

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SİVİL HALKI ASKERİ SAĞLIK BİRİMLERİNİ TERCİH
ETMEYE YÖNLENDİREN NEDENLERE YÖNELİK BİR
ARAŞTIRMA: AFGANİSTAN ÖRNEĞİ**

Banu ÖZTÜRK

Danışman
Doç.Dr. Pınar Süral ÖZER

2011

YÜKSEK LİSANS
TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI

2006800162

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : Banu ÖZTÜRK
Tez Başlığı : Sivil Halkı Askeri Sağlık Birimlerini Tercih Etmeye Yönlendiren Nedenlere Yönelik Bir Araştırma: Afganistan Örneği
Savunma Tarihi : 22.07.2011
Danışmanı : Doç.Dr.Pınar SÜRAL ÖZER

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Doç.Dr.Pınar SÜRAL ÖZER	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Prof.Dr.Ömür N.TIMURCANDAY ÖZMEN	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Yrd.Doç.Dr.Hamdi EMEÇ	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	

Oybirliği (X)

Oy Çokluğu ()

Banu ÖZTÜRK tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "Sivil Halkı Askeri Sağlık Birimlerini Tercih Etmeye Yönlendiren Nedenlere Yönelik Bir Araştırma: Afganistan Örneği" başlıklı Tezi (X) / Projesi () kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Utku UTKULU
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “***Sivil Halkı Askeri Sağlık Birimlerini Tercih Etmeye Yönlendiren Nedenlere Yönelik Bir Araştırma: Afganistan Örneği***” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Banu ÖZTÜRK

İmza

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sivil Halkı Askeri Sağlık Birimlerini Tercih Etmeye Yönlendiren Nedenlere

Yönelik Bir Araştırma: Afganistan Örneği

Banu ÖZTÜRK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılmakta olan kaynakların kıtlığı, çok önemli evrensel bir sorundur. Modern anlamda ekonomi biliminin temel kuralı, kıt olan kaynakların çeşitli ihtiyaçlar arasında en iyi şekilde dağıtılması gereğidir. Kıt kaynakların etkin kullanımı ise, ancak kaynakların rasyonel ve maksimum yararı/kararı sağlayacak şekilde ve alanlarda kullanılması ile mümkündür. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de zaten kıt olan kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gerekir.

Uzun süren savaş yıllarının ardından Afganistan'da sağlık sektörünün çok önemli sorunları olduğu ve bu sorunların çözümlenebilmesi için köklü reformların yapılması gerektiği genel kabul görmekte, ancak değişikliklerin nasıl ve ne yönde olması gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar izlenmektedir. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin temelinde, sağlığa ayrılan kaynakların yetersizliği ve kaynakların etkin kullanılmadığı gözlemlenmektedir.

Siyasi istikrarın sağlanmasına destek olmak amacıyla bölgede görev yapan NATO Birlikleri, ülkenin sağlık problemlerini de göz ardı etmeyerek fonksiyonel, seyyar hastaneler açmak suretiyle sağlık hizmetlerine de katkı sağlamaktadır.

Hastalar hizmet almak istedikleri sağlık kurumlarını belli kısıtlamalara rağmen seçebilmektedirler. Bu seçimde hastaları etkileyen, tercihlerini o yönde kullanmalarını sağlayan birçok faktör bulunmaktadır.

Bu tez çalışması ile pek çok ülkede görev yaparken sağlık desteği de sunan NATO'ya bağlı askeri birimlerin, sundukları sağlık hizmetlerini geliştirme ve pekiştirmede faydalı olabilecek bir veri oluşturmak ve yeniden yapılanmakta olan Afganistan sağlık sisteminin bu sürecine, sağlık hizmetini alacak olan hastalarında dahil edilmesini sağlamak amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde ; sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ile hasta memnuniyeti ve ölçümü hakkında araştırmamıza yazın desteği verecek bilgiler sunulmuştur.

