

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

**BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUM
KALİTESİNE ETKİSİ (SAKARYA İLİ'NDE BİR İNCELEME)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül İNAL TABANLI

Enstitü Anabilim Dalı : Yönetim Bilişim Sistemleri

Enstitü Bilim Dalı : Yönetim Bilişim Sistemleri

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aykut Hamit TURAN

HAZİRAN – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUM
KALİTESİNE ETKİSİ (SAKARYA İLİ'NDE BİR İNCELEME)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül İNAL TABANLI

Enstitü Anabilim Dalı : Yönetim Bilişim Sistemleri

Enstitü Bilim Dalı : Yönetim Bilişim Sistemleri

“Bu tez ~~10.06~~2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / ~~Oyçokluğu~~ ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof.Dr. Aykut Hamit TURAN	Başarılı	Aytut
Dr.öğr. Üyesi Çağla EDİZ	Başarılı	Çağla
Dr.öğr. Üyesi Tarık SEMİZ	Başarılı	Tarık



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Betül İnal Tabanlı
Öğrenci Numarası	:	Y136054008
Enstitü Anabilim Dalı	:	Yönetim Bilişim Sistemleri
Enstitü Bilim Dalı	:	Yönetim Bilişim Sistemleri
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNE ETKİSİ: SAKARYA İLİNDE BİR İNCELEME
Benzerlik Oranı	:	%7

ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

06/05/2019

İmza
Betül İnal

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsb@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....

İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Aykut Hamit TURAN

Tarih: 06/05/2019

İmza: *Aykut*

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Eğitim hayatım boyunca elimden tutup beni bugünlere getirmiş tüm öğretmenlerime; başta Kıymetli İlkokul Öğretmenim, Tarık Saymaz'a, sonrasında Değerli Öğretmenlerim, Sevgili Ahu Gönül Eröz ve Aysun Çalık'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Üniversite hayatımda, kendisinden eğitim alma şansına sahip olduğum, yolumuza ışık tutan Prof.Dr. Erman Coşkun'a, Yüksek Lisans eğitimim boyunca her daim desteğini ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sevgili Prof.Dr. Aykut Hamit Turan'a, zor zamanlarımda elimden tutan, inandığımda başarının geleceğini söyleyerek beni motive eden çok değerli, güzel kalpli, melek arkadaşım, Arş.Gör. Tuğba Koç'a çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde üstümde emeği olan aileme, Değerli Eşim, Eyüp Can Tabanlı'ya hayatımdaki varlığı ve desteği için çok teşekkür ederim. Sevgili Dedeciğim Ahmet Bedri Yazıcıoğlu ve Canım Anneannem Sacide Gedik Yazıcıoğlu'na üzerimdeki emekleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Betül İNAL TABANLI

10.06.2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL YAPISI	7
1.1.Sağlık Tanımı	7
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	7
1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yapılanması.....	11
BÖLÜM 2: SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ	17
2.1. Sağlık Bilgi Sistemindeki Temel Kavramlar.....	17
2.2. Sağlık Bilgi Sistemleri Yapısı	19
2.2.1. Merkezi Hastane Randevu Sistemi	21
2.2.2. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi	21
2.2.3.Sağlık-NET Bilişim Sistemi	22
2.2.4. Mobil Sağlık	24
2.2.5. İlaç Takip Sistemleri.....	25
BÖLÜM 3 : SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİ	29
3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kalite Yapılanması.....	31
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti	35
3.2.1. Hasta Memnuniyetinde Hastaya İlişkin Faktörler	38
3.2.2. Hasta Memnuniyetinde Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler.....	39
3.2.3. Hasta Memnuniyetinde Çevresel ya da Kurumsal Faktörler	41
BÖLÜM 4: BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNE ETKİSİ: SAKARYA İLİNDE BİR İNCELEME	44
4.1. Materyal ve Metod	44
4.2.Verilerin Analizleri, Bulgular.....	46
4.2.1. Hastaların Hastaneyi Tercih Etme Sebepleri	48
4.2.2. Hastanedeki Sağlık Hizmetlerinin Kalitesine Etki Eden Faktörler	52

4.2.3. Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu ve Olumsuz Etkilerin Değerlendirilmesi.....	58
4.2.4. Açık Uçlu Sorular	64
SONUÇ.....	68
KAYNAKÇA.....	73
EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	85

KISALTMALAR

SEAH	:Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
TSE (TS-ISO 9005)	:Türk Standartları Enstitüsü
ISO	:Uluslararası Standartlar Örgütü
TBMM	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.	:Türkiye Cumhuriyeti
SES	:Sağlık Enformasyon Sistemi
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
OECD	:Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
HIMMS	:Sağlık Bilgileri ve Yönetimi Sistemleri Derneği
EMRAM	:Elektronik Medikal Sağlık Kaydı Adaptasyon Modeli
USS	:Ulusal Sağlık Sistemi
EBYS	:Elektronik Belge Yönetim Sistemi
SBA	:Sağlık Bilişim Ağı
MHRS	:Merkezi Hastane Randevu Sistemi
ÇKYS	:Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
MSVS	:Minimum Sağlık Veri Setleri
USVS	:Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü
SKRS	:Sağlık Kodlama Referans Sunucusu
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu

HBYS	:Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
HBS	:Hastane Bilgi Sistemi
HL7	:Sağlık Mesajlaşma İletişim Standardı
M.Ö.	:Milattan Önce
M.S.	:Milattan Sonra
TÜİK:	:Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Örnekleme İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	47
Tablo 2: Hastaneyi Tercih Etmenizin Nedenlerini Önem Derecelerine Göre Değerlendirilmesindeki LikertlerinTanımlayıcı istatistikleri.....	49
Tablo 3: Cinsiyete Göre “Doktorun Çalıştığı Hastanenin Tercih Edilmesi” Faktörünün Ortalamaları ve t-Testi Sonucu	50
Tablo 4: Gelir Düzeyine Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait ANOVA Testi Sonuçları	50
Tablo 5: Gelir Düzeyine Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait Tukey Testi Sonuçları	51
Tablo 6: Katılımcı Gruplarına Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait ANOVA Testi Sonuçları	51
Tablo 7: Katılımcı Gruplarına Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait Tukey Testi Sonuçları	52
Tablo 8: Hastanelerdeki Hizmet Kalitesine Etki Eden Faktörler	52
Tablo 9: Hastanedeki Muayene Öncesi ve Sonrası Bilgilendirme Önemine Ait Tek örneklem istatistikleri.....	53
Tablo 10: Hastanedeki Muayene Öncesi ve Sonrası Bilgilendirme Önemine Ait Tek örneklem T Testi	54
Tablo 11: Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi Önemine Ait Tek örneklem istatistikleri.....	54
Tablo 12: Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi Önemine Ait Tek örneklem T Testi	55
Tablo 13: Güvenilirlik İstatistikleri	56
Tablo 14: Likert İstatistikleri.....	56
Tablo 15: Likert-Toplam İstatistikleri.....	57
Tablo 16: Ölçek İstatistikleri.....	58
Tablo 17: Bilgi Teknolojilerinin Hastane Hizmet Kalitesine Etkileri.....	58
Tablo 18: Katılımcı gruplarına ait müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak boyutuna ilişkin yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçları	59

Tablo 19: Katılımcı gruplarına ait müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak boyutuna ilişkin yapılan Tukey testi sonuçları	59
Tablo 20: Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkilerin Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 21: Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkilerin Değerlendirilmesindeki Likertlerin Eğitim Durumu Homojenliği Testi	61
Tablo 22: Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkilerin Değerlendirilmesindeki Likertlerin Eğitim Durumu Anova Testi	61
Tablo 23: Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkiler- Birden Çok Karşılaştırma	62
Tablo 24: Açık Uçlu Sorunun Cevapları.....	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları	14
Şekil 2: Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki sağlık harcamaları payı	16
Şekil 3: Bilgi Sisteminin Unsurları.....	17
Şekil 4: Sağlık-NET 2 Bilişim Sistemi Genel Yapısı	23
Şekil 5: E-nabız; Kişisel sağlık sistemi örneği	25
Şekil 6: OECD Kişi Başı İlaç Harcamaları (2012).....	27
Şekil 7: Uluslararası İlaç Takip Sistemi'nde Türkiye.....	28
Şekil 8: Sağlıkta Ulusal Kalite Yapısı	32
Şekil 9: Yıllara göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (%).....	38

Tezin Başlığı: Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Hizmetleri Kalitesi'ne Etkisi Sakarya İli'nde Bir İnceleme	
Tezin Yazarı: Betül İnal Tabanlı	Danışman: Prof. Dr. Aykut Hamit TURAN
Kabul Tarihi: 10 Haziran 2019	Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) + 79 (tez) + 6(ek)
Anabilim Dalı: Yönetim Bilişim Sistemleri	Bilim Dalı: Yönetim Bilişim Sistemleri
<p>Sağlık hizmetleri; geçmişten bugüne ve özellikle son yıllarda teknolojinin hızla ilerlemesiyle büyük aşamalar kaydetmiştir. Bununla beraber hastanelerin kalbi adeta bilgi sistemleri olmuştur. Çünkü hastaların tüm kişisel bilgileri ve sağlık verileri bu sistemlere yüklenip entegre bir şekilde istenilen anda bilgiye ulaşmayı mümkün kılmıştır. Bu sayede hastaya doğru ve hızlı tanı koyulabilmektedir.</p> <p>Bu çalışmada; Sakarya İli'ni örnek alınarak Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Hizmetleri Kalitesi'ne etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın amacı; Sakarya İli'nde tedavi hizmeti gören hastaların aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik, kalite algılarının ve tatmin düzeylerinin saptanmasıdır. Bu amaca ulaşabilmek için, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ve Sakarya Doğumevi Hastanesi'nde görev yapmakta olan doktorlar, sağlık personelleri, tıbbi sekreterler ve hastalara Bilgi Teknolojileri'nin Sağlık Hizmetleri Kalitesi'nin etkisine yönelik ne tür faydalar sağlandığına ilişkin görüşlerine başvurulmuştur. Toplamda 416 anket SPSS 21.00 istatistik paket programı ile çeşitli analizler yardımıyla incelenmiştir.</p> <p>Çıkan sonuçlara dayanarak sağlık kuruluşlarına, çalışanlarına ve bu alanda akademik çalışma yapmak isteyen kişilere, bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetlerine etkisi ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.</p>	
Anahtar Kelimeler: Sağlık bilgi sistemleri, sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet kalitesi, anket, Sakarya	

Title of Thesis: The Effect of Information Technologies on the Quality of Health Services A Study in Sakarya Province	
Author: Betül İnal Tabanlı	Supervisor: Professor Aykut Hamit TURAN
Accepted Date: 10 June 2019	Number of Pages: ix (pre text) + 79 (main body) + 6(App.)
Department: Management Information Systems	Subfield: Management Information Systems
<p>Health Service; From the past to the present, and especially in recent years, technology has made great progress with the rapid progress. However, the heart of the hospitals was almost information systems. Because all the personal information and health data of the patients have been installed on these systems and made it possible to reach the information in an integrated manner at any time. In this way, accurate and rapid diagnosis can be made to the patient.</p> <p>In this study; The effects of Information Technologies on the Quality of Health Services were investigated. Purpose of the study; Determination of quality perceptions and satisfaction levels of health care services for patients in Sakarya Province. In order to achieve this goal, doctors, health personnel, medical secretaries and patients working in the Sakarya Training and Research Hospital and Sakarya Maternity Hospital were consulted about the benefits of Information Technologies for the quality of Health Services. A total of 416 questionnaires were analyzed with SPSS 21.00 statistical package program with the help of various analyzes.</p> <p>Based on the results, suggestions were made to improve the quality of healthcare services and the impact of information technologies on health care services, healthcare workers and people who want to make academic studies in this field.</p>	
Keywords: Health information systems, quality of health services, service quality, survey, Sakarya	

GİRİŞ

Bilişim sistemleri; bilginin işlenmesi, saklanması ve ihtiyaç duyulduğunda bize sunulması için kurulan sistemlerdir. Dünya'nın globalleştiği günümüz şartlarında; teknoloji, hayatımızı büsbütün çevrelemiştir. Sağlık alanında da insan hayatı için bilişim en önemli olgudur. Çünkü bilişim sistemleri sayesinde her türlü veri hatasız ve sistematik olarak sisteme kaydedildikten sonra, ihtiyaç duyulduğu anda hızlı bir şekilde doğru kararı hekime aldirabilen sağlam bir mekanizmadır. Daha iyi bir hizmet sunabilmeyi sağlar (Kayrak, 2007).

Alınan kararların rasyonel ve tutarlı olabilmesi için; güvenilir bilgiyi sunabilecek yönetim bilgi sistemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Bu sistemlerin amacı; yöneticilerin karar verme sürecine, eldeki veriler sayesinde destek verirken, bu verilerin sistematik bir şekilde saklı tutulması sonucunda ise; karar vericilere doğru bilgiyi hızla sunmasıyla, verilecek kararlarda kalitenin artmasını sağlayarak karar verme sürecini de destekleyecektir (Emhan, 2007).

Bilişim sistemlerinin işletmeler için önemi ise; tek bir sistemde tüm bilgilere ulaşabiliyor olmak, doğru kararları alabilmeye destek veren bilişim altyapısına sahip olmak, diğer işletmelere karşı da rekabet avantajı sağlayacaktır. Böylelikle bilgi iyi yönetilerek etkin kaynak kullanımı sağlanacaktır. Bilgi çağı olarak adlandırılan küreselleşen dünyada rekabet ve hız çok önemlidir (Keçek ve Yıldırım, 2009).

Teknolojinin gelişmesiyle, insan ihtiyaçlarının artması hemen her yerden hızlı bir şekilde bilgiye ulaşabilir olmak, beklentileri de arttırmıştır. İnsan hayatında en önemli yeri olan sağlık alanında, bir çok yeniliğe ihtiyaç duyulmuştur ve duyulmaya devam edilmektedir. Teknolojik gelişmeler sayesinde daha hızlı, doğru tanı , zaman tasarrufunu etkin kılarak hastalara en iyi hizmeti verebilmek amaçlanmaktadır. Bu gelişmelere ayak uydurabilmek için hastaneler; teknolojik gelişmelerin artan ivmesine ayak uydurabilen sistemlere ihtiyaç duymaya başlamışlardır. Teknolojinin hızla ilerlediği dünyada bilginin önemi zamanla daha iyi anlaşılmıştır. Ve bilgi sistemlerine verilen önem böylelikle ivme kazanmıştır (Tekin ve Ömürbek, 2004). Çünkü ancak çağa ayak uydurabilen, insanların ihtiyaçlarına en hızlı ve doğru çözüm bulabilen işletmeler, birbirine karşı rekabet üstünlüğü sağlayabilmektedir. İşletmelerin bu üstünlüğü

sağlayabilmeleri için hiç kuşkusuz en önemli yardımcıları bilişim teknolojileri olmaktadır.

Doğru bilişim sistemleri için; bir organizasyon bünyesindeki bilişim sistemlerinin oluşumunun nasıl olması gerektiğine baktığımızda; ancak işletmenin bilgi gereksinimlerine göre bilgi sistemlerinin kurulumuyla gerçekleşebilir. Bunlar yönetim seviyeleri, fonksiyonel alanlar, destek biçimlerine göre farklı özelliklerde dallardır. Tüm bu dallar tek bir elde toplanınca bilgi sistemlerini meydana getirir (Güleş ve Özata, 2005).

1950'den bu yana gelişen bilgisayar ve iletişim teknolojileri, 1960'lı yıllarda ortaya atılan sistem yaklaşımlarının birleşmesiyle şimdiki bilgi sistemleri oluşmuştur. Bilgi sistemleri; sistem yaklaşımı, bilgi ve teknolojiden meydana gelmektedir. (Anameriç, 2005).

Bir organizasyonda yönetimle ilgili tüm verileri bir bütün halinde ortak bir sistem birleşimiyle, organizasyonun gündelik işlerinde bilgi işlem desteğini sağlayarak, yönetim kademelerine destek veren, sürekli bilgi aktarımı sağlayan bilgi sistemleridir (Demirtaş ve Güneş, 2002).

Bilgi sistemleri; içinde veri akışını sağlayan ,verileri kayıt altında gizliliğe uygun bir şekilde doğru olarak kaydını gerçekleştirip, denetlenmesini sağlayan; elektronik veri işlem sistemleridir (Gökçen, 2002).

Bilgi sistemlerinde, kurumsal olarak tekrar eden işlemlerin bir süreç halinde işlemesi elektronik veri işlem sistemleri sayesinde oluşur (Öğüt, 2003). Toplanan verilerin sistemde işlenmesiyle oluşan bilgiler yönetim bilgi sistemleri sayesinde bir organizasyonun yönetimi ve performansının izlenmesi için bilgilere çevrilir. Bu şekilde karar verme sürecinde metodlar ,fikirler sunar (Alter,1991).

Bilişim teknolojileri kullanımı sağlıkta kaliteyi arttırmaktadır .Ve sistemler ne kadar doğru ve hızlı kullanılırsa o kadar etkin hale gelmektedir. Hastanelerde etkin bir sağlık sistemi oluşturabilmek için ise; en başta güçlü performans değerlendirmelerine ihtiyaç vardır. Organizasyonların rekabet üstünlüğü elde edebilmesi için; kendilerini sürekli geliştirmeleri, ellerindeki verileri daha sağlıklı nasıl işletebilirler?, eksik yönleri varsa

bunlara nasıl daha hızlı sonuçlar bulup tamamlayabilirler, amaçları bu olmalıdır (Waldman, 1997).

Sağlık sektöründe, veri toplama yetersizliğinden dolayı sorunların giderilmesi için Ulusal sağlık politikasındaki reformlardan, bilişim sistemlerinde sağlık enformasyon sistemi ile sektördeki bilgilerin nitelik ve nicelik olarak etkisizliğinin önüne geçmek amaçlanmaktadır. Bunun için en başta; bilgili, istekli, yeniliğe çabuk adapte olan hastane çalışanlarına görev düşmektedir. Bilişimin yararları sayesinde hastanelerde hastaya ayrılacak süre artacak, bilgi kaynakları daha net görünecek, maliyetler düşecek, hem sağlık açısından hem de ekonomik kaynak olarak sistem ileri görüşlü karar vericiler yaratacaktır (Onay, 1998).

Teknolojik açıdan elektronik hasta kayıt sistemleri sayesinde, hastalara ait tüm bilgiler tek bir havuzda tutularak hastane bilgi yönetim sistemlerine alt yapı sağlamaktadır. Yazılımlar sayesinde; hastaların geçmişten bugüne tüm tahlil ve tıbbi görüntülerine, randevu geçmiş bilgilerine ulaşma imkanı tanınır. İnsan hayatına verilen önem ancak iyi örgütlenmiş bir sağlık sistemiyle mümkündür. Gelişmiş ülkeler seviyesinde sağlıklı bir toplum için hastanelerin sağlık sistemini en iyi seviyelere taşımaları gerekmektedir.

Ayrıca elektronik hasta kayıt sisteminde, hastalara ait tüm bilgilerin bulunması, hasta kayıtlarının güvenliği açısından düşünüldüğünde; sonuçta kağıt sistemiyle sağlık kaydı tutulmasından çok daha güvenli olduğu kesindir. Örneğin; bir başkasının banka hesap bilgilerine ulaşmamız zordur. Çünkü, bilgiler iyi bir güvenlik sistemiyle korunmaktadır. Sağlıkta da bunu başarabiliriz (www1).

Çalışmanın Amacı:

Teknolojinin hızla gelişmesiyle artan rekabet koşullarında kalitenin önemi daha da artmıştır. Sağlık hizmetlerinde; geçmişten günümüze kadar gelişmeler görülmüş fakat son yıllarda teknolojinin gelişimi, Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta dönüşüm yenilik projeleriyle hızlı bir ivme kazanmıştır. Tüm bu gelişmelerin yanı sıra; hizmetin soyut bir terim olması, hizmeti alan kişiye göre değişik yorumlanması, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde çok büyük öneme sahiptir. Sakarya il'i örneği'nde, Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınabilen sağlık kuruluşları kapsamında hizmet veren; sağlık personellerine, hem de hizmet alan hastalara, verilerin toplanmasında anket yöntemi

kullanılarak Bilgi Teknolojileri'nin Sağlık Hizmetleri Kalitesi'ne Etkisini SPSS verileri analiz sonuçları ile değerlendirilmiştir. Amacımız;

* Hastaların tatmin düzeylerini, aldıkları hizmetlerle ilgili kalite algılamalarını saptamak.

* Araştırma sonuçlarına dayanarak sağlık kuruluşlarına önerilerde bulunmaktır.

Çalışmanın Önemi:

Günümüz hastane sektöründe rekabet şartları zordur. Çünkü; yeniliklerle sürekli gelişim hedeflenmekte olup eş zamanlı olarak da çalışanların iş tatminini kontrol ederek, teknolojiye uygun eğitimleri almaları amaçlanmaktadır. Hastaların hastaneden beklenti ve talepleri genel öngörü olarak; hastanenin temizliğinden, çalışanların güleryüzlü olmasından, yaşadıkları hastalıklara bağlı olarak cihazların teknolojiye uygun ve kullanılabilir durumda olmasından, bu süreci yöneten sağlık çalışanlarının işini hızlı ve düzgün bir süreçte ilerletmesinden ve daha bir çok faktöre dayanarak bir hastane yönetiminin ne kadar zor olduğunu ve bunu başarabilmenin uygun stratejik kararları doğru zamanda ve koşullarda alabilmekten geçtiğini göstermektedir.

Organizasyon olarak hastanedeki yönetim çok önemlidir. Çünkü kişilerin doğduğu andan öldüğü ana kadar olan tüm sağlık verileri kayıt altına alınmaktadır. Acil bir durumda en doğru ve hızlı tanı koyulup , doğru bir tedavi sürecini etkin yönetebilmek için en önemli basamak; hastanede kullanılan yazılım ve donanım sistemlerinin tümünün işleyişini tek bir elde toplanmasını sağlayan Hastane Bilgi Sistemleri oluşturur. Bünyesinde; mali, idari, tıbbi bir çok alan vardır (Özbek vd., 2007).

Hastaneler, kendi bünyelerinde bilgi sistemlerini yönetir ve böylelikle her hastanenin kurumsal verimliliklerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise bu göstergeler doğrultusunda kaliteyi ve verimlilikleri ölçmeyi amaçlamaktadır.

Sakarya ili'nde bulunan iki hastane örnek alınarak yapılan bu çalışmada sorulan sorularla genel olarak hastaların beklenti ve talepleri; hastaneyi tercih etme nedenleri, sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörleri, bilgi teknolojilerinin uygulanmasındaki olumlu ve olumsuz etkileri, anketi cevaplayanlar tarafından

değerlendirilmiştir. Bu konudaki diğer araştırmalara, örneklem niteliğinde yardımcı olacak bir öneme sahiptir.

Çalışmanın Yöntemi:

Bu çalışmada, öncelikle çalışmanın yapılabilmesi için Sakarya Üniversitesi Etik kurulu'ndan onay izni alınmıştır. Daha sonra Sağlık Bakanlığı Sakarya il'i Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izin belgeleri alınarak, iki hastanede ‘‘Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Hizmetleri Kalitesine Etkisi’’ bilimsel araştırma yöntem ve tekniklerinden ‘‘anket yöntemi’’ yardımıyla incelenmiştir.

Anketler, yüzyüze anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Cevapların tam doğruluğu için, katılımcıların anlamadığı noktalarda yardımcı olunmuş, güvenilir bir analiz elde etmek istenmiştir.

Anketimiz, Sakarya Doğumevi Hastanesi ve Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi (SEAH)'nde 01.10.2017 - 14.10.2017 tarihlerinde toplamda 416 kişiye uygulanmıştır. Araştırmaya katılan toplam 416 kişinin, 174'ü erkek, 242'si kadındır. Ankete katılan gruplar; Doktorlar, hastalar, hemşireler ve tıbbi sekreterler'dir.

Doğumevi Hastanesi'nde ; 12 doktor, 49 hasta, 28 hemşire ve 27 Tıbbi sekreter olarak toplamda 116 kişiye anket uygulanmıştır.

SEAH'ta ise ; 30 doktor, 171 hasta, 55 hemşire, 44 tıbbi sekreter olarak toplamda 300 kişiye anket uygulanmıştır.

Yüzyüze anket yöntemiyle gerçekleştirdiğimiz bu araştırmada katılımcılara 11 soru sorulmuştur. İlk 6 soru katılımcıların demografik özellikleri ile ilgiliyken, diğer 4 soru da ; katılımcıların hastaneyi tercih etme nedenleri, sağlık hizmetleri kalitesine etki eden faktörler ve bilgi teknolojilerinin uygulanmasındaki olumlu ve olumsuz sonuçlar 5'li likert tipli ölçeklerle ölçeklendirilerek 33 önerme ile likertlerin değerlendirilmesi yapılmıştır. Son soru ise açık uçlu soru olup, katılımcıların hizmet kalitesindeki algılarının memnuniyet düzeyleri ,istek ve şikayetleri net bir şekilde öğrenilmek istenmiştir.

