yaygınlaştırılmıştır (Aydemir, 2010: 19).

Hasta hakları birimine yönelik uygulamalara ilk etapta 38 il ve 60 devlet hastanesinde başlanılmasında başlatılmıştır. 2004 yılı sonuna doğru ise 81 il ve büyük ilçelerde sistem uygulamaya başlanılmıştır. Uygulama başlanılacak hastanelerin belirlenmesinde ilk olarak kalite konseylerinin oluşturulması esas alınmıştır. Uygulama ile birlikte hastane hasta hakları kurulu, Bakanlık hasta hakları merkez şubesi, sağlık grup başkanlıklarında hasta hakları kurulları, hasta hakları il koordinatörlüğü, hastane hasta hakları birimi, ayakta teşhis ve tedavi yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulan hasta hakları iletişim birimleri kurulmuştur (Aydemir, 2010: 20-21).

Ayrıca, hasta hakları uygulamalarını iller ve ilçeler genelinde organize etmek ve denetlemek amacıyla Sağlık Müdürlükleri bünyesinde, il koordinatörlüğü kurulmuştur. (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 4).

Hastanelerde faaliyet gösteren hasta hakları kurulları, hastane bünyesindeki hasta hakları birimlerinden gelen raporları değerlendiren, şikâyetleri sonuçlandıran, hasta hakları uygulamalarının daha iyi hizmet adına geliştirilmesine yönelik tavsiyelerde bulunan, söz konusu sağlık kurumlarında oluşturulan kurulları ifade etmektedir. (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 4).

Kamu hastaneleri için psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire (lisans mezunu) unvanına sahip kişiler arasından, halkla ilişkiler uzmanı unvanlarında çalışan personel, il valiliklerinin teklifi ve T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan alınmış onay ile hasta hakları birim sorumlusu olarak görevlendirilir. Hasta hakları biriminde çalışmak amacıyla görevlendirilen personel, kendi istekleri olmadan başka bir kurum, kuruluş veya üniteye görevlendirilemezler. Yaptıkları iş itibarıyla ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işlemlere tabi tutulamazlar. Birim sorumluları ancak Valiliğin teklifi ve Bakanlığın onayı ile görevden alınabilmekte ve yerleri değiştirilebilmektedir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 6).

Alınmış şikâyet bildirimleri sonrasında Başhekimliğe iletilen hasta hakları kurul kararları, tavsiye niteliğindedir ve herhangi bir yaptırımları yoktur. 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan hasta hakları birimleri ve hasta hakları kurulları sayesinde, çalışan personel ile hasta/hasta yakınları arasında ortaya çıkan birçok sorun ve sıkıntılar, hastane içerisinde tarafsız birim ve kurullarda çözümlendiği ifade edilmektedir (Aydemir, 2010: 24).

T.C. Sağlık Bakanlığında 2014 yılında yürürlüğe giren "Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" kapsamında, sağlık çalışanı tarafından hastaya veya hasta yakınlarına yapılacak bilgilendirmenin esasları, hastaların hakları ve hastanın uyması gereken kurallar yeniden şekillenmiştir. Yeni yönetmelikle birlikte hastaya hastalığın muhtemel nedenleri ve nasıl seyredeceği, hastaya yapılması düşünülen tıbbi müdahalenin kim tarafından, ne şekilde, nerede ve nasıl yapılacağı, planlanan tıbbi müdahalenin tahmini süresi, diğer teşhis ve tedavi imkânları, seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği faydalar ve riskler ile hastanın sağlığı üzerinde oluşabilecek etkileri, muhtemel komplikasyonları, hastanın tedaviye reddetmesi durumunda oluşabilecek fayda ve riskler, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, hastanın sağlığı için kritik önem taşıyan yaşam şekli önerileri ve gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği konusunda öneri ve bilgi verilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca hasta, kendisine tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubu tarafından uygulanacak tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilecek, yapılan bilgilendirme uygun bir ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılması öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014).

Yönetmelikte hasta rızasının esas alındığı anlaşılmaktadır. Burada hasta rızasının hangi durumlarda nasıl alınacağına dair teferruatlı açıklamalar yapılmaktadır. Yönetmelikte sağlık çalışanlarının yanı sıra, hastanın uyması gereken kuralların ilave edildiği görülmektedir. Buna göre, hasta başvuruda bulunduğu sağlık kurum veya kuruluşunun uygulamalarına ve kurallarına uygun olarak davranarak katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin önemli bir parçası olduğu bilinciyle hareket edecek, haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya bu konuda sorun yaşadığında hasta iletişim birimine başvuracaktır. Yönetmeliğe ilave edilen geçici madde ile sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta hakları birimlerinin, en geç üç ay içerisinde "Hasta İletişim Birimi"ne dönüştürülmesi; yapısında hasta iletişim birimi bulunmayan sağlık kurum veya kuruluşlarının ise en geç altı ay içerisinde bu birimleri kurması öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014).

Yeni yönetmelikte en geç altı ay içerisinde il sağlık müdürlükleri bünyesinde hasta hakları kurulları oluşturulmasının hedeflendiği anlaşılmaktadır. Her ne kadar yönetmelik değişiklikleri arzu edilen beklentileri kağıt üzerinde karşılayacakmış gibi

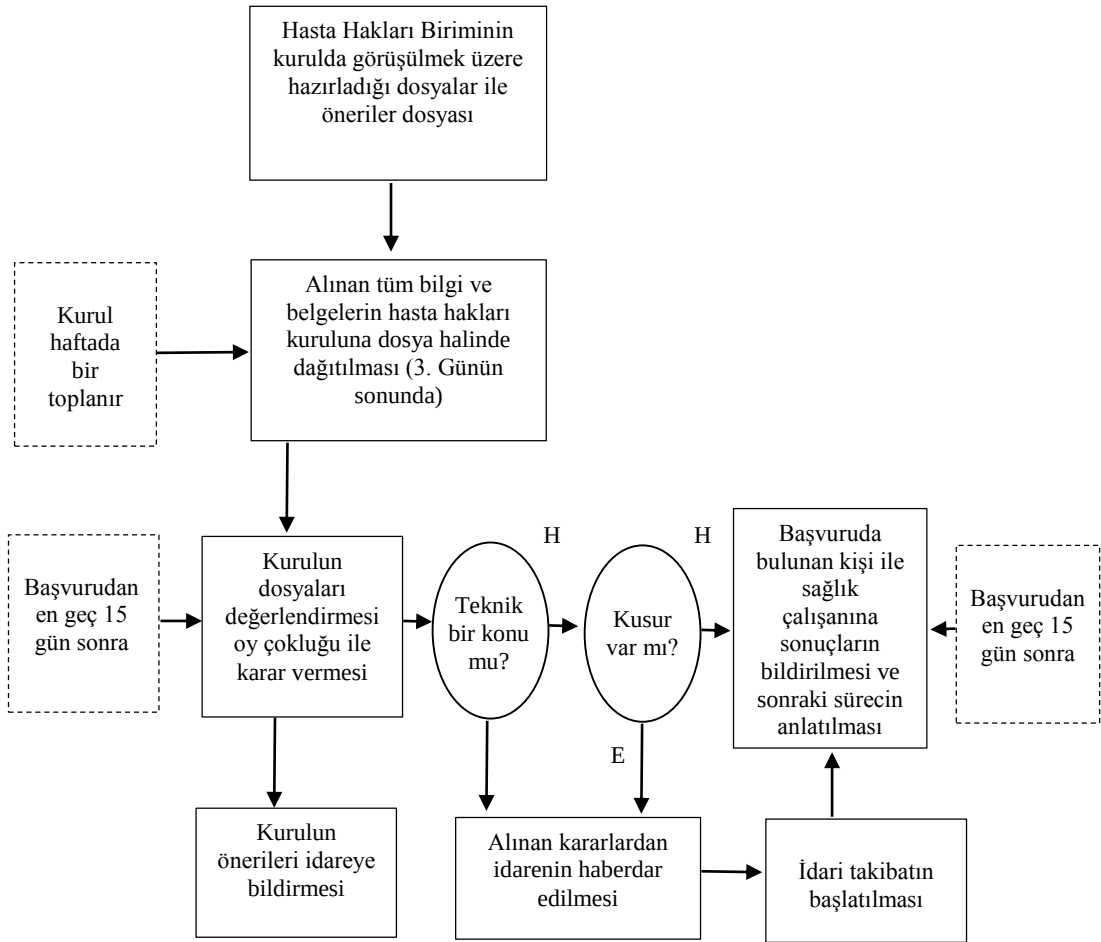
görünse de, fiiliyatta bu hususlarda gerçekleştirilecek olan idari yaptırımların, hasta haklarına yönelik işlemlerin nasıl yürütüldüğü konusunda daha açıklayıcı olacağı düşünülmektedir. Türk sağlık sistemindeki mevzuatlar ve yürürlüğe girdiği dönemler Tablo 1.7’de görüldüğü gibidir (Sağlık Bakanlığı, 2015: 1).

Tablo 1.7: Hasta hakları konusunda Türk sağlık sisteminde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler (Sağlık Bakanlığı, 2015: 1).

S.NU	MEVZUAT ADI	TARİH-SAYI
1	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	13.01.1960 tarih ve 4/12578 numaralı Kanun
2	Hasta Hakları Yönetmeliği	01.08.1998 tarih ve 23420 sayı
3	Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi	2004/117
4	Ceza Muhakemesi Kanunu	17.12.2004 tarih ve 25673 sayı
5	Hizmet Kusuru Genelgesi	18.01.2005 tarih ve 2005/06 sayı
6	Hasta Hakları Genelgesi	13.01.2005 tarih ve 2014-32
7	Hasta Hakları Uygulama Genelgesi	03.05.2005 tarih ve 2014/32
8	Hasta Hakları Uygulama Yönergesi	26.04.2005 tarih ve 3077 sayı (Mülga)
19	Hekim Seçme Yönergesi	19.10.2007 tarih ve 21745 sayı
10	Hasta Hakları Uygulama Genelgesi	23.03.2009 tarih ve 11706 sayı
11	İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi	20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayı
12	Öncelik Genelgesi	2010/ 73-80
13	Hasta Hakları Uygulama Genelgesi	2014/32

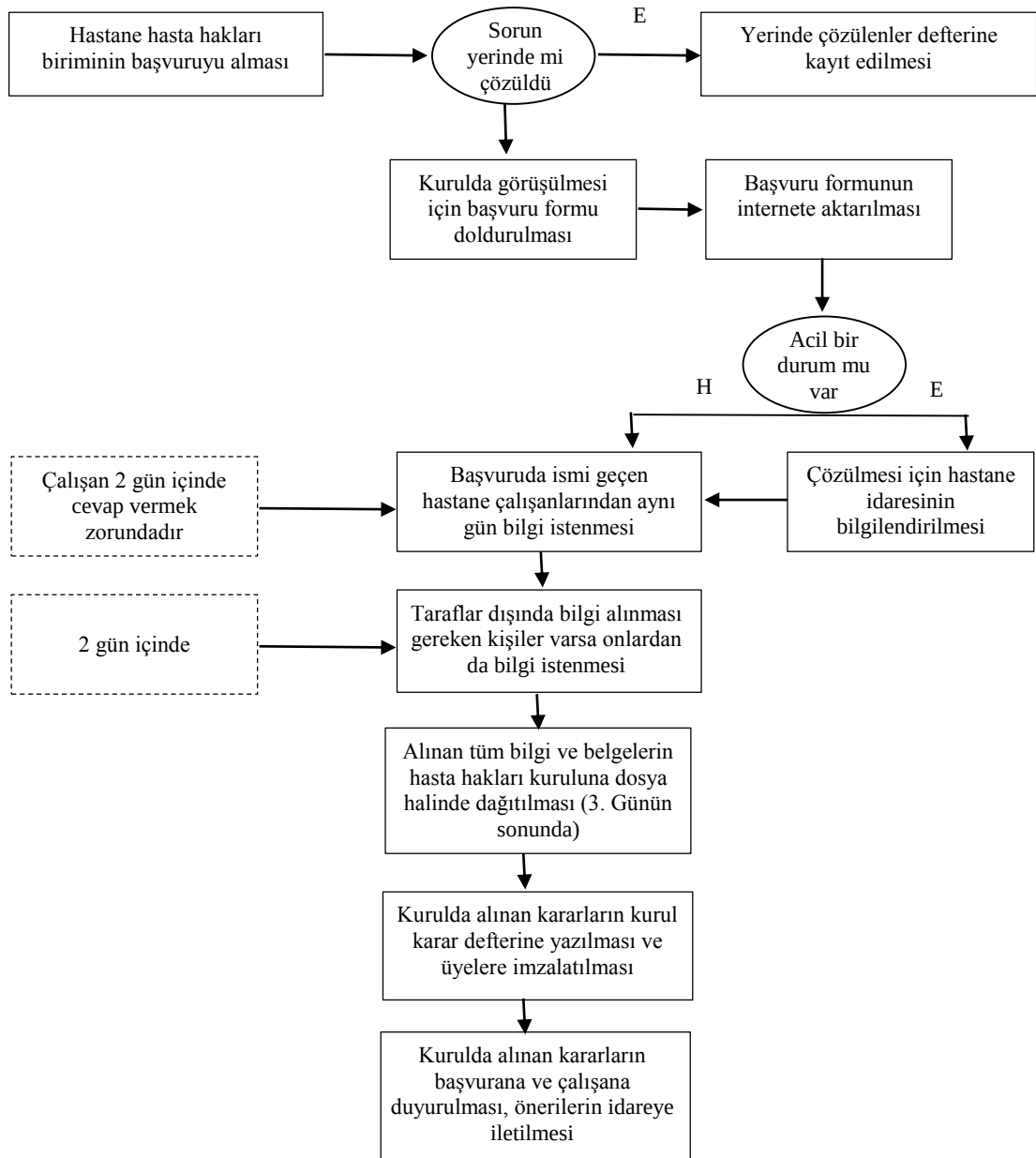
Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile oluşturulan hastane hasta hakları kurulu, hasta hakları biriminde toplanıp gelen raporları inceleyen, değerlendiren, sonuçlandıran ve hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesine dair tavsiyelerde bulunan, sağlık kurumlarında oluşturulan kurulları ifade etmektedir. Yönerge gereği, hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve önerilerde bulunmak üzere il merkezlerindeki bütün kamu hastaneleri ile ilçelerdeki 100 yatak kapasitesi üzerindeki hastanelerde “hasta hakları kurulu” oluşturulması gerekmektedir. Kurul biri başkan olmak üzere toplam sekiz kişiden oluşmaktadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 1).

Kurulu oluşturan üyeler, kamu hastanelerinde hastanenin *kalite* hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, hasta hakları biriminin sorumlusu, hakkında başvuruda bulunulan personelin çalıştığı birim sorumlusu, hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi, varsa hastanın avukatı (hastayı temsil ettiğine yönelik vekâletin bulunması koşuluyla), 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi, Valinin veya ilçelerde kaymakamın belirleyeceği bir vatandaş (kendisinin ve yakınlarının Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla ticari bir ilişkisi bulunmayan, sağlık hizmetleri veya sosyal hizmetler alanında temayüz etmiş, 65 yaşını geçmemiş, kurula sürekli olarak katılmasını engelleyecek kronik bir rahatsızlığı bulunmayan, gönüllü bir kişi) İl Genel Meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üyeden oluşmaktadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 5). Hastane Hasta Hakları Kurulu İş Akış Şeması aşağıda görüldüğü gibidir.



Şekil 1.12: Hastane hasta hakları kurulu iş akış şeması (Yazıcıoğlu, 2011).

Hasta hakları birimleri, hasta veya yakınlarının sunulan sağlık veya hastane hizmetlerini alırken karşılaştıkları sorunların çözümü için birime başvurdıkları takdirde, sorun yaşanan ilgili birimlerle koordine kurarak hastanın mağduriyetini gidermeye çalışır. Hasta veya hasta yakınlarının sorunu çözüldüğünde “şikâyet başvuru formu” doldurulur ve üzerine “sorun çözülmüştür” ibaresi konulur ve kaydedilerek işlem yapılır. Sorun çözülemediği takdirde ise yazılı olarak şikâyetle bulunan hasta veya hasta yakınının yazılı şikâyeti kabul edilerek sayı ve tarih verilir. Kabul edilen yazılı şikâyet Sağlık Bakanlığı’nın resmi internet sitesine kaydedilir ve dilekçe sahibine şikâyetini internetten takip etmesi için gerekli bilgiler verilir.



Şekil 1.13: Hasta hakları birimi iş akış şeması (Yazıcıoğlu, 2011).

Şekil 1.13’de görüldüğü gibi şahsen veya internet yoluyla alınan başvurularda belirtilen sorunlar yerinde çözülmeye çalışılır. Başvuru formu doldurulur ve bilgisayar ortamına aktarılır. Acil durum söz konusu olduğunda ise hastane idaresi hemen bilgilendirilir. Acil durum yoksa şikâyetle ilgili kişilerden gerekli bilgiler alınır. Dosya hazırlanarak hasta iletişim birimine sunulur. Kurulda hazırlan kararlar kurul karar defterine yazılır. Kararlar başvurana ve sağlık çalışanına iletilir. Başvurudan en geç 15 gün sonra ise kurul dosyaları değerlendirir ve oy çokluğuyla karara bağlar. Hasta hakkı ihlali varsa veya konu teknik bir konu ise alınan kararlardan idare haberdar edilir. İdari tahkikat başlar. Başvuruda kişi ve sağlık çalışanına sonuç bildirilir. Ayrıca kurul hastaneyle ilgili önerilerini idareye yazılı olarak bildirir.