Ölçekler; 1 Kesinlikle Katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kısmen Katılıyorum, 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle Katılıyorum olarak ifade edilmiştir.

Veriler, SPSS 21.00 istatistiksel analiz programından elde edilen sonuçlarla yorumlanmıştır. Ankete katılanların, aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirdikleri, ilgili tutum ve beklentiler ışığında verilen cevaplar, istatistiksel analizlerin yorumlanmasıyla anlamlandırılmıştır.

BÖLÜM 1: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL YAPISI

Bu bölümde ilk olarak Sağlık’ın tanımı, Sağlık Hizmetleri ve Kapsamı daha sonra Türkiye’de Sağlık Hizmetleri’nin yapılanması üzerinde durulacaktır.

1.1.Sağlık Tanımı

İnsanların, dünyaya geldikleri andan başlayarak, doğum ve ölüm anı arasındaki hayat yollarında en temel yaşam amaçları; sağlıklı olmaktır. Bireylerin ruhsal ve bedensel olarak kendilerini iyi hissetmeleri sağlıklı olduklarını gösterir.

Sağlık, kişilerin hayatlarını refah seviyesi içinde geçirebilmeleri için ihtiyaç duydukları en önemli gereksinimlerin başında gelir. Vücudumuzda, fiziken ve ruhen sağlanan bu bütünlük sayesinde hayati faaliyetlerimizi herhangi bir aksaklık olmadan sürdürebilmemizi sağlar. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kurumu tarafından tanımı yapıldığında; “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” (WHO). 1947 yılında yapılan bu açıklama günümüzde de halen kabul görmekte olan bir tanımdır.

Bu yüzden sağlık’ın tanımı, nesnel olup kişiden kişiye değişebilen, göreceli bir kavramdır. Kişinin algıladığı hizmetin boyutuyla ilişkili olan bir memnuniyet düzeyine sahiptir.

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri; hastalara kendilerini iyi hissettirmek için yapılan hizmetlerin bütünüdür. İnsan sağlığını tehdit edebilecek virüs vb. gözle görülemeyen etkenlerden kişilerin korunması, tedavi edilmesi, ruhsal hastalığa sahip olan hastaların rehabilitasyon hizmetleri verilerek topluma kazandırılması sayesinde bireyleri hastalıktan arındırma faaliyetlerinin tamamını kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin amacı; kişilerin tedavilerini yapmak, hasta olmayanların sağlığını korumak için bilinçlendirilmelerini sağlamak, aşı hizmeti ve eğitimler sunmak, rehabilitasyon sürecindeki hastalar için çalışmalar yaparak onları topluma yeniden kazandırmaya çalışmak ve böylelikle toplumun sağlık düzeyini yüksek çığaya taşıma faaliyetlerini içeren amaçlar bütünüdür. Kişilerin beklenti düzeyi birbirlerinden farklı olduğu için teşhis ve tedavide daha iyi şartlar sağlamak hizmetin ana amacıdır. Daha kaliteli hizmet verebilmek adına devamlı yenilenerek yapılan hizmet sürecinde standart

bir hizmet şekli yoktur. Çünkü, hizmet kişiye özel ve hizmeti sunan kişinin yaptığı işin niteliğine bağlı olarak değişmektedir. Hizmeti veren personelin hastaya nasıl davrandığından tutun, düzgün bir tedavi süreci sürüp iyileştirme sürecinin yönetimine kadar değişen bu süreçte standart bir hizmet mümkün olmamaktadır (Akın, 2014: 22,26.s).

TSE (TS-ISO 9005)'de yapılan kalite tanımında; “Bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır.” ISO; kalitenin kontrol edilmesi, korunması ve daha yüksek standartlara, daha uygun maliyetlerle ulaşılarak müşterilerin memnuniyetinin sağlanmasıdır (www2).

Hizmetin kalitesi ölçülemez ve soyuttur. Niteliği ise tamamen hizmeti veren kişiye bağlı olarak değişir. Hizmetin üretimi, kişinin hizmetten faydalanması ve bunun sonucunda elde ettiği hizmetin eş zamanlı gerçekleştiği o süreç ile etkileşimlidir. Burada hizmeti talep eden müşterisinde üretime dahil olması sağlanmıştır (Altunışık vd. 2004:156) .

Sağlık hizmetlerinde kaliteye önem verilmediğinde; müşteriler, ihtiyaç ve beklentilerine ulaşamayacağı için tatminsizlik ve çalışanlarda motivasyon kaybı baş gösterecektir. İsteksiz çalışan personeller, var olan bilgi sistemlerini ve kaynakları etkin kullanamaması sonucu işletmelerin maliyetlerini artırarak zaman ve nakit kaybı yaşamasına sebep olmaktadır. Bunun devamında da işletmelerdeki hizmet yetersizliği sonucu, rakiplere karşı rekabet gücü iyice zayıflayarak yok olup gitmeleri muhtemel bir sonuç olacaktır.

Ancak ana amaç; her zaman var olan kaliteyi yükseltmek ve önemsemek olursa hizmetlerde kalite algısı daha da yükselecektir. Bunun için, işletmelerin yönetim felsefelerinde çalışanların motivasyonu ilk sırada gelmelidir. Düzenli bir işleyişin bütüncül bir çember ile sağlıklı bir şekilde tamamlanabilmesi için ilk önce öz'de çalışana değer verilmelidir. Bunun için eğitimler, seminerler ve ödüllendirmelerle çalışanların motivasyonu sağlanarak değerli olduklarını hissetmeleri sağlanmalıdır. Bu sayede, yeterli bilgi birikimine sahip, mutlu çalışan personellerin varlığı, müşterilerin memnuniyetini de tatmin edecek, hem de verilen hizmetteki kaliteyi yükseltecektir (www3).

Sağlık hizmetleri; insan sağlığını tehdit eden faktörlerden sağlığın korunması, hastalıkların etkin ve hızlı tedavisi ile rehabilite çalışmalarının tümünü içinde barındırmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu ve rehabilite edici olarak üç grup'a ayrılmaktadır. Sağlık Bakanlığı; hizmetleri bölümlendirerek toplumun bütününe odaklı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini gerçekleştirmektedir. Sağlık hizmetlerine bağlı koşulların iyileştirilmesi ve sağlığı tehdit edebilecek etkenlerden kişilerin korunması devletin karşılıksız olarak topluma yönelik sunduğu kapsamlı hizmetlerdir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri: Ayakta ya da yatarak hastaya tedavinin yapıldığı, tamamen kişiye özel hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri'ne göre daha maliyetlidir. Kişiler hastayken onların muayene edilmesi, hastalığın teşhisinin koyulmasına yönelik uzman doktorlar tarafından gerekli kontrollerin gerçekleştiği, ilaç yolu ve tıbbi teçhizatların varlığıyla destek verilerek tedavilerin yapıldığı ya da psikolojik danışmanların yardımı alınarak rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini sağlayan hizmetlerdir. Buradaki asıl amaç; erken teşhis, hızlı ve etkin tedavidir (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000: 12).

Hizmetler aşamalı olarak; birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak üç kademeye ayrılarak hizmet verirler.

İlk olarak;

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri'nde; Hastalar acil bir durumla karşılaştıkları an kendilerine en yakın bir sağlık kuruluşuna ilk başvurabilecekleri tedavi merkezleridir. Bunlar doktora ait muayenehaneler, sağlık ocaklarında aile hekimleri ya da polikliniklerdir.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri; Acil durumda gerekli tüm tedavi araçlarının olacağı yataklı hastaneleri tercih ederek, teşhis için bir hekime başvurulabilecekleri tedavi hizmetleridir. Örneğin; İl Devlet Hastaneleri'dir.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri'nde ise; Bünyesinde ayrı uzmanlık dallarındaki hocaların bulunduğu, ileri teknolojiye sahip, teknolojik olarak en gelişmiş, yeni makinelerin yer aldığı, donanımlı üniversite hastaneleri, göz hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneleri kuruluşlarından oluşurlar (Önder, 2018).

Koruyucu sağlık hizmetleri: Kişiler hasta olmadan önce tedbir olarak hastalığa yakalanma risklerinin önüne geçilmeye çalışılan sağlık hizmetleridir. Sağlık konusunda eğitimlerle, aşılarla kişiye ve çevreye yönelik bilinçlendirici hizmetler verilir.

Kişisel olarak verilen hizmetlerde; aşı ile, aile planlaması yapılarak, erken tanı, ilaçla koruma ve beslenme ile.

Çevresel hizmetlerde ise; besin hijyenlerinin sağlanması, çevresel atıkların kontrolü, temiz suyun sağlanması ve hava kirliliğiyle mücadele sorunlarını gidermeye yönelik çözümler sağlanarak topluma yön veren hizmetlerdir (Akbaş, 2014).

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından, Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı'nda;

“-Şeker hastalığı kontrol programları, Şişmanlık tedavisinde kilo kontrollerinin yürütülmesi ile ilgili süreçler,

- Bulaşıcı Hastalıklardan korunma ile ilgili bilgilendirme süreçleri ,
- Anne ile beraber Çocuk Sağlığını düzenli kontrol süreçleriyle takip ederek izlenilmesi,
- Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın atadığı başka sorumluluklar.”

Koruyucu Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından bu işlemlerin hassasiyetle yürütülmesi sağlanmaktadır (www4).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri: Tıbbi rehabilitasyon ve Sosyal rehabilitasyon olarak iki'ye ayrılır. Bu hizmeti alacak hastalar ise bedenlen veya ruhen bağımlı hastalardır.

Tıbbi rehabilitasyon; Örneğin, bir sakatlık durumunda hastalara protez takılmasını sağlamak ya da fizik tedaviye ihtiyaç duyan hasta için tedavi uygulanma sürecine destek vermek, organ kaybı yaşıyan hastaların morallerini yüksek düzeyde tutmalarını sağlayarak psikolojik destek ile uygun organının bulunması için yapılan rehabilitasyon hizmetleridir. Bedensel sakatlıkların ve aksaklıkların tedavisi yapılarak bireyin topluma geri kazandırılması amaçlanır.

Sosyal rehabilitasyon'da ise; Rehabilite eden doktorlar, psikologlar sayesinde bireylerin iş bulmaları için desteklendiği, yaşlıların bakımevlerinde gerekli ihtiyaçları üstlenilerek,

huzurevlerinde yaşayanlara hizmetler verilerek topluma adaptasyon sürecinin sağlandığı rehabilite edici sağlık hizmetleridir (www5).

1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yapılanması

Türkiye’de, Cumhuriyet dönemi öncesi ve sonrası olarak sağlık hizmetleri iki gruba ayrılmaktadır. Cumhuriyet’ten önce Osmanlı Devleti’nin olduğu zamanlara bakıldığında; topluma yönelik olmayan sadece saraylarda yaşayan kesim ve askeri birimler için hizmet veren birimler vardı. O dönem özel hekimlikler gelişmiş olup, sadece maddi güce sahip halkın üst tabakasının alabildiği hizmetler söz konusuydu. Türkiye’de ilk hastane 1898 yılında açılan Gülhane Askeri Hastanesi, Alman doktorlarında yardımları sayesinde hizmet vermiştir.

2 Mayıs 1920’de Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ilk kurulan bakanlıklardan biri olarak kurulmuştur. TBMM’de Sağlık Bakanı olarak ilk görev Dr. Adnan Adıvar’a verilmiştir. Cumhuriyet’in ilanına kadar hizmet verdiği bu süre de savaştan sonraki yaraları kapamak amacıyla çalışmalar yapmış, genel sağlık yapısının nasıl geliştirilebileceğinin tasarlandığı bir dönemdir. Cumhuriyet’in ilanı ile sağlık en önemli konular arasında olmuş ve halka yönelik sağlık hizmetleri sunulması amaçlanmıştır. Yeni Sağlık Bakanı ; Dr. Refik Saydam, olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri adına önemli hizmetler vermiştir (Çavmak, 2017).

T.C. 1982 Anayasası’na ait 56. madde esas alındığında; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.” Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve örgütlenmesinde; ilk olarak 1920 yılında Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasıyla 1938 yıllarına kadar kapsayan dönemde; merkezden köylere, kırsal kesimdeki insanlara hekimler gönderilmiş, savaş sonrası yardımlar yapılmıştır. Dr. Refik Saydam döneminde ise; Koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlık personelleri desteklenmiş ve çoğaltılmıştır. 1938 ile 1960 yıllarındaki dönemde; devlet planlama teşkilatının kurulmasıyla ulusal olarak bir kalkınma dönemine geçilmiştir. 1961 yılında insan hakları beyannamesine uygun; “Sağlık hizmetlerinden faydalanmak sosyal adaletin gereğidir.” açıklamasıyla uygulama pilot şehir Muş’ta yapılmış ama başarısız olmuştur. 1982 Anayasası’yla; “Sağlık hizmeti, devletin görevidir.” hükmü verilmiştir. 2000’li yıllarda sağlıkta dönüşüm programı ışığında bir çok yol katedilmiştir (Tengilimoğlu vd; 2015).

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanı; devlete ait sağlık kurumları ile özel sektöre ait sağlık kurumları tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki ekonomik parasal kaynaklar; Sosyal sigortalar Kurumu, emekli sandığı, bağ-kur ve özel sigortalar tarafından oluşmaktadır. 1961’de Ülke’de sağlık alanında verilen hizmetler, devlete ait olan ülke genel bütçesindeki paydan gerekli parasal kaynaklar sağlanarak, 1987 yılı’nda ise özel kurumlarca da üretilip halkın bütçesinden, özel sigortalardan finanse edilmiştir.

1991’ de SSK tarafından vatandaşlardan katkı payı kesilerek bir fon oluşturulup bu sayede Eczane bilgi sistemleri modülü uygulamasıyla hastane bilgi sistemleri başlamıştır. Ama yine sağlık personellerinin gereken önemi vermemesi, yazılım firmalarının kötü uygulamaları sonucunda başarısız olunmuştur. Bunun sonucu olarak da aynı yıl Sağlık Bakanlığı, sağlık reform çalışmaları kapsamında; Sağlık Enformasyon Sistemi’ni (SES) kurmuştur. Bu sistemin içinde ;

- **Temel Sağlık İstatistikleri Modülü;** Ülke çapında, birinci basamak tedavi hizmetlerinden başlayarak, tüm birimlerdeki güncel verinin doğru bir şekilde toplanıp, güvenilir bilgi akışının sağlanması amaçlanmaktadır.
- **Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi;** Sağlık Bakanlığı’nın elinde bulunan kaynakların (insan, tıbbi malzeme, para, makine) tümünü kapsamaktadır. İçerisinde dört bölümden oluşur;
 - Personel yönetimi işleyişleri,
 - İşletmedeki sahip olunan malzeme ekipmanlarının denetimi,
 - Mali kaynakların etkin ve düzenli bir şekilde yönetimi, incelenmesi,
 - İlaçların stoklarının takip edildiği sistemler,
- **Hastane Bilgi Sistemleri;**
 - Hastaların kayıtlarının tutulması,
 - Polikliniklerin işleyişleri,
 - Yatarak tedavi gören hastalar için
 - Laboratuvar tetkik sonuçları
 - Radyoloji tetkikleri
 - Ameliyathane ile ilgili işleyişler
 - Hastanedeki sahip olunan ilaçların stoklarının genel durumu
 - Depodaki malzemeler, demirbaşların takibi
 - Vezne ücretleri

- Hastane döner sermayesi, muhasebe işlemlerinin genel izlenildiği sistem modülü
- Hastanede çalışan personellerin, bordro işlemlerine ait sistem
- Genel raporlamaların yapılabileceği istatistik raporlama modülü
- **Üst Düzey Karar Destek Modülü;** Temel Sağlık İstatistikleri Sistemi ve Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi'nin üst düzeyde yer alan, karar verici mekanizmadaki yönetime sundukları verileri kapsar.

bulunmaktadır. 1996'da Bakanlık'ın denetiminde, sağlık'ta gelişime yönelik öngörüler kapsamında sağlık enformasyon sistemleri alanındaki çalışmalar bilgi sistemlerinin eşgüdümünü zorunlu yapmış ve bunun sonucunda Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı kurulmuştur (Ak, 2009).

Aslında Sağlık hizmetlerinde bilişim adına ilk atılım; 1967'li yıllarda Hacettepe Üniversitesi'nde Hastane Bilişim Sistemleri projesi ile yapılmak istenmiş fakat sağlık personellerinden beklenen ilgiyi görememiş, uygun ortam sağlanamayınca da söz konusu sağlık hizmetlerinin geriye doğru gitmesine neden olmuştur. 1990'lı yıllarda bakanlıklara ve devlet hayatına bilgi sistemlerinin girdiği ilk zamanlarda bilgisayarlar sadece kayıt tutmaya yarayan makineler olarak kullanılmıştır. Var olan tek programda ise; personelin adı ve görevinin bulunduğu personel modülü bulunmaktadır. Türkiye'de o zamanlarda internet kullanımı da yaygın olmadığından, uygulamaya güvenilmeyip bilgiler defterler de tutulmuştur. Bugün var olan Sağlık Bilgi Sistemleri Müdürlüğü'nün temelleri o zamanlar 1996 yılında kurulan Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından atılmıştır. Türkiye'de o yıllarda 15,000 sağlık yöneticisi varken zaman içinde verilen eğitimler ve gelişim programlarıyla bu sayı artmıştır (Yarbay, 2015).

2002-2017 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı'na ait, personel sayılarındaki artış aşağıdaki gibidir. Artan genç nüfus oranındaki yükselen eğitim düzeyi, açılan yeni üniversitelerdeki tıp fakültesi sayısının artmasına orantılı olarak hekim artışı sağlanması ve bunun beraberindeki diğer sağlık personelleri ihtiyacının karşılanmasına yönelik bölümlerin açılmasını desteklemektedir. Tablodaki veriler bu durumun yıllara göre daha önem kazandığını kanıtlar niteliktedir.

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Uzman Hekim	22.187	35.081	36.886	38.783	40.544	42.726
Pratisyen Hekim	29.030	32.601	33.060	35.833	37.173	38.721
Asistan Hekim	6.189	7.814	7.930	7.973	8.615	8.817
Toplam Hekim	57.406	75.496	77.876	82.589	86.332	90.264
Diş Hekimi	3.211	7.997	7.640	8.683	9.125	9.768
Eczacı	1.596	2.067	2.102	2.156	2.318	2.855
Hemşire	54.360	93.700	94.404	101.722	103.507	112.074
Ebe	39.473	48.694	48.103	48.078	47.766	49.003
Diğer Sağlık Personeli	33.276	93.555	97.763	102.243	104.446	111.193
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	183.622	189.998	194.689	204.778	215.402
TOPLAM PERSONEL SAYISI	256.818	505.131	517.886	540.160	558.272	590.559

Şekil 1: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nda, Sağlık'ta dönüşüm programının başlamasıyla; sağlıkta yükselişe geçilen dönem başlamıştır. Bu durum şekil 1 'de de görüldüğü gibi devletin vatandaşlara daha iyi hizmet verebilmek adına sağlık personellerinde artışlarda da önemli adımlar atıldığını göstermektedir. Sağlık'ta dönüşüm programında 8 ana unsur hedeflenmiştir;

1. Sağlık Bakanlığı'nın organize eden ve edilen ,kontroller gerçekleştirerek denetim yapan bir kurum olması,
2. Tüm vatandaşların tek bir yapı altında; genel sağlık sigortası'na sahip olması,
3. En iyi şekilde herkese ulaşabilecek bir yapıda Sağlık hizmeti sisteminin sunulması,
4. Donanımlı ve güler yüzlü çalışan personellerin varlığı
5. Hastanelerde kullanılan sistemlerin gelişimini destekleyen eğitimler,
6. Kalite ve akreditasyona önem verilerek dijitalleşmenin uluslararası anlamda ivme kazandıracağına duyulan inanç,
7. İlaç ve malzemelerin yönetim süreçlerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi,
8. Son karar verici kişiler için , doğru bilgiye ulaşılabilen etkili bir sistem olan: Sağlık bilgi sistemleri'nin etkin ve düzgün şekilde işleyişinin sağlanması (www6).

Geçmişten bugüne var olan sağlık hizmetleri ve kaynakların, daha etkili ve verimli bir şekilde kullanılarak sağlık düzeyinin yükseltilmesi sağlanmıştır. Vatandaşlar, hangi bölgede ikamet edip yaşarlarsa yaşasınlar herkes için eşit bir sağlık hizmeti sunulması

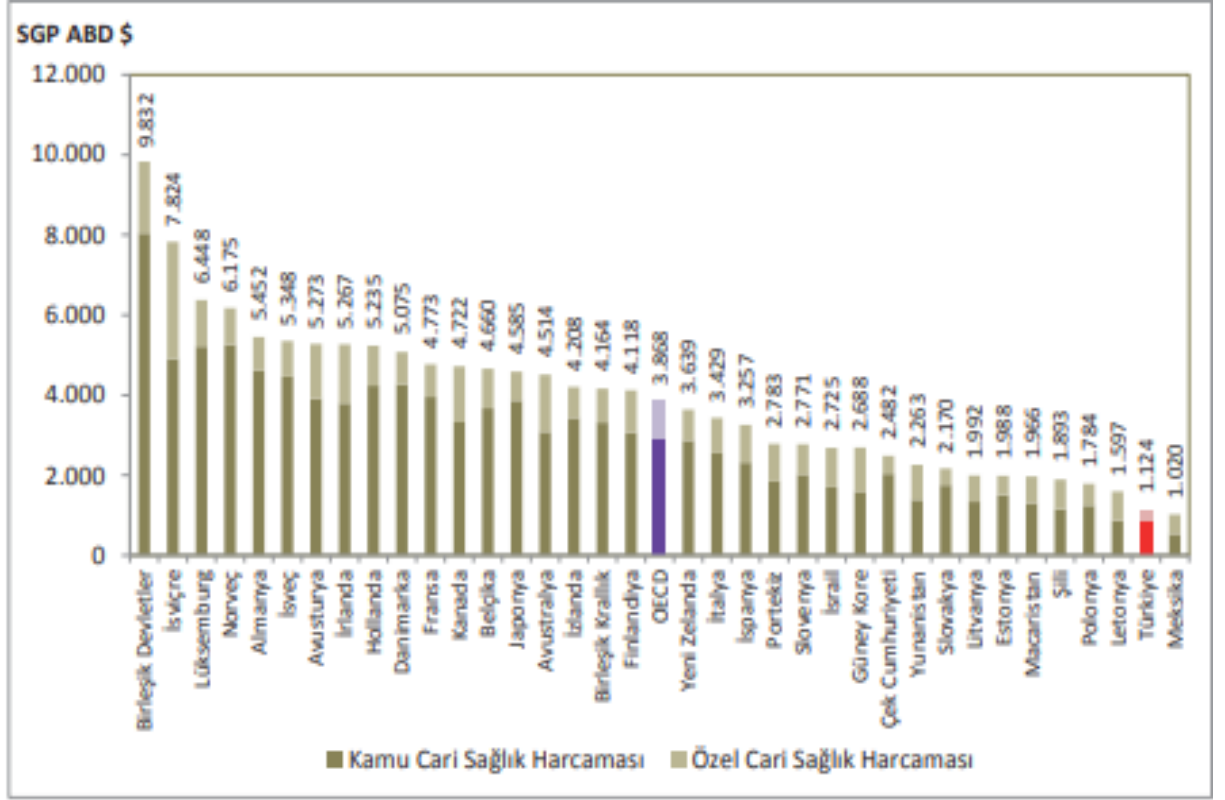
amaçlanmıştır. Belirlenen hedeflerin ortak bir süreçte işleyişinin hedeflendiği bir dönüşüm programıdır.

Sağlık'ta dönüşüm programı içerisinde, T.C. Anayasamızın 56. maddesi gereği; “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (www7).

T.C. Sosyal Güvenlik Bakanlığı denetiminde; emeklilik ile sağlık sigortası birbirinden ayrılmıştır. Türkiye’de yaşayan her vatandaşın sigorta kapsamına alınarak bir mernis numarası olması öngörülmüştür (www8).

OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ; 1961’de kurulan, şu an 36 ülkenin üye olduğu, endüstri ülkeleri ve gelişmekte olan ülkelerin bir araya geldiği bir oluşumdur. Bir ülkenin eğitim düzeyi ne kadar yükselirse ekonomik durumdaki ivme de yükselen grafikte seyredecektir. Ekonomik gelişmenin sağladığı rahatlık, daha kaliteli hizmet alan sağlık düzeyleri yüksek toplumları yaratacaktır (www9).

OECD’ye göre; Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmaya başlanmasıyla; Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan tüm aksaklıkların denetiminin sağlanarak, hizmetin iyileştirilmesi sonucu sağlık hizmetleri büyük gelişme kaydetmiştir. Tüm bu gelişmelere rağmen hala diğer ülkeler ile kıyaslandığında, ülke ekonomisinde sağlık’a daha çok yatırım yapılması gereklidir. Bunun için bütçede sağlık için yapılacak harcamalara daha büyük pay ayrılıp, var olan doktorların ve hastanedeki tıbbi personel ve hemşirelerin daha donanımlı hale getirilip sayılarının artırılması, kullanılan sağlık bilgi sistemlerinin teknolojik yönden en hızlı ve aktif bir şekilde kullanılabilir ve çözümler sunabilir olması, hastane kapasitelerinin artırılarak ilave yatak sayısı, tıbbi ekipman ve makineyle desteklenmesi sayesinde diğer OECD ülkelerinin seviyesine ulaşmamız mümkün olacaktır.



Şekil 2: Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki sağlık harcamaları payı

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2018

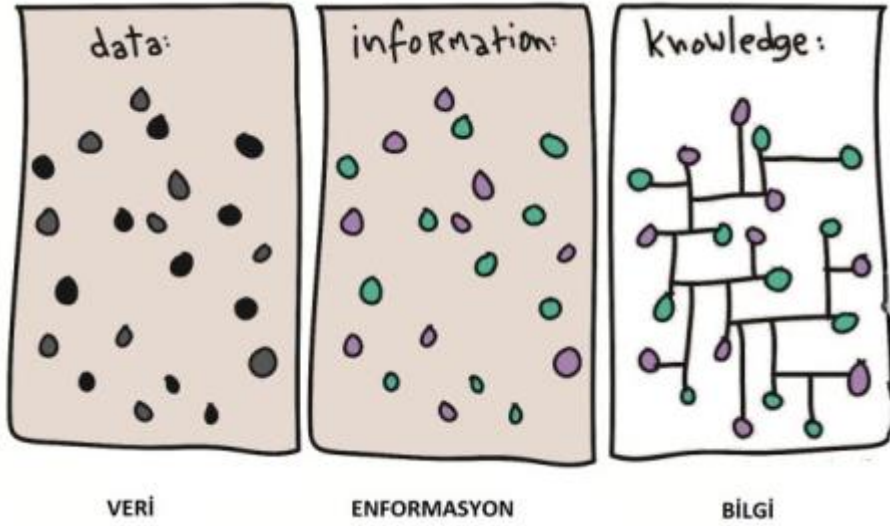
Şekil 2’de de görüldüğü gibi, OECD ülkeleri arasında; Türkiye, kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarında oldukça geride kalmaktadır. Bu sebeple sağlık ile ilgili doğru yatırımlar yapılması ve Türkiye’nin bu sıralamada kendisini daha üst seviyelere taşıması sürdürülebilir bir kalkınma için kritik önem taşımaktadır. Bunun içinde; öncelikle sağlık’a düşen harcama payı arttırılmalı, gerekli insan gücü, makine gücü ve bilişim sistemlerine yatırım yapılmalıdır. Kaynakları etkin ve verimli kullanarak sistem içerisinde geri dönüşümler sağlandıkça, hastaların aldığı hizmetten memnuniyet düzeyi arttıkça daha kaliteli sağlık hizmeti sunulacaktır. Sağlıklı bireyler, sağlıklı bir toplumun yapı taşıdır. Bu sayede ileri düzeyde sağlık hizmeti sunan OECD ülkeleri seviyesine ulaşmamız mümkündür.

BÖLÜM 2: SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

Bu bölümde , Sağlık bilgi sistemleri'nin temel kavramları, yapısı, işleyişi, içerisindeki bilişim modülleri üzerinde durulacaktır.

2.1. Sağlık Bilgi Sistemindeki Temel Kavramlar

Veri; Tek başına anlam ifade etmeyen; nicel veya nitel olarak sayılardan, işaretlerden oluşmaktadırlar. Verilerin doğru bir şekilde sisteme girişi yapıldıktan sonra bilginin doğru elde edilebilmesi için veri analistlerinin bu konuda gerekli donanımda olması gerekmektedir. Bu sayede sağlık bilgi sistemlerinin kaliteli bir şekilde yönetilebilmesi mümkündür. Ülke olarak, sağlıkta bilgi sistemlerinin yönetimini, ileri düzeylere taşımamız için bilişim sektöründe etkin personellere ihtiyacımız vardır (Özdemirci, 2018).



Şekil 3: Bilgi Sisteminin Unsurları

Verilerin işlenmesi sonucu “**enformasyon**” oluşur. Veri ile Bilgi arasında verilerin anlamlı hale getirilmesi için iletişim ağı olarak, enformasyon sürecine ihtiyaç vardır. Enformasyon’da anlamlı hale gelen verilerin analizleriyle anlam kazanıp net bilgi elde edilmektedir. Çünkü enformasyon tekrarlar içermektedir. Enformasyonun değerini belirleyen nitelikler; noksansızlık, doğruluk, uygunluk, zamanlılık, yerindelik ve ucuzluktur. Bunlar enformasyona dair, temel niteliklerdir (www10).

Bilgi; elde edilen verilerin, karar vericiye destek vermesi sürecinde anlamlı bir biçime getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Önemli olan ilk adım; doğru ve güvenilir bir

şekilde sistemde tüm verilerin toplanmış olmasıdır. “Bilgi sistemleri; son karar vericiye, bilgiyi analizlerin raporlamalarıyla sunmak için; tüm tasarlama süreçlerinin, denetimlerin yapılmasını sağlayarak, bu sayede elde edilen bilgileri anlamlı bir şekilde birbiriyle ilgili olan tek bir sistem içerisinde barındırılmasını sağlayan bir yapıdır. Ve Bilgi sistemleri'nin ana oluşumu; “**donanım, yazılım, veri, insan ve işlemler**” olmak üzere beş unsurdan meydana gelmektedir.”(www11).

Sistem; Birbirleriyle madde ya da bilgi alışverişi içerisinde olan belirli bir ihtiyaç için oluşturulan, alt sistemlerden meydana gelen bir bütündür. Birbirleriyle ilişkili ve uyumlu alt sistemlerden oluşmaktadır. Girdiler ve çıktılar bir sistem döngüsü içerisinde bir uyum içinde çalışmasıyla elde edilir. (www12).

Sağlık enformasyon sistemi; verilerin anlamlandırılıp bilgilere dönüşümü için, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkili tedavi imkanı sunabilmesi için yazılım ve donanımların bir sistem döngüsü içinde anlamlandırılması sebebiyle oluşturulmuştur.

Sağlık enformasyon sistemlerinin temel amaçları; Personellerin, malzemelerin etkin bir şekilde kullanılıp verimliliğin yükseltilmesini sağlamak, hem hastane bünyesindeki sahip olunan maddi kaynakların bütçesi, hem de muhasebe işlemlerinde dönen paranın doğru bir şekilde denetiminin ve takibinin yapılmasının sağlanması, hastane iç ve dış etkenlerine yönelik analiz sonuçlarının doğru raporlanması sonucu etkili öngörüler elde edilmesi, doğru bir şekilde analizlerin değerlendirilip, kaliteli hizmet verilebilmesi için sistemin temel amaçlarını oluşturmaktadır (www13).

Sağlık enformasyon süreci; doğru bilgiyi, eksiksiz bir havuz içinde toplayarak, ihtiyaç duyulduğu an karar vericinin onayına sunabilen yönetime destek veren bir yapıdır. Klinik bilgi sistemleri, Yönetimsel ve finansal sistemler, Stratejik karar destek sistemler'e destek verir. Hastaneye ilk girişte hasta kayıt anından , Doktor'un teşhisi koyduğu ana kadar tüm süreçler içerisinde yönetim sürecini saran zincirleme bir ağ yapısıdır (www14).

Sağlık Hizmetleri'nde kaliteli **sağlık bilgi sistemleri**'ne ulaşabilmek için; verilerin doğru ve eksiksiz güvenli bir şekilde girilmesi, enformasyon sürecinde uygun analizlerin ve raporlamaların yapılarak anlamlı bilgilere dönüştürülmesi sağlanmaktadır.

Bu sistemin etkin yönetilmesi sonucu, karar vericilere yüksek standartlarda hizmet olanakları sağlanacaktır.

2.2. Sağlık Bilgi Sistemleri Yapısı

Globalleşen dünyadaki teknolojik gelişmeler, sağlık sektörünü de etkileyerek dijital yaşama uyumunu zorunlu hale getirmiştir. Sağlık bilgi sistemleri; verilerin anlamlı bir hale dönüştürülüp, bilgi halini alması sayesinde karar mekanizmasına sahip olan sistemlerdir. İlk adımda, veri girişi ve bilgi güvenliği önemli olduğu için, sağlık bilgi sistemlerinin kullanıcıları, donanımlı personellerden oluşturulmalıdır.

HIMMS (Sağlık Bilgileri ve Yönetimi Sistemleri Derneği) Sayesinde kağıtsız hastaneler yaratmak için dijitalleşme çalışmalarının yönetilmesini sağlayan **EMRAM** (Elektronik Medikal Sağlık Kaydı Adaptasyon Modeli) yol gösterici olmuştur. Bu model sayesinde Uluslararası anlamda bir standart oluşturulması hedeflenmiştir. Türkiye’de olduğu gibi farklı ülkelerde de kullanılmakta olan bir modeldir . Hastanelerde dijitalleşme sonucu, işleyişte yaşanan eksikliklerin giderilerek pozitif yönde fayda sağlanmasıyla uluslararası boyutta yüksek kaliteli hizmet veren sağlık sistemlerine ulaşabilmek hedeflenmiştir. Hedeflenen amaçların HIMMS tarafından denetlenmesiyle ulaşılan seviyeler belirlenerek 6.ve 7. aşamaya geldikleri kabul edilen hastaneler için uluslararası HIMSS Derneği tarafından EMRAM adaptasyon modelini etkin bir şekilde kullandıkları için akreditasyon belgesi verilmektedir. (www15).

T.C. Sağlık Bakanlığı’nda, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından, **Ulusal Sağlık Sisteminin (USS)** altyapısı olan e-Nabız sistemine veri gönderimi konusunda bilgi güvenliği için denetlemeler yapılmaktadır (www16). Kağıtsız hastaneler için, kişilerin kendi bilgilerine internet erişimi olan hemen her yerden cep telefonu ve tabletlerinden bile istedikleri zamanda ulaşabildikleri sağlık verilerinin kayıtlı olduğu , kişisel sağlık sistemi olan e-nabız büyük önem taşımaktadır. **E-Nabız** kişisel sağlık sisteminde 1 Ocak 2015 tarihinde hayata geçirilmiş şu an Türkiye’de 9 milyon kullanıcıya ulaşılmıştır (www17).

2013 yılında, Sağlık Bakanlığı ve HIMMS işbirliği ile yapılan bu proje sayesinde 2018 yılında hedeflenen 169 hastanede seviye 6 : hastanelerin dijitalleşme sürecine ilk adımı atılmıştır. Yeni hedef, HIMMS ‘da 7.seviyeye gelerek tam dijitalleşmeyi gerçekleştirebilmektir. Hastanelerde, Dijital hastane sürecinin devamlılığı için her 3

yılda bir yeniden denetimle, var olan sertifika yenilenmekte ya da kaybedilmektedir (www18).

Ülkemizde 2012 senesinden sonra Sağlık Bakanlığı tarafından “**Kağıtsız Hastaneler**” (**Dijital Hastaneler**) projesi kapsamında , hastanelerde dijitalleşme adına yapılan çalışmalar sonucu önemli gelişmeler olmuştur. HIMMS ile bütünleşmiş olarak yürütülen çalıştaylar, sempozyumlar hastanelerdeki dijitalleşme süreçlerini desteklemiştir (Sebetci vd., 2017).

Ülkemizde, sağlıkta gelişim ve dijital dönüşüm hedefleri doğrultusunda; hastanelerde kağıt kullanımı azami seviyeye indirilerek, mobil uygulamaların hayata geçirilmesinin desteklendiği, hastaların tedavi bilgilerinin bir sistem aracılığıyla kaydedildiği , gerektiğinde karar vericiye anında hizmet verecek klinik karar destek sistemleri uygulanmaya başlanmıştır.

EBYS (Elektronik Belge Yönetim Sistemi); Bilgi sistemlerinde; veriler toplandıktan sonra anlamlı bilgilere dönüştürülmektedir. Dijital hastanelerde karar vericilere destek verilmesi amacıyla; tüm bilgilerin saklı tutulduğu, Sağlık Bakanlığı tarafından da denetlenen güvenilir bir sistem tarafından bilgiye ihtiyaç duyulduğu an da ulaşabilmeyi mümkün kılmıştır.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü kapsamında yürütülen **Sağlık Bilişim Ağı (SBA)** projesi 2014 yılında hayata geçirilmiştir. Ülke genelinde tüm kişi ve sağlık kuruluşlarının sağlıkla ilgili verileri hızlı ve güvenilir bir ortamda ortak kullanabilmesini sağlayan büyük bir projedir. Ülke genelinde entegre bir sağlık sistemine sahip olmak için bilgi teknolojilerine maksimum düzeyde ihtiyaç vardır. Bunun için e-Nabız, online protokol, kimlik ve adres paylaşım, MEDULA takip ve provizyon sistemleri, merkezi hastane randevu sistemi, ilaç takip sistemleri, hasta bilgi sistemleri, etkin karar verme yazılımları, çekirdek kaynak yönetim sistemi, teletıp, e-belge yönetim sistemi, kurumsal e-posta yönetiminin sağlanması, kurumlararası anlık görüntülü haberleşmenin sağlanabilmesi, bilgilerin dosya olarak paylaşılabilir olması ve video konferans sistemlerinin entegrasyon ve bağlantı adına problemi olmayan bir sistemle, en üst seviyede fayda getirecek şekilde çalışmak zorundadır. Ulusal ölçekli Sağlık Bilişim Ağı projesi verilerin doğru bir şekilde bilgiye dönüşümünün elde edilerek, sağlık hizmeti planlamasına katkı sağlaması için oluşturulmuştur (www19).

Gelinen noktada sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi sürecinde kullanılmakta olan sistemlerden bazıları **MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi)** , **ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi)**, **Sağlık-NET**, **Mobil Sağlık ve İlaç Takip Sistemleri**'dir.

2.2.1. Merkezi Hastane Randevu Sistemi

Hem sağlık hizmeti almak için başvuran hem de sağlık hizmetini verenler arasında zamanı kısaltmak için kullanılan çok önemli bir sistemdir. Doktor ve hastaların arasında gün ve saat belirli olup, birbirleriyle randevulaşabildiği bir uzantıdır. Vatandaşlar, 182 numarasını arayarak istedikleri hekimi seçip randevularını alabilirler. Kişilerin tüm geçmiş randevuları, sistemde saklı tutulmaktadır. Eylül 2009'da sistemin temelleri atılmıştır. İlk kez 2010 Şubat ay'ında pilot bölge Erzurum ve Kayseri illerinde uygulanmaya başlanmıştır. 2012 Mart ay'ında 81 ilde tüm hastanelerde 30,000 doktorun kullanımıyla başlamıştır. Daha sonra 2013'de de bütün aile hekimleri sisteme eklenmiştir (Gündem E-sağlık Dergisi,2013).

MHRS sayesinde; hastane koridorlarında bekleyen hasta sayısını en aza indirmek, talep edilen hekim alanlarına ihtiyacı öngörebilmek hedeflenmiştir. E-devlet uygulaması üzerinden, E-nabız'dan da sisteme giriş yapılabilir. Bu sistem sayesinde hastanelerdeki kaosu önlemek amaçlanmıştır. Hem hastane çalışanlarının hem de hastaların daha huzurlu bir hizmet alışverişi içerisinde olmaları hedeflenmiştir. Sağlık politikalarına büyük oranda katkı sağlayan bir uygulamadır.

2.2.2. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi

Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu kaynakların planlanması, yönetilmesi ve izlenmesine destek sağlamaktadır. İçerisinde 6 alt birim bulunmaktadır.

- **İnsan kaynakları yönetim sistemi:** Tüm personelin kayıt altına alındığı ve atamalarının yapılarak bilgilerinin yönetildiği sistemdir.
- **Temel sağlık istatistikî modülü:** Hastane bilgi formları, diyaliz merkezleri bilgi formları, acil sağlık hizmetleri
- **Malzeme kaynakları yönetim sistemi:** Bakanlığa bağlı tüm sağlık kurumlarının demirbaşları, ihtiyaç fazlası ürünlerin stok takibi buradan yapılmaktadır.

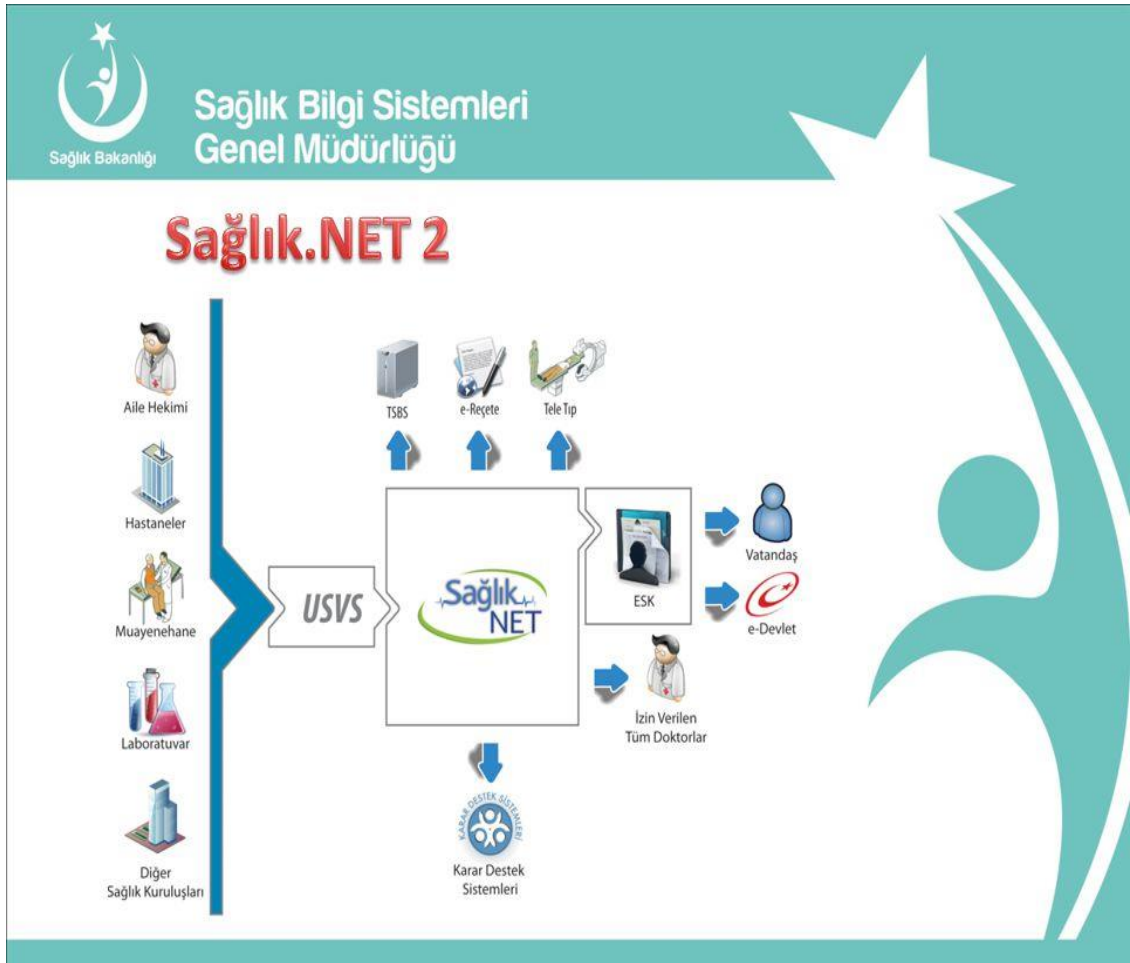
- **Yatırım takip sistemi:** Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan tüm binaların tapu bilgilerinin, doğal afet olaylarına karşı analizlerinin ve denetimlerinin takibi yapılmaktadır.
- **Özel sağlık kuruluşları yönetim sistemi;** Sağlık kurumlarına ait tüm müsaade izin ve süreçlerinin izlenmesi, hekimlerin çalışmaya başladıkları ve faaliyet gösterdikleri yıllara dair tutulan kayıtlar, hakettikleri hakediş izin belgelerinin yönetimi bu sistem sayesinde yapılmaktadır.
- **Karar destek sistemi;** üst düzey yöneticiler öncelikli olmak üzere her kademedeki personel için oluşturulmuştur (www20).

2.2.3.Sağlık-NET Bilişim Sistemi

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi olarak oluşturulmuştur. Ulusal ve uluslararası standartlarda olan, gizlilik sağlanmak koşuluyla, güvenilir veri toplayan ve karar vericiye bilgi sunan bir sistemdir. Bu sistemde; tüm sağlık verilerinin tek bir veri tabanında toplanarak raporlara dönüştürülmesi, kişilerinde kendi sağlık kayıtlarını görüp, en son karar vericiye hızlı ve doğru karar aldirabilmek hedeflenmiştir. Hizmet veren sağlık kuruluşlarının bulunduğu lokasyonlar taşra ya da merkez farketmeksizin, hastanelerden gelen verilerin toplandığı ana veri tabanıdır. Elektronik sağlık kayıtlarının oluşturulmasının sonrasında, veri akışının hızlı bir şekilde sağlanarak karar vericiye destek vermesi amaçlanmaktadır. Birinci basamak tedavi merkezleri, ikinci basamak tedavi merkezleri, üçüncü basamak tedavi merkezleri, özel sağlık kurumları, aile hekimleri, polikliniklerin hepsi ortak bir bilgi sistemi içinde beraber çalışmaktadır. Sağlık-Net bilişim sisteminin amacı; tüm kurum ve kuruluşlardaki verileri toplamaktır. Bu sürecin devamı olarak e-nabız uygulaması yapılmış ve bu uygulamada da başarıya ulaşılmıştır. E-nabız aynı zamanda E-devlet üzerinden kişilerin kullanımına da açık bir uygulamadır. E-Sağlık sistemini meydana getiren en önemli bileşenlerden biridir (Hülür, 2015).

İçerisinde; Minimum Sağlık Veri Setleri (**MSVS**), Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (**USVS**), Sağlık Kodlama Referans Sunucu (**SKRS**) 'sunu barındırmaktadır. Sistemin içinde Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (**USVS**) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (**SKRS**) , sağlık verilerinin tanımlanması ve standart halde elde edilmesi aşamasında önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde sistemin; izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilmesini sağlamaktadır. (Ceyhan, 2014: 8)

2012 yılından önce tüm eczaneler tarafından kullanılmak zorunda olan Medula sağlık sistemi ile SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile anlaşmalı eczanelerin, reçete provizyon sistemiyle fatura oluşturup, SGK tarafından geri ödeme bekleme şeklinde bir uygulama kullanılmaktaydı. Tüm vatandaşların sağlık kayıtları medula sistemi ile Tc Kimlik numaralarından oluşan bir sistemde toplanıyordu. Sistem 2014’de tamamen çöktükten sonra Sağlık Net 2 oluşturulmuştur. Aile Hekimleri’ne gidenler Sağlık Bakanlığı genel bütçesinden desteklediği için, SGK tarafından ödeme yapılmadığından Aile hekimliği ile Sağlık - Net birbiriyle entegre çalışmamaktaydı. Bu yüzden kişilere ait hastalık geçmişlerini görebilmek için iki sistemin birleştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu sistem sayesinde tüm veriler bir sistemde entegre olarak toplanmış oldu. (Koçkaya, 2012).