Araştırmacıya göre hastaların haklarının gerektiği gibi korunabilmesi ve bu hakların uygulamaya geçirilebilmesi için sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarına hasta haklarının, hasta ve personelin hukuki sorumluluklarının, hastalarla iletişim kurma tekniklerinin detaylı olarak anlatılması, sağlık çalışanlarının bu konuda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Böylece yaşanan veya yaşanması muhtemel sorunların çözümlenmesi, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, insan onuruna yakışır biçimde sağlık hizmeti sunulması ve hastaların yaşadığı hasta hakkı ihlallerinin önüne geçilmesi yönünde daha somut adımlar atılabileceği öngörülmektedir.

Sunulan hizmetin kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler hasta hakları uygulamalarını desteklemeye yönelik olduğu gibi hasta hakları biriminde yapılan çalışmalarda sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çabalara destek vermektedir. Derin ve Demirel’in yaptığı çalışmada, Hasta Hakları Biriminin katkı sağlayabileceği düşünülen Toplam Kalite Yönetimi ilkelerine dayalı kriterler dikkate alınmıştır. Özellikle ABD’de Balbridge Kalite Ödüllerinde organizasyonlarda kalite için göz önünde bulundurulmuş temel kriterler dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Bu kriterler ve hasta hakları biriminin bu kriterlere sağlayabileceği katkıları şu şekilde sıralanmıştır; hasta tatmini, öneri sistemi, sürekli iyileştirme, çalışan tatmini, önleyici yaklaşım, iç iletişim, işbirliğini gerçekleştirme, toplumsal sorumluluk ve eğitim (Derin ve Demirel, 2012: 3,4,5). Tablo 1.8’de hastaların hak arama yöntemleri tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 1.8: Hastaların hak arama yöntemleri (Tengilimoğlu, 2014).

İDARİ	1. Devlet hastanelerinde hizmet kusurlarından kaynaklanan zararlardan hastane yönetimi ve ilgili sağlık personeli sorumludur. 2. Hakkı ihlal edilenler, durumu öğrendikten sonra süresi içinde öncelikle kuruma karşı itiraz haklarını kullanabilir. Hastanede var ise hasta hakları birimine veya hastane yönetimine şikâyetini yapabilir. 3. Başvurulardan sonuç alınmadığı durumlarda Yetkili İdare Mahkemesi'ne başvurarak yasal takip hakkını kullanabilir.
CEZAİ	1. Takibi şikâyetle bağlı suçlarda, 6 ay içinde Savcılığa şikâyetle bulunmak gerekir. 2. Zamanaşımı sürelerini kaçırmamaya çok dikkat edilmelidir. Çünkü sürüse içinde başvurulmadığı takdirde hak arama olanağı kaybedilebilir.
HUKUKİ	1. Zarar gören hasta veya hasta yakını, Hukuk Mahkemeleri'nde Tazminat Davası açabilir. 2. Müdahale sonucu ölüm gerçekleşmesi durumunda, ölenin yakınları da destekten yoksun kalma tazminatı talep edebilirler.

Hasta hakları ile ilgili temel başlıklardan birisini de “Hasta Güvenliği” kavramı oluşturmaktadır. Hasta güvenliği, sunulan sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve bu sağlık hizmetlerine bağlı hataların neden olduğu hasta mağduriyetlerinin eliminasyonu veya azaltılmasıdır Hasta güvenliği; sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta ve ailesinin güvenliğini olumsuz yönde etkileyen nedenlerin engellenmesi veya ortadan kaldırılmasıdır. Hasta güvenliğini sağlama, hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaların olmaması için önlem almak, işlem ve süreçler sırasında hata olasılığını azaltmak ve meydana gelmesine engel olmaktır (Aydın, 2007: 9).

Hasta güvenliği uygulamalarında temel amaç, hizmet sunumu sırasında oluşabilecek hataları engelleyerek, hasta ve çalışanları olası zararlardan koruyacak, hata ihtimalini yok edecek bir sistemin kurulmasıdır. Hasta güvenliği kapsamına sağlık hizmetinin sunumu sırasında hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek tüm işlem ve süreçler girmektedir (Kurutkan, 2009: 20).

Sağlık hizmetlerinin çok önemli sorunlarından biri olan hasta güvenliği konusunda iyileştirmeler yapılabilmesi için öncelikli olarak, ortaya çıkan sorun ile ilgili kanıt toplama ve araştırma, sorunlara cevap olacak stratejilerin geliştirilmesi ve

kurumda çekinmeden, korkmadan hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması yer almalıdır (Akalin, 2004: 12).

Medikal malpraktis genel bir tanımlama ile hatalı davranış veya yapılan görevin ihmali sonucu bir yaralanmaya ya da zarara sebep olmaktır. Kısaca hatalı tedavi veya tıbbi ihmal diye de özetlenebilir. Bir başka ifadeyle malpraktis; hekimin hastanın standart tedavisini yaparken ki beceri eksikliği, başarısızlığı veya ihmali nedeniyle hastaya zarar vermesidir (Hancı, 2005: 30).

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında da malpraktis; “Bilgisizlik, ilgisizlik veya deneyimsizlik gibi nedenlerden dolayı bir hastanın zarar görmesi “hekimliğin kötü uygulanması” anlamına gelir” şeklinde ifade edilmiştir (Madde 13).

Dünya Tabipler Birliği’nin 44. Genel Kurulunda kabul edilen sonuç bildirgesine göre ise; “Tıbbi kötü uygulama, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi uygulamaması ile oluşan zarardır. Tıbbi uygulama sırasında öngörülemeyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşan ise, istenmeyen neticedir ve bundan hekimin sorumluluğu yoktur” şeklinde ifade edilmiştir (Öztürkler, 2006: 337).

Tıbbi hataların temel nedenleri ile ilgili JCAHO’nun gözden geçirdiği 112 temel neden analizine göre sıralanan nedenler şu şekildedir (Şahin,2008); (65) oryantasyon eğitim, (50) hasta değerlendirme süreci, (44) iletişim, (43) fiziksel çevre, (35) bilgi eksikliği, (28) çalışanların yeterliliği (uzmanlık), (25) ekipman faktörleri, (25) çalışanların seviyeleri ve (18) depolama/erişim.

Türkiye’de de hekim hataları sonucu açılan davalara ve bu davalardan Yüksek Sağlık Şurasına intikal eden dosyalar incelendiğinde (Yüksek Sağlık Şurası 2005 yılı verileri) dosyaların; %34,17’si kadın doğum uzmanları, %11,40’ı genel cerrahi, %10,12’si pediatri, %10,95’i ebe %5,84’ü hemşire, %4,38’i asistan ve %1,46’sı dış hekimi ile ilgili olduğu görülmektedir (Hancı, 2005: 63).

Davaların branşlara göre dağılımında ise ilk sırayı Kadın Doğum, bunu sırası ile Genel Cerrahi, Ortopedi, Dâhiliye uzmanları izlemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2001: 144-145).

Hasta hakları ile ilgili olarak önemli kavramlardan biride etik ve ahlak kavramlarıdır. Ahlak bilimi anlamına gelen Etik sözcüğü Latince kökenlidir. Yanlış nedir? İyi nedir? Doğru nedir? Bu sorulara cevap aramaktadır. İyi insan olmanın

özellikleri ve bireyin uygun davranışlarını belirleyen kuralların oluşturulması ise etik konusunun özünü oluşturur (Berkman, 2001: 341).

Ahlak, insanların yaşadıkları toplum içindeki davranışlarını ve birbirleriyle olan ilişkilerini düzenlemek amacıyla başvurulmuş kurallar dizgisi, başka insanların davranışlarını pozitif veya negatif biçimde yargılamakta kullanılan ölçütler toplamıdır (AnaBritanica Genel Kültür Ansiklopedisi, 1998: 201).

Etik; doğru, yanlış, görev, yükümlülük ve sorumluluk soruları ile ilgilidir (Shaw, 1991: 5). Etiğin amacı, insanın ahlaki kararları tek başına vermek durumunda olduğunu ve başka hiç kimseye, herhangi bir otoriteye ve ya hatta daha da yetkin kişilere teslim olmaması gerektiğini gösterebilmektir (Pieper, 1999: 21). Tıbbi etik kurallar hastalar, tüketiciler, sağlık çalışanları, işverenler ve hizmet sağlayıcıları arasındaki ilişkilerde rehberlik eden temel bir çerçevedir. 1980’li yılların başlarından itibaren tıbbi etik konularının hastaların mahremiyetinin korunması, aydınlatılmış onaylarının alınması, ihtiyaçları dışında başka tıbbi işlemlere tutulmalarının önlenmesinde sağlık kuruluşlarının sorumluluklarının belirlenmesi üzerinde odaklandığı görülmektedir (Ehlen ve Sprenger, 1998: 219). Nitekim Amerikan Tıp Birliği (The American Medical Association)’nin yeni stratejisi hekim sorumluluklarının artırılması, etik standartlarının korunması ve hastaların korunması şeklindedir (Seward, 1997: 183-194). Eskiden tıbbi etik hasta-hekim arasındaki ilişkilere dayanmaktaydı, fakat şimdi daha çok tıp dünyası ile toplum arasındaki ilişkilere dayanmaktadır.

1.5.3 Hasta Hakları ile Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesi Faaliyetlerinin İlişkilendirilmesi

Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirmesine yönelik temel kavramlar çalışmanın birinci bölümde açıklanmıştır. İşletme yönetiminde hastane yönetim süreçleri hasta ve hasta ilişkilerini yönetim sürecinin odağına yerleştirmektedir. Aynı şekilde modern hastane yönetiminde de hasta odaklı yaklaşım hasta-hastane, hasta-hekim, hasta-personel taşıma ilişkilerini akla getirmektedir. Hasta hakları kavramı içerisinde hasta ve yakınının sadece şikâyetleri değil, memnuniyetleri, memnuniyetsizlikleri, önerileri, teklifleri, teşekkürleri, fikirleri, düşünceleri, beklentileri, algıları, hissiyatları akla gelmelidir (Sur ve Eregez, 2013: 981). Daha da

önemlisi söz konusu olguların hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik geri bildirimlere tabi tutulması, değerlendirmesi ile ilgilidir.

Hasta haklarına yönelik müracaatlar Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nca üzerinde özenle durulan hususların başında gelmektedir. Hatta sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamalarının daha etkin bir şekilde işletilmesi, herkesin hasta haklarından faydalanması, hasta hakkı ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını kullanabilmesi maksadıyla hasta hakları uygulama, planlama ve denetim ile ilgili esas ve usulleri belirlemek üzere Hasta Hakları Uygulama Yönetmeliği yayınlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

İşletme yönetiminde yönetim süreçleri iyileştirilmesinde müşterinin bakış açısı beklentileri belirleyici faktörlerin başında gelmektedir. Müşteri işletmenin pazarladığı mal veya hizmetin ticari veya kişisel amaçları için satın alan kişi, kurum anlamında kullanılabilir. Hastaları müşteri olarak konumlandırma konusunda olumlu görüşler kadar, karşı görüşler de mevcuttur. Sağlık kuruluşlarından faydalanan hasta ve hasta yakınları, sağlık kuruluşunun sunduğu ve ürettiği hizmeti satın alan kişi olarak tanımlanabilir. İşletme yönetiminde kullanılan müşteri kavramı hastane yönetimine uyarlandığında bu kavramın sadece hastalarla sınırlı kalmayacağı, hasta yakınları refakatçiler ziyaretçiler kurumlar kuruluşlar firmalar çalışanlar ve sahipleri ortakları ve danışmanları müşteriler şeklinde tanımlanması gerektiği anlaşılmaktadır. Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterisi Tablo 1.9'da görülmektedir.

Tablo 1.9: Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterileri (Kavuncubaşı, 2000).

DIŞ MÜŞTERİLER	İÇ MÜŞTERİLER
Hastalar, hasta ailesi, refakatçiler, ziyaretçiler, devlet, sosyal güvenlik kurumu, sigorta şirketleri, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, ilaç firmaları, tedarikçi firmalar	Sağlık personeli (hekim hemşire teknisyen), diğer çalışanlar (hasta danışmanı, yöneticiler, temizlik görevlileri), pay sahipleri, ortakları, danışmanlar

Tabloda anlaşıldığı üzere müşteri tatminini hasta hakları bağlamında ilişkilendirilebileceği anlaşılmaktadır. Burada müşteri tatminini belirleyen asıl faktör hastaların beklentileri ve algılamalarıdır. Müşteri beklentilerinin karşılandığını algıladığında, müşterinin algılama düzeyi, beklenti düzeyinden büyük ise müşteri

tatmini mevcut olacaktır. Beklentilerin karşılanmadığı algılandığında ise müşteri algılama düzeyi beklenti düzeyinden düşük ve müşteri tatminsiz olacaktır. Sağlık kuruluşları hastalarına çok çeşitli hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetleri kabaca medikal hizmetler (hemşirelik, hekim, laboratuvar hizmeti vb.) idari hizmetler (satın alma, insan kaynakları vb.) ve konaklama hizmetleri (otopark, temizlik, kafeterya, güvenlik hizmeti vb.) kavramları altında toplamak mümkündür. Hasta memnuniyetini artırmak için hangi hizmet biriminde tatminsizlik olduğunun belirlenerek yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi mümkündür. Sağlık Bakanlığınca 2007 yılından 2013 yılına kadar hasta hakları konusunda elde edilen veriler ışığında, hakkında başvuru yapılan birimlerin 2007 yılında %53 ile poliklinik hizmetleri, arkasından sırasıyla acil hizmetleri, laboratuvar görüntüleme hizmetleri, ameliyat hizmetleri şeklinde sıralandığı görülmektedir. 2013 yılında ise bu sıralamanın poliklinik hizmetleri, acil hizmetler, diğer hizmetler, klinik hizmetleri ve laboratuvar görüntüleme hizmetleri şeklinde sıralandığı anlaşılmaktadır. Poliklinik hizmetleri konusunda hasta şikâyetlerinin %53 seviyelerinden 2013 yılında %44'lere gerilediği anlaşılmaktadır. Burada ilginç olan husus otelcilik hizmetleri konusunda hasta şikâyetlerinin %1'lik seviyelere inmesi ile ilgilidir. Dolayısıyla sosyal hizmetler, otelcilik hizmetleri gibi idari faaliyetlerde hasta şikâyetlerinin büyük oranda azaltıldığı anlaşılmaktadır (Sur ve Palteki, 2013: 982).

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde ikinci bölüm başlığı altında, hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi konusunda hasta hakları birim faaliyetlerine yönelik çalışanların algıları ampirik araştırma yoluyla incelenecektir. Hasta hakları birim faaliyetlerinin çalışanların nasıl algıladığı tespit edilecek, daha sonra bu algıların hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesini ne gibi katkıları olduğu yönünde ki algılar analiz edilecektir

Hastanelerde hasta hakları birimlerinin oluşturulması son derece gerekli olmakla birlikte hasta hakları konusunda sağlık çalışanlarına yönelik verilen hizmet içi eğitimler sorunun çözümlenmesi için yeterli değildir. Sağlık çalışanlarına öğrencilik dönemlerinde hasta haklarına yönelik eğitimlerin verilmesi, görsel ve yazılı iletişim araçlarından faydalanılarak sağlık çalışanlarının hak ve onurunu zedelemekten hasta haklarıyla ilgili toplumun bilinçlendirilmesi, birime yapılan başvuruların en kısa zamanda çözüme ulaştırılarak üst düzeyde hasta

memnuniyetinin sağlanması durumunda insanların sağlığının korunmasına yönelik önemli yararlar sağlayacağı düşünülmektedir (Kıdak ve Keskinoglu, 2008: 146).

Sunulan sağlık hizmetlerini personel veya iş merkezli olmaktan çıkarıp, hasta merkezli olmaya doğru taşımanın yollarından biri de hasta haklarının sağlık hizmetleri sunum sürecinde etkin hale getirilmesidir. Bu süreçte, hastalar kadar hekim ve sağlık çalışanlarının hasta hakları konusundaki tutum ve düşünceleri de büyük önem kazanmaktadır (Bostan, 2007).

Hastanelerde yapılan kaliteye yönelik çalışmalar hasta hakları uygulamalarını desteklediği gibi hasta hakları birimlerinde yapılan faaliyetlerde kalite çalışmalarına destek vermektedir. Hasta hakları birimi sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimlerinden sorumludur. Bu sorumluluk doğrultusunda Toplam Kalite Yönetiminin önemli bir ilkesi olan kalite anlayışına da önemli bir katkı sağlamış olacaktır (Derin ve Demirel, 2011: 3).

Hasta haklarını geliştirme çabaları, sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkiyi destekleyip güçlendirir. Ayrıca hastane yöneticileri ile sağlık personeli arasındaki iç iletişimi güçlendirerek hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine ve temel insan haklarının korunmasına katkı sağlamayı amaçlar (Özcan, 2010: 3). Öncelikli hedefi hastaların işlerini kolaylaştırmak olan hasta hakları biriminin çalışanlara karşı sergilediği yapıcı ve olumlu tavırlar da çalışanlar ile yöneticiler arasında iç iletişimi güçlendirmektedir (Derin ve Demirel, 2011: 3).

Sağlık hizmetleri alanındaki kalite çalışmalarının başarısında etkili olan faktörlerden biride toplumun bilinçlendirilmesidir. Sağlık hizmetlerinde hasta hakları birimleri, etik ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi konularında bireylerin bilgilendirilmesi ve eğitilmesine yardımcı olarak kurumun sosyal sorumluluğunu yerine getirmesine de katkı sağlayacaktır (Sarp, 2010).