Şekil 4: Sağlık-NET 2 Bilişim Sistemi Genel Yapısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

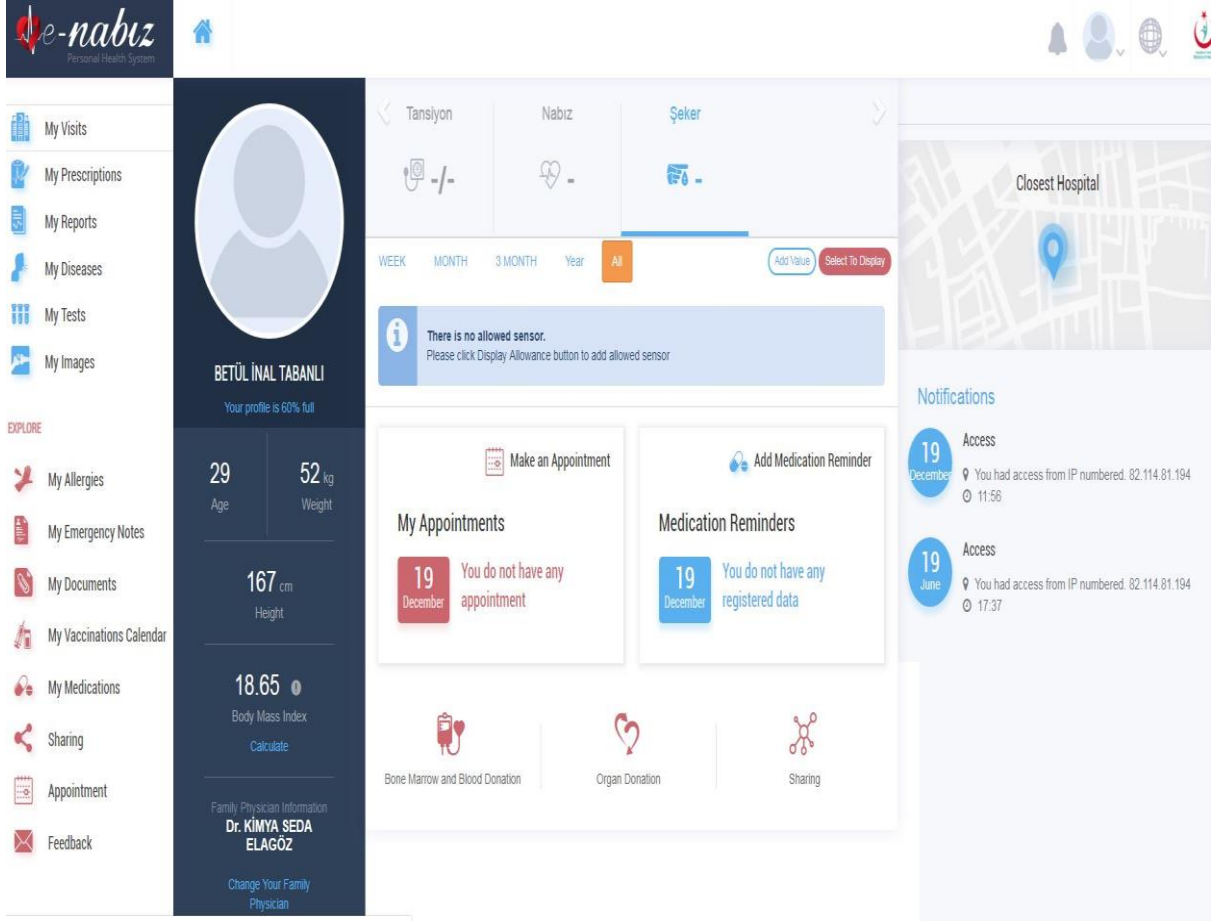
Genel Minimum Sağlık Veri Setleri içerisinde; Reçeteler, tetkiklere ait röntgenler, anne-çocuk sağlığı takibi, aşılar, ağız ve diş sağlığı ve kan bağışi hizmeti bulunmaktadır. Hastanelerde HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri); hastaneye ait finans-muhasebe verileri haricinde, sağlık verilerinde alınabilmesi için Sağlık-Net ile entegre hale getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı sisteminde; Sağlık Kodlama Referans Sunucusu'nda (SKRS) bulunan tanımlı kodlar sayesinde, Hastane Bilgi Sistemi (HBS) yazılımı üreten firmalar, bu standartları göz önünde bulundurarak, Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) ve Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde (USVS)' de belirtilen ve ona uygun durumda yer alan veri standartlarının karşılaştırıldıkları anda birbirleriyle olan ilişkilerini takip edebilmektedirler. Bu şekilde tüm sağlık kurum ve kuruluşları, herhangi bir karışıklık olmadan, güvenilir ve anlaşılır bir şekilde sağlık verilerini tek bir çatı altında saklı tutulmasını sağlamaktadır (www21).

2.2.4. Mobil Sağlık

Sağlık uygulamaları ve tıbbi hizmetlerin mobil teknolojiyle kişilere sunulması mobil sağlık olarak tanımlanmaktadır. Bireyler kendi kendilerinin takipçisi olarak kullandıkları tabletlere ya da cep telefonlarına mobil uygulamaları kurarak kalp atış sayılarına, tansiyonlarına , günlük alınan kalori miktarına bakabilmektedirler. E-Nabız uygulaması, kişinin kendi sağlığını internet bağlantısının olduğu herhangi bir yerden girip takip etme ve geçmiş bilgilerine istediği zamanda ulaşabilme imkanı vermektedir.

E-Nabız sistemine iki türlü kayıt olunabilmektedir. E-devlet şifresiyle ya da aile hekimlerinden form alıp başvurarak geçici bir sms şifresi yardımıyla başvuru tamamlanmaktadır. Ayrıca kişilerin sadece kendi belirlediği yetki çerçevesinde hekimlerle bilgilerini paylaşabilme şansına sahip olduğu bir uygulamadır (www25).

E-Nabız sayesinde tetkiklerin tekrar yapıp kişinin bir daha zararlı ışınlarla maruz kalması önlenmektedir ve ekstra maliyetin önüne geçilmektedir. 1 Ocak 2015'den itibaren kullanıma sunulmuş olan bu kayıt sistemi içerisinde; sağlık tesisi, ziyaretlerim, tahlillerim, reçetelerim, görüntülerim, raporlarım, alerjilerim, hastalıklarım, acil durum notlarım modülleri bulunmaktadır. E-nabız hizmetine ilişkin örnek ekran görüntüsü Şekil 5'de yer almaktadır.



Şekil 5: E-nabız; Kişisel sağlık sistemi örneği

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, E-Devlet sistemi

E-Nabız kişisel sağlık sistemi, mobil uygulamalar sayesinde vatandaşların; acil bir durum içerisinde kaldıkları an, 112 acil tuşu aracılığıyla sağlık ekiplerine haber vererek en hızlı şekilde bulunulan bölgeye gelmelerini sağlamaktadır.

E-Nabız, kişilerin "tansiyon, nabız, şeker, ağırlık, adım, kalori, yaş, boy, organ bağışi" vb. bilgilerini sisteme dilerse kendisinin ekleyebilmesini, dilerse akıllı bilekliklerle, bluetooth özellikli ölçüm cihazlarıyla otomatik olarak sisteme istenilen yerden bağlanılıp veri gönderebilmesini sağlamaktadır. Böylelikle güncel sağlık bilgileri de hastanın izin verdiği ölçüde hekimlerin görebildiği kayıt sistemine eklenmektedir.

2.2.5. İlaç Takip Sistemleri

2005 yılında, ilaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliği kabul edildikten sonra 2006 yılında Medula sistemi ve SGK sistemiyle, eczaneler arası ilaç harcamaları takip sistemi oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı dünyada ilk defa ilaç firmalarının, ecza depolarındaki ilaçlarının takibini yapmak üzere bir sistem geliştirmiştir. Elektronik ürün kodu,

karekodlar ve barkod okutma sistemleri sayesinde ilacın üretim ve tedarik süreçlerini izlemektedir. Bu sistem sayesinde kaçak ilacın ülkeye girmesi engellenmiştir. 2010 yılı Ocak ayı'ndan beri kullanılmakta olan bir sistemdir (İnce, 2013).

İlaç Takip Sistemleri, aynı koda sahip bir ürün varsa ve sahte bir ilaçsa bunu önlemek için sağlık güvenliğinde önemli bir uygulamadır. Kişilerin daha sağlıklı hizmet alması için, sağlık bilgi sistemleri zincirinde önemli bir yeri vardır. İçerisinde; üreticiler, ecza depoları, hastaneler, eczaneler ve geri ödeme kurumlarını bulundurur. 2010 yılında İlaç Takip Sistemleri kullanılmaya başlamış ama aynı zamanda sistemde bazı problemlerle karşılaşmıştır. Problem; eczanelerin birbirinden farklı yazılım algoritması kullanmalarından kaynaklanmıştır. Aynı ilaç bir eczanenin barkod sisteminde okutulamazken, başka bir eczanede okutulabilmiştir. Bunun önüne geçmek için, Eczane Odaları Başkanlığı tarafından tüm eczanelere İlaç Takip Sistemleri'ne uyumlu yazılımlar kullanılması adına bilgilendirmeler yapılmıştır (www22).

İlaç Takip Sistemleri'nin Amaçları;

- Vatandaşların güvenli ilaçlara erişiminin sağlanması,
- İlaçta sahte üretimin önüne geçilmesi,
- Barkod bilgilerinin sahteciliğinin ortadan kaldırılması,
- Piyasadaki ilaçlar hakkında genel veri kontrollerinin sağlanması'dır (Yasemin, 2012).

Uluslararası anlamda Türkiye'nin de içinde bulunduğu, OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcamalarının olduğu Şekil 6'da da görüldüğü gibi Türkiye, OECD Ülkeleri arasında en düşük ilaç harcamaları oranına sahip ülke konumundadır.

Sıra No	Ülkeler	Kişi Başı İlaç Harcaması (SGP USD)
1	ABD	1.010
2	Kanada	771
3	Belçika	736
4	Japonya	718
5	Almanya	668
6	İrlanda	666
7	Fransa	651
8	Yunanistan	599
9	Avusturya	588
10	Macaristan	574
11	İsviçre	562
12	Avusturya	561
13	Slovak Cumhuriyeti	535
14	İtalya	514
15	Slovenya	513
16	İzlanda	512
17	OECD Ortalaması	497
18	İspanya	492

Sıra No	Ülkeler	Kişi Başı İlaç Harcaması (SGP USD)
19	İsveç	478
20	Finlandiya	473
21	Portekiz	473
22	Kore	454
23	Hollanda	450
24	Çek Cumhuriyeti	439
25	Norveç	414
26	Lüksemburg	399
27	İngiltere	367
28	Polonya	321
29	Estonya	311
30	Yeni Zelanda	297
31	Danimarka	295
32	İsrail	274
33	Türkiye	223
34	Şili	204
35	Meksika	70

Şekil 6: OECD Kişi Başı İlaç Harcamaları (2012)

Kaynak: OECD Sağlık istatistikleri 2014, M.Atasever (Türkiye İlaç Sektörü Analizi Kitabı, Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2003-2013 Dönemi)

Türkiye, OECD Ülkeleri arasında geride olmasına rağmen; sağlık alanında yenilenme sürecinde aktif bir şekilde yenilikler peşinde koşan bir ülkedir. Uluslararası anlamda sağlıkta ortak bir dil oluşturulması ve OECD ülkeleri içerisinde yer alıp, onlarla ilişkili olması Ülkemizdeki sağlık sisteminin gelişimine katkı sağlamaktadır. Türkiye ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı herhangi bir hastaneden, yurtdışındaki herhangi bir hastaneye sağlık verisi alışverişi yapabilecek bilişim alt yapısına da sahiptir. Hastaneler, Uluslararası düzeyde aynı HL7 (sağlık mesajlaşma iletişim standardı) standartlarını kullanmakta olup birbirleriyle ortak dilde konuşabilmektedirler. Bu sayede sağlık standardımız daha da yükselmektedir. Gelişim hedeflenirken bazı uygulamalarda geriye giden durumlarda karşılaşmamız kaçınılmazdır, çünkü Türkiye gelişmekte olan bir ülkedir. Eksiklikler giderildikçe, iyi durumda olan ülkelerle kendini karşılaştırdıkça, sağlıkta ivme kazanan bir grafik izleneceği kesindir.



Türkiye

2010 yılından beri ilaç takip sistemini kurup sistemine tam olarak entegre etmiş dünyadaki ilk ülke



Avrupa Birliği

Temmuz 2011 yılında Sahte İlaçlar Direktifini yayınladı Serileştirmeye (Datamatrix) son geçiş tarihi 2018 olarak belirlendi.



Amerika Birleşik Devleti

Birim seviyede takip sistemine geçiş için 10 yıllık uygulama zaman çizelgesi var (2013-2023) Ürün tanımlayıcı olarak 2D data matrix kullanılmakta



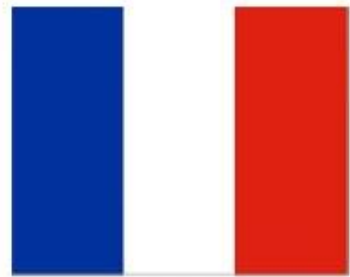
Güney Kore

En çok kullanılan ürünlerin %30'u 2015 yılının başında, geri kalanı yıl sonunda serileştirildi Datamatrix yerine RFID etiketleme sistemi kullanılmakta



Hindistan

Hızla büyüyen sahte ilaç piyasası Sadece ithal ürünlerin izlenebilirliği sağlanabilmekte Serileştirme işlemleri için projeler devam etmekte



Fransa

Türkiye'nin yakın takipçisi Birim olarak takip sistemi yok fakat parti olarak takip edilmekte CIP13 numarası, parti numarası ve son kullanma tarihini içeren datamatrix kod kullanılmakta

Şekil 7: Uluslararası İlaç Takip Sistemi'nde Türkiye

Kaynak: <https://its.tiga.com.tr/turkiye-ve-dunyada-ilac-takip-sistemi/>

Türkiye, Şekil 7 'de de görüldüğü gibi 2010 yılından beri İlaç Takip Sistemi kurup, dünyada ilk entegre ülke olmasına karşın yine de OECD ülkelerinin gerisinde kalmıştır. Bu durumu etkileyen başka sebeplerde vardır; Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, sosyo-ekonomik durumları, sağlık harcamalarına ayırdıkları ekonomik bütçenin payı, nüfus oranlarının yapısı ve karşılaşılan hastalık düzeylerinin farklılaşması da geri sıralamada kalmasına neden olmaktadır.

BÖLÜM 3 : SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi M.Ö.'ki zamanlardan günümüze kadar gelen ve hala da devam eden uzun bir süreci kapsamaktadır. Kültürler, coğrafyalar, zaman ve mekan değişse de insan sağlığının önemi büyük olduğu için, şansa bırakılmaması adına kalitenin en iyi standartlara getirilmesi gerekmektedir. M.Ö. Hipokrat' a ait onun yazdığı mesleki uğraş kurallarının uygulanması, Mısırlıların belgelemek için kumaş türü yazı kağıtlarına yazdıkları tıbbi uygulama içerikleri, Çin hanedanının; tıp görevlilerinin önce bir sınava girmesini şart koşup ardından gerçek bir hekim olunabileceğini öngörmesi, M.S.'ki yıllarda da İran'da sağlık için çalışan kişilerin önce bir sınava girilmesinin şart koşulması, günümüze nazaran o günün şartları değerlendirildiğinde geçmişte yer alan önemli düzeyde kalite gelişimindeki aşamaları gösteren bazı örnekler arasında yer almaktadır. (Kaya, 2005: 17-18).

Bu durum yakın geçmişteki zamanı ele aldığımızda 1914 yıllarında, Sağlık hizmetleri kalite adına değerlendirildiğinde, kalite ölçümüyle ilgili ilk çalışma Codman'ın hastane standartlarını belirlemek amacıyla yaptığı uygulamadır (Akgün, 2005: 75). Codman 1914'de yaptığı istatistiki çalışmalarla teşhislerin doğruluğunu, tedavinin aşamaları ve ne kadar yararlı olup olmadığını, ameliyatın nasıl geçtiğini ve faydasının dokunup dokunmadığını incelemiş bu şekilde hizmet verenlerin yeterliliğini ölçmeye çalışmıştır (Esatoğlu, 1997: 6). Sağlıkta kalite adına değerlemeler; personeller tarafından verilen bakım sürecini ve sonuçlarını ölçerek araştırmaya yön veren sorular ışığında;

1. Sorunun kaynağı hasta mı?, sistem mi? ,yoksa sağlık çalışanı mı ? öncelikle bunu belirlemek.
2. Her bir gösterge, hangi aralıklarla olmuş bunu belirlemek.
3. Önlenbilir sorunların tekrarlanmaması için değişkenleri düzeltmek ya da eksik yanları belirlemek olmalı.

Bunun yanı sıra, farklı araştırmacılar da sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesine farklı ölçütler belirlemişlerdir. Örneğin; Kavuncubaşı (2000)'ya göre:

“Etkenlik : bilime dayanan doğru bilgilerle, hastaya eldeki imkanlarla sunulabilecek sağlık hizmetinin sonucudur.

Etkililik: Tedavi gerçekleştikten sonra, uygulamanın yapıldığı hasta durumundaki kişi de tedavi sonuç verip iyi yönde seyreden bir grafik halinde iyileşme gözlenirse, sağlık hizmeti kaliteli olarak kabul edilmektedir.

Verimlilik hali: Hizmetlerin fiyatları birbirlerine göre karşılaştırıldıklarında maliyeti diğer hizmete nazaran daha uygun olan hizmet, her zaman daha kaliteli sayılmaktadır.

Optimum seviye hali: Tedavi gören kişinin aldığı hizmetin, hizmet için ödediği maliyetle arasındaki optimal seviye ilişkisini gösteren haldir.

Kabul Edilebilir olma : Hizmet sonucu, hizmeti alan kişi ve yakınlarının memnuniyet ve beklenti düzeyine uygun olması durumudur.

Yasal olma: Sağlık kurumları tarafından vatandaşlara sunulan hizmetlerin ülke çapında ve uluslararası düzeyde denetlenerek uyumlu olması durumudur.

Eşit olma durumu: Tüm vatandaşlara ilginin erit şekilde dağıtılması. Hastaların elde ettiği faydanın aynı derecede olmasıdır.’’

Amerikan Tıp Birliği Yönetimi (The American Medical Association’s Council on Medical Service) sayesinde oluşturulan çalışmada; sağlık kurumlarında alınan bir tedavi hizmetinin en iyi düzeyde ve fayda da olması için bazı unsurlar belirlenmiştir(Özgen, 1995: 49). Bu unsurlar için tedavinin; yüksek kaliteli teknolojik ekipmanlarla verilen hizmetler ve işe ilgili bir personel tarafından; öncelikle tıbbi kayıtların doğru ve teşhisi için yeterli düzeyde olmasının sağlanması. Teşhisin tanısında hastayla başarılı bir diyalog kurulması gerektiği, istenilen tedavi çıktısına ulaşabilmek için uygun teknolojiye sahip olunması. Hastaya iyi olacağına dair streten uzak güzel düşünceler aşılanmalı. Tıp biliminin ilkelerine uygun teknoloji ve profesyonel yaklaşım benimsenmeli.Ve mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanmalıdır.

Özbay’a göre ise; hizmet kalitesi değerlendirilirken 2 farklı boyutta ele alınmalıdır. Bunlar Klinik kalite ve Hizmet kalitesi’dır.

“Klinik Kalite

Çalışanların ve hastaların memnuniyetlerinin arttırılması, doğruluğunun gerçekliğine inanılan tedavi uygulamalarıyla yerinde teşhis ve tedavi hizmetinin sağlanması. Oluşabilecek herhangi bir hataya karşı sıfır hata anlayışı benimsenmeli ve dikkatli olunmalı ve bakım sürecindeki proseslerde iyileştirme sağlanmalıdır.

Hizmet Kalitesi

Sağlık çalışanlarının yeterli kaynak ve ekipmanlarla eğitilip deneyimlerini geliştirerek en başta hasta-çalışan iletişiminin güçlendirilmesi ve işletmedeki çalışanlara sağlanan temizlik, yemek, hastane dizaynı gibi iyileştirmelerle kaliteyi yükseltmek hedeflenmeli bu sayede guleryüzlü ve işe daha ilgili personeller, daha temiz hastaneler, kayıt işlemlerinde hızlı erişim olanakları ve sağlık hizmeti veren işletmelerin işleyiş yapılarının kalite etkisini göstermesi, etkili işleyişe sahip olması, en iyi sonucu veren yönetim ve yüksek performansa ulaşmaları sağlanabilmektedir”(Özbay, 2013).

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kalite Yapılanması

3 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Bu yıllarda düzenli bir kayıt sistemi gelişmemiştir. Ancak 1946 yılı’nda Cumhuriyet dönemi zamanında gerçekleştirilen ilk yazılı sağlık tasarısı olan; geleceğe yönelik 1. On yıllık ulusal sağlık planı oluşturulmuştur.

Daha sonra 1990’lı yıllarda sağlık hizmetlerinde; Sosyal güvenlik kurumlarının bir arada toplanarak, genel sağlık sigortası kurmayı öngörmesi, hastanelerin başlı başına yeterli donanıma sahip bir şekilde geliştirilmesi, Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin tam olarak yapılmasına dair öngörülerin ortaya atılması, girişimler ve denetimlerin olması, hastaların ilk olarak başvurması gereken birincil basamağın aile hekimleri olması gibi yenilikler öngörülmüş fakat yeterli uygulama alanı bulunmadığından yetersiz kalmıştır (www23).

Daha sonra 2003 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sınırları içerisinde gerçekleşen ; halkın sağlığını güvence altına almak, yaşam kalitesini arttırmak amacıyla düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler ışığında Sağlık Bakanlığı’nın yapılandırılmasında; vatandaşların hepsinin genel sağlık sigortası kapsamına alınması, aile hekimliği uygulamasının benimsenmesi, anne ve çocuk

sağlığına daha çok önem verilmesi, koruyucu hekimlerin etkinliğinin artırılması ve sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi sayesinde, sağlıkta memnuniyet ve hizmet kalitesinin artması hedeflenmiştir (www24).

Türkiye’de “Sağlık Reformu”, 1980’li yıllarda SAĞ-KUR ile ortaya çıkmıştır. Türkiye’ nin ekonomik alanda kalkınmasını sağlayan Devlet planlama örgütü önderliğinde, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği sonucu; Sağlıkta Dönüşümün ana hatları belirlenmiştir. Master Plan Etüdü çalışmaları sonucu raporlamalar yapılarak, sağlık sektörüne ait genel durumun hatları belirlenip süreçte yenilenme ve gelişim sağlamak adına Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Yöntemleri geliştirilmiştir (Özsarı, 2002: 24).



Şekil 8: Sağlıkta Ulusal Kalite Yapısı

Kaynak: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Sağlık hizmetleri, canlı hayatı açısından çok büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle kurumlar sıfır hata noktasında çaba göstermeli ve verdikleri hizmette hastalar açısından tercih edilebilir olmak için kaliteli hizmet sunma seviyesini en üst kademeye çıkarmalıdır (Kotler, 2003:51).

Ülkemizde hem devlet hem de özel hastanelerde vatandaşlar için tedavi hizmeti sunulmaktadır. Fakat vatandaşlar; hastanelerdeki personelin davranışlarına, kullanılan tıbbi cihazların yeni olmasına, tedavi süreçlerinin hızlı yönetilmesine göre memnuniyet oranlarını göz önünde bulundurup sağlık kuruluşları arasında kendi seçimlerini yapmaktadırlar. Bunun içinde kurumların sürekli olarak hizmet kalitesini arttırmak adına çaba sarfetmesi diğer kurumlarla rekabet edebilir üstünlüğe ulaşması

gerekmektedir. Hastanelerin ve sağlık kurumlarının verdikleri hizmette, hizmeti alan hastalar tarafından memnuniyet düzeyini yükseltebilmeleri için yüksek standartlarda kaliteli hizmet sunmaları bir gerekliliktir.

Toplumsal anlamda da, vatandaşların her birinden yola çıkılarak tümevarım yöntemiyle Türkiye’de ki Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi’ni incelediğimizde; her şeyden önce bireylerin mutlu ve sağlıklı olması bizi refah toplumlar seviyesine ulaştıracaktır. (Aslantekin ve ark., 2007: 55).

Sağlık hizmetlerinde kalite üç grup’ta incelenmektedir. Bunlar; kalitenin nitelik olarak durumu, kişilerin birbirini doğru bir şekilde anlaması adına iletişimsel gücü ve sağlık hizmetlerinin günlük yaşamı kolaylaştıran yapıda olması yanı olarak açıklanmaktadır (Turner ve Pol: 1995:5).

“Yöntem yolu olarak bakıldığında; hastaya verilen sağlık hizmetinin optimum seviyede fayda sağlayarak niteliksel kalite gücünü görebilmek için ilgili hekim tarafından doğru teşhisin koyulması gerekmektedir. Hastane bünyesindeki çalışanlar ve tedavi hizmetini alan kişiler arasındaki iletişimsel sürecin niteliği ise, hasta-hekim, hasta-sağlık personeli, hasta-tıbbi personeli ana başlıklarında kişilerin gülyüzlü ve ilgili olmaları, dostça yaklaşımları gibi faktörleri içermektedir” (Varinli ve Çakır, 2004:34-35).

Müşteriye göre kalite yapısı incelendiğinde ise; hastaların tedavi sonucu aldıkları hizmeti tükettiklerinden sonraki algılama hissidir. Sağlık alanında yapılan hizmetlerin kalite değerlemelerini oluşturan faktörler aşığıdaki şekildedir;(Ayaz ve Soykan, 2002:23).

- Birbirine karşı beklenti duyulan güven seviyesi,
- İlgili ve yardımsever insanların oluşu,
- Nazik, ince davranışlı ve saygı gösterilen genel tutumlar,
- Dürüstlük ve doğruluğun temel ilke olması,
- Bireysel olarak hastalar için ve işletme adına kurumsal anlamda genel imge,
- Doğruluk’un benimsenmesi,

- Tedavi almak için hastaneye başvuran kişilerle ilgilenerek onlara karşı anlayışlı olup ne hissettiklerini anlamaya çalışmak,
- İletişimsel olarak bilginin tam ve doğru olarak net bir şekilde paylaşımının sağlanmasını gerçekleştirmek,
- Yakınlık bağı kurarak arada bir iletişim bağı oluşturmak
- Hastaların sahip olduğu sosyal güvenlik hakları dışında özde kişilik haklarına, saygı duyarak davranış şeklini ona göre ılımlı ve anlayışlı bir şekilde gerçekleştirmek ve yardımcı olmak.

Frost ve Kumar (2001)' i hizmet kalitesinin sağlanamama durumlarının nedenleri arasında; hastane personellerinin genel yapı içerisinde uygun görev dağılımını yerine getirememesinden, iletişimsel süreçte doğru bilgiye ulaşmanın zor olması, var olan iş temposunda aktif çalışan personel arasındaki uyuşmazlıklar, yetkin donanımlı personelin olmayışı ya da zayıflığı, teknolojik alt yapıdaki eksiklikler, yazılım ve donanımlardan meydana gelen problemler ve uyuşmazlıklar, çalışan personellerdeki rol karmaşıklığı, güven duygusunun olmaması, yöneticilerin yetersiz öngörülere sahip olması, aksaklıkların oluşumunu tetikleyerek hizmet kalitesizliğinin kaçınılmaz olduğunu ileri sürmektedir.

Bir hasta gözüyle bakıldığında, algılanış biçimindeki fayda da; Hastanın hastaneye adım attığı andan kayıt kabul birimine başvurduğu andan itibaren o hastane içerisinde geçirdiği zaman, hizmeti almak için ödediği maliyet, o süre zarfında beklerken ki psikolojik durumu, daha sonrasında hastalığına dair tedaviye teşhis konulduktan sonra, iyileştikten sonra aldığı hizmetten ne kadar verim aldı ? ve memnuniyet düzeyine ulaştı ?, tüm bu sürecin aktif yönetilmesi durumunda elde edilen bir kişiye dair kalitenin etkisinin hasta memnuniyeti açısından algılanma düzeyidir. (Dursun ve Çerçi, 2004:12).

Sağlık sektöründe müşteri (hasta) beklentileri ise; doktorların-hemşirelerin ilgi ve yakınlık göstermesi, doktora-hemşireye güven duyabilme, çalışan personelin kayıt işlemlerini kolay ve hızlıca gerçekleştirmesi, hemşirelerin- doktorun öngördüğü tedaviyi tam olarak uygulaması, hastane personelinin donanımlı ve yeterli sayıda bulunması, hekime ihtiyaç duyulduğunda ulaşabilmek, hastanenin sessizliği ve temizliği, yemek tedarik edebilme noktalarının temizliği (kantin,yemekhane vs.) ,personelin arandığında

hızlı cevap vermesi, hastalıkla ilgili yeterli derecede düzgün anlaşılır bir açıklama ve uygulanan tedavinin aşamalarının açıklanması ve ziyaret saatlerinin uygun olmasıdır (Özkan vd., 2006:63).

Türkiye’de sağlık hizmetleri sektöründeki kurumların sayısının fazlalaştırılması gerekmektedir. Çünkü gelişmekte olan genç nüfusun fazla olduğu ülkemizdeki nüfus artış sayısı durumuna göre yeterli sayı da değildir. Toplumun gelir düzeyinin artması, hastaların daha iyi hizmet beklemesine neden olmaktadır. Kalite, bir ülkede bölgeden bölgeye bile farklılık gösterebilmektedir. Sağlık işletmelerindeki çalışan hekim-hemşire sayılarının yetersiz olması, kullanılacak gereç ve donanımla ilgili cihazların yetersiz ya da eksik oluşu bu sektörde hizmet kalitesini yükseltmek açısından önemli etmenlerdendir (Zerenler ve Öğüt, 2007).

Hastaların aldıkları hizmetleri değerlendirmeleri, memnuniyeti algılama açısından olumlu ya da olumsuz güçlü bir bilgidir. Dolayısıyla aslında sağlık işletmeleri, yalnızca hasta memnuniyetinin kendi içinde ölçümünü yapması değildir. Kalite olarak hastanenin kendi içinde performansını sorgulayabilmesi verdiği hizmetin karşılığında aldığı geri bildirimlerle kendi kalitesini yükseltmek ve değerlendirmesi amacıyla kullanılabilir (Varinli ve Çakır, 2004).

Bir bireyden yola çıkılarak kaliteyi tanımlayıcı etmenler neler olmalı? Sorusuna örnek verdiğimizde; bir cerrahi operasyon sırasında, teşhiste hızlı, tedavi sürecinde doğru bir yol izlenmesi, acil serviste hastalıklara göre düzgün dizayn edilmiş ve işleyen bir sistemin var olması, kullanılan tedavi yöntem ve araçlarının günün bilimsel teknolojisine uygun olması , sağlık personelleri ve hastalar arasındaki ilişkinin iyi düzeyde olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde asıl ana hedef ; bireyden topluma tümevarımsal olarak, toplumun genel sağlık durumunun ileri seviyelerde refah düzeyinde olması olarak kabul edilebilir (Odabaşı ve Oyman, 2008: 150).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetlerinde müşteri denildiğinde, ilk zamanlarda yalnızca hastalar akla gelirdi. (Kartaloğlu ve ark. 2002:225). Günümüz koşullarında sağlık hizmetleri sürecinde yer alan tüm kişiler ve bağlı kuruluşlar müşteri potansiyelinde kabul edilmektedirler (Engiz, 1999: 411). Çünkü iç ve dış etkenler olarak hizmetin sağlanmasında etkileyici unsurlar vardır. Literatür incelendiğinde, işletmeyi meydana getiren içerideki

müşterilere ”iç müşteriler”, işletme yapısının dışında bulunan, genelde hizmeti alan hastalar ve yakınları ise dış müşteriler olarak adlandırılmaktadır. Dış müşteriler; hastalar, hastanın yakınları, ziyarete gelen kişiler, eczane kurumları, sağlık sigortası hizmeti veren şirketler, tıbbi mümessil firmaları oluşturmaktadır. İç müşteriler ise; örgüt çalışanları, danışmanlar ve şirket ortakları olarak açıklanabilmektedir. (Omachonu, 1990).

Hizmet kalitesini değerlendirmenin ana kriterlerden biri, hasta tatminini sağlamaktır. Herhangi bir sağlık kurumunun başarılı olabilmesi için temel koşul budur. Hastaların sağlık kurumuna başvurdukları andan itibaren; öncelikle hastayla empati kurulması, dürüstçe ve kapsamlı bilgilendirilmeleri, zamanında doğru teşhis ve bakım ile yardım edilmesi hasta tatmini için temel ilkelerdendir (Ağırbaş, 2002). Hizmet kalitesi, uzun dönemli bir süreç olmasına rağmen, hasta memnuniyeti kısa dönemli bir tutumu ifade etmektedir (Taylor ve Cronin, 1994: 36).

Sağlık işletmelerinde, hizmet kalitesinin niteliğinin saptanması için en önemli etken; müşteri tatmininin değerlendirilmesidir. Hastanelerde hasta tatmininin önemi Leebov ve Scott tarafından; insanlarla ilgili nedenlerin, mali ekonomik durumun etkisinin olduğu, stratejik tanıtım pazarlama tekniklerinin etkisi ve etkili olma durumuyla açıklanmıştır. (Kavuncubaşı, 2000: 294).

1. İnsanlarla ilgili nedenler: Kişilerin en temel hakkı en kaliteli hizmeti alabilmektir. Bunun için hastanedeki personelin düzgün bir süreç işleyişinde en kısa zamanda en doğru hizmeti hastaya sunması gerekmektedir. (Kavuncubaşı, 2000:295).
2. Mali ekonomik durumun etkisi: Hastaların aldığı hizmet için katlandıkları maliyettir. Hem hastanenin kendi iç işleyişindeki muhasebe denetimlerinin işletme bünyesi için takibi yapılmalı, hem de hasta için aldığı hizmete karşın razı olduğu maliyet fiyatlarının uygun olması ve en iyi hizmetin verilmesi amaçlanmalıdır ki hizmet kaliteli bir şekilde sağlanabilsin.
3. Stratejik tanıtım, pazarlama teknikleri etkisi: Hasta potansiyelini arttırmak için, müşteri tatmini tam sağlanmalıdır. Aktif pazarlama faaliyetleri ve öngörülen hizmeti sunarak, hizmetin gerçekleştiği an tatmin olmuş müşteriler yaratılacaktır. Ve bu durum müşteri sadakati ilişkisine olumlu yön verecektir (Kavuncubaşı, 2000: 296).

4. Etkili Olma Durumu: Hastalara son karar verici hekimler sayesinde belirlenen tedavi sürecini doktor önerileri doğrultusunda etkin ve tam olarak yerine getirilmesi halidir. (Kavuncubaşı, 2000: 297).

Günümüz sağlık hizmetlerinde kalite algısı rekabet silahıdır. Hastaneler içerisinde süreklilik sağlayarak hizmet kalitesini arttırabilmek ve bunu sıfır hata ile gerçekleştirmek rakiplere karşı üstünlük elde edip hizmet kalitesinin arttırıldığını gösterir (Tarım vd 2011, ss.1-24).

Modern tıbbın öngördüğü teknolojik uygulamalar sayesinde, “hasta merkezli” iletişim kurma yaklaşımları benimsenmelidir. Hastanede ilk basamakta yardımcı olan tıbbi personellerin, hizmet veren hemşirelerin ve son karar verici doktorların, teknolojiye uygun donanım ve eğitime sahip olması gerekmektedir. Bilişim çağına ayak uyduran sağlık personelleri sayesinde hastalara etkin kaliteli hizmet verilmesi beklenilmektedir (Ataç, 2009: 93).

İnsan sosyal bir varlıktır. Çevresiyle etkileşim içerisine girmek için iletişim kurmak istediği, her an konuşarak, yazarak ya da mimiklerle adeta hayatın merkezinde süreklilik arzeden bir sürece ihtiyaç duyar (Cüceloğlu, 2008: 55).

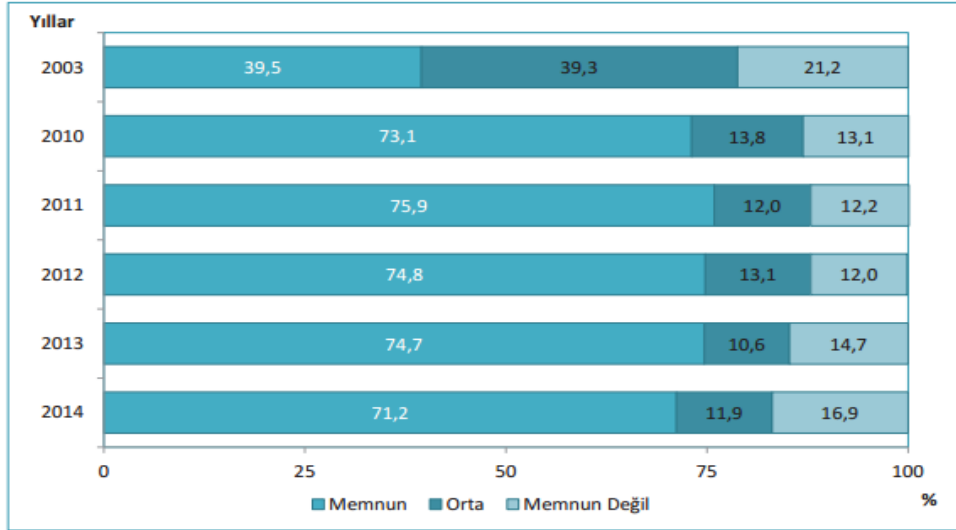
Empati, gündelik yaşamda da kişilerin birbiriyle kolay iletişim kurmalarında önemli role sahiptir (Yüksel, 2004: 341-354).

Bir kişinin kendisini eşduyusal olarak karşısındakinin yerine koyması ve o kişinin duygularını içgüdüsel olarak duyumsayabilmesi, onun bakış açısıyla bakarak bu durumu o kişiye iletebilmesi durumu empati sürecini oluşturmaktadır (Dökmen, 2008: 135).

Doktor-Hasta ilişkisinde iletişimsel başarı; doktorun hastanın sahip olduğu düşünceleri anlamasından geçer. Bunun içinde doktorun etkili iletişim kurma metotlarını uygulayarak hastayla önce empati kurabilmesi, onun yerine kendini koyarak doğru hissetmesi gerekir ki uygun tanıyı koyabilsin. Doğru tanı, etkili bir iletişimin göstergesidir, kişilerin sağlık inancı modeline pozitif katkı sağlar. (Yağbasan ve Çakar, 2005: 615).

Bu ilişkinin gerçekleştiği zaman diliminde, o anın kültür ve ekonomik şartlarında teknolojinin el verdiği kadarıyla hekimden beklenen davranış kalıpları ise memnuniyeti şekillendirir. (Türk psikiyatri dergisi, 2004:15s).

Aşağıda yer alan grafikte ise 2003-2014 yılları arasında TÜİK verilerinden alınan, sağlıkta yaşam memnuniyetinin yıllara göre değişimi gösterilmiştir.



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2014

Şekil 9: Yıllara göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (%)

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi en başta o ülkede yaşayan vatandaşların yaşam standartları, devletin sağladığı hizmetlerle belirlenir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık kuruluşlarının görevi değildir.

Devlet, sağlıkta standartları yükseltmek, vatandaşın aldığı hizmetten memnun kalması için elinden geleni yapmalıdır. Böylelikle vatandaşların kaliteli hizmet alarak daha sağlıklı ve huzurlu olmalarına yardımcı olacaktır (Varinli,1999:220).

3.2.1. Hasta Memnuniyetinde Hastaya İlişkin Faktörler

Tüketici memnuniyeti yani söz konusu hasta memnuniyeti, sağlık hizmetleri için temel bir gerekliliktir. Ve hizmet kalitesi ölçümünde bize yol göstericidir. Hastayla ilk olarak güzel bir iletişimsel bağ kurulması, kişisel ilgi düzeyinde özenli bir yaklaşımla buna dikkat gösterilmesi, kurallara uygun bir şekilde tedavi basamaklarının yerine getirilmesi ve bütünüyle tam olarak hasta hizmetlerini gerçekleştirmek oldukça önemli iki ana

etmemidir. Bu durum hasta tutumuna pozitif etki olarak yansımaktadır (Choi vd., 2005:140).

Hastalar, hekimlerle doğru bir iletişim ağı kurdukları an, eğer aldıkları hizmetten memnun kalırlarsa, hastanede bekleme sürelerini ya da muayene randevu takvimlerinde uzayan süreçleri göz ardı edebilirler. Aslolan hedef hekim hasta ilişkisinin memnuniyet düzeyinde ileri seviyede olmasıdır. Memnuniyet düzeyi sağlanan hasta, doktorunun teşhisine duyduğu güven sayesinde tedavi için önerilerini de ara vermeden gerçekleştirecektir (Kavuncubaşı, 2000: 298-299).

Hastanelerde özellikle yatarak tedavi gören kısımdaki hastalar daha çok hemşirelerle iletişim halinde bulunmaktadır. Bu yüzden yatarak tedavi gören hastaların tatmini, ayakta tedavi gören hastalara göre değişmesi muhtemeldir. Bu nedenle hemşirelerin gülyüzlü ve anlayışlı personel hizmeti vermeleri daha önemli hale gelmektedir.

Müşteri tatminine etki eden bir diğer önemli etken; hastaların katlandığı hizmetlerin ekonomik boyutudur. Sosyal güvenceye sahip olmayan veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Her hizmet sektöründe olduğu gibi sağlık sektöründe de hastalar, aldıkları hizmetin hem kaliteli hem de uygun olmasını istemektedirler.

3.2.2. Hasta Memnuniyetinde Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde, hastaneye gelen hastalar için müşteri memnuniyetini etkileyen en önemli bir konu da; bu hizmeti sunan personelin, hasta haklarına ve beklentilere uygun davranmasıdır (Zebiene ve ark.,2004).

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için, hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilmelidir. Hastalara değerli olduğunun hissettirilmesi; sadece bilgi vermekle olmaz, bunun yanında hastaya gerçekten ilgi gösterilmesi ve ne hissettiğini detaylı olarak can kulağıyla dinleyip ona zaman ayırarak sağlanabilir (Yılmaz, 2001: 73).

İşletmeler öncelikle temel görevi hizmet veren; çalışan personellerinin istek ve ihtiyaçlarını doğru olarak algılamalı ve beklentilerini karşılamak adına görevlerinin bilincinde olmalıdırlar. Çünkü işletmenin başarılı olup büyümesi; Mutlu çalışanlar sayesinde olacak ve böylelikle büyümesi ve daha çok kazanması sağlanacaktır. Tedavi

sonucu hizmetten memnun kalan hastada müşteri tatmini oluşup yine hastaneyi tercih etmesi muhtemeldir. Bu yüzden önce çalışan mutluluğu sağlanmalı, sonra hastalara gerçek bir hizmet kalitesi sunulmalıdır (Alcan, 1997).

Sağlık hizmetleri insanı ana merkez olarak görmektedir. Müşteriden önce hizmeti veren kişinin motivasyonu sağlanmalıdır ki, bunun sonucunda nitelikli hizmet gerçekleşsin ve müşteri tatmini oluşturulması sağlanabilsin. Hizmetin anlamı, kalitesi, memnuniyet düzeyi kişilerin değerlendirmesi sonucu oluşur. Bu yüzden daha fazla önem ve hassaslıkla yürütülmesi gerektiren insan yaşamını doğrudan ilgilendiren ve ilk etkileyen kurumdur. Çalışanların memnuniyet düzeylerine önem verilmelidir. Motivasyonu sağlanan personellerin memnuniyet duygusuyla mutlu bir şekilde daha kaliteli hizmet vermesi muhtemeldir (Aydın ve Kutlu, 2001).

Motivasyonu sağlanmış kurum çalışanlarının başarısı, müşteri memnuniyetinin elde edilmesiyle sağlanacaktır. İşletme, çalışanlar, hizmeti alanlar arasındaki bu üçlü çember döngüsü aktif bir işleyişle sağlandıkça, kalitenin artması kaçınılmazdır. Toplam kalitenin yönetim yaklaşımında benimsenmesiyle, müşteri memnuniyeti yüksek, başarılı işletmeler oluşacaktır. (Ünalın vd., 2006).

Toplam Kalite Yönetimi'nde de öngörüldüğü gibi; işletme içinde bulunan personelin memnuniyet düzeyini artırma çalışması yapılmazsa, bu şekilde hizmeti alan kişilerde memnuniyet duygusu yaratılamayacağı düşüncesi benimsenmektedir. Bu zincirlemede bütünsel memnuniyet duygusunun süregelen bir şekilde devamlılığı sağladığında ise kaliteli hizmet gerçekleşecektir. (Ünalın vd., 2006).

Hedeflenen toplam kalite yönetimi hedefi olarak; ilk önce hastanelerde çalışan personellerden beklenti duyulan yüksek verimin elde edilmesine yönelik onların esas ihtiyaçlarının neler olabileceği tespit edilerek en iyi şartlarda hizmet verilmelidir. Daha sonra motivasyonlarının devamlılığını sağlamak için iş konusunda da teknolojiye uygun eğitim seminerlerine gönderilmelilerdir. Kalite açısından hizmeti verenlere ve hizmeti alanlara ilişkin memnuniyet de önemli yer tutmaktadır. Bu çalışmada, müşteri memnuniyetine etki eden faktörler saptanarak tüm sağlık kurumu çalışanları ve hastane müşterilerinin memnuniyetleri değerlendirilmeye çalışılmıştır.

3.2.3. Hasta Memnuniyetinde Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Hastanenin, konum olarak merkezi noktada ulaşılabilir olması, otopark kapasitesi, asansörlerin var olup çalışabilir olması, merdivenlerin, katların, lavaboların ve odaların temizliği, kantinlerdeki verilen yemek hizmetlerinin kaliteli olması hastaların hastaneye duydukları memnuniyet düzeylerini etkileyen hem çevresel hem de kuruma dair önemsedikleri genel niteliklerdir. Hastanelerin kişiye evinde olduğu gibi konfor sağlayıp hissettirebilmesi bireylerin hastaneye duyduğu memnuniyet düzeylerini arttırmaktadır. Kurumun yarattığı rahatlık ve verdiği konfor duygusu sayesinde, yatarak tedavi gören hastalarda bu memnuniyet düzeyi daha da yüksek olacaktır ve hastaneye duyulan güven duygusu artacaktır. Hastanenin merkezi konumda olması hastaların daha az maliyete katlanıp hastaneye kolayca ulaşabilmesini sağlayacaktır. Asansörlerin çalışabilir durumda olması, özellikle yaşlılar ve yürüyemeyen hastalar için daha fazla önem taşımaktadır. Merkezi durumda olma, düzgün işleyen ekipmanlara sahip olma, kendini konforlu hissetme içgüdüleri memnuniyetin artırılması için önem verilmesi gereken en başta gelen konulardır. (Yılmaz, 2001: 74).

3.3. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi içlerinde denetimciler oluşturmalı ve hastane bünyesinde zaman içerisinde belirli periyotlarla düzenli araştırmalar yaparak elde ettikleri sonuçlara göre müşterilere sundukları hizmette gerekli düzenlemelere gitmelidirler. (Taşdemir ve Hayran, 2001)

Hastaneler açısından hasta tatminin ölçülmesi, personelin performansının değerlendirilmesinde ve yeni eğitim programları planlanmasına yol açacaktır. Ayrıca hastane yöneticileri hastalardan gelen bu geri bildirimler ile yeni politika ve stratejiler üretebileceklerdir. (Kartaloğlu ve ark. 2002: 226).

Hizmet kalitesini daha ileriye taşımak için hasta memnuniyetini belirleyen ölçüm yöntemleri üç şekilde gerçekleştirilmektedir. (Leebov ve Scott, 1994, s:89; akt; Esatoğlu, 1997, s:70):

- Hizmetin içindeki faktörlerin performans ölçümü; Alınan hizmete etki eden, hizmete dair tüm niteliklerin hedeflenmesi ve araştırılmasıdır.
- Hizmet için yapılan ölçümler: işletmenin müşteriye sağladığı hizmetin incelenmesine yönelik yapılan araştırmalar.

- Genel düzeyde işletme olarak müşteri memnuniyetinin ölçülmesi: işletmeyi tercih eden hastalar, hasta ziyaretçi ve refakatçileri, doktorlar, tıbbi personeller ve bilişim sistemlerine destek veren kurumların değerlendirildiği araştırmalardır.

Hasta, bir diğer deyimle hastane için müşteri memnuniyeti araştırmalarında bir çok farklı yöntem kullanılmaktadır (Crow ve ark., 2002: 21). Memnuniyet araştırmaları, kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki yönetime ayrılmaktadır (Ford ve ark., 1997).

Araştırmayı gerçekleştirenler, kalitatif yöntem ile hizmet kalitesinin nitel olarak nasıl olduğunu incelerken, kantitatif metod ile de, nicel olarak hastanın ne kadar ve ne oranda memnun olduğunu sayısal verilerle analiz etmektedir. Toplanan verilerden yola çıkılarak oluşturulan bir kantitatif anket çalışmasının, örgütün amacına daha iyi ulaştıracağı belirtilmektedir. (Lewis, 1994: 657; Akın, 2004: 47)

Focus olarak küçük grup görüşmeleri, gözlem sonucu olayı incelemeye elde edilen veriler, video yöntemi ile, “bay müşteri” teknikleri nitel araştırmalarda kullanılan veri toplama yöntemlerindedir. (Kavuncubaşı, 2000: 303). Küçük Grup Görüşmeleri, genelde 10 kişiye kadar az bir grup topluluğunun bir başkan eşliğinde oluşturduğu, kişilerin hizmet sonucu genel algı düzeylerinin değerlendirilmesinin yapıldığı toplantı şekilleridir. Bu sayede sağlık kurumundan alınan hizmetin genel değerlendirilmesi işletme tarafından ya da araştırmayı yapan kişiler tarafından öğrenilmek amacıyla kullanılabilir. Sağlık işletmelerinin yöneticileri için kaliteyi yükseltmeye etki edecek değişik öngörüler bu gruplardan sağlanabilmektedir. Fakat toplantıda yer alan kişilerin içgüdüsel olarak birbirinin düşüncesinden etkilenmesi odak grup yönteminin olumsuz yöndeki sakıncalarındandır (Ford ve ark., 1997).

Anketler, yüzyüze, e- posta yoluyla gönderilerek ya da telefon görüşmesi ile yapılabilen kantitatif araştırmalardır. Sağladıkları veriler sayısal sonuçlara ulaştırdığı için nicel anlamda sık kullanılan veri toplama tekniklerindedir.

Hasta memnuniyetinin ölçülmesinde en çok kullanılan metod “**anket**” tir. Eldeki sorular dahilinde az maliyetle birden çok veriye dair istatistiksel sonucunu kapsamaması nedeniyle sağlık sektöründe kullanılan en yaygın yöntemlerdendir (Akgün ve Erdal, 1997:222). Anket tekniği, kolay uygulanabilen, az maliyetli olan, güvenilirliğinin istatistiksel analizlerle hızlı ölçülebilen ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olma gibi üstünlüklere sahiptir. Anketin doğruluğu, geçerli ve güvenilir olmasına bağlıdır.

Geçerlilik; ankette yer alan sorularda, ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir.

Güvenilirlik ise; anketin aynı kişilere, koşulların aynı olduğu şekliyle birkaç defa uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket oluşturulmadan önce, içerikte öğrenilmek istenen ana başlıklar saptanmalıdır. Hasta tatminini etkileyen temel hizmetin nitelikleri belirlenmelidir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular anlaşılır biçimde hazırlanmalıdır. Katılımcılar için anketin soru bakımından az sayıda, sade, anlaşılır ve net olması gerekmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 304).