İKİNCİ BÖLÜM

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE MATERYALİ

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın şekli, araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, verilerin toplanması ve araştırmanın hipotezlerine ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

2.1 Sorun İfadesi

Bugüne kadar sağlık hizmetleri yönetimi konusunda yapılan çalışmalarda hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi hasta hakları konulu çok sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir. Ancak hastane yönetim süreçlerinin incelenmesinde hasta haklarının bağımsız değişken olarak ele alınarak hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki etkilerini incelemeye yönelik çalışmanın sınırlı olduğu görülmüştür. Hastanelerde yönetim süreçlerinin gelişiminde çalışanlar kadar hastaların da önemli katkıları olabileceği göz önünde bulundurularak bu kavramsal çerçeve üzerinden bağımlı ve bağımsız değişkenler belirlemek suretiyle, hasta hakkı ve yönetim süreci arasındaki kavramsal ilişki incelenecektir. Bu çalışma aslında bir bakıma yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik standartların nasıl geliştirilmesi gerektiğini sorgulaması bakımından ayırt edici ve geliştirici nitelik taşıdığı değerlendirilmektedir.

2.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan, çeşitli eğitim düzeylerindeki çalışanların hasta haklarına ilişkin tutumlarını değerlendirmek, bu tutumları hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik katkıları konusunda çalışan algılarını incelemektir.

1990'lı yıllardan itibaren Türkiye'de hasta hakları birimlerinin kurulması ile birlikte hastaların talep ve şikâyetlerini hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde önemli katkılar sağladığı görülmektedir. Ancak bu konuda ne kadar gelişme sağlandığı hususunda sayısal verilere ulaşmak mümkün değildir. Bir başka ifadeyle hasta hakları birim faaliyetlerinin sağlık hizmetleri yönetim süreçlerinin gelişiminde ne ölçüde katkıları olduğu konusunda somut bulgulara ulaşmak mümkün değildir. Çalışma, hasta hakları birim uygulamalarının belirlenen ölçütler üzerinde açıklaması, anket yöntemi ile toplanan verilerin incelenerek değerlendirilmesi bakımından önemlidir.

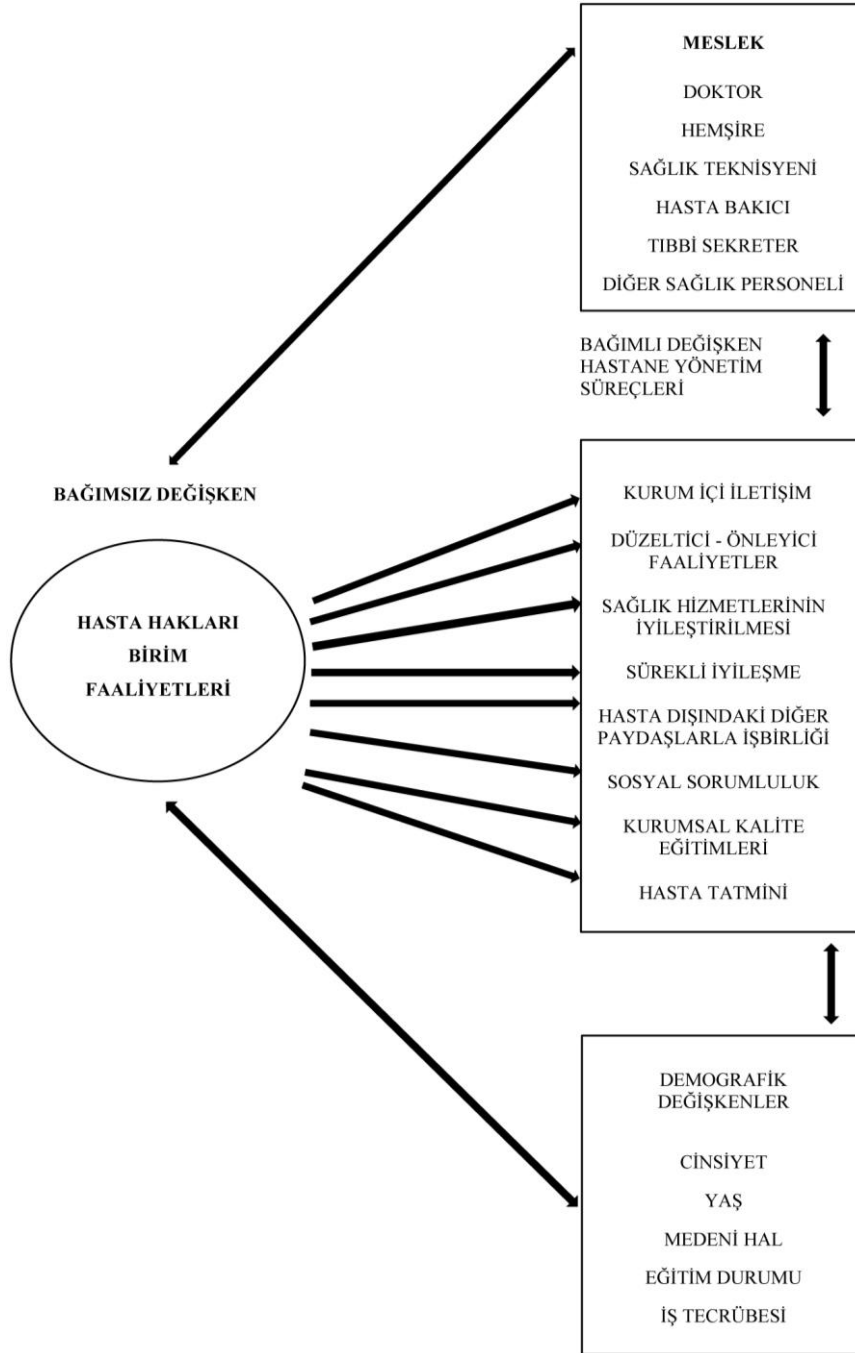
2.3 Araştırmanın Kapsamı ve Modeli

Bu çalışmada hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik katkıları incelemek üzere 10 temel kalite ölçütü tespit edilmiştir. Bunlar sırasıyla hastane yönetim süreçlerinde iç iletişim, hastaların tatmin düzeyleri, çalışanların tatmin düzeyleri, düzeltici ve önleyici faaliyetler, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik öneriler, birim faaliyetlerinin toplam kalitenin iyileştirilmesine yönelik katkıları, hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik katkıları, hasta yakınları dışındaki diğer sosyal paydaşlarla işbirliğini geliştirmeye olan katkıları, sosyal sorumlulukları yerine getirmedeki katkıları ve kalite eğitim çalışmalarına olan katkıları şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmanın kapsamı eğitim ve araştırma hastaneleri ile sınırlandırılmıştır. Eğitim ve araştırma hastaneleri pratikte hastaların sağlık sorunları çözümüne nihai basamak niteliğinde olup, bu aşamada akademik boyutta Anabilim Dalı, Bilim Dalı ve Yan Dal Uzmanlık alanları ile birlikte çok geniş bir alanda sağlık sorunlarına çözüm geliştirilmesine katkıda bulunan birimlerdir. Birinci ve ikinci basamak hastanelerde görev alan hekimler daha çok ana dal uzmanı şeklinde sayıca sınırlı iken, Eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık alanlarında yan dallar ile daha kapsamlı ve spesifik konularda sağlık hizmeti sunabilmektedir. Hasta yakınlarının ciddi sağlık talepleri karşısında en fazla yönetsel ve hukuki işlemlere maruz kalan birimler olmasına neden olmaktadır. Sıralı sevk zinciri sistemi ile birlikte birinci ve ikinci basamak sağlık teşekküllerinden sevk edilen hastaların tanı, teşhis ve tedavileri konusunda ulaşılabilecek en üst birim niteliğindeki bu ünitelerin hasta hakları konusunda sayısız talep ve şikâyetlere maruz kaldığı bilinmektedir. Dolayısı ile bu

alanda en etkili bulgulara eğitim ve araştırma hastanelerinde ulaşılabileceği değerlendirilmektedir.

Hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerinde katkılarını ölçmeye yönelik belirlenen ölçütlerin sayısını daha da artırmak mümkündür. Ancak çalışma bu alanda daha önce (Derin ve Demirel'in (2011:1-10) yapmış olduğu anket çalışmasına dayandırılmakta ve 10 temel ölçüt üzerinden incelenmektedir.



Şekil 2.1: Araştırmanın modeli.

2.4 Araştırmanın Önemi ve Kısıtları

Bu çalışma hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki etkilerinin eğitim ve araştırma hastanesi ölçeğinde ve Türkiye özelinde ampirik verilere dayanılarak incelenmesi bakımından önemlidir.

Özellikle zaman sınırlılığı araştırma kapsamında daha fazla sayıda örneklem alınmasını engellemiştir. Daha sonraki dönemde benzer alanda yapılan çalışmalarda hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine olan etkilerini kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları bağlamında da incelenebileceği; bu bakımdan kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının yönetim süreçlerinin geliştirilmesine yönelik farklılıkları hakkında önemli bulgular elde edilebileceği düşünülmektedir.

Araştırma alanı Ankara ilinden seçilen eğitim ve araştırma hastanesi çalışanları ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca kurumsal ve bölgesel kültür farklılıkları bakımından hastanelerin hastalarla olan iletişim ve etkileşiminde farklılıklar olabileceği öngörüsünden hareketle Türkiye genelinde bir değerlendirme yapabilmek için farklı bölgelerde konuşlanan daha fazla sayıda eğitim ve araştırma hastanesi çalışanına başvurulması gerektiği değerlendirilmektedir.

2.5 Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmada aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

H.1: Çalışanların cinsiyetleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.

H.2: Çalışanların medeni hal bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.

H.3: Çalışanların eğitim düzeyleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.

H.4: Çalışanların meslek değişkenleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.

H.5: Çalışanların yaşları ile hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algıları arasında ilişki bulunmaktadır.

H.6: Çalışanların iş tecrübeleri ile hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algıları arasında ilişki bulunmaktadır.

2.6 Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın verileri Nisan-Mayıs 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Toplam 408 anket geçerli olarak kabul edilerek değerlendirmeye alınmıştır. Veriler yüz yüze (kişisel görüşme) anket yöntemiyle toplanmıştır. Bu görüşmeler ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Bu yöntem cevaplama oranının yüksek olması yönünden tercih edilmiştir. Bu yöntem sağlık çalışanlarının öneri ve tavsiyelerini de alma imkânı sağlamıştır.

Katılımcılara uygulanan anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin sorulduğu ilk kısım ile “Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği” isimli 10 maddeden oluşan ölçek sorularının oluşturduğu ikinci kısımdır. Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği Derin ve Demirel, 2011:1-10 tarafından geliştirilen ve ilk olarak Malatya ve Elazığ merkezde faaliyet gösteren hastane çalışanlarına uygulanan bir ölçektir.

2.6.1 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Tıp fakülteleri bünyesinde yer alan eğitim ve araştırma hastaneleri hasta hakları ve kalite çalışmaları konusunda ampirik çalışmaları araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin en yoğun olduğu birimlerdir. Bu birimler aynı zamanda sağlık hizmetlerinde üçüncü basamak olmaları bakımından ulaşılabilecek nihai başvuru birimleri niteliğinde olduğundan hem hasta hakları hem de kalite çalışmaları konusunda idari ve adli işlemlere en fazla maruz kalan birimler olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılmıştır.

2.6.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Evren, yeri ve zamanı belirli olmasına dayanarak incelenmesi amaçlanan, tanımlanan ve birçok birimden oluşan yığın olarak tanımlanırken, örnekleme “üzerinde çalışılan bir kümeden örnek seçmek” olarak tanımlanmıştır (Arıkan, 2007:139,142).

Araştırmanın evrenini eğitim ve araştırma hastanesinde görev alan yaklaşık 3500 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Mesleki farklılığın araştırma sonucuna etkisini gidermek için evren içindeki mesleki oranın örnekleme de korunması arzu edilmiş ve tabakalı örnekleme yöntemine göre örnekleme hesabı yapılmıştır. Evrenden seçilecek toplam örnekleme sayısı için formül aşağıdaki gibidir:

$$n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2 + z^2pq} \quad (\text{Denklem: 2.1})$$

n= Örnekleme sayısı

N= Araştırmanın Evreni (3500)

z= %95 Güven Düzeyi için (1,96)

p= Topluluk oranı (0,5) (evrende istenilen özelliği taşıyan kişilerin oranı)

q= 1-p (0.5)

d= Etki Büyüklüğü (0.5)

Yukardaki formül ile örnekleme sayısı yaklaşık 384 olarak belirlenmiştir. Veri kaybı olma ihtimaline karşı örnekleme sayısı %10 fazla hesaplanmıştır. Toplam olarak 422 kişinin ankete katılması planlanmış, fakat eksik veya hatalı anketler analiz dışı bırakılarak 408 anket değerlendirmeye alınmıştır. Tabakalı örnekleme dağılımı tablosu aşağıdaki gibidir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1: Tabakalı örnekleme dağılım tablosu.

Evren Sayısı (N)=3500	Örnek Sayısı=422	Elde Edilen Verilere Göre n=408
Doktor=700 (%20)	84	82
Hemşire:1085 (%31)	131	129
Hastabakıcı:140 (%0.04)	17	14
Sağlık Teknisyeni=385 (%11)	46	44
Tıbbi Sekreter=280 (%0.08)	34	29
Diğer=950 (%26)	110	110

2.6.3 Verilerin Toplanması

2.6.3.1 Araştırmanın etik yönü ve izlenilen süreçler

Araştırma için GATA Etik Kurulu'ndan “29” numaralı oturum ve "2727" dosya numaralı onay belgesi (Ek-A) ve GATA Dekanlığı ve Baştabipliğinden alınan onay belgesi (Ek-B) ile gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmada öncelikle eğitim ve araştırma hastanesinin etik kurulu 25 Aralık 2013 tarihinde onay alınması sonrasında anketler Nisan-Mayıs 2014 uygulanmıştır. Demografik bilgileri öğrenmeye yönelik hazırlanan veri toplama formu ile Hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerini iyileştirilmesine olan katkısını ölçmeye yönelik hazırlanan “Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim ölçeği” bir arada uygulanmıştır. Veriler çoğu zaman çalışanlar ile yüz yüze görüşülerek ve bizzat refakat etmek suretiyle eş zamanlı olarak uygulanmıştır.

2.6.3.2 Veri toplama aracı

2.6.3.2.1 Demografik özelliklere yönelik veri toplama formu

Çalışmada veri toplama formunda çalışanların sosyodemografik bilgilerine başvurulmuştur. Bu bilgiler sırasıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, iş tecrübesi ve meslek grubu olarak sıralanmıştır. Çalışmada söz konusu demografik bilgilerle hasta hakları birim faaliyetleri ve hastane yönetim süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi öngörülmüştür.

2.6.3.2.2 Sağlık hizmetleri kalitesinde hasta hakları birimi ölçeği

Çalışmada daha önce (Derin ve Demirel (2011:6-7) tarafından geliştirilen ve aynı zamanda güvenirlik ve geçerlilik testi yapılan ölçek aslına sadık kalınarak uygulanmıştır. Ölçekte toplam 10 madde yer almaktadır

Ölçekte hasta haklarını ve kalite konusundaki algılamayla ilgili ifadeler yer verilmiş, çalışanlardan ölçekteki hasta hakları ve kalite konusunda görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. 5’li Likert tipinde geliştirilen ölçekteki her bir ifade 5’ten 1’e kadar puanlanmıştır. Söz konusu puanlamada sorular tersten puanlanmıştır. Her maddede “kesinlikle katılıyorum” yanıtına 5 puan, “katılıyorum” yanıtına 4 puan,

“kararsızım” yanıtına 3 puan, “katılmıyorum” yanıtına 2 puan ve “kesinlikle katılmıyorum” yanıtına 1 puan verilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programı kullanılmıştır. Puanlama neticesinde en düşük puanın 10, en yüksek puanın 50 olması öngörülmüştür.

2.6.4 Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliğin Sınanmasında İzlenen Adımlar

Derin ve Demirel (2011: 1-10) tarafından geliştirilen ve çalışmamızda kullandığımız “Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği”nin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yeterli düzeyde olmadığı ve madde analizinin hiç yapılmadığı görülmüştür. Bu yüzden soruların kalitesini belirlemek amacıyla bu çalışmada tekrar iç tutarlılık katsayısı ve yapı geçerliliğinin belirlenerek, bunlara ek olarak madde analizi yapılmasına karar verilmiştir.

2.6.4.1 Madde analizi

Madde analizi, ölçekteki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek için yapılan işlemler kümesidir (Alpar, 2012: 488). Analizin başlangıcında maddelere ilişkin ortalama ve standart sapmalar incelenmiştir. Madde analizinde, madde ortalamalarının birbirine benzer olması beklenir (Alpar, 2012: 488). Çalışmada ortalama değerlerin, 2,91-3,37 aralığında olduğu, standart sapmaların, 1,10-1,17 aralığında olduğu görülmektedir. Bu haliyle çalışmada madde ortalamalarının birbirine benzer olmaları nedeniyle, ölçeğe olan katkılarının benzer düzeylerde olduğu anlaşılmaktadır. Aynı benzerliğin standart sapma değerlerinde de geçerli olduğu görülmektedir. Sorulara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2.2’de sunulmuştur.

Tablo 2.2: Madde istatistikleri.

Sorular		Ortalama	Standart Sapma
1	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, iç iletişimi güçlendirmektedir.	3,13	1,12
2	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hasta tatminini artırmaktadır.	3,37	1,11
3	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, çalışan tatminini artırmaktadır.	2,92	1,17
4	Hasta Hakları Birimi, bir takım düzeltici ve önleyici faaliyetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır.	3,29	1,12
5	Hasta Hakları Birimi, hizmetin iyileştirilmesine yönelik öneriler geliştirmektedir	3,27	1,11
6	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hastane genelinde sürekli iyileştirmelerin yapılmasına katkı sağlamaktadır.	3,19	1,10
7	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hasta ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde karşılanmasına katkı sağlamaktadır.	3,19	1,06
8	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hastanenin, hastalar ve yakınları dışındaki paydaşlarla (Sağlık Bakanlığı, sendikalar, meslek kuruluşları vb.) işbirliğini geliştirmesine katkıda bulunmaktadır.	3,06	1,08
9	Hasta Hakları Birimi, hastanenin sosyal sorumluluklarını yerine getirmesine katkı sağlamaktadır.	3,25	1,13
10	Hasta Hakları Birimi kalite eğitimlerine katkı sağlamaktadır	3,31	1,10

Bu çalışmada ölçülmek istenen özelliği ölçmede her maddenin ölçme gücünü belirlemeye yönelik Likert tarafından önerilen madde analizi yöntemlerinden korelasyona dayalı madde analizi ve alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi kullanılmıştır. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde söz konusu analiz neticeleri tartışılacaktır.

2.6.4.1.1 Korelasyonlara dayalı madde analizi

Korelasyona dayalı madde analizinde ölçekteki maddelerin hasta hakları birim faaliyetlerinin sağlık kurumlarındaki yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine olan katkısını ölçüp ölçmediği ve söz konusu maddelerin bu kavramsal yapıya yaptıkları katkıyı sayısal veriler ışığında analiz etmek maksadıyla korelasyonlara dayalı madde analizi yapılmıştır. Bu analiz kapsamında düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı) hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan maddeler için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısının negatif ve 0.20'den küçük olması ve maddenin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach Alpha katsayısının yükselmesi, ilgili maddenin ölçekten çıkarılması için belirleyici olarak kabul edilmiştir.

Madde analizi öncesinde ölçek toplamı için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0.938 olarak tespit edilmiştir. Maddelere yönelik korelasyon katsayıları ise Tablo 2.3'de görülmektedir.

Tablo 2.3: Madde - bütün istatistikleri.

	Madde Silindiğinde Bütün Ortalaması	Madde Silindiğinde Bütün Varyansı	Madde-Bütün Korelasyon Katsayısı	R ² Açıklayıcılık Katsayısı	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa katsayısı
Madde1	28,85	64,05	0,77	0,63	0,93
Madde 2	28,60	67,37	0,58	0,47	0,94
Madde 3	29,06	64,78	0,69	0,57	0,93
Madde 4	28,68	63,98	0,77	0,63	0,93
Madde 5	28,71	63,56	0,81	0,71	0,93
Madde 6	28,78	63,69	0,81	0,69	0,93
Madde 7	28,79	65,76	0,71	0,56	0,93
Madde 8	28,92	64,74	0,76	0,61	0,93
Madde 9	28,73	63,55	0,80	0,69	0,93
Madde 10	28,66	63,74	0,80	0,71	0,93

Tablo 2.3’de görüldüğü üzere madde silindiğinde bütün ortalamasının; 28,60-29,06 arasında olduğu görülmektedir. Yine madde silindiğinde bütün varyans değerin 63,55-65,76 aralığında olduğu görülmektedir. Bu haliyle madde silindiğinde bütün ortalaması ve varyans değerlerinin, ikinci soru haricinde birbirleriyle uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Sadece ikinci sorudaki varyans değerin 67,37 ile farklılaştığı görülmektedir. Dolayısıyla ikinci sorunun bu yapıya olan katkısını ortaya koyabilmek için tablo 3’de yer alan diğer verilerin incelenmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Tablo 2.3’ün üçüncü sütununda madde-bütün korelasyon katsayıları görülmektedir. Burada Madde-bütün korelasyon katsayılarının, 0,69-0,81 aralığında olduğu görülmektedir. Söz konusu korelasyon katsayılarının negatif olmamaları ve 0.20’den büyük olmaları bakımından Likert’in tanımlaması ile uyumlu olduğu maddelerin bütünsel yapıyı açıklayıcı olduğu ve bu haliyle ölçekte bulunmasının uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmada madde analizi ile ilgili olarak R^2 (açıklayıcılık katsayısı) incelenmiş olup, Tablo 2.3’ün dördüncü sütununda sıralanmıştır. Açıklayıcılık katsayısının 1’e yakın olması beklenmektedir. Açıklayıcılık katsayısı ile açıklama yüzdesini bulmak istediğimiz çıkarılan madde, diğer maddeler ise bağımsız değişken olarak ele alınmak suretiyle diğer maddelerin bağımlı değişken olan bu maddeyi ne kadar açıkladığı hususu çoklu doğrusal regresyon analizi ile elde edilmiştir. Burada ayırt edicilik bakımından R^2 değerinin 1’e yakın olması beklenilmektedir. Bu çalışmada elde edilen açıklayıcılık katsayıları (R^2) 0,47-0,71 aralığında yer almaktadır. Madde 2’nin R^2 değerinin 0,47 ile diğer maddelerden farklılaştığı görülmektedir. Benzer şekilde madde-bütün korelasyon katsayısı değerleri bakımından 2.maddenin 0.58 değeri ile diğer maddelerden ayrıldığı görülmektedir. Sonuç itibarıyla madde analizine tabi tutulan anket sorularının, ortalama, varyans, korelasyon katsayısı, açıklayıcılık katsayısı ve Cronbach Alpha düzeyleri bakımından birbirleri ile ilişkili olduğu; 2. Sorunun diğer sorulardan anlamlı bir düzeyde farklılaştığı bu soru çıkarıldığında, anketin bütününde herhangi bir farklılaşmaya neden olmayacağı anlaşılmaktadır.

2.6.4.1.2 Alt ve üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi

Bu madde analizinde ölçekteki maddeler puanlandıktan sonra cevaplayıcılar toplam ölçek puanına göre en yüksek puandan, en düşüğe doğru sıralanmaktadır. Bu sıralamaya uygun olarak toplam ölçek puanları dağılımının en üst %27'lik dilimi “üst grup”, alt ucundaki %27'lik dilimi “alt grup” olarak tanımlanmaktadır. Burada üst gruptaki katılımcılar ölçülmek istenen tutumu olumlu yönde algılayanları, alt gruptaki katılımcılar da olumsuz yönde algılayanları göstermektedir. Eğer bir madde alt ve üst gruptaki tutumları birbirinden ayırt etmiyorsa bu maddelerin nihai ölçekte yer almaması gerekir. Ancak söz konusu madde iki uçtaki farklı grubu açıkça ayırt edebiliyorsa bu maddenin ölçekte bulunması gereken bir madde olması gerektiği kabul edilmektedir. Çalışmada alt ve üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizinde t testi uygulanmıştır. T istatistiği negatif (-) ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p>0.05$) maddeler ölçekten çıkarılması gereken maddeler olarak ortaya çıkmaktadır. Madde analizine ilişkin veriler Tablo 2.4’de görülmektedir.

Tablo 2.4: %27’lik alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi sonuçları.

	Alt Grup n=110		Üst Grup n=110			
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Madde 1	1,93	0,87	4,07	0,66	20,54	<0,001
Madde 2	2,45	1,18	4,07	0,65	12,63	<0,001
Madde 3	1,79	0,89	4,09	0,65	21,80	<0,001
Madde 4	1,98	0,81	4,25	0,64	22,98	<0,001
Madde 5	1,97	0,78	4,27	0,52	25,61	<0,001
Madde 6	1,92	0,78	4,21	0,49	26,09	<0,001
Madde 7	2,15	0,94	4,02	0,72	16,53	<0,001
Madde 8	1,95	0,83	4,11	0,55	22,76	<0,001
Madde 9	1,96	0,82	4,29	0,49	25,41	<0,001
Madde 10	2,06	0,89	4,34	0,51	23,30	<0,001

Tablo 2.4’de görüldüğü gibi alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi sonuçlarına göre tüm madde puanlarının alt ve üst gruplarda anlamlı derecede farklılık gösterdiği görülmektedir.

Korelasyona dayalı madde analizi ve Alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı (iç tutarlılık ölçütüne dayalı) madde analizi sonuçlarına göre anket ölçeğini oluşturan 10 maddenin, istenilen yapıyı ölçmede ayırt edicilik güçlerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır.

2.6.4.2 Ölçeğin psikometrik özellikleri

2.6.4.2.1 Ölçeğin güvenirliği (iç tutarlılık analizi)

Bu çalışmada “Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği” nin iç tutarlılık güvenirliğinin değerlendirilmesinde “Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı” hesaplanmıştır.

Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı; maddelerin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirler. Bu çalışmada, ölçeğin geneli için, madde analizi öncesi ve sonrasında ayrı ayrı katsayılar hesaplanmıştır. Cronbach Alpha katsayısının 0.70 ve üzeri olması kriter olarak alınmıştır.(Şencan 2005:458) “Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği”ni geliştiren ve geçerlilik güvenirlik analizini yapan (Derin ve Demirel’in (2011: 1-10) Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısını 0.927 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ölçek toplamı için tespit edilen iç tutarlılık katsayı değeri 0.938 bulunmuştur. Elde edilen değerler 0.70’in üstünde olduğundan, ölçeğin güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

2.6.4.2.2 Ölçeğin geçerliliği (yapı geçerliliği)

“Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği” nin ölçülmek istenen özelliğe uygun olup olmadığını, ölçümün kurallara uygun olarak doğru yapılabildiğini belirlemek amacıyla geçerliliği incelenmiştir. Bu aşamada geçerlilik yöntemlerinden yapı geçerliliğine bakılmıştır.

Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde, temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli bir kümede bir araya getirmeye yarayan “Açıklayıcı/Keşfedici

Faktör Analizi Yöntemi” kullanılmıştır. Faktör analizi ölçeğin yapısını belirlemeye yönelik bir yapı geçerliği çalışmasıdır.

Çalışmamızda kullanılan Derin ve Demirel (2011:1-10) tarafından geliştirilen ve yapı geçerliliği faktör analizi ile yapılan “Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birim Ölçeği”nin Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda tek faktörlü yapıya sahip olduğu ve ölçeği oluşturan 10 maddenin bu tek faktörlü yapıdaki toplam varyansın %64,65’ini açıklayabildiği saptanmıştır.

Araştırmamızda “açıklayıcı faktör analizi” yöntemlerinden “Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis)” yöntemi kullanılmıştır. Tablo 2.5’de analiz sonucunda anketin tek faktörlü yapıya sahip olduğu ve toplam varyasyonun %64.65’ni açıkladığı görülmüştür.

Tablo 2.5: Toplam varyans açıklaması.

Toplam Varyans Açıklaması					
Sorular	Özdeğer Verileri (Initial Eigenvalues)			Extraction Sums of Squared Loadings	
	Toplam	%Varyans Yüzdesi	%Kümülatif	Toplam	%of Variance
Soru1	6,46	64,65	64,65	6,46	64,65
Soru2	0,80	8,02	72,68		
Soru3	0,57	5,67	78,34		
Soru4	0,47	4,66	83,00		
Soru5	0,43	4,26	87,26		
Soru6	0,32	3,16	90,41		
Soru7	0,28	2,84	93,25		
Soru8	0,26	2,57	95,82		
Soru9	0,21	2,13	97,94		
Soru10	0,21	2,06	100,00		

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yapılarının değerlendirilmesinde, ilgili faktördeki maddelerin faktör yüklerinin en az 0.30 olması ve faktörün en az üç maddeden oluşması öngörülür. Çalışma tek faktörlü yapıya sahip olması ve bu yapıyı oluşturan 10 maddenin de faktör yüklerinin en az 0.65 ve üzerinde değer alması ölçeğin yapısal geçerliliğini desteklemektedir.

Tablo 2.6: Faktör yükleri (sorularla faktör skorları arasındaki korelasyon).

Sorular	Çalışmada Elde Edilen Faktör Yükleri	(Derin ve Demirel (2011:1-10) Tarafından Bulunan Faktör Yükleri
Soru1	0,82	0,705
Soru2	0,65	0,679
Soru3	0,75	0,673
Soru4	0,82	0,847
Soru5	0,86	0,822
Soru6	0,85	0,893
Soru7	0,76	0,757
Soru8	0,81	0,648
Soru9	0,84	0,883
Soru10	0,85	0,872

Tablo 2.6’da çalışmamızda faktör analizi sonucu elde ettiğimiz faktör yükleri ile Derin ve Demirel (2011: 1-10) tarafından elde edilen faktör yükleri karşılaştırmalı tablo şeklinde görülmektedir. İki çalışmada da faktör yükleri en az 0.30’un üzerinde bulunmuştur. Her iki çalışmanın faktör yüklerine bakıldığında maddelerin tek faktörlük yapıdaki ağırlıklarının birbirine benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre ölçmek istenilen hasta hakları birim faaliyetlerinin yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki etkisini ölçmede geçerli bir ölçek olduğu anlaşılmaktadır.

2.7 Bulgular ve Elde Edilen Sonuçların Tartışılması

Bu bölümde, araştırma kapsamında toplam 408 sağlık çalışanından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular şu başlıklar altında verilmiştir.

2.7.1 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Çalışmamıza dahil olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2.7’de gösterilmiştir.

Tablo 2.7: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=408).

Özellikler	n	%
Yaş (ort $\pm$ ss); (min - max) (39.48 $\pm$ 7.84); (22 - 63)		
İş Tecrübesi (ort $\pm$ ss); (min - max) (16.98 $\pm$ 8.22); (1 - 40)		
Cinsiyet		
Erkek	259	63.5
Kadın	149	36.5
Medeni Durum		
Evli	84	20.6
Bekar	324	79.4
Eğitim Durumu		
Lise	73	17.9
Önlisans	103	25.2
Lisans	169	41.4
Lisans Üstü	63	15.4
Meslek		
Doktor	82	20.1
Hemşire	129	31.6
Hasta Bakıcı	14	3.4
Sağlık Teknisyeni	44	10.8
Tıbbi Sekreter	29	7.1
Diğer	110	27

Araştırmanın örneklemini oluşturan 408 katılımcının yaş ortalaması 39.48 $\pm$ 7.84 (min.22-max.63) ve iş tecrübesi ortalaması 16.98 $\pm$ 8.22 (min.1-max.40)'dır. Katılımcıların %63.5'i erkek (n=259), %79.4'ünün bekar (n=324) olduğu görülmektedir. Eğitim ve mesleki durumlarına bakıldığında %41.4'ünün lisans (n=169) düzeyinde, %31.6'sının (n=129) hemşire olduğu görülmektedir.

2.7.2 Demografik Değişkenlerin Açıklaması

Cinsiyet grubuna göre ölçek toplan puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 2.8’de verilmektedir.