BÖLÜM 4: BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNE ETKİSİ: SAKARYA İLİNDE BİR İNCELEME

Çalışmanın bu bölümünde kullanılan materyal, metod, örneklem, veri analiz araçları ve veri analizine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

4.1. Materyal ve Metod

Bu çalışma; Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Hizmetleri Kalitesine Etkisi'nin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızdaki ana kütleimiz, Sakarya ili' dir. Sakarya ili, Türkiye'nin Marmara Bölgesi'nde bulunmaktadır. 2019 Tük verilerine göre; 16 İlçe ve belediyeye sahip olup Ülke'nin en kalabalık yirmi ikinci şehridir. Araştırmanın örneklemini Sakarya il'inde faaliyet gösteren iki devlet hastanesi (Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi ve Sakarya Doğumevi Hastanesi) 'nde bulunan; doktorlar, hastalar, hemşireler ve tıbbi sekreterler yani katılımcılarımızın tümü oluşturmaktadır. Çalışmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, veriler yüzyüze yapılan anketler yardımı ile elde edilmiştir.

Çalışmanın anketi 3 ana bölümden oluşmaktadır. Anketin giriş kısmında yer alan ilk 6 soruda katılımcılara; cinsiyet, katılımcı türü (hasta, doktor, tıbbi sekreter, hemşire), gelir ve eğitim düzeylerine ilişkin sorular sorulmuştur. Araştırmaya katılan toplam 416 kişinin, 174'ü erkek, 242'si kadındır. Doğumevinde; 12 doktor, 49 hasta, 28 hemşire, 27 Tıbbi sekreter olarak toplamda 116 kişiye anket uygulanmıştır. Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi (SEAH)'nde ise ; 30 doktor, 171 hasta, 55 hemşire, 44 tıbbi sekreter olarak toplamda 300 kişiye anket uygulanmıştır.

Anketin ikinci bölümünde; hastaneyi tercih etme sebepleri , hastanedeki sağlık hizmetleri kalitesine etki eden faktörler, hastanede uygulanan bilgi teknolojilerinin olumlu ve olumsuz etkileri genel olarak hazırlanan 5'li Likert tipi ölçekler ile (1 Kesinlikle katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kısmen Katılıyorum, 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle katılıyorum) katılımcılara sorulmuştur.

En son bölümdeki soruda ise; katılımcıların beklenti ve isteklerini ölçmek ve sağlık hizmetleri kalitesine katkıda bulunacak öneriler elde etmek için açık uçlu soru sorulmuştur.

Hastaneyi tercih etme sebeplerinde; katılımcılara, doktorların kendilerine ilgi ve yakınlık göstermesi, hastanenin kendilerine lokasyon olarak en yakın sağlık kuruluşu

olması, katılımcıların kendi doktorlarının burada çalışıyor olması, hastanede bulunan ortamın gürültüsüz olması ve genel temizliğe önem verilmesi ile, hastaların kayıt işlemlerini kolay ve hızlı gerçekleştirebildikleri için, bir başka faktör olarak hastaneye sevk edildikleri için mi yoksa kendi istekleri doğrultusunda mı tercih ettikleri?, ya da sosyal güvence nedeniyle ücretsiz muayene olabildikleri için mi? buraya geldikleri, daha iyi tedavi olabilecekleri ümidine inandıklarından mı? bu hastaneyi tercih ettiklerine dair, tüm bu sorular ölçeklerle önem derecesine göre katılımcıların verdiği cevaplar neticesinde istatistiksel analizlerin sonucuyla yorumlanmıştır.

Hastanedeki sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörleri değerlendirmek içinse, katılımcılara ; Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme ve muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi, hastanede kullanılan cihazların modern olması , yönetim ve destek bölümündeki personelin genel davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, hastanenin daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması, tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması, hastanenin genel temizliğine önem verilmesi, personelin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünüşlü olması, görevli personelin işe ilgisi, nezaketi, yardımseverliği ile ilgili önermelerle ölçeklere katılım oranları değerlendirilmiştir.

Hastanede uygulanan bilgi teknolojilerinin yarattığı olumlu etkilerin, katılımcılar tarafından değerlendirilmesi, hastane içinde uygun veri alışverişinin sağlanması , hastane dışıyla hızlı ve güvenilir veri akışının olması, çevresel değişimlere olabildiğince çabuk tepki vererek yenilenebilmek, bilgiye hızlı ve daha az maliyetli bir şekilde ulaşabilmek, kaliteyi yükseltmek, rekabet gücünü yükseltmek, müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak, zaman tasarrufu sağlamak, yönetime bilgi desteği sağlayarak verimliliği arttırmak, faktörleri katılımcıların likert ölçeklerine verdiği yanıt düzeylerini değerlendirerek analiz edilmiştir.

Hastanede ,bilgi teknolojilerinin kullanımındaki olumsuz etkilerin neler olabileceği ise; teknolojinin çok hızlı demode olması, yazılımlardan kaynaklanan hatalar, donanım arızaları, teknolojinin maliyetli olması, yazılımların kullanım kolaylığı olmaması, yazılımlara ait eğitim maliyetlerinin yüksek olması, şeklinde bahsi geçen bu önermelerle açıklanmak istenmiştir.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmadan elde edilen anket verileri SPSS 21.00 istatistik paket programına girilerek sonuçlar elde edilmiş ve analizleri yapılmıştır. Bilgi Teknolojilerinin Olumlu yönleri için 9, olumsuz yönleri için ise 6 tane faktör belirlenmiş olup ölçeklerin Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,940 ve 0,881 olarak bulunmuştur. Güvenilirlikler 0,80 ile 1,00 arasındaysa çok güvenilir ve tamamen güvenilir sonucu çıkmaktadır.

416 kişinin hepsi ankete % 100 katılım sağlamıştır. Katılımcılar tarafından tüm sorular eksiksiz yanıtlanmıştır. Güvenilirlik testinde anketin tüm sorularına ait likertlerin genel güvenilirliği %93,5 çıkmıştır. Bu durumda anketimizin; güvenilirlik düzeyi yüksek, iç tutarlılığı homojen olan birbirini destekleyen faktörlerin oluşturduğu bir çalışma olduğunu ve tam güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilmektedir.

4.2.Verilerin Analizleri, Bulgular

Araştırmaya toplam 416 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan en küçük yaş 15, en büyük yaş örneği 75 ve yaşların genel ortalaması 34,16'dır. Ve standart sapma da ortalama yaş değerinin 10,895 artışı ve eksisi kadardır.

Tablo 1
Örnekleme İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Karakteristik	Toplam N (%)	Kadın N (%)	Erkek N (%)
Cinsiyetiniz			
Kadın	242 (58.2)		
Erkek	174 (41.8)		
Aylık toplam gelir düzeyi			
<1000 TL	77 (18.5)	82 (50.3)	71 (38.0)
1001 – 3000 TL	221 (53.1)	31 (19.0)	32 (17.1)
3001 -5000 TL	91 (21.9)	28 (17.2)	42 (22.5)
>5001 TL	27 (6.5)	10 (6.1)	21 (11.2)
Eğitim Durumunuz			
İlköğretim	47 (11.3)	45 (27.6)	52 (27.8)
Lise	141 (33.9)	22 (13.5)	14 (7.5)
Yüksekokul	76 (18.3)	49 (30.1)	51 (27.3)
Üniversite	122 (29.3)	19 (11.7)	27 (14.4)
Yüksek Lisans-Doktora	30 (7.2)	28 (17.2)	43 (23.0)
Mesleğiniz			
Dr	42 (10.1)	89 (54.6)	135 (72.2)
Hasta	220 (52.9)	58 (35.6)	38 (20.3)
Hemşire	83(20.0)	9 (5.5)	6 (3.2)
Tıbbi Sekreter	71(17.0)	6 (3.7)	4 (2.1)
Sosyal Güvenceniz			
Bağ-kur	25 (6.0)	51 (31.3)	42 (22.5)
Emekli Sandığı	84 (20.2)	43 (26.4)	33 (17.6)
Özel sigorta	10 (2.4)	25 (15.3)	23 (12.3)
SSK	279 (67.1)	(12.9)	29 (15.5)
Yeşil Kart	6 (1.4)	23 (14.1)	60 (32.1)
Yok	12(2,9)		

Araştırmamızda %97.1 oranında sosyal güvenceye sahip kişi bulunmaktadır. Genellikle sağlık güvencesine sahip bir katılımcı kitlesine sahibiz. Katılımcıların çoğunluğu (%71,6) düşük gelir düzeyine sahip kişilerdir. Bu bulgudan hareketle Sakarya İli'nde devlet hastanesini tercih edenlerin çoğunlukla asgari maaş seviyesinde gelire sahip kişiler olduğu, daha yüksek gelirli kişilerin ise devlet hastanelerini tercih etmediği yorumu yapılabilmektedir. Gelir ve eğitim seviyesi değişkenleri arasında yapılan çapraz tablo analizinin sonuçlarına göre iki değişken arasında $p=,000 \leq 0,05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Çapraz tablo daha detaylı incelendiğinde üniversite mezunu 122 kişiden sadece 5 tanesinin 5000 TL'den fazla maaş aldığı, bunun yanında yüksek lisans veya doktoradan mezun 30 kişiden 20 tanesinin 5000 TL'den fazla maaş aldığı görülmüştür. Bu sonuç baz alınarak eğitim seviyesi yükseldikçe gelir seviyesinin arttığı ve bununla birlikte devlet hastanelerine olan ilginin azaldığı yorumu yapılabilir. Bu sonucun doğrulanabilmesi için daha fazla yüksek lisans ve doktora mezununun dahil olduğu bir çalışma ile analizler tekrarlanmalıdır.

Araştırmamızda %52.9 oranıyla 220 kişiden oluşan büyük bir çoğunluk hastalardan oluşmaktadır. Bu oranın neden bu kadar yüksek olduğuna baktığımızda; Her birey, mesleği ne olursa olsun, hasta olma potansiyeline sahiptir. Bu yüzden hastanelerdeki hizmet veren personel ve dışarıdan gelen kişilerin kaliteye etki edecek fikirleri önemlidir. Daha iyi, kaliteli bir hizmet elde edebilmek ve bunu ölçebilmek için o anda hasta potansiyelinde bulunan bireyler çalışmamızda bize pozitif fayda sağlayacaktır.

4.2.1. Hastaların Hastaneyi Tercih Etme Sebepleri

Anketin 1. Bölümünde sorulan demografik özellikleri tanımlamaya yönelik sorulardan sonra, hastalara hastaneyi tercih etme sebepleri sorulmuştur. Bu ölçekte 5'li Likert tipinde toplamda 9 soru yer almaktadır (Anket sorularına ekte yer verilmiştir).

Tablo 2
Hastaneyi Tercih Etmenizin Nedenlerini Önem Derecelerine Göre
Değerlendirilmesindeki Likertlerin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Toplam kişi	ortalama	Standart sapma
a) Doktorların ilgi ve yakınlık göstermesi	416	3,37	1,221
b) En yakın sağlık kuruluşu olması	416	3,60	1,236
c) Doktorumun burada çalışıyor olması	416	3,17	1,363
d) Hastanedeki ortamın gürültüsüz olması	416	2,90	1,329
e) Hastanenin genel temizliğine önem verilmesi	416	3,47	1,159
f) Kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi	416	3,54	1,224
g) Sevk edildiğim için	416	2,62	1,381
h) Sosyal güvencem nedeniyle, ücretsiz muayene olabilme imkanı	416	3,71	1,296
i) Daha iyi tedavi olma ümidi	416	3,69	1,156
Valid N (listwise)	416		

Tablo 2’deki değerlere bakıldığında kişilerin hastane tercihlerindeki en etkili 3 sebebin ücretsiz muayene olma imkanı, daha iyi tedavi olabilme ümidi ve lokasyon olarak en yakın sağlık kuruluşunu tercih etmeleri olduğu görülmüştür. Hastalar, devletin doktorlarına güvenmekte aynı zamanda genellikle en yakın hastaneyi tercih etmektedirler. En düşük puanlara bakıldığında ise hastanenin gürültüsüz olması ve sevk edilme sebepleri ortaya çıkmıştır. Sevk durumu hastanın tercihi dışında bir durum olduğundan, bu faktörün düşük ortalamaya sahip olması çalışmanın kapsamı açısından tutarlılık göstermektedir. Buna ek olarak hastanelerin konumunun tercih açısından önemsenmesi, yeni hastaneler kurulurken yapılacak konumlandırma çalışmalarının önemini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır.

Tablo 2’de yer alan 9 ifadenin her birinin cinsiyet değişkeni ile olan ilişkisinin anlamlı bir fark gösterip göstermediğine bakmak için bağımsız gruplar t-testi analizi yapılmış olup, sadece üçüncü ifade için (Doktorumun burada çalışıyor olması) anlamlı bir fark bulunmuştur. Analiz sonuçları Tablo 3’te yer almaktadır. Hastane tercihlerinde katılımcı

türü, meslek grubu ve gelir düzeyinin yapılan tek yönlü ANOVA testleri sonucunda (Tablo 4 ve Tablo 5) beşinci ifadenin hem katılımcı türü hem de gelir düzeyi değişkenleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tablo 3
Cinsiyete Göre “Doktorun Çalıştığı Hastanenin Tercih Edilmesi” Faktörünün Ortalamaları ve t-Testi Sonucu

Cinsiyet	N	\bar{x}	Std.Sapma	P
Kadın	242	3,30	1,337	0,021
Erkek	174	2,99	1,381	

Bu sonuçlara göre kadın katılımcılar, tercih ettikleri doktorun çalıştığı hastaneye gidebilmeyi erkek katılımcılara oranla daha fazla önemsemektedirler ve bu ilişki $p=0,021 \leq p=0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum, bayanların hekim seçiminde daha titiz davrandıkları ve bu sebeple herhangi bir doktora gitmek yerine kendi istedikleri doktora gitmek için hastane seçiminde daha dikkatli oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 4
Gelir Düzeyine Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	F	P
Gruplar arası	12,842	3,237	0,022
Gruplar içi	544,867		
Toplam	557,709		

Tablo 4’te görüldüğü üzere hastanenin genel temizliğinin önemsenmesi ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,022 \leq p=0,05$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun bulunmasına yönelik gerçekleştirilen Tukey testinin anlamlı sonuçları Tablo 5’te verilmiştir. Bu testin sonuçlarına göre düşük gelir seviyesindeki kişiler ile yüksek gelirli kişilerin hastaneyi seçme sebeplerinden birisi olan genel temizlik faktörü için anlamlı bir farktan bahsetmek mümkündür. Gelir düzeyi düşük

katılımcılar için temizlik faktörü oldukça önemli iken, gelir düzeyi arttıkça bu faktör önemini kaybetmekte ve başka faktörler dikkate alınmaya başlanmaktadır.

Tablo 5
Gelir Düzeyine Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait Tukey Testi Sonuçları

Gruplar	Ortalama Fark	Standart Hata	P
<1000 TL ve >5000 TL	0,773	0,257	0,015
1001-3000 TL ve >5000 TL	0,622	0,234	0,041

Tablo 6’da görüldüğü üzere hastanenin genel temizliğinin önemsenmesi ile katılımcı grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,002 \leq p=0,05$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun bulunmasına yönelik gerçekleştirilen Tukey testinin anlamlı sonuçları Tablo 7’de verilmiştir. Bu testin sonuçları Tablo 5’teki sonuçlar ile örtüşmekte olup, eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin temizlikten daha çok önemsendiği faktörler olduğu savını destekler niteliktedir.

Tablo 6
Katılımcı Gruplarına Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	F	P
Gruplar arası	23,203	4,460	0,002
Gruplar içi	534,506		
Toplam	557,709		

Araştırmaya katılanların, hastaneyi tercih etme sebepleri göz önünde bulundurulduğunda genel temizliğe verdikleri öneme, Tablo 6’da ki gibi tek yönlü varyans analizi anova testiyle bakılmıştır. $P=0,002$ değeri, $p= 0,05$ değerinden küçük olduğundan istatistiki olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Genel temizliğe verilen önem, katılımcı gruplar arasında ,gelir düzeyi ve eğitim seviyesine göre değişmektedir. İstatistiki farklılık olduğundan Post hoc testi yapılarak Tukey testi sonuçlarına göre Tablo 7’de görüldüğü gibi ek analizlere yer verilmiştir.

Tablo 7
Katılımcı Gruplarına Göre Hastanenin Genel Temizliğinin Önemine Ait Tukey Testi Sonuçları

Gruplar	Ortalama Fark	Standart Hata	P
İlköğretim - Lisansüstü	0,753	0,266	0,039
Lise - Lisansüstü	0,909	0,229	0,001

Anketimizdeki katılımcı grupların eğitim düzeylerine göre belirlenen gruplar arası farklar istatistiki olarak 0,039 ve 0,001 çıkmış bu değer 0,05'ten küçüktür ve anlamlıdır. İlköğretim ve Lisansüstü eğitime sahip olanların arasındaki ortalama fark Tablo 7'deki gibi 0,753 , Lise ve Lisansüstü eğitim görenler arası ortalama fark ise; 0,909'dur. Eğitim düzeyi arttıkça hastanenin genel temizliğine verilen önem artmaktadır.

4.2.2. Hastanedeki Sağlık Hizmetlerinin Kalitesine Etki Eden Faktörler

Anketin birinci bölümündeki bir diğer boyutta, hastanenin hizmet kalitesini etkileyen unsurlar araştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8
Hastanelerdeki Hizmet Kalitesine Etki Eden Faktörler

	Ortalama
Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme	3,51
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi	3,54
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	3,58
Personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	3,62
Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	3,44
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	3,73
Hastanenin genel temizliğine önem verilmesi	3,63
Personelin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünümlü olması	3,78
Görevli personelin işe ilgisi, nezaketi, yardımseverliği	3,64

Tablo 8'deki değerlere bakıldığında personelin dış görünüşü, tetkik ve tedavilerin doğruluğuna duyulan güven ve personelin işe olan ilgisi ile yardımseverliği hastanelerin hizmet kalitesinin göstergesi olarak kabul edilen en önemli 3 faktör olarak bulunmuştur. Tablodaki hiçbir faktörün ortalama değerinin 3'n altına düşmemiş olması, her bir faktörün hizmet kalitesinde önemli olabileceğinin kanıtı niteliğindedir. Yapılan bağımsız grup t-testi analizinin sonuçlarına göre hiçbir ifade, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Her bir faktörün katılımcı türü, meslek grubu ve gelir düzeyi ile anlamlı bir farkının olup olmadığına ise tek yönlü ANOVA testinde de anlamlı sonuçlar bulunamamıştır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörler, Tek rnek t testi ile incelendiğinde ise ortalamamızı anketimizde yer alan 3 (Kısmen katılıyorum) seçeneğine eşit olup olmadığını test etmek için;

Ho: ortalaması 3'ten farkı yoktur.

H alternatif : ortalaması 3'ten farklıdır.

Tüm faktrlerimizde anlamlılık değeri sig(2-tailed); 0,00 çıkmıştır. $0,00 < 0,05$ 'ten bu yüzden Ho reddedilir. Yani H alternatif, kabul edilir. H alternatifte ortalamanın 3'e eşit olmadığını söylüyordu. Bu durumda aşağıdaki tablolarda ve diğer tüm unsurlarda ortalama değerler; Tablo 8'de ki gibi 3'n üstündedir.

Tablo 9
Hastanedeki Muayene ncesi ve Sonrası Bilgilendirme nemine Ait Tek rneklem istatistikleri

	Toplam kişi	ortalama	Standart sapma
Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme	416	3,51	1,111

Hastalar açısından bakıldığında, hastanedeki muayene öncesi ve sonrasında bilgilendirme ve muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesine duyulan ihtiyacın ortalaması Tablo 9 ve Tablo 11 'deki gibi sırasıyla 3,51 ve 3,54 olarak ortalama değerin üstündedir, bu durum açık uçlu cevaplarda da olduğu gibi hastaların randevu sisteminden dolayı yaşadığı rahatsızlıkları destekler niteliktedir.

Tablo 10
Hastanedeki Muayene Öncesi ve Sonrası Bilgilendirme Önemine Ait Tek örneklem T Testi

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama fark	95% güven aralığı	
					alt	üst
Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme	9,314	415	,000	,507	,40	,61

Var olan sistemde aksaklıkların olduğu, hastaların bu durumdan memnun olmadıkları aşikardır. Bunun gereği olarak da iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Tablo 8’ de katılımcıların verdiği cevaplarda, en yüksek ortalamaya sahip olan ‘Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına duyulan güven ise; Tablo 2’ de Hastaların hastaneyi tercih etme sebeplerinde “Daha iyi tedavi olma ümidi ile” hastaneyi tercih etmelerini 3,69 ortalama değeri ile Katılıyorum’a yakın verilen cevaplarla istatistiksel olarak doğrulamaktadır.

Tablo 11
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi Önemine Ait Tek örneklem istatistikleri

	Toplam kişi	ortalama	Standart sapma
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi	416	3,54	1,095

Tablo 11’de katılımcıların muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi ihtiyaçlarına yönelik verdikleri cevapların istatistiki ortalaması katılımcılar tarafından önemli görülen faktörler arasında olup ortalama değerinin üstünde 3,54’tür. Hastanenin sağlık hizmeti kalitesine etki eden faktörler arasında Tablo 14’de de görüldüğü gibi önemli faktörler arasındadır. Tablo 12’de katılımcıların randevu sisteminin sağlıklı işletilmesine verdikleri önem sig değerinin $0,000 < 0,05$ ’den küçük olduğundan istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Tablo 12
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi Önemine Ait Tek örneklem T Testi

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama fark	95% güven aralığı	
					alt	üst
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi	10,032	415	,000	,538	,43	,64

Hastaların bu konuda yaşadığı sıkıntıları gidermek için ilk olarak, Sağlık Bakanlığı ve Hastane yöneticileri tarafından; muayene olmak için gelen kişilere, MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) randevu alma yöntemleri hakkında bilgilendirmeler yapılmalıdır. Hastalar, 182 numaralı telefonu arayarak, e-Nabız kişisel sağlık sistemi üzerinden ve yine e-devlet üzerinden mh.rs.gov.tr adresinden randevu alabileceklerini öğrenerek bu konuda bilinçlendirilmelidir. Hastanede bekleme koridorlarında, hasta giriş sırası takip ekranlarına, hastane bünyesinde hizmet veren kantin ve yemekhanelerde bulunan dijital ekranlarda dikkat çekici animasyonlarla yapılan bilgilendirme daha kaliteli bir hizmet sunulmasını sağlayarak kaosu önleyecektir. Ardından hastalar bu konuda bilinçlendirildikten sonra da hastanede kullanılan bilişim sistemlerinin teknolojiye uygun bir şekilde devamlı yenilenmesi, hızlı ve efektif bir şekilde çalışması, sistemi kullanan hastane çalışanlarının bu konuda eğitimlerinin güncellenmesine önem verilmeli ve takibi yapılmalıdır.

Ayrıca, hizmet kalitesinin iç tutarlılığını (homojenliğini) ölçen “cronbach alpha güvenilirlik analizi” analiz yöntemiyle ölçeği oluşturan maddelerin birbirleriyle olan ilişkilerini hesaplayarak sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden; hastanede kullanılan cihazların modern olması, personelin hastalara davranışları ve yardımcı olma düzeyleri, daha temiz- bakımlı ve modern bir hastane olması, tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması, hastanenin genel temizliğine önem verilmesi, personelin iyi- temiz giyimli ve düzgün görünümlü olması, görevli personelin işe ilgisi- nezaketi, yardımseverliği, muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme ve randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi, faktörlerinin tamamının iç tutarlılığı incelenmiş ve en yüksek oranda 0,922 olarak Tablo 13 'deki gibidir.

Tablo 13
Güvenilirlik İstatistikleri

Cronbach's Alpha	N of Items
922	9

Cronbach alpha değeri'nin de Tablo 13'de ölçüğümüzde 9 tane likert verisi olduğundan, bu 9 faktör için hastaneyi tercih etme nedenlerinin güvenilirlik değeri hesaplandığında %92 oranında tam güvenilir bir ölçüğe sahip olduğumuz görülmektedir.

Tablo 14
Likert İstatistikleri

	ortalama	Standart sapma	Toplam kişi
Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme	3,51	1,111	416
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi	3,54	1,095	416
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	3,58	1,024	416
Personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	3,62	1,087	416
Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	3,44	1,116	416
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	3,73	,991	416
Hastanenin genel temizliğine önem verilmesi	3,63	1,049	416
Personelin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünüşlü olması	3,78	1,021	416
Görevli personelin işe ilgisi, nezaketi, yardımseverliği	3,64	1,137	416

Ölçüğümüz tam güvenilirdir. Her unsuru tek başına incelediğimiz Tablo 15'deki gibi cronba alpha değerleri %91 civarında olup, sağlık hizmeti kalitesine etki eden tüm etkenler sarmal yapıda birbiriyle ilişkilidir. Tablo 15'de Likert-toplam istatistiklerinin yer aldığı en sağ sütunda bizim için en önemli olan hangi likert faktörüne ait cronba

alpha değerini çıkarırsak güvenilirliğin o oranda değişecektir. Normalde bizim cronba alpha değerimiz Tablo 13'deki gibi %92'dir. Fakat tabloda hangi değeri çıkarırsak çıkaralım sonuç değişmeyecektir. Güvenilirlik, tablo genelindeki tüm likertlerde %91 oranında tam güvenilirdir.