Tablo 2.8: Cinsiyet grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER		N	MİNİMUM	MAXİMUM	ORTALAMA	STANDART SAPMA	Z*	p
CİNSİYET	Kadın	259	10,00	50,00	31,55	9,22	-1,07	0,28
	Erkek	149	10,00	50,00	32,72	8,28		

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Cinsiyet bakımından kadın örneklem sayısının 259, erkeklerin 149 olduğu görülmektedir. Ankete verilen cevaplardan elde edilen verilen minimum (10 puan) ve maksimum (50 puan) değerler bakımından, cinsiyet farklılığı durumunda farklılaşma bulunmadığı anlaşılmaktadır. Cinsiyet değişkeninin ölçek toplamı üzerinden karşılaştırmasında karşılaştırılan grup sayısı iki olduğu için parametrik koşulları karşılayamadığından, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmaya dâhil ettiğimiz kişilerin hasta hakları konulu ölçeğe verdikleri cevaplar, cinsiyetleri bakımından karşılaştırıldığında, ölçek toplamında oluşan puan ortalama değerlerinin, kadınlarda $31,55 \pm 9,22$ olduğu, erkeklerde ise $32,72 \pm 8,28$ olduğu tespit edilmiştir. Bu haliyle cinsiyetler bakımından ölçek toplam ortalama değerlerinde anlamlı bir farklılık oluşmadığı görülmektedir. Cinsiyet değişkeninde erkek ve kadın çalışanların ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiyi incelemede P değeri $0,28 > 0,05$ olarak tespit edilmiştir. Bu haliyle erkek ve kadınların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark oluşmadığı, ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Bir başka ifadeyle hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisi konusundaki değerlendirmelerde erkekler ve bayanların ölçeğe verdikleri puan ortalamaları bakımından farklılık oluşmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 2.9: Medeni Hal grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER		N	MİNİMUM	MAXİMUM	ORTALAMA	STANDART SAPMA	Z*	p
MEDENİ HAL	Evli	324	10,00	50,00	33,87	8,68	2,02	0,44
	Bekar	84	10,00	50,00	31,48	8,90		

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Medeni hal değişkeninde evli örneklem sayısı 324, bekar örneklem sayısının 84 olarak tespit edilmiştir. Ankete verilen cevaplardan elde edilen verilen minimum (10 puan) ve maksimum (50 puan) değerler bakımından, medeni halin evli veya bekar olması durumunda farklılaşma bulunmadığı anlaşılmaktadır. Burada evlilerin ölçek toplamında elde edilen puan ortalamasının 33.87 ± 8.68 olduğu görülmektedir. Bekârların ölçek toplamında elde ettikleri ortalamanın ise 31.48 ± 8.9 olduğu görülmektedir. Medeni hal değişkenlerinin ölçek toplamı üzerinden karşılaştırmasında karşılaştırılan grup sayısı iki olması nedeniyle parametrik koşulları karşılayamadığından, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ortalamaların karşılaştırılması sonucu p değeri $0.44 > 0.05$ olması nedeniyle evli ve bekar çalışanların ölçek toplam puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2.10: Eğitim durumu grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER		N	MİNİMUM	MAXİMUM	ORTALAMA	STANDART SAPMA	K-W* (x ²)	p
EĞİTİM DURUMU	Lise	73	12,00	50,00	32,30	8,10	1,59	0,66
	Önlisans	103	10,00	50,00	32,74	8,47		
	Lisans	169	10,00	50,00	31,68	8,93		
	Lisansüstü	63	10,00	50,00	31,14	10,34		

* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Demografik değişken parametrelerinden birini oluşturan öğrenim düzeylerinin karşılaştırılmasında lise, önlisans, lisans ve lisansüstü olmak üzere dört bağımsız grup belirlenmiştir. Burada lise örneklem sayısının 73, önlisansın 103, lisansın 169, lisansüstü öğrenim gören sayısının 63 olduğu görülmektedir. Ankete verilen

cevaplardan elde edilen verilen minimum (10 puan) ve maksimum (50puan) değerler bakımından, öğrenim durumlarının ayırt edici olmadığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya dâhil ettiğimiz kişilerin hasta hakları konulu ölçeğe verdikleri cevaplar, eğitim düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında, ölçek toplamında oluşan puan ortalamaları bakımından, önlisans öğretim düzeyi ortalamasının $32,74 \pm 8.47$ olduğu, en düşük ortalamaların ise lisansüstü düzeyde $31.14 \pm 10,34$ olduğu tespit edilmiştir. Bu haliyle öğrenim düzeyleri arasında ölçek toplam ortalama değerleri bakımından anlamlı bir farklılık oluşmadığı görülmüştür. Öğrenim düzeyine ilişkin grup dağılımının normal dağılıma uygun olmaması nedeniyle Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucu elde edilen P değeri ise $0.66 > 0.05$ olması nedeniyle öğrenim düzeylerine göre ölçek toplam puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle öğrenim düzeyleri arasındaki farklılaşmanın hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisi konusundaki değerlendirmelerde farklılık oluşmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 2.11: Meslek grubuna göre ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER		N	MİNİMUM	MAXİMUM	ORTALAMA	STANDART SAPMA	K-W *(x²)	p
MESLEK	Doktor	82	10,00	50,00	30,06	9,53	5,98	0,31
	Hemşire	129	10,00	50,00	31,52	9,68		
	Hastabakıcı	14	23,00	39,00	32,21	5,42		
	Sağlık Teknisyeni	44	10,00	47,00	33,41	8,48		
	Tıbbi Sekreter	29	17,00	42,00	33,41	6,64		
	Diğer Sağlık Çalışanları	110	10,00	50,00	32,95	8,32		

* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışmada demografik değişkenlerinin son satırında yer alan meslek bakımından bir değerlendirme yapılacak olursa, ankete katılan hekim sayısının 82, hemşire sayısının 129, hastabakıcıların 14, sağlık teknisyeni sayısının 44, tıbbi

sekreter sayısının 29, diğer sağlık çalışanları sayısının 110 olduğu görülmektedir. Ölçek toplamında oluşan puanlandırmada minimum ve maksimum puanların hekim, hemşire, sağlık teknisyeni ve diğer sağlık çalışanlarında aynı ya da birbirine yakın olduğu anlaşılmaktadır. Ancak tıbbi sekreterlerin vermiş oldukları minimum (17 puan) ve maksimum (42 puan) değerlerde bir farklılaşma olduğu görülmektedir. Hastabakıcıların vermiş oldukları minimum (23 puan) ve maksimum (49 puan) değerler arasında da farklılık göze çarpsa da buradaki örneklem sayısının 14 olması nedeniyle yapılacak bir değerlendirmenin anlamlı olmayacağı düşünülmektedir. Ölçek toplamında oluşan puan ortalama değerleri bakımından hekimlerin $30,06 \pm 9,53$, hemşirelerin $31,52 \pm 9,68$, hastabakıcıların $32,21 \pm 5,42$, sağlık teknisyenlerinin $33,41 \pm 8,48$, tıbbi sekreterlerin $33,41 \pm 6,64$ diğer sağlık çalışanlarının $32,95 \pm 8,32$ puan verdikleri tespit edilmiştir. Standart sapmalara dikkat edildiğinde, hastabakıcı ve tıbbi sekreterlerin verdikleri ortalama puanlarda standart sapma değerinin diğerlerine oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Bir başka ifadeyle verilen puanlamaların daha dar bir alanda yığıldığı, benzer puanlar verdikleri anlaşılmaktadır. Yapılan Kruskal-Wallis varyans analizi sonucu elde edilen P değeri ise $0.31 > 0.05$ olması nedeniyle mesleklere göre ölçek toplam puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık sektöründe icra edilen meslekler arasındaki farklılaşmanın hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisi konusundaki değerlendirmelerde farklılık oluşmadığı anlaşılmaktadır.

Ortalama değerler incelendiğinde, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ortalama ölçek toplam puanları arasında bariz bir farklılaşma olmadığı görülürken, meslek değişkeninde tepe yönetimden alt düzey yönetime doğru gidildikçe (doktor, hemşire, hastabakıcı, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter ve diğer sağlık çalışanlarına doğru) toplam ortalama ölçek puanlarda bariz artış olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 2.12: Ölçek toplam puanı ile yaş ve iş tecrübesi arasındaki ilişki.

	Ölçek Toplam Puanı	
	r	p
Yaş	$r^* = -0.045$	0,36
İş Tecrübesi	$\rho^{**} = -0.031$	0.53

*Pearson Korelasyon Katsayısı.

**Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı.

Tablo 2.12’de görüldüğü gibi katılımcıların yaşları ile ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında ters yönlü hafif bir ilişki olduğu ($r = - 0.045$) ama bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p = 0,36 > 0,05$) görülmüştür. Çalışmaya katılanların iş tecrübeleri ile ölçek toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde arada ters yönlü hafif bir ilişki olduğu ($\rho = -0.031$) ama bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p = 0,53 > 0,05$) görülmüştür.

Bu haliyle çalışmada hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisine yönelik algı düzeylerinin ölçülmesi konulu çalışmada, katılımcıların yaşları ve iş tecrübeleri bakımından katılımcıların algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2.13: Doktorların sorulara verdiği yanıtlar.

DOKTOR	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Toplam	Yüzde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Soru	14	17,1%	18	22,0%	21	25,6%	25	30,5%	4	4,9%	82	100,0%
2.Soru	8	9,8%	24	29,3%	10	12,2%	33	40,2%	7	8,5%	82	100,0%
3.Soru	19	23,2%	22	26,8%	16	19,5%	17	20,7%	8	9,8%	82	100,0%
4.Soru	12	14,6%	14	17,1%	18	22,0%	31	37,8%	7	8,5%	82	100,0%
5.Soru	11	13,4%	14	17,1%	19	23,2%	32	39,0%	6	7,3%	82	100,0%
6.Soru	11	13,4%	15	18,3%	23	28,0%	30	36,6%	3	3,7%	82	100,0%
7.Soru	9	11,0%	17	20,7%	25	30,5%	27	32,9%	4	4,9%	82	100,0%
8.Soru	14	17,1%	12	14,6%	22	26,8%	32	39,0%	2	2,4%	82	100,0%
9.Soru	9	11,0%	14	17,1%	19	23,2%	35	42,7%	5	6,1%	82	100,0%
10.Soru	9	11,0%	10	12,2%	27	32,9%	29	35,4%	7	8,5%	82	100,0%

Doktorların soruların tümüne verdiği cevaplar değerlendirildiğinde “katılıyorum” “yanıtının fazla olduğu görülmektedir. Soru 1’e verdiği yanıtlara bakıldığında “katılıyorum” cevabının %30,5 ($n=25$) ile en fazla olduğu, soru 2’de katılıyorum cevabı verenlerin 33 kişi olduğu (%40,2), soru 3’de “katılmıyorum” cevabını verenlerin 23 kişi (%26,8) olduğu, soru 4’de cevap olarak en fazla %37,8 ($n=31$) ile “katılıyorum” verildiği, soru 5’e verilen cevabın 32 (%39,0) kişi ile “katılıyorum” olduğu, soru 6’ya bakıldığında yine “katılıyorum” cevabının 30 (%36,6) kişi tarafından verildiği, soru 7’de %32,9 ($n=27$) yüzdelik oranı ile

“katılıyorum” olduğu, soru 8’de yine 32 (%39,0) kişi ile “katılıyorum” cevabı olduğu, soru 9’da yine “katılıyorum” cevabının %42,7 (n=35) yüzdelik oranı ile verildiği, soru 10’da ise 29 kişi (%35,4) ile yine “katılıyorum” cevabının verildiği görülmektedir.

Tablo 2.14: Hemşirelerin sorulara verdiği yanıtlar.

HEMŞİRE	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Toplam	Yüzde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Soru	16	12,4%	19	14,7%	34	26,4%	54	41,9%	6	4,7%	129	100,0%
2.Soru	10	7,8%	20	15,5%	28	21,7%	60	46,5%	11	8,5%	129	100,0%
3.Soru	20	15,5%	31	24,0%	36	27,9%	31	24,0%	11	8,5%	129	100,0%
4.Soru	14	10,9%	21	16,3%	32	24,8%	50	38,8%	12	9,3%	129	100,0%
5.Soru	12	9,3%	24	18,6%	25	19,4%	56	43,4%	12	9,3%	129	100,0%
6.Soru	16	12,4%	20	15,5%	34	26,4%	49	38,0%	10	7,8%	129	100,0%
7.Soru	10	7,8%	18	14,0%	39	30,2%	51	39,5%	11	8,5%	129	100,0%
8.Soru	18	14,0%	24	18,6%	36	27,9%	44	34,1%	7	5,4%	129	100,0%
9.Soru	13	10,1%	26	20,2%	26	20,2%	56	43,4%	8	6,2%	129	100,0%
10.Soru	14	10,9%	18	14,0%	32	24,8%	54	41,9%	11	8,5%	129	100,0%

Tablo 2.14’e bakıldığında hemşirelerin soruların tümüne verdiği cevaplar değerlendirildiğinde “katılıyorum” cevaplarının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Soru 3’deki “katılmıyorum” cevabı %24,0 (n=31) dışında katılıyorum cevabının çoğunlukta olduğu soruların yüzdeleri sırasıyla; soru 1 için %41,9 (n=54), soru 2 için %46,5 (n=60), soru 4 için %38,8 (n=50), soru 5 için %43,4 (n=56), soru 6 için 38,0 (n=49), soru 7 için %39,5 (n=51), soru 8 için %34,1 (n=44), soru 9 için %43,4 (n=56), soru 10 için 41,9 (n=54) olduğu görülmektedir.

Tablo 2.15: Hastabakıcıların sorulara verdiği yanıtlar.

HASTABAKICI	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Toplam	Yüzde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Soru	1	7,1%	4	28,6%	2	14,3%	7	50,0%	0	0,0%	14	100,0%
2.Soru	1	7,1%	0	0,0%	4	28,6%	8	57,1%	1	7,1%	14	100,0%
3.Soru	0	0,0%	5	35,7%	4	28,6%	4	28,6%	1	7,1%	14	100,0%
4.Soru	0	0,0%	5	35,7%	4	28,6%	5	35,7%	1	0,0%	14	100,0%
5.Soru	0	0,0%	5	35,7%	1	7,1%	7	50,0%	1	7,1%	14	100,0%
6.Soru	0	0,0%	3	21,4%	1	7,1%	9	64,3%	1	7,1%	14	100,0%
7.Soru	1	7,1%	1	7,1%	3	21,4%	8	51,7%	1	7,1%	14	100,0%
8.Soru	0	0,0%	5	35,7%	2	14,3%	6	42,9%	1	7,1%	14	100,0%
9.Soru	2	14,3%	4	28,6%	1	7,1%	7	50,0%	0	0,0%	14	100,0%
10.Soru	1	7,1%	4	28,6%	3	21,4%	6	42,9%	0	0,0%	14	100,0%

Tablo 2.15'e bakıldığında hastabakıcıların da çoğunlukla “katılıyorum” cevabını verdiği görülmektedir. Ankete katılan hastabakıcıların %50’den fazlası soru 1 (%50,0 n=7), soru 2 (57,1 n=8), soru 5 (50,0 n=7), soru 6 (64,3 n=9), soru 7 (57,1 n=8) ve soru 9 (%50,0 n=7) “katılıyorum” cevabını vermiştir.

Tablo 2.16: Sağlık teknisyenlerinin sorulara verdiği yanıtlar.

SAĞLIK TEKNİSYENİ	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Toplam	Yüzde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Soru	3	6,8%	8	18,2%	9	20,5%	20	45,5%	4	9,1%	44	100,0%
2.Soru	3	6,8%	4	9,1%	6	13,6%	22	50,0%	9	20,5%	44	100,0%
3.Soru	3	6,8%	9	20,5%	12	27,3%	15	34,1%	5	11,4%	44	100,0%
4.Soru	1	2,3%	9	20,5%	11	25,0%	17	38,6%	6	13,6%	44	100,0%
5.Soru	3	6,8%	9	20,5%	6	13,9%	23	52,3%	3	6,8%	44	100,0%
6.Soru	1	2,3%	14	31,8%	8	18,2%	19	43,2%	2	4,5%	44	100,0%
7.Soru	2	4,5%	8	18,2%	13	29,5%	17	38,6%	4	9,1%	44	100,0%
8.Soru	3	6,8%	9	20,5%	13	29,5%	17	38,6%	2	4,5%	44	100,0%
9.Soru	3	6,8%	9	20,5%	9	20,5%	16	36,4%	7	15,9%	44	100,0%
10.Soru	2	4,5%	4	9,1%	14	31,8%	17	38,6%	7	15,9%	44	100,0%

Ankete dahil olan 44 sağlık teknisyeninin soruların tamamına verdikleri cevabın “katılıyorum” yönünde olduğu görülmektedir. Sorulara verilen “katılıyorum” cevabının yüzdeleri en yüksekten, en düşüğe doğru sırasıyla şöyledir; soru 5 (%52,3), soru 2 (%50,0), soru 1 (%45,5), soru 6 (%43,2), soru 4,7,8 ve 10 (%38,6), soru 9 (%36,4), soru 3 (%34,1) olduğu görülmüştür.

Tablo 2.17: Tıbbi sekreterlerin sorulara verdiği yanıtlar.

TIBBİ SEKRETER	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Toplam	Yüzde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Soru	1	3,4%	7	24,1%	6	20,7%	13	44,8%	2	6,9%	29	100,0%
2.Soru	1	3,4%	4	13,8%	6	20,7%	15	51,7%	3	10,3%	29	100,0%
3.Soru	4	13,8%	5	17,2%	10	34,5%	10	34,5%	0	0,0%	29	100,0%
4.Soru	1	3,4%	4	13,8%	4	13,8%	16	55,2%	4	13,8%	29	100,0%
5.Soru	0	0,0%	6	20,7%	10	34,5%	11	37,9%	2	6,9%	29	100,0%
6.Soru	0	0,0%	4	13,8%	8	27,6%	15	51,7%	2	6,9%	29	100,0%
7.Soru	1	3,4%	9	31,0%	6	20,7%	12	41,4%	1	3,4%	29	100,0%
8.Soru	0	0,0%	8	27,6%	9	31,0%	10	34,5%	2	6,9%	29	100,0%
9.Soru	0	0,0%	5	17,2%	6	20,7%	16	55,2%	2	6,9%	29	100,0%
10.Soru	1	3,4%	5	17,2%	5	17,2%	16	55,2%	2	6,9%	29	100,0%

Tablo 2.17’e bakıldığında ankete katılan 29 Tıbbi Sekreterin soruların tümüne verdiği cevaplar değerlendirildiğinde diğer çalışanlarda olduğu gibi “katılıyorum” “cevaplarının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Katılıyorum cevabının çoğunlukta olduğu soruların yüzdelere bakıldığında; soru 4-9 ve 10’uncu soruların %55,2 (n=16) olduğu, soru 1 için %44,8 (n=13), soru 2 için %51,7 (n=15), soru 5 için %37,9 (n=11), soru 6 için %51,7 (n=15), soru 7 için 41,4 (n=12), soru 8 için %34,5 (n=10), olduğu soru 3’deki “kararsızım” cevabı ise %34,5 (n=10)’dur.

Tablo 2.18: Diğer sağlık personelinin sorulara verdiği yanıtlar.

DİĞER SAĞLIK PERSONELİ	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Toplam	Yüzde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Soru	7	6,4%	24	21,8%	23	20,9%	47	42,7%	9	8,2%	110	100,0%
2.Soru	5	4,5%	20	18,2%	19	17,3%	52	47,3%	14	12,7%	110	100,0%
3.Soru	10	9,1%	25	22,7%	34	30,9%	33	30,0%	8	7,3%	110	100,0%
4.Soru	6	5,5%	17	15,5%	18	16,4%	57	51,8%	12	10,9%	110	100,0%
5.Soru	7	6,4%	15	13,6%	30	27,3%	45	40,9%	13	11,8%	110	100,0%
6.Soru	7	6,4%	24	21,8%	21	19,1%	46	41,8%	12	10,9%	110	100,0%
7.Soru	6	5,5%	29	26,4%	23	20,9%	45	40,9%	7	6,4%	110	100,0%
8.Soru	6	5,5%	26	23,6%	32	29,1%	39	35,5%	7	6,4%	110	100,0%
9.Soru	7	6,4%	23	20,9%	20	18,2%	45	40,9%	15	13,6%	110	100,0%
10.Soru	6	5,5%	21	19,1%	19	17,3%	48	43,6%	16	14,5%	110	100,0%

Tablo 2.18’e bakıldığında diğer sağlık personelinin de çoğunlukla “katılıyorum” cevabını verdiği görülmektedir. Ankete katılan diğer sağlık personelinin verdiği cevaplara bakacak olursak soru 1 (%42,7)(n=47), soru 2 (%47,3) (n=52), soru 4 (%51,8)(n=57), soru 5 (%40,9)(n=45), soru 6 (%41,8) (n=46), soru 7 (%40,9)(n=45), soru 8 (%35,5) (n=39), soru 9 (%40,9)(n=45) ve soru 10 (%43,6)(n=48)’a “katılıyorum” cevabını vermiştir. Soru 3’de ise (%30,9) (n=34) ile “kararsızım” cevabının verildiği görülmektedir.

Tablo 2.19: Hipotezler için kabul-ret tablosu.

ÖNERİLEN HİPOTEZLER	KABUL	RET	TEST SONUÇ
Çalışanların cinsiyetleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.		ret	$Z^{**} = -1.07$ $P = 0.28$
Çalışanların medeni hal bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.		ret	$Z^{**} = 2.02$ $P = 0.44$
Çalışanların eğitim düzeyleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.		ret	$K-W^{*}(x^2) = 1.59$ $P = 0.66$

Tablo 2.19 (Devam): Hipotezler için kabul-ret tablosu.

ÖNERİLEN HİPOTEZLER	KABUL	RET	TEST SONUÇ
Çalışanların meslek değişkenleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algılarında farklılık bulunmaktadır.		ret	K-W $^*(x^2) = 5.98$ P = 0.31
Çalışanların yaşları ile hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algıları arasında ilişki bulunmaktadır.		ret	r= -0.045 p= 0,36
Çalışanların iş tecrübeleri ile hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algıları arasında ilişki bulunmaktadır.		ret	rho $^{***} = -0.031$ p= 0.53

* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

**Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

***Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı.

Mevcut anket soruları kapsamında, iş görenlerin hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algı düzeylerinde farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

3.1 Tartışma

Çalışmada hasta hakları birim faaliyetleri konusunda daha önce Demir ve Demirel'in (2011: 1-10) yapmış olduğu anket çalışması kullanılmıştır.

Hasta hakları konusunda çok sayıda çalışmayı incelemek mümkündür. Örneğin Teke ve arkadaşlarının (2007: 265) araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin önemli bir kısmının mezuniyet öncesi ve sonrasında hasta hakları konusunda standart ve nitelikli bir eğitim almadıkları saptanmıştır (Teke ve diğerleri 2007: 265).

Aynı şekilde, Çetinalp ve Özkan (2007)'nin yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan doktorların %44.9'unun hasta oldukları zaman kendi haklarını dahi gözetmedikleri tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada, doktorların %75.6'sın hasta haklarının aynı zamanda kendi hakları olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir (Aydemir ve Özhan, 2012: 96).

Teke ve diğerlerinin (2007) yaptıkları bir başka çalışmada ise hemşirelerin %45'inin hasta hakları konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını, %64,2'sinin ise hasta hakları konusunda, okul dışındaki kaynaklar aracılığıyla haberdar oldukları saptanmıştır (Aydemir ve Özhan, 2012: 96).

Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarını en çok etkileyen demografik ve tanımlayıcı özellikleri olarak, meslek dışı birikim, cinsiyeti, mesleği, eğitim düzeyi ve meslekte çalışma süresinin belirleyici olduğu tespit edilmiştir (Bostan, 2007: 14). Bu durumun çalışmada elde edilen bulgularla çeliştiği görülmektedir. Bundan sonraki çalışmalarda her iki anket iç içe kullanılarak, konuya ilişkin daha kapsamlı bulguların edinilebileceği düşünülmektedir.

Öztürk ve diğerlerinin (2007: 145-152) yaptığı çalışmada, hastanede hasta hakları ile ilgili verilen hizmet içi eğitime sağlık çalışanlarının katılım düzeyinin, yapılan hasta hakları uygulamalarının öneminin anlaşılması ve bu konuda bir duyarlılığın gelişmesi açısından önemli olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık meslek yüksekokullarında yapılan bir başka araştırmada ise, hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerine bakıldığında, kız öğrencilerin hasta haklarına yönelik bilgi düzeylerinin erkek öğrencilerinkinden daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Baybek ve Kıvrak, 2004).

Bostan (2007: 15)'ın yaptığı çalışmada ise araştırma grubundaki sağlık çalışanlarının hasta haklarına kavramsal olarak olumlu baktığı fakat uygulamaya dönük anlayışlarda kafa karışıklığı yaşandığından dolayı hasta hakları faaliyetleri konusunda hizmet içi eğitime ağırlık verilmesi gerektiğinin düşünüldüğü görülmüştür.

Araştırmanın evrenini eğitim ve araştırma hastanesinde görev alan yaklaşık 3500 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklemin hesaplanmasında kullanılan yöntem çerçevesinde söz konusu tabakalara uygun olarak örneklem sayısının 384 olarak belirlenmesi öngörülmüştür. Anket çoğu zaman çalışanlar ile yüz yüze görüşülerek ve bizzat refakat etmek suretiyle, eş zamanlı olarak uygulanmıştır. Çalışmada ayrıca veri toplama formunda çalışanların sosyodemografik bilgilerine başvurulmuştur. Bu bilgiler sırasıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, iş tecrübesi ve meslek grubu olarak sıralanmaktadır.

Ölçekte toplam 10 madde yer almaktadır. Bu maddeler ışığında hasta hakları ve yönetim süreçleri konusundaki algılarla ilgili ifadelere yer verilmiş, çalışanlardan ölçekteki hasta hakları konusundaki görüşlerini belirtmeleri istenilmiştir. 5'li Likert tipinde geliştirilen ölçekteki her bir ifade 5'den 1'e kadar puanlanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programı kullanılmıştır. Derin ve Demirel'in (2011: 1-10) tarafından geliştirilen ve çalışmada kullanılan "Hasta Hakları Birim Ölçeğinin" geçerlilik ve güvenirlik analizlerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu yüzden soruların kalitesini belirlemek amacıyla bu çalışmada öncelikle iç tutarlılık katsayısı, yapı geçerliliği ve bunlara ek olarak madde analizlerinin yapılmasına karar verilmiştir.

Anket üzerinde yapılan madde analizi çalışması kapsamında, madde ortalamalarının 10 madde için birbirine yakın değerler çıkmaları nedeniyle ölçeğe

olan katkılarının benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Aynı benzerliğin standart sapmada da geçerli olduğu görülmüştür. Ölçekteki maddelerin hasta hakları birim faaliyetlerinin sağlık kurumlarındaki yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine olan katkısını ölçüp ölçmediği ve söz konusu maddelerin bu kavramsal yapıya yaptıkları katkıyı sayısal veriler ışığında analiz etmek maksadıyla, korelasyonlara dayalı madde analizi uygulanmıştır. Yapılan inceleme neticesinde maddeler sırası ile silindiğinde bütün varyans değerinin, 63.55-65,76 aralığında seyrettiği görülmüştür. Bu haliyle madde silindiğinde, bütün ortalaması ve varyans değerlerinin ikinci soru dışında birbirleri ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Madde bütün korelasyon katsayılarının 0,69 ile 0,85 aralığında olduğu söz konusu korelasyon katsayılarının negatif olmamaları ve 0.20'den büyük olmaları bakımından Likert'in tanımlaması ile uyumlu olduğu, maddelerin yapıyı açıklayıcı olduğu ve ölçekte bulunmasının uygun olduğu anlaşılmıştır. Sonuç itibari ile madde analizine tabi tutulan anket sorularının ortalama, varyans, korelasyon katsayısı, açıklayıcılık katsayısı ve Cronbach Alpha düzeyleri bakımından birbirleri ile ilişkili olduğu; ikinci sorunun diğer sorulardan anlamlı bir düzeyde farklılaştığı, bu soru çıkarıldığında anketin bütününde herhangi bir farklılaşmaya neden olmayacağı tespit edilmiştir.

Çalışmada ayrıca alt ve üst grup ortalamaları farkına dayalı olarak, madde analizinin yapılarak, ankete cevap veren ve toplam ölçek puanları dağılımı bakımından üst %27'lik dilim ile alt %27'lik dilim arasında ne gibi farklılıklar olup olmadığı çalışılmıştır. Yapılan inceleme sonucunda alt ve üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi sonuçları çerçevesinde, tüm madde puanlarının alt ve üst gruplar bakımından anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Korelasyona dayalı madde analizi ile alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi sonuçları çerçevesinde, anket ölçeğini oluşturan 10 maddenin, istenilen yapıyı ölçmede ayırt edicilik güçlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın iç tutarlılık-güvenirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmanın ölçek toplamı için bulunan iç tutarlılık katsayı değeri 0.938 tespit edilmiş, bu haliyle 0.70'den yüksek bir değer olduğu anlaşılmaktadır. Tespit edilen değer 0.70'in üstünde bir değere sahip olduğu için ölçeğin güvenilir olduğu görülmüştür. Ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde bağlantılı değişkenleri belli bir kümede bir araya getirmeye yarayan faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada ise açıklayıcı faktör analizi yöntemlerinden,

temel bileşenler analizi yöntemi kullanılmıştır. Analiz sonucunda anketin tek faktörlü yapıya sahip olduğu ve toplam varyansın %64,65'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Yapılan faktör analizi sonrasında, faktör yüklerinin en az 0.30'un üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucu göre, ölçeğin “hasta hakları üzerinden yönetim süreçlerinin iyileştirilmesini ölçmede geçerli bir ölçek olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde yaş ortalamasının 39.48, iş tecrübesinin ortalama 17 yıl olduğu, erkek katılımcıların sayısının %63.5, kadın katılımcı sayısının ise %36,5'u oluşturduğu tespit edilmiştir. Çalışanların medeni durum bakımından evli olanların %20'lik dilimi oluşturduğu, bekârların ise %80'i oluşturduğu görülmektedir. Demografik değişkenlerden eğitim durumu incelendiğinde %41.4 ile ağırlıklı dilimin lisans mezunlarını oluşturduğu görülmektedir. Müteakiben önlisans, lise ve lisansüstü öğrenim şeklinde sıralandığı görülmektedir. Mesleki dağılım bakımından incelendiğinde ankete katılanların %31.6'sını hemşireler oluşturmaktadır. Ardından %20.1 ile doktorlar, %10.8 ile sağlık teknisyenleri ve ardından tıbbi sekreterler, hasta bakıcılar ve diğerleri oluşturmaktadır.

Demografik değişkenler cinsiyet bakımından incelendiğinde erkek ve kadınların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark oluşmadığı, ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Bir başka ifade ile hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisi konusundaki değerlendirmelerde erkekler ve bayanların ölçeğe verdikleri puan ortalamaları bakımından farklılık oluşmadığı anlaşılmaktadır. Bu haliyle birinci hipotez reddedilmiştir.

Medeni hal değişkenleri bakımından evli ve bekar çalışanların, ölçek toplam puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu durumda ikinci hipotez de reddedilmiştir.

Öğrenim düzeyleri karşılaştırılmasında ise aradaki farklılaşmanın hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisi konusundaki değerlendirmelerde farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla üçüncü hipotez reddedilmiştir.

Meslek değişkeninde, grup dağılımının normal dağılıma uygun olmaması nedeniyle nonparametrik istatistiklerden biri olan Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır, yapılan analiz sonucunda meslekler arasındaki farklılaşmanın hasta hakları birim

faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine etkisi konusundaki değerlendirmelerde farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Buna göre dördüncü hipotez reddedilmiştir.

Ölçek toplam puanı ile yaş arasındaki ilişki düzeyi incelendiğinde, aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($0.36 > 0.05$) tespit edilmiştir. Çalışanların iş tecrübesinin hasta hakları ve yönetim süreçlerine yönelik algıları konusunda aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Dolayısıyla beşinci ve altıncı hipotezler reddedilmiştir.

Ortalama değerler incelendiğinde, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, ortalama ölçek toplam puanları arasında bariz bir farklılaşma olmadığı görülürken, meslek değişkeninde karar süreçlerinde yer alan hekimlerden başlayarak, alt düzey çalışanlara doğru gidildikçe toplam ortalama ölçek puanlarda bariz artış olduğu görülmüştür.

Bu durum alt düzey çalışanların, hasta hakları birim faaliyetlerinin yönetim süreçlerine katkısı konusunda da olumlu fikre sahip olduklarını açıklamaktadır. Hekimlerin ankete daha düşük puan vermelerinin gerekçeleri olarak üst kademenin hasta hakları birim faaliyetlerinin içeriği, işlevi hakkında yakın bilgi sahibi olmalarından dolayı, konuya daha gerçekçi, rasyonel değerlendirebilecekleri, eleştirel bakmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca hasta haklarına yapılan şikâyet ve müracaatların odak noktasını, hekimler oluşturduğu düşünüldüğünden sürekli şikâyet ve idari/adli işlemlere maruz kalan hekimlerin faaliyetlere daha ön yargıyla yaklaşmaya başladıkları düşünülebilir.

Ancak yapılan çalışma neticesinde çalışanların eğitim düzeyleri, medeni hal, yaşları, cinsiyetleri, iş tecrübeleri bakımından hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik algı düzeylerinde farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerine yüksek düzeyde katkısı olduğu, bir başka ifadeyle bu yöndeki algı düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Yine çalışanların meslek dağılımına göre hasta hakları birim algılarında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında eğitim ve araştırma hastanelerinde hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine olumlu katkılar bulunduğu anlaşılmaktadır.

Yapılan anket çalışmasında doktorların, hemşirelerin, hastabakıcıların, sağlık teknisyenlerinin ve tıbbi sekreterlerin anket sorularına nasıl cevap verdikleri, yüzdeleri ve sayılarıyla incelenmiştir.

Birinci soruda hasta haklarının örgüt içi iletişim üzerinde etkili olduğu konusunda, doktorların %30.5, hemşirelerin %41.9, hastabakıcıların %50, sağlık teknisyenlerinin %45.5, tıbbi sekreterlerin %44.8 düzeyinde “katılıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Özellikle doktorlarda ve hemşirelerde, dağılımda “kararsızlar” oranının %25 üzerinde olduğu görülmektedir. Bu hali ile doktor ve hemşirelerin, hastane yönetim süreçlerinin örgüt içi iletişime katkıda bulunduğu konusuna kısmen katıldıkları, kısmen de kararsız kaldıkları anlaşılmaktadır. Ancak hastabakıcılar, sağlık teknisyenleri ve tıbbi sekreterler de bu konuda net bir şekilde “katılıyorum” ifadesinin öne çıktığı, hasta haklarına yönelik faaliyetlerin, örgüt içi iletişime katkısı olduğunu belirttikleri görülmektedir.

Anketin ikinci sorusunda, hasta hakları birim faaliyetlerinin hasta tatminine katkıda bulunup bulunmadığına yönelik ölçüm yapılmıştır. Hasta tatmini konusunda hekimlerin %40 düzeylerinde “katılıyorum” ifadesini kullandığı, hemşirelerde bu oranın %46.5, hastabakıcılar, sağlık teknisyenleri ve tıbbi sekreterlerde %50’nin üzerine çıktığı görülmektedir. İkinci soruda, hasta hakları birim faaliyetlerinin hasta tatmin düzeyini artırdığına yönelik olumlu katkılarının oldukça yüksek düzeylerde olduğu anlaşılmaktadır.

Üçüncü soruda, hasta hakları birim faaliyetlerinin çalışan tatmini üzerinde olumlu etkilerinin olup olmadığına yönelik soru söz konusudur. Burada hasta hakları birim faaliyetlerinin çalışan tatminini artırdığına yönelik katılım oranının doktorlarda düşük kaldığı, aksine katılmayanların %26.8, kararsızlarla beraber %46’ları geçtiği, hemşirelerde %24.52 (kararsızlarla birlikte %52’ye yükseldiği), hastabakıcılarda %35.7 (kararsızlarla birlikte %63), sağlık teknisyenlerinin %20.5 (kararsızlarla birlikte %47.8), tıbbi sekreterlerde katılmayanların %17.2 (kararsızlarla beraber %51.7) düzeylerinde olduğu görülmektedir. Ankete cevap verenlerin hasta hakları birim faaliyetlerinin çalışan tatminini artırdığına katılmadıkları anlaşılmaktadır.