Tablo 15
Likert-Toplam İstatistikleri

	öge silinmişse ölçek ortalaması	öge silinmişse ölçek varyansı	Corrected Item- Toplam Korelasyon	eğer öge silinirse cronbach's alpha
Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme	28,97	45,700	,676	,916
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi	28,94	46,191	,651	,917
Hastanede kullanılan cihazların modern olması	28,89	46,017	,721	,912
Personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri	28,86	45,375	,718	,913
Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması	29,03	44,553	,757	,910
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması	28,74	46,236	,732	,912
Hastanenin genel temizliğine önem verilmesi	28,84	45,327	,754	,910
Personelin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünümlü olması	28,69	45,935	,730	,912
Görevli personelin işe ilgisi, nezaketi, yardımseverliği	28,84	44,542	,741	,911

Tablo 16
Ölçek İstatistikleri

ortalama	Varyans	Standart sapma	N of Items
32,47	57,079	7,555	9

Katılımcılar tarafından hastanedeki sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörlerin incelendiği ölçekte 9 önerme olduğundan ölçek istatistiklerinde Tablo 16’da 9 değer görülmektedir.

4.2.3. Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu ve Olumsuz Etkilerin Değerlendirilmesi

Anketin ikinci bölümünde bilgi teknolojilerinin hastanedeki hizmet kalitesine olumlu ve olumsuz etkileri araştırılmıştır. Her iki boyuta ait verilen cevapların ortalamaları Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17
Bilgi Teknolojilerinin Hastane Hizmet Kalitesine Etkileri

Olumlu Yönler	Ortalama	Olumsuz Yönler	Ortalama
Hastane içinde verimli veri akışı sağlayabilmek	3,58	Teknolojinin çok hızlı demode olması	3,21
Hastane dışıyla hızlı ve güvenli veri alışverişini sağlayabilmek	3,47	Yazılımlardan kaynaklanan hatalar	3,31
Hızlı çevresel değişimlere ayak uydurabilmek	3,48	Donanım arızaları	3,42
Bilgiye hızlı ve ucuz bir şekilde ulaşabilmek	3,64	Maliyetli olması	3,19
Kaliteyi yükseltmek	3,72	Yazılımların kullanım kolaylığı olmaması	3,16
Rekabet gücünü yükseltmek	3,40	Yazılımların eğitim maliyetlerinin fazla olması	3,12
Müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak	3,60		
Zaman tasarrufu sağlamak	3,64		

Bu sonuçlar göz önüne alındığında katılımcıların bilgi teknolojilerinin olumlu yanlarına karşı daha iyimser bir tavır içerisinde olduklarını söylemek mümkündür. Olumsuz ifadeler verilen cevaplar genellikle kişilerin bu konuda çekimser olduklarını ve fikir beyan etmekten kaçındıklarını destekler niteliktedir. Katılımcılar, bilgi teknolojilerinin en önemli etkisinin kaliteyi yükseltmek olduğuna inanmakta ancak donanım arızalarından da memnun olmadıklarını dile getirmektedirler.

Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçlarına göre kadın ve erkeklerin Tablo 17'deki ifadelerle katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, yapılan tek yönlü ANOVA testi analizleri sonucunda “müşteri taleplerinin daha hızlı karşılanması” ifadesinin tıbbi sekreter ve hasta katılımcı grupları için anlamlı fark gösterdiği doğrulanmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 18 ve Tablo 19'de yer almaktadır.

Tablo 18
Katılımcı gruplarına ait müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak boyutuna ilişkin yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçları

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	F	P
Gruplar arası	12,070	3,151	0,025
Gruplar içi	526,084		
Toplam	538,154		

Tablo 19
Katılımcı gruplarına ait müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak boyutuna ilişkin yapılan Tukey testi sonuçları

Gruplar	Ortalama Fark	Standart Hata	P
Hasta – Tıbbi sekreter	0,406	0,154	0,042

Bu sonuçlara göre hastalar bilgi teknolojisinin kendi taleplerini daha hızlı karşıladığı yönünde olumlu bir tutuma sahip iken, tıbbi sekreterler bu duruma katılmamaktadır. Buna sebep olarak sık sık yaşanan arızalar, internet kesintileri, teknik eleman

yetersizliği gibi aksaklıkların tıbbi sekreterlerin işlerini yavaşlatması gösterilebilir. Gelir düzeyi ve eğitim durumu değişkenleri ile bilgi teknolojilerinin etkileri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 20
Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkilerin Değerlendirilmesi

	Toplam kişi	ortalama	Standart sapma
Hastane içinde en uygun veri alışverişini sağlamak	416	3,58	1,043
Hastane dışıyla hızlı ve güvenilir veri alışverişi sağlamak	416	3,47	1,115
Hızlı çevresel değişimlere tepki vererek yenilenmek	416	3,48	1,062
Bilgiye hızlı ve ucuz bir şekilde ulaşabilmek	416	3,64	1,043
Kaliteyi yükseltmek	416	3,72	1,016
Rekabet gücünü yükseltmek	416	3,40	1,142
Müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak	416	3,60	1,139
Zaman tasarrufu sağlamak	416	3,64	1,135
Yönetime bilgi desteği sağlayarak verimliliği arttırmak	416	3,66	1,086

Ankete katılanların hastanede bilgi teknolojilerinin uygulanmasındaki olumlu etkilerin değerlendirilmesinde tüm değerler ortalamanın üstünde çıkmış; değerlendirilen faktörler içinde en yüksek ortalama; Kaliteyi yükseltmek, hastane yönetimine bilgi desteği sağlayarak verimliliği arttırmak ve zaman tasarrufu sağlayarak teknolojik anlamda olumlu etkilerin olabileceği katılımcılar tarafından öngörölmüştür. Bu durum açık uçlu sorularda Tıbbi sekreterlerin bilişim altyapısının geliştirilmesine yönelik biraz daha hızlı teknolojik donanıma sahip olduğunda daha hızlı ve iyi hizmet alınabileceğine inançlarıyla örtüşmektedir. Anket sonucunda elde edilen istatistiki verilerde Tablo 20'de de göröldüğü gibi hastane bünyesinde teknolojik donanımın daha iyi imkanlarla sunulabilmesinin; hastaların tahlillerini daha hızlı alabilmeleri, randevu işleyişini kesintisiz ve istekleri doğrutusunda gerçekleştirebilmeleri için hastanelerin daha hızlı

çevresel değişimlere tepki vererek, zaman tasarrufu sağlayarak, müşteri taleplerinin daha hızlı karşılamalanmasına ihtiyaç vardır.

Tablo 21
Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkilerin Değerlendirilmesindeki Likertlerin Eğitim Durumu Homojenliği Testi

Levene istatistiği	df1	df2	Sig.
4,787	4	411	,001

Hastanede ki bilgi teknolojilerinin uygulanmasındaki olumlu etkileri ile eğitim durumu değişkeninin arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tablo 21’de görüldüğü gibi sig anlamlılık değeri $0,01 < 0,005$ ‘dir. Varyanslar arası fark vardır , homojen değildir.

Asağıda Tablo 22’de ki gibi sonuçlara baktığımızda Anova testinin sonucunda sig değerinin $0,159 > 0,05$ ’den. Yani gruplar arasında ortalama bakımından farkın olmadığı elde edilmiştir. İstatistiki sonuçlarda; Eğitim durumunun artması ya da azalmasına bağlı bir tutum farkı bulunmamaktadır.

Tablo 22
Hastanede Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkilerin Değerlendirilmesindeki Likertlerin Eğitim Durumu Anova Testi

	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	5,260	4	1,315	1,659	,159
Grup içi	325,795	411	,793		
Total	331,055	415			

Tablo 22’de serbeslik derecemiz olan df: 4. çünkü katılımcılarımız eğitim düzeyine göre; ilköğretim, lise, yüksekokul, üniversite, yüksek lisans - doktora olarak 4 gruba ayrılıyor.

Burada bizim için önemli olan diğer bir değerde sig anlamlılık değerimizde $0,05$ ’den $>$ büyüktür, istatistiki olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 23
Bilgi Teknolojilerinin Uygulanmasındaki Olumlu Etkiler- Birden Çok Karşılaştırma

	(I) Eğitim Durumunuz?	(J) Eğitim Durumunuz?	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Sig.	95% güven aralığı		
						Alt sınır	Üst sınır	
Tukey HSD	İlköğretim	Lise	-,05516	,14996	,996	-,4660	,3557	
		Yüksekokul	,21501	,16521	,691	-,2377	,6677	
		Üniversite	,11406	,15285	,945	-,3047	,5329	
		Yüksek Lisans - Doktora	,25146	,20806	,746	-,3186	,8215	
		İlköğretim	,05516	,14996	,996	-,3557	,4660	
		Yüksekokul	,27017	,12670	,208	-,0770	,6173	
	Lise	Üniversite	,16922	,11009	,539	-,1324	,4709	
		Yüksek Lisans - Doktora	,30662	,17901	,427	-,1839	,7971	
		İlköğretim	-,21501	,16521	,691	-,6677	,2377	
	Yüksekokul	Lise	-,27017	,12670	,208	-,6173	,0770	
		Üniversite	-,10095	,13011	,937	-,4574	,2555	
		Yüksek Lisans - Doktora	,03645	,19197	1,000	-,4895	,5624	
		İlköğretim	-,11406	,15285	,945	-,5329	,3047	
		Lise	-,16922	,11009	,539	-,4709	,1324	
		Üniversite	,10095	,13011	,937	-,2555	,4574	
	Yüksek Lisans - Doktora	Yüksek Lisans - Doktora	,13740	,18144	,943	-,3597	,6345	
		İlköğretim	-,25146	,20806	,746	-,8215	,3186	
		Lise	-,30662	,17901	,427	-,7971	,1839	
		Yüksekokul	-,03645	,19197	1,000	-,5624	,4895	
		Üniversite	-,13740	,18144	,943	-,6345	,3597	
		Lise	-,05516	,14996	1,000	-,4784	,3681	
	Bonferroni	İlköğretim	Yüksekokul	,21501	,16521	1,000	-,2513	,6813
			Üniversite	,11406	,15285	1,000	-,3173	,5454
			Yüksek Lisans - Doktora	,25146	,20806	1,000	-,3357	,8387
Lise		İlköğretim	,05516	,14996	1,000	-,3681	,4784	
		Yüksekokul	,27017	,12670	,336	-,0874	,6277	
		Üniversite	,16922	,11009	1,000	-,1415	,4799	

	Yüksek Lisans -	,30662	,17901	,875	-,1986	,8118
	Doktora					
	İlköğretim	-,21501	,16521	1,000	-,6813	,2513
	Lise	-,27017	,12670	,336	-,6277	,0874
Yüksekokul	Üniversite	-,10095	,13011	1,000	-,4681	,2662
	Yüksek Lisans -	,03645	,19197	1,000	-,5053	,5782
	Doktora					
	İlköğretim	-,11406	,15285	1,000	-,5454	,3173
	Lise	-,16922	,11009	1,000	-,4799	,1415
Üniversite	Yüksekokul	,10095	,13011	1,000	-,2662	,4681
	Yüksek Lisans -	,13740	,18144	1,000	-,3747	,6495
	Doktora					
	İlköğretim	-,25146	,20806	1,000	-,8387	,3357
	Lise	-,30662	,17901	,875	-,8118	,1986
Yüksek Lisans -	Yüksekokul	-,03645	,19197	1,000	-,5782	,5053
Doktora	Üniversite	-,13740	,18144	1,000	-,6495	,3747

Tablo 21’de varyanslar arası fark olduğunda sig değerimiz 0,05’den küçük olduğu için gruplarımız arasında fark olduğundan birden çok karşılaştırma testine ihtiyaç duyulmuştur. Post hoc testi bize, hangi gruplar arasında fark olduğunu gösterecektir. Bu yüzden Anova testini yaparken, varyansların homojen olduğunun ispatlandığı Tablo 21’deki istatistik değerlerin ışığında varyans eşitliğinin sağlandığını görülmüştür. Varyans homojenliğinin sağlandığı kısımdaki testlerden Tukey ve Bonferroni testlerini seçip bunlara göre çalışmamıza yeni analizler ekleyerek Tablo 23’deki istatistiki değerler elde edilmiştir. Elde ettiğimiz analiz sonuçlarında çoklu karşılaştırmalar tablosunda, eğitim durumlarını incelediğimizde genel tabloda sig anlamlılık değeri tüm eğitim durumları için 0,05’den oldukça > büyüktür. Yani ortalamalar arasında anlamlı bir fark yoktur. İstatistiksel analizler sonucu anlamlı fark olmadığından, tablodaki tüm katılımcıların, (ilköğretim, lise, yüksekokul, üniversite, yüksek lisans-doktora) eğitim durumları aynı tabloda toplanabilmektedir. Bilişim teknolojilerinin olumlu etkileri üzerine araştırmamızda yer alan likert ölçekler, katılımcılarımızın eğitim durumlarının artmasına ya da azalmasına bağlı olarak istatistiki anlamlı bir sonuca ulaşamadığı Tablo 23’de eğitim durumlarına göre anova testi sonuçlarındaki post hoc testlerinde de görülmektedir.

4.2.4. Açık Uçlu Sorular

Tablo 24
Açık Uçlu Sorunun Cevapları

Doktor	<ol style="list-style-type: none">1. Ankette yer alan 10.soruda hastalar ; yazılım ve donanım'ın ne anlama geldiğini bilmeyebilir.2. Soruların çoğu hastalara yönelik.3. Daha sağlıklı ve güvenli hizmet almak tüm hastaların hakkıdır.4. Kullanılan sistemin daha hızlı ve efektif olması işlerimizi daha çabuk yapmamıza olanak sağlayacaktır.
Hasta	<ol style="list-style-type: none">1. Hasta bakıcı arkadaşlardan memnunum sağolsunlar. Doktorlarımızda biraz daha açıklayıcı ve ilgili olsalar daha memnun oluruz. Bazı Doktorlarımız tabiki de hepsi değil...2. Hastanenin doktorlarının çoğu yaramaz ve insanları azarlıyor.3. Çalışanlar, hastalara daha kibar davranabilir.4. Hastane temiz değil, çok gürültülü ve randevu saatlerine uyulmuyor.5. Hastane genel anlamda çok güzel iyi ve bakımlı, personel ilgili alakalı, her şey çok güzel.6. Hastanelerin insan hayatında yeri büyük olduğu kadar önemli de. Bütün olumsuz durumlarda ilk başvurduğumuz kurum olduğundan hastanelerde kaos hiç eksik olmuyor. Eğitim seviyesini yükselterek bu durumu azaltmanın mümkün olduğunu düşünüyorum. Hep iyiye ulaşmak için çalışmadan vazgeçmemeliyiz. Başarılar o kadar uzakta değil.7. Astım hastalarının acil durumlarda uzman doktorlara mutlaka yönlendirilmeli.Tedavinin hızlı bir şekilde yapılmasını istiyorum.8. Hastanelerin her ne kadar eksikleri olsa da geçmişi bilen biri olarak yapılan hizmetten memnunum.9. Hastaneye gittiğimiz gün bütün işlerimizin bitmesini isterim, ayrı bir gün tekrar gelmek maddi ve manevi külfetli olur.10. Randevu sisteminden çok rahatsızım.11. Hastanede mevcut bulunan hasta asansörlerinin uzun zamandan beri çalışmaması büyük sorun.

Hasta	<p>12. Asansörler uzun zamandır çalışmıyor, Ultrason makinesi arızalı olduğundan diğer kampüse gidin deniliyor, fakat hem maddiyat-maneviyat kaybı. Vardiyeli çalışan görevlilere ihtiyaç var. Ayrıca doktorlarda özel hastaneye yönlendiriyor.</p> <p>13. Çalışan hastalar için zorluğu bugün git, yarın gel yapılması ve doktor gelmediyse ve cihazlarda arıza varsa bilgi verilmemesi. Çalışanlar açısından çok zorluk çıkartıyor.</p> <p>14. Sürekli randevular dolu, randevu olmadan da bakılmasını istiyorum.</p> <p>15. Sırada çok bekliyoruz, sabah gelip akşama kadar beklediğim zamanlar oluyor. Tuvaletler kirli. Bazı sekreterler çok kibirli.</p> <p>16. Genel olarak iyi şartlarda hizmet alıyorum ancak bunun tanıdık doktorların olmasıyla ilgisi çok. Umarım her vatandaş gerek bürokrasi gerek hizmet anlamında düzgün hizmet alır. Önemli olan bu.</p> <p>17. Her şey var iman yok. Allah hidayet versin hepimize.</p> <p>18. Kullanılan demirbaşların çok çabuk yıpranmış olması ve bu konudaki şikayetlerin dikkate alınmaması. Acilden girişlerde personel yetersizliğinden olacak ki derdimizi anlatıncaya kadar çok zorlanmamız. Odalardaki hijyende biraz daha dikkatli olunursa daha iyi olur inşallah.</p> <p>19. Kadın doğum hastanesinin hala bitirilip faaliyet göstermemesi ve kadın doktorlarımıza daha fazla istihdam sağlanması gerektiğine inanıyorum. Özellikle muayene ederken kadın doktorlarımızın olması gerekiyor.</p> <p>20. Sadece istediğim muayene sırasını alamamak daha kolay olmasını rica ediyorum.</p> <p>21. Daha hızlı, etkili ve doğru sonuç alınmasını diliyorum.</p> <p>22. Sosyal güvencesi olmayanlarda insandır. Diğer insanlar kadar haklara sahip olmalı, mağdur edilmemeli.</p> <p>23. Doğum tarihimin uygunluğundan 1980’li yıllardaki hastane ortamıyla şimdikini kıyasladığımızda sadece bugünlere gelmemizde emeği olan herkesten Allah razı olsun.</p> <p>24. Sağlık raporu ile ilgili işlemlerin hızlandırılması verilen tarihlerin yakın olması.</p> <p>25. Barkod okutma acil girişte var o sistemi beğeniyorum. Ne hemşire ne de hiç bir çalışanı beğenmiyorum. Özel hastanelere de durumum olmadığı için gidemiyorum. Mecbur buraya geliyorum.</p>
--------------	---

<p>Hasta</p>	<p>26. Hastanenin hasta kapasitesinin arttırılması, tedavi olma süreci için olumlu sonuçlar üretecektir.</p> <p>27. Hastanedeki memurlar görevlerini layıkıyla yapmamaktadır. Allah’a emanetiz.</p> <p>28. Acil sıra almak istediğimizde alamamak. Yaşlı hastalar için asansör çalışmaması. Kendi doktorumuza sıra almada güçlük çekmemiz. Tuvaletlerin temiz olmaması. Hastanenin mescidinin havalandırılmaması, yeni yapılan hastanenin eski hastane gibi dökülmesi, rutubet kokması. Bugün git,yarın gel denmesi. Maddi sorunlar.</p> <p>29. Yeterli sayıda doktor ile birlikte, hastalara daha iyi zaman ayıracak , iyi dinleyip sonuca daha etkin gidilmeli, daha iyi sonuçlar elde edilmelidir. Fazla hasta sayısına yetişemeyen doktor ve akabinde vakit sıkıntısından dolayı hastaya zaman ayıramayan doktor iyi bir sonuç elde edilemez.</p>
<p>Hemşire</p>	<p>1. Hep hasta, hep hasta... Asıl çalışan memnuniyeti önemli. Ben bakım veriyorum ama ben zarar görüyorum.</p> <p>2. Gülyüz ve çalışan memnuniyeti eksikliği var genelde çalışanların hepsini düşünerek yazıyorum. Hastanenin çalışanı olarak aynı zamanda ödül, ilgi, teşekkür eksikliği var. Daha iyi hizmet sunabilmek için çalışanında sadece ücret olarak değil manevi olarakta iyi bir düzeyde tutulması gerekir.</p>
<p>Tıbbi Sekreter</p>	<p>1. Hastanelerde, hastalara verilen ilgi ve alaka hiç bir zaman çalışan personele verilmemektedir. Motivasyon adına çalışanlara yapılmamaktadır.</p> <p>2. Teknolojiyi en iyi şekilde kullanabilmek ve verim almak için ünlü düşünürün dediği gibi “Binanın temelini sağlam yaparsanız bina %99 çökmez ve sarsılmaz, donanım ve altyapı ne kadar sağlam diye sormak gerek. Altyapısı ve donanımı iyi olmayan cihaz değil insan bile olsa bir yere kadar gider ve çöker. Bu sayfada bize de yer ayırdığınız için teşekkür ederiz.</p>

Tıbbi Sekreter	<ol style="list-style-type: none">3. Teknoloji sayesinde sadece kan tahlillerimiz olsa da sistemden başka bir yerde (hastane dışı) olsakta sonuçlarımızı alabiliyoruz. Randevu sistemini görebiliyoruz.4. Bilişim altyapısı geliştirilmeli ve biraz daha hızlı donanım ile çok daha hızlı ve iyi hizmet verilebilir.
---------------------------	---

SONUÇ

Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Hizmetleri Kalitesine Etkisi'nin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada, nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması noktasında nicel veri toplama tekniklerinden birisi olan anket tekniğinden yararlanılmıştır. Ankete ilişkin değişkenler 5'li likert tipi ölçekle (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kısmen katılıyorum, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum) ölçülmüştür.

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerindeki genel kalite algısının ölçülmesi ve bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetleri kalitesine olan etkisinin araştırılmasıdır. Bu amacı gerçekleştirmek için Sakarya İl'i bünyesinde faaliyet gösteren 2 farklı hastanede toplamda 416 kişiye yüzyüze anket uygulanmıştır. Çıkan sonuçlara göre ücretsiz muayene olma imkanı, daha iyi tedavi olabilme ümidi ve hastanenin yakın olması , kişilerin o hastaneyi tercih etmesindeki en önemli faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca kadınların, tanıdığı doktorun olduğu hastaneyi tercih etmelerine olan eğilimlerinin erkeklere kıyasla daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumun genel sebebinin kadınlarda hekim seçimine verilen önemden ve devletin vatandaşlarına sunmuş olduğu "hekim tercihi" hakkından daha fazla yararlanma arzusunun kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırma sonuçları, sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen en önemli faktörün hastanede çalışan personel ile alakalı olduğunu ortaya çıkartmıştır. Kişilerin personelden memnun kalma düzeyleri, gördükleri ilgi ve alakanın doğrudan hastanenin kalitesi ile bağdaştırılması çalışmanın önemli bulguları arasındadır. Ankette yer alan kişilere ait görüşlerin; hastanelerden aldıkları hizmete bağlı memnuniyet düzeylerine göre kişiden kişiye farklılık göstermesi muhtemeldir. Hastaneden alınan hizmetlerde hoşgörülü, güvenilir ve yardımcı olan ilgili personelin olması, bir diğer yandan teknolojik açıdan; işlemleri hızlandıracak, hastalara hızlı bilgi verebilecek bilgi teknolojilerine sahip donanımlı teknik personel olmaları daha iyi bir hizmet sağlayacağı gibi, kaliteye de büyük katkısı olacaktır.

Açık uçlu cevaplarda, katılımcıların hasta olarak yanıtladığı anketlerde de bu konuya etki edecek talepler doğrultusunda elde edilen veriler; hekim sayısının yeterli sayıda olmamasından kaynaklanan aksaklıklar, daha ilgili yakınlık gösteren sağlık çalışanlarına

duyulan ihtiyaçlar, randevu saatlerindeki düzensizlikler, hastanenin genel temizliğine yeterince önem verilmemesi, hastane ortamının gürültülü olması, hastane bünyesinde kullanılan teknolojik aletlerin çalışmasındaki aksaklıkların giderilmesi talepleri, acil girişlerde yeterli sayıda personel bulunmaması, hastaların tahlil sonuçlarına daha hızlı ve doğru bir şekilde kısa zamanda ulaşma isteği ve sosyal güvenceye sahip olmayan hastalarında daha iyi koşullarda tedavi görme isteği bu konuyla ilgili kaliteye etki edecek hasta beklenti ve önerilerdir.

Geleneksel memur olarak yetişen, teknolojiye ayak uydurmayı reddeden yöneticiler kurumların gelişiminde her zaman bir engeldir. Kurumun işleyiş tarzı, devletin kadrolu elemanı zihniyetine sahip olursa gelişime ihtiyaç duymayan çalışanlar çoğalacaktır. Bu yüzden, teknolojik gelişmeleri takip eden nitelikli elemanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca ihtiyaç duyulan bilişim sistemlerinin kurulumu için de maddi kaynak gerekmektedir. Devamlı gelişen teknolojik dünyaya ayak uydurabilmek için sürekli yenilenme şarttır. Ancak gerçek değişim , buna ayak uydurabilen bireylerle beraber olduğunda gerçekleşecektir.