Anketin dördüncü sorusunda, hasta hakları birim faaliyetlerinin düzeltici ve önleyici faaliyetler konusunda katkıları olup olmadığına yönelik sorudur. Burada düzeltici, önleyici faaliyetler konusuna hekimlerin %37.8, hemşirelerin %38.8, hastabakıcıların %35.7, sağlık teknisyenlerinin %38.6 ve tıbbi sekreterlerin %55.2 ile büyük ölçüde katıldıkları görülmüştür. Dolayısıyla, hasta hakları birim faaliyetlerinin hastanede düzenleyici ve önleyici faaliyetlerle hastane yönetim süreçlerini iyileştirdiği yönünde algı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Beşinci soruda, hasta hakları birim faaliyetlerinin hizmet iyileştirme faaliyetlerine katkısı olup olmadığına yönelik soru sorulmuştur. Verilen cevaplarda hizmet iyileştirme konusunda hekimlerin %39, hemşirelerin %43.4, hastabakıcıların %50, sağlık teknisyenlerinin %52,3 ve tıbbi sekreterlerin %37,9'la yüksek oranda katıldıkları yönünde bir algılarının olduğu görülmektedir. Hasta hakları birim faaliyetlerinin hizmet iyileştirme konusunda ankete verilen cevaplar doğrultusunda tüm çalışanların algı düzeylerinin olumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Anketin altıncı sorusu, hasta hakları birim faaliyetlerinin sürekli iyileştirme faaliyetlerine katkısını ölçmeye yöneliktir. Sürekli iyileştirme; doktorların %36.6, hemşirelerin %38, hastabakıcıların %64.3, sağlık teknisyenlerinin %43.2 ve tıbbi sekreterler %51,7 oranında, hasta hakları birim faaliyetlerinin sürekli iyileştirme konusunda katkısı olduğu yönündeki algı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anketin yedinci sorusunda hasta hakları birim faaliyetlerinin hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına ne gibi katkısı olduğunu ölçmeye yöneliktir. Hekimlerin %32.9, hemşirelerin %39.5, hastabakıcıların %57.1, sağlık teknisyenlerinin %38.6 ve tıbbi sekreterlerinin de %41.4 gibi yüksek oranda olumlu düşündükleri tespit edilmiştir. Hasta hakları birim faaliyetlerinin hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına katkısı olduğu yönündeki algı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sekizinci soruda hasta hakları birim faaliyetlerinin diğer paydaşlarla işbirliğinin geliştirmeye ne gibi katkıları olduğu yönündeki algı düzeylerinin ölçülmesine yöneliktir. Burada doktorların %39, hemşirelerin %34.1, hastabakıcıların %42.9, sağlık teknisyenlerinin %38.6 ve tıbbi sekreterlerin %34.5 gibi yüksek oranlarla hasta hakları birim faaliyetlerinin diğer paydaşlarla işbirliğinin geliştirilmesi konusunda olumlu yönde düşündükleri ve bu konudaki algı düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Dokuzuncu soru, hasta hakları birim faaliyetlerinin sosyal sorumlulukları yerine getirmeleri konusunda, ankete katılanların algı düzeylerini ölçmeye yöneliktir. Burada doktorların %42.7, hemşirelerin %43.4, hastabakıcıların %50, sağlık teknisyenlerinin %36.4, tıbbi sekreterlerin %55.2 gibi oldukça yüksek düzeylerde olumlu cevap verdikleri görülmektedir. Hasta hakları birim faaliyetlerinin sosyal sorumlulukları yerine getirmeye yönelik çalışmalara olumlu katkıları olduğu yönünde algı düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Anketin onuncu sorusunda, hasta hakları birim faaliyetlerinin kalite eğitimlerine ne gibi katkılarının olduğunu ve bu konuda ankete katılan çalışanların algılarının ne düzeyde olduğu ölçmeye yöneliktir. Doktorların %35.4, hemşirelerin %41.9, hastabakıcıların %42.9, sağlık teknisyenlerinin %38.6 ve tıbbi sekreterlerin %55.2 gibi yüksek düzeyde “katılıyorum” ifadesini kullandıkları ve sonuç olarak hasta hakları birim faaliyetlerinin kalite eğitimine katkısı olduğu konusunda olumlu algı düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

Cevaplar mukayese edildiğinde özellikle üçüncü sorunun farklılaştığı görülmektedir. Örgüt içi iletişim, hasta tatmini, düzeltici önleyici faaliyetler, hizmet iyileştirme, sürekli iyileştirme, hasta ihtiyaçlarının karşılanması gibi hastane yönetim süreçlerinin geliştirilmesine yönelik ankete katılanların algı düzeyleri yüksek iken, hasta hakları birim faaliyetlerinin çalışan tatminini arttırdığı yönündeki algı düzeyinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu haliyle, hasta hakları birim faaliyetlerinde sadece hasta hakları boyutuyla sınırlandırılması, hasta ve çalışan haklarının birlikte ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Hastane yönetim süreçlerinin tek boyutuyla hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalarda sadece hasta tatminine değil, aynı zamanda çalışan tatminine de yönelmesinin, bu iki unsurunda bir arada ele alınmasının hastane yönetim süreçlerinin geliştirilmesinde daha olumlu katkılar sağlayabileceği değerlendirilmektedir.

3.2 Sonuç

Sağlık hizmetlerinin insanların ırk, din, dil, cinsiyet, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal durumları gibi farklılıklar gözetilmeden, herkes tarafından erişilebilir olması esastır. Hasta haklarının korunmasına yönelik koruyucu ve geliştirici faaliyetlerin aslında bir bakıma hastane yönetim süreçlerinde iyileştirme faaliyetlerinin de beraberinde geliştirdiği düşünülmektedir. Çalışmada hasta hakları bağımsız değişken olarak ele alınarak, hasta haklarının hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Konu hakkında yapılan ampirik analiz neticesinde hasta hakları birim faaliyetleri ile hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik beklentiler arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Hastane yönetim süreçlerine yönelik yapılan incelemeler, içeriğinde hem tıp bilimi hem de hukuk, yönetim ve mühendislik bilimleri gibi farklı disiplinlerle

etkileşimi gerektiren karmaşık süreçler olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla hasta hakları birim faaliyetlerinin, hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerine katkıları incelenirken, çalışmanın öncelikle kuramsal yönde, yönetim, tıp bilimleri ve diğer bilimler bağlamında interdisipliner çözümlemeler gerektirdiği görülmüştür. Hastane yönetim süreçlerinin, hastane yönetim fonksiyonları bakımından ilişkisi incelendiğinde ise aralarında kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür. Her ne kadar işletme yönetimindeki yönetici ile sağlık yöneticisi arasında, egemen düşünce, sorumluluk, güç odağı, odak noktası gibi perspektifler bakımından belirli farklılıklar olsa da aslında sağlık yöneticisinin faaliyetlerinde, yönetim süreçlerinin ve yönetim fonksiyonlarının açıklayıcı nitelikte olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmanın konusunu oluşturan üniversite eğitim ve araştırma hastaneleri, hastane sınıflandırmaları bakımından eğitim hastaneleri niteliğinde olduğu aynı zamanda çok farklı uzmanlık dalları ile farklı dallardan uzman hekimlerin sağlık hizmeti sunması bakımından genel hastane tanımına girdiği, ayrıca tedavi hizmetleri bağlamında akut bakım ve kronik bakım hizmetleri sunan büyük çaplı hastaneler statüsünde olduğu görülmektedir. Yakın dönemde sağlık yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi faaliyetlerinin daha çok sağlık hizmetlerine yönelik kalite ve akreditasyon çabaları içerisinde açıklanmaya çalışıldığı bilinmektedir. Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaların öncelikle genel işletmecilik kavramları çerçevesinde ISO 9001 serisi kalite yönetim sistemi modeli üzerinden değerlendirmelerde bulunulduğu, zamanla hastane yönetim süreçlerine özgü akreditasyon ve kalite standartlarının geliştirilerek günümüzde yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik daha kapsamlı ölçütlerin geliştirildiği anlaşılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetimi konusunda yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi bağlamında bilhassa 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kalite akreditasyon çalışmaları çerçevesinde kapsamlı bir şekilde geliştirildiği anlaşılmaktadır. Hasta haklarının tarihsel-mekânsal gelişimi incelendiğinde; bu alandaki çalışmaların öncelikle ABD ve Avrupa’da gelişen ulusal ve uluslararası düzenlemeler kapsamında geliştiği, uluslararası düzeyde ise Lizbon Bildirgesi, Roma Bildirgesi çerçevesinde geliştirildiği, Türkiye’de ise bu konudaki çalışmaların 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği ile uygulamaya konulduğu görülmektedir.

İşletme yönetiminde hastane yönetim süreçleri karlılık, verimlilik ve müşteri çerçevesinde ele alınmaktadır. Oysa kamu yönetiminde bu kavramlar yanında, hasta ilişkileri, etkililik, kamu yararı gibi kavramlar öne çıkmaktadır. Hasta hakları birim faaliyetlerinde hastalar müşteri şeklinde tanımlanarak, müşterilerin beklentileri bağlamında hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi konularında değerlendirmelere tabi tutulduğu anlaşılmaktadır. Hastaların müşteri olarak konumlandırma konusunda olumlu görüşler kadar karşı görüşlerde mevcuttur. Ancak günümüzde hastaların hastane yönetiminden beklentilerini karşılama bağlamında müşteri gözüyle beklentilerini sergiledikleri göz önünde bulundurulursa burada müşteri tatminini belirleyen asıl faktörün hastaların beklentileri ve algılamaları olduğu düşünülebilir.

Çalışmada eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan çeşitli eğitim düzeyindeki çalışanların hasta haklarına ilişkin tutumlarını değerlendirerek çalışanların hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik düzeylerini incelemektir. Çalışma, hasta hakları birim uygulamalarının belirlenen ölçütler üzerinden açıklaması, anket yöntemi ile toplanan verilerin incelenerek değerlendirilmesi bakımından ayırt edici olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın kapsamı eğitim ve araştırma hastaneleri ile sınırlandırılmıştır. Eğitim ve araştırma hastaneleri pratikte hastaların sağlık sorunlarının çözümüne yönelik nihai basamak niteliğinde olup, bu aşamada akademik boyutta anabilim dalı, bilim dalı ve yan dal uzmanlık alanları ile birlikte çok geniş bir alanda sağlık sorunlarına çözüm geliştirilmesine katkıda bulunan birimler niteliğindedir. Sıralı sevk zinciri sistemi içerisinde, birinci ve ikinci basamak sağlık teşekküllerinden sevk edilen hastaların, tanı, teşhis ve tedavileri konusunda ulaşılan en üst birim niteliğinde olan eğitim ve araştırma hastaneleri, hasta hakları konusunda sayısız talep ve şikâyetlere maruz kaldığından hasta hakları bağlamındaki çalışmalar bakımından önemli veri kaynağı olduğu düşünülmektedir.

Ancak eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan anketin neticesinde tüm bu kuvvetli ilişkilere rağmen hasta hakları birimi uygulamalarının iyileştirme çabalarına yönelik yansımalarının yeterince geliştirilemediği, bu durumda hasta hakları faaliyetleri konusunda farkındalığın tam manası ile yerleşmemiş olması, öneminin ve işleminin yeterince kavranmaması ve uygulamaların yeni doğmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Çalışma Türkiye’de eğitim ve araştırma

hastanelerinde hasta hakları birim faaliyetlerinin yönetim süreçlerini iyileştirmesi üzerindeki katkılarını açıklaması bakımından farklılaştığı tespit edilmiştir.

Çalışma sonucunda hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik etkileri konusunda çalışanların yüksek bir algı seviyesine sahip oldukları görülse de, önceki çalışmalarda tespit edilen bulgularla uyumlu olarak hasta hakları konusunda kurumsal anlamda standart ve nitelikli bir eğitim olmadığından veya düzenlenen eğitim faaliyetlerinin yetersiz olmasından dolayı söz konusu hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi üzerindeki etkisi konusunda halen sınırlı bir etki olduğu tespit edilmiştir.

3.3 Öneriler

Hasta hakları birim faaliyetlerinin, hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik, sağlık çalışanlarının demografik değişkenlerine bakıldığında, eğitim düzeyi, yaş, meslek, iş tecrübesi, medeni hal gibi değişkenlerin algılarda farklılık yaratmadığı anlaşılmıştır. Bu sonuçlardan hareketle, söz konusu algı düzeyleri dikkate alınarak, hasta hakları birim faaliyetlerine daha da odaklanılması, bu faaliyetlerin göz ardı edilmemesi, üst yönetim kademelerince tüm hasta beklentilerine yönelik yapılan iyileştirilmelerin paylaşılması gerekmektedir.

Hasta hakları faaliyetleri ile ilgili olarak, kongre, çalıştay, konferans, eğitim seminerleriyle bu birimlerde yaşananların örnek olay analizleri şeklinde paylaşarak kurumsallaştırılmadığıdır.

Çalışan ve hasta hakları birbirinden ayırt edilmesi gereken kavramlardır. Sağlık alanında faaliyet gösteren, meslek yüksekokullarından, tıp fakültelerine kadar her kademede hasta ve çalışan haklarının birlikte ele alınarak, okulların eğitim-öğretim müfredatlarına dâhil edilmelidir. Bundan sonraki aşamada her seviyedeki sağlık çalışanına hasta ve çalışan hakkının önemi aşılmalıdır.

Sağlık sisteminde hasta memnuniyetini belirleyen en önemli unsurlarından sağlık çalışanlarının kendileri memnun olmadığı sürece, hastayı memnun etmeleri mümkün değildir. Hasta hakları birimi faaliyetleri, hasta haklarını tam olarak uygulanabilir hale getirdiğinde, hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik önerileri idareye ileterek düzeltici ve önleyici faaliyetlerin oluşmasına katkı sağlayacağı gibi mesleki tatmini de artıracaktır. Bu durumun gerçekleşebilmesi için

sağlık çalışanlarının görüş ve önerilerinin hastane idaresine ulaşması kolaylaştırılmalı ve birlikte hareket etmeleri sağlanmalıdır.

Çalışmamızda sonuç olarak ortaya çıkan, sağlık çalışanların hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerini iyileştirilmesine katkı sağladığı yönündeki algısı hasta tatminini de olumlu yönde etkileyecektir. Böylelikle; hastaların ve hasta yakınlarının istek ve beklentilerinin karşılanmasına yönelik kaliteli hizmet verilmesi yönünde motivasyon sağlayacaktır.

Hasta hakları kurullarında yetkili sendika temsilcisinin ve hasta haklarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarından bir görevlinin yer alması ve bu paydaşlarla işbirliği yapılması hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi aşamasında önemli faktörlerden biri de sağlık hizmetleri kalitesidir. Sağlık hizmetlerinde hasta bakım kalitesini tedavide kullanılan aletler ve ekipmanlar kadar hastanenin her alanında görev alan personel de belirlemektedir. Hasta haklarının tam uygulanabilir olması için sağlık eğitimindeki yetersizlikler ve düzensizlikler, personel yetersizliği, fiziki şartların olumsuzluğu, mevzuattaki eksiklikler giderilmeli, buna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Bu gibi eksikliklerin giderilmesi hastane yönetim süreçlerini de olumlu yönde etkileyecektir.

Çocuklar, engelli vatandaşlar, 65 yaş üstü hastalar, gaziler ve diğer yüksek riskli hasta gruptaki vatandaşların muayene ve tedavi aşamasında hasta haklarını kullanmaları konusunda yardımcı olunması amacıyla özel birimler oluşturulmalı ve bu birimlerde eğitimli personel görevlendirilmelidir. Hastane idaresinin de bu birimdeki hasta ve çalışan memnuniyetini değerlendirmesi ve hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik ne gibi katkılar sağladığını değerlendirmesi gerekmektedir.

Hastane idaresi tarafından, dışarıdan hizmet alımı ile çalıştırılan taşeron firma personelinin de hasta hakları ve uygulamaları konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Hizmet Kalite Standartlarında da belirtildiği üzere hastaların beklenti ve önerileri de dikkate alınarak değerlendirilmeli ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akalın, H.E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?. *Ankem Dergisi*, 18 (Ek 2), 12-13.
- Akat, İ., Budak, G., ve Budak, G., (2002). *İşletme Yönetimi, Genişletilmiş* (4. Baskı). İzmir: Barış Yayınları
- Akdağ, R. (2010). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu* (Eylül). Ankara.
- Aktaş, M. (2002). Hastanelerde Çatışma ve Çatışma Yöntemi (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Akyurt, N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma (Yayınlanmış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.
- Alpar, R. (2012). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik, Güvenilirlik* (2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık/İstatistik-Araştırma Dizisi.
- Aras, A.A. (2005). *Sürdürülebilir Süreç Yönetimi*. İstanbul: Kalder Yayınları.
- Arıkan, R. (2007). *Araştırma Teknikleri ve Rapor Hazırlama* (6). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi Cilt 2, Sayı 6*, 55-71.
- Aydemir, İ. (2010). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Aydemir, İ., ve Özhan, A. (2011). "Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi" *Toplum ve Sosyal Hizmet Cilt 22, Sayı 1,1*.
- Aydın, B., (2007). Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon. 5. *Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya: 4-8 Nisan*.
- Baybek, H., Kıvrak, A. (2004). Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s:72*. Edirne.
- Berkman, Ü. (2001). *İş Ahlakı ve işletmelerin Toplumsal Sorumluluğu, Gelişimi ve Yakın Geleceği. Yönetim ve Organizasyon (Edit. Salih Güney)*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Berman, P., M. Tatar (2004). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999 - 2000, Cilt 1, T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Bostan, S. (2005). Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri. *İbni Sina Tıp Dergisi, 10 (2-3): 65-72*.
- Bostan, S. (2007). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1 (10)*.
- Bozkuş, A. (1997). Türkiye'de ve Dünyada Hasta Hakları (Yüksek Lisans Tezi). Osman Gazi Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Deontoloji Anabilim Dalı, Tokat.
- Çoruh, M. (1997). Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır?. *Modern Hastane Yönetimi, Sayı 1, 3-5*.
- Danış, B. (2008). Üniversite Hastanesinde Yönetici Olmak. VI. *Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 1-4 Mayıs 2008, Bodrum*.
- Derin, N., Demirel, E.T. (2012). Hasta Hakları Birimi Faaliyetlerinin Sağlıkta Kalite Çalışmalarına Katkısı. *III. Uluslararası Sağlıkta performans ve Kalite Kongresi. Poster ve Bildiriler Kitabı/Ankara*.
- Dinçer, Ö., Fidan, Y. (1999). *İşletme Yönetimine Giriş (5.Baskı)*. İstanbul: Beta Yayınları.

- Dorsey, M.D., Ostenberg, P.V. (2004). Accreditation Standarts for Hospitals Accreditation in Health Care Joint Commission İnternational – Accreditation. 23 September 2004, İstanbul p.9.
- Dünya Tabipler Birliği. (1995). Bali Bildirgesi-1995. Erişim Tarihi: 14 Aralık 2014, <http://www.haksay.org/index.php?q=node/23>.
- Ehlen, K. J., Sprenger, G. (1998). Ethics and Decision Making in Healthcare. *Journal of Health Care Management*, Vol.43, No.3, p. 219-221
- Elbek, O., Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 33-43.
- Er, Ü. (2008). *Sağlık Hukuku*. Savaş Yayınevi
- Eren, E. (2001). *Yönetim ve Organizasyon* (5. Baskı). İstanbul: Beta Basım Dağıtım.
- Ergun, T., Polatoğlu, A. (1992). *Kamu Yönetimine Giriş*. Ankara: İlksan Matbaacılık.
- Eyüboğlu, F. (2012). *Süreç Yönetimi ve Süreç İyileştirme* (2.Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Gökburun, İ. (2007). Türkiye’de İnsan Hakları Düşüncesinin Tarihsel Gelişimi Ve İlköğretim Ders Kitaplarına Yansıması (Yüksek Lisans Tezi). Kocatepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Hancı, H. (2005). *Malpraktis; Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu* (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Resmi Gazete, 01.08.1998, Sayı: 23420.
- Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, (2005). Resmi Gazete, 26.04.2005, Sayı: 3077.
- Hastane Hizmet Kalite Standartları (2011). Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, ss.3-4.
- Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları: Temel Belgeler, Türk Tabipleri Birliği*. İstanbul: İletişim Yayınları.

İlmoğlu, K. (2006). Avrupa Birliği'nde İnsan Hakları ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Karşısında Konumu (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara: 4.

Jcaho (Joint Commission Accreditation On Health Organizations), (2009). Erişim Tarihi: 03 Nisan 2015, www.jcaho.org.

Jc1 (Joint Commission International) (2015). Accreditation Standarts For Hospitals,

Jc1 (Joint Commission International) (2008). Accreditation Standards for Hospitals. 3rd Edition.

Jc1 (Joint Commission International) (2009). www.jointcommissioninternational.org/standarts.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2013). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Kazancıgil, R. (1997). *Edirne Sultan II Bayezid Külliyesi*. Trakya: Trakya Üniversitesi Yayınları.

Kaztfey, R.P. (2004). JCAHO's Shared Visions - New Pathways: The New Hospital Survey and Accreditation Process for 2004 From. *American Journal of Health-System Pharmacy* 61 (13),pp. 1359-1364.

Kıdak, L. B., Keskinoglu, P. (2008). İzmir İlindeki Devlet Hastanelerine Hasta Hakları Başvurularının Değerlendirilmesi. *Tepecik Egit Hast Derg* 2008: 18 (3): 140, 146.

Kılıç, M. (1998). Profesyonellerin Yönetiminde Örgüt Çalışan İlişkilerinin düzenlenmesinde Mesleki Özerklik Sorunu: Hastane- Hekim İlişkileri. Hacettepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kurutkan, M. N. (2009). *Hasta Güvenliği Çözümleri*. Ankara: Sage Yayınevi.

- Lyons, A. S., Petrucelli, R. J. (1987). *Çağlar Boyu Tıp*. (Çev. N. Güdücü). İstanbul: Omaş-RocheYayını. (Özgün Adı: Medicine: An Illustrated History, Harry N., Abrams Inc. N.Y.).
- Oğuz, N.Y. (1997). Hasta Hakları. Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics- Law and History* 5(2): 50-55.
- Onaran, B. (2004). Hasta Hakları. *Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 1(2): 273-323.
- Ostemberg, P.V. (2005). Dış Kalite Değerlendirme Sistemi Olarak Akreditasyon. *Akreditasyon Aracılığıyla Mükemmellik (Akreditasyonla Mükemmellik) Eğitim Semineri, Antalya 17 Kasım 2005*. 13-14.
- Önal, G., Civaner, M. (2005). Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiyede Hasta Haklarının Yaşama Çevrilmesi İçin Bir Adım. *Türkiye Klinikleri J. Med. Ethics*. 13: 203-208.
- Öncel, Ö., Aksoy, Ş. (2003). *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Özcan C. (2010). Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Öztürkler, C.0 (2006). *Hukuk Uygulamasında Tıbbi Uygulama, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları (2. Baskı)*. Ankara.
- Öztürk, H., Yılmaz, F., Hindistan, S., Çilingir, D., Yeşilçiçek, K. (2007). Hekim, Hemşire ve Hastaların Hastanede Uygulanan Hasta Haklarını Değerlendirmeleri. *Türkiye Klinikleri, Journal of Medical Ethics, 2007, Sayı 15*, 145-152.
- Pieper, A. (1999). *Etiğe Giriş* (V.Atayman, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.
- Purvis, G. (2004). What is the Nature of Hospitals Accreditation in Europe 2007 World Health Organization. Erişim Tarihi 2.4.2014, http://www.euro.who.int/HEN/11syntheses/11short/20030815_3?PrinterFriendly=1
- Rakich, J S., Longest, B. and Darr, C. (1996). *Managing Health Services Organizations* (3. Baskı). USA: Hep Profession Pres Inc.

Roa, D.V., Rooney, A.(1999). *Improving Health Services Delivery with Accreditation, Licensure, and Certification*. QA Brief 8(2): pp.4-11

Sağlık Bakanlığı (1983). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13.1.1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete, Yapılan Değişiklikler için 05/05/2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete, Ankara

Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı:23420).

Sağlık Bakanlığı (2003). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011). Yayın Nu:453, Ankara. Erişim Tarihi: 16 Mart 2015, <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/> Yayın:453.

Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005). Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2015, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=119:hasta-haklari-uygulama-yerges&Itemid=34

Sağlık Bakanlığı (2010). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Hizmetler Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi: 5 Mart 2015, <http://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari/belge/1-39067/hasta-haklari-yonetmeliği.html>.

Sağlık Bakanlığı (2011). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 832, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2012). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011),Yayın Nu:453, Ankara. Erişim Tarihi: 19 Mart 2015, <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/> Yayın:453.

Sağlık Bakanlığı (2013). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (2014). "Hasta Hakları Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014)." Erişim tarihi: 12 Ağustos 2014, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.html>.

Sağlık Bakanlığı (2015). Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2015, <http://www.hasta.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/hasta-haklari-mevzuatı>.

- Sağlık Bakanlığı (2014). Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları İstatistikleri. Erişim tarihi: 17 Şubat 2015, [http://saglik.gov.tr/hastahaklari/belge/1 - 29814/istatistik.html](http://saglik.gov.tr/hastahaklari/belge/1-29814/istatistik.html).
- Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Hizmetler Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi: 15 Mart 2015, [http://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari/belge/1-39067/hasta-haklari-
yonetmeligi.html](http://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari/belge/1-39067/hasta-haklari-yonetmeligi.html)
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2015). Erişim Tarihi: 3 Ocak 2015, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1177>.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2015). Erişim Tarihi:16 Temmuz 2015, [http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/resmi_
yazi01072015.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/resmi_yazi01072015.pdf)
- Saraçoğlu, G. V. (2007). Aile Hekimliği Sağlıklı Olma Hakkı ve Hasta Hakları Anlayışına Ne Denli Hürmetkar?, *Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 133.
- Sarp, N. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Erişim Tarihi: 25 Haziran 2015, [http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-
yonetimi/](http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi/).
- Sert, G. (2004). *Hasta Hakları, Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*. İstanbul: Babil Yayınları.
- Seward, P.J. (1997). Restoring the Ethical Balance in Health Care. *Health Affairs*, vol:16, No:3: 183-194.
- Shaw, W. H. (1991). *Business Ethic Today*, California: Wadsworth Publishing C. New York.
- Shaw, C.D. (2004). Developing the Accreditation System, Developing Hospital Accreditation in europe. Division of Country Support WHO Regional Office for europe December 2004, world Health Organization 2006, 32-42
- Shortell, S., Kaluzny, A. (1983). *Health Care Management: A Text on Organization Theory and Behavior*, New York: Wiley.
- Sivaram, N.M., Devadasan, S.R., Muruges, R. (2013). Muruges, R.South African Journal of Industrial Engineering. Aug.2013, Vol.24 Issue 2, p33-46.14p.

- Sur, H., Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Çivi Yazıları/İnsan Hakları Dizisi.
- Şahin, Ü. (2005). *Hastane İşletmeciliği Yönetimi*, S.4-6. Erişim Tarihi 21 Haziran 2015: (<http://www.ohsad.org/forum/default.aspx?g=posts&t=932>)
- Şahin, Ü. (2008). Ülkemizde Kalite Serüvenine Sağlık Sektörü Bağlamında Bir Bakış, Poster Bildiri, IV. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetim Kongresi, 01-04-Mayıs.
- Şahin, B. (2010). *Hastane Yönetim Süreçleri ve Sağlık Yönetim Bilgi Sistemleri (Yüksek Lisans Tezi)*. Kadir Has Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/İstanbul.
- Şencan, H. (2005). *Güvenilirlik ve Geçerlilik* (1.Baskı/867 Syf.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Teke, A., Uçar, M., Demir, C., Çelen, Ö., Karaalp, T. (2007). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(4): 259-266.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi.Geliştirilmiş* (6. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Terzioğlu, A. (1992). TDV İslam Ansiklopedisi, Bimaristan Maddesi, TDV Yayınları, Cilt 6.
- Tokaç, M. (2002). *İslam Tıbbi II, Selçuklu ve Osmanlı Dönemi*. Server Bülteni, 2.
- Uygur, A., Göral. R. (2005). *Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Uz, H. (1995). Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi için Gereken Önkoşullar ve Bu Konuda Danimarka Tecrübeleri. *I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY Sempozyumu*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.
- Uzel, İ. (1991). *Osman Şevki Uludağ, Beş buçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi*. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları.

- Von Bertalanffy, L. (1973). The meaning of general system theory. General system theory: Foundations, development, applications, 30-53.
- Vural, G. (1993). Hasta Hakları (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Programı/ Ankara.
- Yaman, E. (2009). *Yönetim Psikolojisi Açısından İşyerinde Psikoşiddet Mobbing*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Yazıcıoğlu, A. (2011). Hasta Hakları Uygulamaları, Erişim Tarihi: 07/05/2015, http://www.mersinsaglik.gov.tr/HaberDownload%5C249_14_HASTA%20HAKLARI%20UYGULAMALARI.ppt.
- Yenice, S. (2006). Acil Servis Hastalarının Laboratuvarında Testlerinin Raporlama Sürelerinin Değerlendirilmesi. II. Kalite ve Akreditasyon Sempozyumu (Ulusal Standartların Hazırlanması) Bildiri Özet Kitabı, 1-4 Kasım 2006, Girne, KKTC: 106.
- Yıldırım, N. (2010). *İstanbul'un Sağlık Tarihi*. İstanbul: Düzey Matbaacılık.
- Yıldızcan, G. (2005). Hastaneler Ulusal Akreditasyona Hazırlanıyor. *Hastane Dergisi, Eylül-Ekim, Sayı:36*, ss.28-33
- Wolper, F.L., Pena, J.P. (1995). "History of Hospitals" İçinde Wolper, F.L (Ed.) Health Care Administration: Principles, Practices, Structures and Delivery, Aspen Publication, Maryland. pp.3-14 ve Pena.
- <http://www.qualitymag.com/articles/91250-charting-the-process-with-the-help-of-a-turtle>. Erişim Tarihi: 01.08.2015.

EKLER

1. Ek-A: Veri Toplama Formu	105
2. Ek-B: Etik Kurul İzni	107
3. Ek-C: Dekanlık ve Hastane Baştabipliği İzni	109

Ek-A: Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

A) DEMOGRAFİK BİLGİLER

1- Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

2- Yaşınız:

Yaşınız.....

3- Medeni Durumunuz:

☐ Bekar ☐ Evli

4- Öğrenim Durumunuz:

☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

5- İş Tecrübeniz:

.....yıl

6- Mesleğiniz:

☐ Doktor ☐ Hastabakıcı ☐ Hemşire ☐ Sağlık Teknisyeni
☐ Tıbbi Sekreter ☐ Diğer Sağlık Personeli

“SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİ ÖLÇEĞİ”

Değerli Çalışma Arkadaşlarım,

Bu ölçek Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Sağlık Kurumlarındaki Kalite Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısını ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek sonuçları bu konudaki tutumları belirlemek amacı ile kullanılacaktır. Bu ölçekte 10 adet ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o görüşe ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Tablo A.1: Sağlık hizmetleri kalitesinde hasta hakları birimi ölçeği.

S. N	İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, iç iletişimi güçlendirmektedir.					
2.	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hasta tatminini artırmaktadır.					
3.	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, çalışan tatminini artırmaktadır.					
4.	Hasta Hakları Birimi, bir takım düzeltici ve önleyici faaliyetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır.					
5.	Hasta Hakları Birimi, hizmetin iyileştirilmesine yönelik öneriler geliştirmektedir					
6.	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hastane genelinde sürekli iyileştirmelerin yapılmasına katkı sağlamaktadır.					
7.	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hasta ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde karşılanmasına katkı sağlamaktadır.					
8.	Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hastanenin, hastalar ve yakınları dışındaki paydaşlarla (Sağlık Bakanlığı, sendikalar, meslek kuruluşları vb.) işbirliğini geliştirmesine katkıda bulunmaktadır.					
9.	Hasta Hakları Birimi, hastanenin sosyal sorumluluklarını yerine getirmesine katkı sağlamaktadır.					
10.	Hasta Hakları Birimi kalite eğitimlerine katkı sağlamaktadır					

Ek-B: Etik Kurul İzin Belgesi

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -2727- 13/1648.4-2888

25 Aralık 2013

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Svl. Me. VHKİ Sevilay TANKOÇ'a

GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'uncu oturumunda, GATA Askeri Tıp Fakültesi Dekanlığı'nda görevli Svl. Me. VHKİ Sevilay TANKOÇ'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Sağlık Kurumlarındaki Kalite Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısı" başlıklı tek merkezli, anket çalışması olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.



Mustafa BAŞBOZKURT
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

Eki _____ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 29
OTURUM TARİHİ : 16 Aralık 2013
OTURUM BAŞKANI : Prof.Diş Tbp.Alb.Yaşar Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

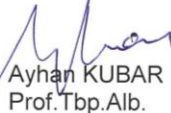
GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'ncı oturumunda, GATA Askeri Tıp Fakültesi Dekanlığı'nda görevli Svl. Me. VHKİ Sevilay TANKOÇ'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Sağlık Kurumlarındaki Kalite Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısı" başlıklı tek merkezli, anket çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN


Y. Meriç TUNCA
Prof. Diş Tbp. Alb.

ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof. Tbp. Alb.

ÜYE


Mahir GÜLEC
Prof. Tbp. Alb.

ÜYE


Cengiz BAŞOĞLU
Prof. Tbp. Alb.

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI

Cemil YILDIZ
Prof. Tbp. Alb.

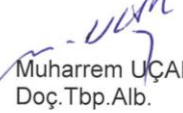
ÜYE


Semih GÖRGÜLÜ
Prof. Tbp. Alb.

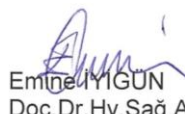
ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Prof. Tbp. Alb.

ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç. Tbp. Alb.

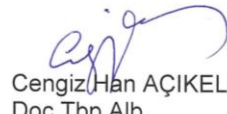
ÜYE


Emine YIGÜN
Doç. Dr. Hv. Sağ. Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç. Tbp. Alb.

ÜYE

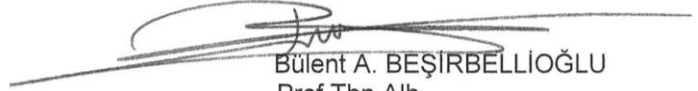

Cengiz Han AÇIKEL
Doç. Tbp. Alb.

Ek-C: Hastane Dekanlığı ve Baştabiplik İzin Belgesi

26.11.2013

GATA ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacılığını Sevilay TANKOÇ'un yürütmekte olduğu "Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Sağlık Kurumlarındaki Kalite Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısı" başlıklı çalışma hakkında bilgim vardır. Çalışmanın yürütülmesinde sakınca yoktur.



Bülent A. BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Alb.
GATF Dek.Bştbp.Yrdc.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Sevilay TANKOÇ
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Ardahan, 01.04.1975
Medeni Hali : Bekar
E-Posta Adresi : sevilaytankoc@yahoo.com
İletişim (Telefon) : 0533 608 82 51

EĞİTİM

Lise : Ankara Gazi Lisesi (1992)
Lisans : Anadolu Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü (2002)
Önlisans : Gazi Üniversitesi, Atatürk Meslek Yüksekokulu, Kimya Teknolojisi (2012)
Yüksek Lisans : Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Bölümü (2015)

MESLEKİ DENEYİM

GATA K.lığında 1994’de VHKİ olarak görev yapmaya başlamıştır ve halen görevine devam etmektedir.

YABANCI DİL

İngilizce