Doktorların açık uçlu cevaplarda dile getirdiği gibi; daha sağlıklı ve güvenli hizmet almak tüm hastaların hakkıdır. Kullanılan sistemin daha hızlı ve efektif olması hem sağlık çalışanlarının hem de hizmeti alan hastaların daha kaliteli bir hizmet almalarına olanak sağlayacaktır. Bunun için teknik donanıma sahip hastanelere ve yeterli sayıda teknolojiye uygun bilgi birikimi olan personele ihtiyaç vardır.

Öneri olarak, çalışanların motivasyonunu sağlamak için personellerin göstermiş oldukları performansa göre ödül sistemi benimsenmelidir. Açık uçlu cevaplarda, hemşirelerin ve tıbbi sekreterlerin dediği gibi, yalnızca hastalar için davranış şekli, nezaketi değil, hastane yönetimininde hastane çalışanlarına değer verip, onların mutluluğunu düşünerek yenilikler yapılmasına da ihtiyaç duyulmaktadır. Unutulmamalıdır ki kaliteli hizmet verebilmek için, önce memnuniyet düzeyi yüksek çalışanlara ihtiyaç vardır. Ayrıca Tıbbi sekreterlerin kaliteyi yükseltmek için verdiği önerilerde, öncelikle teknolojik donanım ve alt yapının sağlanıp geliştirilmesi gerekliliğinin ilk şart olduğu sonrasında kullanıcı olarak daha verimli olunabileceği dile getirilmiştir. Var olan randevu sisteminin sayesinde kolaylıkların olduğu ama daha hızlı bir efektif sisteme ve altyapıya sahip olunması gerektiği belirtilmiştir. Bu yüzden sistemin elverdiği ölçüde hizmet verebildiklerini dile getirmişlerdir.

Öte yandan, istatistiksel açıdan önemli bulunan, sağlık hizmetlerinin kalitesinde en yüksek öneme sahip bir diğer bulgu “Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına duyulan güven” , katılımcıların “Daha iyi tedavi olma ümidi ile” hastaneyi tercih etme nedenlerini belirttiği soruda katılıyorum’a yakın verilen cevapları doğrulamaktadır. Hastalar, hastaneyi tercih ederken tetkik ve tedavinin yapılacağına tam güven duyuyor. En düşük puanlara bakıldığında ise hastanenin gürültüsüz olması ve sevk edilme sebepleri ortaya çıkmıştır. Sevk durumu hastanın tercihi dışında bir durum olduğundan, bu faktörün düşük ortalamaya sahip olması çalışmanın kapsamı açısından tutarlılık göstermektedir.

Hastanenin sağlık hizmetleri kalitesini etkileyen diğer unsurlar için yapılan bağımsız grup t-testi analizinin sonuçlarına göre hiçbir ifade ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Her bir faktörün katılımcı türü, meslek grubu ve gelir düzeyi ile anlamlı bir farkının olup olmadığına ise tek yönlü ANOVA testi yapılmış, fakat onda da anlamlı sonuçlar bulunamamıştır. Ama Tek örnek t testi incelendiğinde, hastanedeki muayene öncesi ve sonrasında bilgilendirme ve muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesine duyulan ihtiyacın ortalaması, ortalama değer üstünde çıkmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum açık uçlu cevaplarda da olduğu gibi hastaların randevu sisteminden dolayı yaşadığı rahatsızlıkları destekler niteliktedir. Var olan sistemde aksaklıkların olduğu, hastaların bu durumdan memnun olmadıkları ortada olup, bunun çözülmesi için en başta hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı’na, ardından hastane yöneticilerine büyük görev düşmektedir. Hastane bünyesinde yeterli sayıda sağlık çalışanı bulundurulması, donanımlı personel ihtiyacının farkına varılması ve eksikliğin giderilmesi sonucunda sağlık hizmetlerinin kalitesine ivme kazandırılması beklenilmektedir.

Araştırmamızda yer alan, 416 kişinin hepsi % 100 katılım sağlamıştır. Hastaneyi tercih etme nedenleri, sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörler ve hastanedeki bilgi teknolojilerinin kullanımındaki olumlu ve olumsuz etkilerin güvenilirlik analizi yapıldığında iç tutarlılık oranı genel olarak %93,5 ile çalışmamızın yüksek güvenilirlik düzeyine sahip bir anket çalışması olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın en büyük kısıtı sadece Sakarya İli’nde faaliyet gösteren 2 devlet hastanesinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Bu çalışma Bilgi Teknolojileri’nin Sağlık Hizmetleri Kalitesine Etkisi’nin incelendiği, Sakarya ili örneği’nde; Sakarya Eğitim

Araştırma Hastanesi ve Doğumevi Hastaneleri'nde gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'ndan ancak iki hastane için izin alınabildiğinden, bölgedeki özel hastaneler ise denetimde olduklarından yalnızca bu hastanelerde uygulanabilmiştir. Özel hastaneler bünyesinde gerçekleştirilecek ileriki çalışmalar ile konuya daha geniş bir açıdan bakılması araştırmacılara önerilmektedir. Geliştirilmiş yeni bir anket ile yapılacak çalışmalarda hastalardan iletişim bilgilerini alıp o an ve iyileştikten sonraki beklenti ve memnuniyet düzeyleri değerlendirilebilir. Ayrıca iller bazında yapılacak ileriki çalışmalar ile de sosyo-kültürel açıdan farklı sonuçlara ulaşılması muhtemeldir.

Bilgi teknolojilerinin hizmet kalitesine olan etkisinin ortaya çıkartılmasına ilişkin gerçekleştirilen analizler sonucunda, kişilerin bilgi teknolojilerine yönelik genellikle olumlu bir tutum içerisinde oldukları sonucuna varılmıştır. Anova testinde yapılan post hoc analizlerinde katılımcıların eğitim durumlarına çoklu karşılaştırma analizleriyle bakıldığında ,eğitim durumuna göre bir farklılık bulunamamıştır. Genel olarak tüm katılımcılar hizmet kalitesinin artırılması için bilişim teknolojilerinin etkisinin olumlu yönde olduğunu düşünmektedir. Bilgi teknolojilerinin olumsuz etkilerine yönelik verilen cevapların genellikle karamsar seviyelerde yer alması kişilerin bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadıklarının veya bu konu hakkında görüş bildirmekten kaçındıklarının bir göstergesi olarak sunulabilir. Özellikle tıbbi sekreterler ve hasta grubu için yapılan analizlerde müşteri taleplerinin hızlı karşılanmasına yönelik sekreterlerin hastalara kıyasla takındıkları olumsuz tutum bilgi teknolojilerinin etkilerinin yeterince anlaşılmadığının ve adaptasyonun tam olarak sağlanmadığının en güzel kanıtıdır. Bu sebeple hastanelerin yapacakları stratejik planlarda bilgi teknolojilerinin kullanımı üzerine hastane personeline eğitimler ve bilgilendirme çalışmaları gerçekleştirilmesi bu ön yargının kırılması için önem arz etmektedir. Ayrıca kurulacak hastanelerin doğru yere konumlandırılması ve çalıştırılacak personelin işini doğru yapabilmesi verilen hizmetin kalitesini yükseltecek önemli kriterler arasında yer almaktadır.

Çalışmada; doktorların, hastaların, hemşirelerin ve tıbbi sekreterlerin sorulara verdikleri cevaplara göre kaliteye etkilerin düzeyleri saptanmıştır. Ankette yer alan sorularda; Hastaneyi tercih nedenlerinin önemleri, sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörler, hastanede bilgi teknolojilerinin uygulanmasındaki olumlu ve olumsuz etkiler değerlendirilmiştir.

Katılımcıların; cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim durumu ve sosyal güvence durumlarına göre istatistiki veriler elde edilmiş. İncelenen SPSS verileri bu konudaki diğer çalışmalara ışık tutacak niteliktedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

ALTUNIŞIK, R., ÖZDEMİR, Ş. ve TORLAK, Ö. (2004). “Modern Pazarlama” (3.Baskı). İstanbul: Değişim Yayınları

ALTER, S., Information Systems: A Management Perspective, Addison-Wesley Publishing Company, U.S.A ,1991.s. 129.

CÜCELOĞLU, D., (2008). İletişim Donanımları ‘Keşke’siz bir Yaşam İçin İletişim, s. 55

DEMİRTAŞ, H. ve H.GÜNEŞ (2002). Eğitim Yönetimi ve Denetimi Sözlüğü, Anı Yayıncılık, Ankara

DÖKMEN, Ü., (2008). İletişim Çatışmaları ve Empati, s. 135

GÜLEŞ, H.K. ve M. ÖZATA (2005). Sağlık Bilişim Sistemleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

GÖKÇEN, H. (2002). Yönetim Bilgi Sistemleri Analiz ve Tasarım Perspektifi, Epi Yayıncılık, Ankara.

KARTALOĞLU, Ç., HARMANCI, H., AYTEKİN, T., AKDAŞ, A. (2002). Dr. Siyami Ersek Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, ed.

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000): Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi.294-304s.

KAYA, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara: Pelikan Yayınları.17-18s.

KOTLER, Philip. (2003), Kotler ve Pazarlama, İstanbul: Sistem Yayıncılık:51s.

ÖĞÜT, A.(2003). Bilgi Çağında Yönetim, 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayın. 147s.

Sürelili Yayınlar

AĞIRBAŞ, İ. (2002). Sağlık Kurumlarında Müşteri Tatmini. TCDD Hastaneleri Tıp Bülteni, 14(III).

AK, B. (2009). Türkiye’de sağlık bilişimi, bir kişisel değerlendirme ve uluslararası bir başarı öyküsü: CorTTex. Akademik Bilişim’09-XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 11-13 Şubat 2009 Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, S. 333- 341

- AKIN, G., (2004). Türkiye’de Yapılmış Hasta Memnuniyeti Araştırmalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- AKGÜN, H.S.; Erdal, R. (1997): “Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Ankara, 17-18 Ekim, s.219-225.
- AKGÜN, S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi
- AKBAŞ, E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği) (Yüksek Lisans Tezi), T.C.BEYKENT ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL, S.14
- ALCAN, Z., (1997). Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- ANAMERİÇ, H. (2005). "Bilgi Merkezlerinin Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Rolü", Bilgi Dünyası, Cilt: 6, Sayı:1, s. 15-35.
- ASLANTEKİN, F., GÖKTAŞ, B., ULUŞEN, U., ERDEM, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 55-71
- AYAZ, Hatice ve Atilla, SOYKAN (2002), “Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü”, T Klin Psikiyatri, 3, ss. 19-26
- AYDIN, R. & KUTLU, Y., (2001). Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi İle Olan İlişisini Belirleme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 37-45.
- ATAÇ, A., (2009). İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması, Hacettepe Tıp Dergisi, 40: 89-95.
- CEYHAN, M.B. (2014) Gündem E-Sağlık Dergisi 2: s.8
- CHOİ, K. S., LEE, H., KİM, C., LEE, S. (2005). The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationship in South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types of Service, The Journal of Services Marketing, 19(3): 140-149.
- CROW, R., GAGE, H., HAMPSON, S., HART, J., KİMBER, A., STOREY, L., THOMAS, H. (2002). The Measurement of Satisfaction With Healthcare: Implications For Practice From A Systematic Review of The Literature. Health Technology Assessment, 6(32).
- ÇAVMAK, Ş.ve ÇAVMAK, D. (2017) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Donüşüm Programı

- DURŞUN, Y. ve ÇERCİ , M.(2004), “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”, Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F.Dergisi, Sayı:23, Temmuz-Aralık, ss.1–16.
- EMHAN, Dr. A. (2007). Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Karar verme Süreci ve Bu Süreçte Bilişim Sistemlerinin Kullanılması
- ENGİZ, O. (1999). Sağlık Hizmetlerinde “Hasta Odaklı” Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri. Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu. ed, ÇORUH, M., Haberal Eğitim Vakfı, 22-23 Ekim, Ankara.
- ESATOĞLU, A.E. (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- FORD, R. C., BACH, S. A., FOTTLER, M. D. (1997). Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organization. Health Care Management Review. 22(2): 74-89.
- FROST, Frederick A. ve KUMAR, Mukesh (2001), “Service Quality Between Internal Customers And Internal Suppliers In An International Airline”, International Journal of Quality & Reliability Management, 18(4): 371-386.
- HÜLÜR, Dr. Ü. (2015). Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Net., E-Sağlık Dergisi Sunum: 47s.
- İNCE, H. (2013). Sağlık Bilgi Sistemleri Dergisi, Gündem E-Sağlık Dergisi Sayı 1:13s.
- KEÇEK, Doc.Dr. Gulnur ve YILDIRIM Ars. Gor. E. (2009), Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Kurumsal Kaynak Planlaması(ERP) Ve İşletme Açısından Önemi
- KAYRAK, M. (2007).Sayıştay Dergisi, Bilişim Sistemleri Stratejisinin Önemi ve Sayıştay Deneyimi, Sayı 65
- KOÇKAYA, Dr G.. . (2012) Dev veri bankasi geliyor yazisi (<https://www.medimagazin.com.tr/medilife//tr-dev-veri-bankasi-geliyor-10-79-45998.html>)
- LEEBOV,W.,Scott,G., (1994) Service Quality Improvement –The Customer Satisfaction Strategy for Health Care .American Hospital Publishing ,Inc. 89.s. ; (akt Esatoglu,1997: 70s.)
- LEWİS, J.R. (1994). Patient Views on Quality Care in General Practice :Literatüre Review. Social Science And Medicine, 39(5): 655-670.
- ODABAŞI, Y., OYMAN, M. (2008). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.150s.

- ONAY, Z. (1998).Sağlık Sektöründe Bilgi Sistemleri, Dokuz Eylül Üniversitesi İ. İ.B.F. Dergisi, Cilt 13 Sayı:2, 35-46s.
- OMACHONU, V.K. (1990). Quality of Care and the Patient: New Criteria for Evaluation. Health Care Manage Rev., 15(4): 43-50.
- ÖNDER, Prof.R. Ö.(2017-2018), Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Ders Notları
- ÖZBAY, Dr.H.(2013), Türkiye Klinik Kalite Programı Veri Doğrulama Süreci İl Temsilcileri Eğitimi
- ÖZBEK, F. ve YARDIMSEVER, M. ve SAKA, O (2007), “Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Laboratuvar Ve Radyoloji Bilgi Sistemi Mimarisi”, Akademik Bilişim, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya, 311-316s.
- ÖZDEMİRCİ, F. (2018). Sağlık Bilgi Sistemleri Yönetimi ve Toplumsal Bellek / Gelecek Acısından Değerlendirilmesi.Bilgi Yönetimi Dergisi cilt 1 sayı 2 149-155.
- ÖZGEN, H. (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim Dergisi, “Hastaneler” Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, 10(69): 47-53s.
- ÖZKAN, C. ve ZAIM, S.& TÜRKYILMAZ, M.A.(2006), “Sağlık Sektöründe Müsteri Memnuniyet Ölçümü: Simetrik ve Asimetrik Etki Analiz”, İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi Yıl: 5 Sayı: 9 Bahar/1 ss.61-71.
- ÖZSARI, H. S. (2002). Türkiye’de Sağlık Reformu Süreci ve Sağlık Enferyasyon Sistemleri ile İlişkisi. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı. ed. GÖKTÜRK, E., ŞAHİN, A., ODACIOĞLU, Y., Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim, Eskişehir.
- SEBETCİ, O. ,HANAYLI M.C. ve DÖNÜK, G.G.(2017) “Hastanelerin Dijitallesme Surecinde HIMMS-EMRAM Modeli Kullaniminin Dünya’da ve Türkiye’deki Genel Durumunun İncelenmesi”, İletme Araştırmaları Dergisi.
- TEKİN, M. ve N. ÖMÜRBEK (2004) Küresel Rekabet Ortamında Teknolojik İşbirliği ve Otomotiv Sektörü Uygulamaları, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU, D.ve Çalık, C. (2000), Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Yıl: 2000, Sayı: 3,12s.
- TENGİLİMOĞLU, Prof. Dr. D. ve AKBOLAT,Dr.M., ISIK, &Yrd. Doc. Dr. O.(2015), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Örgütlenmesi Sağlık İşletmeleri Yönetimi

- TURNER, Paul D.&Louis G. POLL, (1995), “Beyond Patient Satisfaction”, Journal of Health Care Marketing, 15(3), ss.45-53.
- TAYLOR, S. A., CRONIN, J. J. Jr. (1994). Modelling Patient Satisfaction and Service Quality. Journal of Health Care Marketing, 14(1): 36.
- TARIM, M. ZAiM, H., “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, Sosyal Siyaset Konferansları, C:1, S:59, 2011, ss.1-24)
- Türk Psikiyatri Dergisi, (2004). 15 (1), s. 65
- TAŞDEMİR, M., HAYRAN, O. (2001). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. Bildiri Kitabı. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül, İstanbul.
- ÜNALAN D., ÇETİNKAYA F., ÖZYURT Ö. & KAYABASI A., (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9, 1-18.
- VARİNLİ, İ. (1999), “Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Algılamalarının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma”, 4. Ulusal Pazarlama Kongresi, 18–20 Kasım, ss.219–227.
- VARİNLİ, İ. Ve ÇAKIR, A. (2004), “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Hakkındaki İlişki- Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma”, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:17/2, ss.33–52.
- WALDMAN, D.A., “Predictors of Employee Preferences for Multirater and Group-Based Performance Appraisal”, Group & Organization Management, Vol:22, N:2 1997, s. 264-287.
- WHO (Dünya Sağlık Örgütüne Göre; Sağlığın Tanımı)
- YARBAY, Y.(2015), Sağlık Bakanlığı Bilişim Ağı projesi, Gündem E-Sağlık Dergisi :12-13.s
- YASEMİN, A. (2012), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Akademik bilişim
- YÜKSEL A., (2004). Eğitim Fakültesi Dergisi XVII (2), 2004, s. 341
- YAĞBASAN M., Çakar F., (2005). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı:15, Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Elazığ.
- YILMAZ, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5: 69-74.

ZERENLER, M., ÖĞÜT A. (2007). “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 18: 501-519.

ZEBIENE, E., RAZGAUSKAS, E., BASYS, V., BAUBINIENE, A., GUREVICIUS, R., PADAIGA, Z. (2004). et al. Meeting Patient's Expectations In Primary Care Consultations In Lithuania. International Journal For Quality in Health Care, 16(1): 83-89.

İnternet Kaynakları

(<https://www.medikalakademi.com.tr/saglikta-bilisim-uygulamalari-neden-onemli-dijital-kayitlar-cok-daha-guevenli/>) (www1.)

(<http://www.testede.net/kalite-tanimi/> , 2019) (www2).

(http://www1.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/f0ba4e635a0509a_ek.pdf?tipi=68&turu=X&sube=2 , 2019) (www3).

(<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42978/koruyucu-saglik-hizmetleri-birimi.html> , 2019 . Güncelleme Tarihi: 13 Şubat 2019) (www4).

(<https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=52892>) (www5).

(<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, 2019) (www6).

(<https://www.saglik.gov.tr/TR,11472/tcanayasasi-56madde.html> , 2019) (www7).

(<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> , 2003) (www8).

(<https://tr.wikipedia.org/wiki/OECD> , erişim tarihi Nisan 15, 2019). (www9).

(<https://ayseceylanogtablog.wordpress.com/>,erisim tarihi: 17.04.2019) (www10).

(https://tr.wikipedia.org/wiki/Bilgi_sistemi , 2019) (www11).

(https://tr.wikipedia.org/wiki/Sistem#Sistem_yakla%C5%9F%C4%B1m%C4%B1,erisim tarihi; 17.04.19) (www12).

(Oz,2015 <https://www.slideshare.net/ProfDrHalitHamiz/profdr-halit-hami-oz-01salk-kurumlarında-bilgi-sistemisalk-bilgi-sistemlerinin-geliimi> , slayt 2019) (www13).

(https://www.kolayaof.com/ornek_ozet/SAK204U.pdf , erisim tarihi : 17.04.2019) (www14).

(<https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/> ,2019) (www15).

(<http://ozelhastaneler.org.tr/> ,2019) (www16).

(<https://www.oncevatan.com.tr> , 2019) (www17).

(<https://sbsgm.saglik.gov.tr/>, 2019) (www18).

(<https://sbsgm.saglik.gov.tr/>, 2019) (www19).

(<https://ckysportal.saglik.gov.tr/> , erisim tarihi;2019) (www20).

https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56172/mod_resource/content/0/3_E-SA%C4%9ELIK.pdf , 2019) (www21).

(<https://www.denizlieczacioldasi.org.tr/haber-746> , 2019) (www22).

(<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>) (www23).

(<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>) (www24).

(<https://enabiz.gov.tr/>) (www25).

EKLER



Bilgi Teknolojilerinin Sağlık Hizmetleri Kalitesine Etkisi (Sakarya İl'inde Bir İnceleme)

Bu çalışma *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Bilişim Sistemleri Anabilim Dalı* tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu anketin amacı; bilgi teknolojilerinin daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmada ne ölçüde katkıda bulunduğunu öğrenmek içindir. Kimlik bilgisi gizli tutularak gerçekleştirilen bu ankette, sonuçlar tez dışında bilimsel yayın için de kullanılacaktır.

BETÜL TABANLI (Yüksek Lisans Öğrencisi)

betul.inalI@ogr.sakarya.edu.tr

DOÇ. DR. AYKUT HAMİT TURAN

ahturan@sakarya.edu.tr

1. Doğum Yılıınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Eğitim Durumunuz: () İlköğretim () Lise () Yüksekokul () Üniversite
() Yüksek lisans- Doktora

4. Gelir Durumunuz: () 1000TL'den düşük () 1001TL-3000TL () 3001TL-5000TL
() 5001TL'den yüksek

5. Mesleğiniz: () Dr. () Hasta () Hemşire () Tıbbi sekreter

6. Sosyal Güvenceniz: () Emekli Sandığı () S.S.K. () Bağ-Kur () Yeşil Kart
() Özel Sigorta () Yok

7. Bu hastaneyi tercih etmenizden nedenini önem derecelerine göre işaretleyiniz.
(1 Kesinlikle katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kısmen katılıyorum, 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle katılıyorum)

Tercih Nedenleri	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kısmen Katılıyorum	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
Doktorların ilgi ve yakınlık göstermesi					
En yakın sağlık kuruluşu olması,					
Doktorumun burada çalışıyor olması,					
Hastanedeki ortamın gürültüsüz olması					
Hastanenin genel temizliğine önem verilmesi					
Kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi					
Sevk edildiğim için,					
Sosyal güvencem nedeniyle ücretsiz muayene olabilme imkanı,					
Daha iyi tedavi olma ümidi,					

8.Hastanenizdeki sağlık hizmetlerinin kalitesine etki eden faktörlerin önem derecelerini belirtiniz? (1 Kesinlikle katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kısmen katılıyorum, 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle katılıyorum)

Tercih Nedenleri	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kısmen Katılıyorum	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
Hastanedeki muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme,					
Muayene randevu sisteminin sağlıklı işletilmesi,					
Hastanede kullanılan cihazların modern olması ,					
Yönetim ve destek bölümündeki personelin size karşı davranışları ve yardımcı olma düzeyleri,					
Daha temiz, bakımlı ve modern bir hastane olması ,					
Tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması ,					
Hastanenin genel temizliğine önem verilmesi ,					
Personelin iyi, temiz giyimli ve düzgün görünüşlü olması ,					
Görevli personelin işe ilgisi, nezaketi, yardımseverliği ,					

9.Hastanede bilgi teknolojilerinin uygulanmasındaki olumlu etkileri nelerdir?

(1 Kesinlikle katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kısmen katılıyorum, 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle katılıyorum)

Tercih Nedenleri	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kısmen Katılıyorum	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
Hastane içinde en uygun veri alışverişini sağlamak ,					
Hastane dışıyla hızlı ve güvenilir veri alışverişi sağlamak,					
Hızlı çevresel değişimlere tepki vererek yenilenmek,					
Bilgiye hızlı ve ucuz bir şekilde ulaşabilmek,					
Kaliteyi yükseltmek,					
Rekabet gücünü yükseltmek,					
Müşteri taleplerini daha hızlı karşılamak,					
Zaman tasarrufu sağlamak,					
Yönetime bilgi desteği sağlayarak verimliliği arttırmak,					

10.Hastanede bilgi teknolojilerinin kullanımında olumsuz etkiler nelerdir?

(1 Kesinlikle katılmıyorum , 2 Katılmıyorum , 3 Kısmen katılıyorum , 4 Katılıyorum, 5 Kesinlikle katılıyorum)

Tercih Nedenleri	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kısmen Katılıyorum	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
Teknolojinin çok hızlı demode olması,					
Yazılımlardan kaynaklanan hatalar,					
Donanım arızaları,					
Maliyetli olması,					
Yazılımların kullanım kolaylığı olmaması,					
Yazılımların eğitim maliyetlerinin fazla olması,					

11.Ekleme istedikleriniz varsa belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TEŞEKKÜR EDERİZ.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Betül İNAL TABANLI

Doğum Yeri ve Tarihi : Adapazarı- 21/09/1989

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurum : Bechtel- ENKA Kosova Route 6 Otoyolu Projesi
Muhasebe Uzmanı (Haziran 2015 - halen)

İletişim

E-posta Adresi : btl.inal@gmail.com