İkinci bölümde; Afganistan ve sağlık hizmetlerinin mevcut durumu hakkında bilgi verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise; Afganistan'ın Kabil şehrindeki yabancı kaynaklı seyyar asker hastanelerden ikisini kapsayan bir çalışma gerçekleştirilerek buralardan hizmet alan Afganlı hastaların memnuniyetini ve etkileyen faktörleri belirlemek üzere istatistiki değerlendirmeler yapılmıştır.

Son bölümde ise literatür çalışması ve uygulamadan elde edilen sonuçlar yorumlanmış ve öneriler getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: 1) Hasta memnuniyeti, 2) Hastane, 3) Afganistan, 4) Sağlık Hizmeti.

ABSTRACT

Master's Thesis

**A Research About To Prefer The Direct Cause Of Military Health Unit For The
Civilian Population: Example From Afghanistan**

Banu ÖZTÜRK

Dokuz Eylül University

Social Sciences Institute

Hospital And Health Organizations Administration Program

Poverty of the sources is a big problem which are used in the production of goods and services. Dispensing of inadequate sources is the necessity of the economical science on the modern sense. The rational usage of the inadequate resources is only possible by maximazing benefit/profit and using in rational areas. The inadequate sources must be used productive and active like in all health sector.

Health sector's having important problems and the necessity of making radical reforms to solve these problems in Afghanistan is accepted generally but there are different approaches followed to the how and which direction the changes should be. It can be seen that allocating insufficient resources and using the sources unproductively in the main ground of the country.

By not ignoring of the country's health problems NATO units are helping supporting the providing of political stabilization by opening peripatetic and functional hospitals.

In spite of some restictions patients can choose health institutions where they can be treated. There are a lot of factors which affects and directs the patience to that way in this preference.

The main aim of this thesis; making statistical data to NATO, serving all over the world, which can be useful to developing and strengthening when

offering health support as well and mainly implicate the patience, getting health service, to a new structuring Afghanistan's health porcess.

Measuring of health concept, definition of health services and features and patience satisfaction literature support is given in the first sector.

In the second sector of the thesis, information provided on general condition of Afghanistan and present condition of health processes.

In the third sector, assestments made on survey on determining the patience satisfaction and affecting factors, on Afghan paciencies, who get services in NATO's two military hospitals in Kabul.

In the last sector, comments made from the conclusions on literature study and implementation and porposals brought forward.

Key words: 1) Patient Satisfaction, 2) Hospital, 3) Afghanistan, 4) Medical Care.

**SİVİL HALKI ASKERİ SAĞLIK BİRİMLERİNİ TERCİH ETMEYE YÖNLENDİREN
NEDENLERE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: AFGANİSTAN ÖRNEĞİ**

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ**

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ KAVRAMLARIN TANIMLANMASI	4
1.1.1. Sağlık Tanımı	5
1.1.2. Sağlık Hizmeti Tanımı	6
1.1.2.1. Hizmet Tanımı	6
1.1.2.2. Hizmetleri Mallardan Ayıran Özellikler	7
1.1.2.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması	10
1.1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	13
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	13
1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Performans Göstergeleri	17
1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	21
1.1.6. Müşteri, Hasta Tanımı	24
1.2. HASTA MEMNUNİYETİ	25
1.2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı	26
1.2.2. Hasta Memnuniyeti Kavramının Gelişimi	28
1.2.3. Hasta Beklentilerini ve Algılamalarını Etkileyen Faktörler	30
1.2.4. Hasta Memnuniyetinin Boyutları	31
1.3. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜMÜ	35

1.3.1. Hasta Memnuniyeti Ölçümünün Amaç ve Sınırlılıkları	36
1.3.2. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri	38
1.3.3. Hasta Memnuniyeti Ölçümüne İlişkin Yapılan Araştırmalar	45

İKİNCİ BÖLÜM

AFGANİSTAN'DA SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. AFGANİSTAN HAKKINDA GENEL BİLGİ	48
2.1.1. Afganistan'ın Coğrafi Özellikleri	48
2.1.2. Afganistan'ın Ekonomik Özellikleri	50
2.1.3. Afganistan'da Siyasi Durum	51
2.1.4. Afganistan'da Sosyal Durum	52
2.2. AFGANİSTAN'DA SAĞLIK HİZMETLERİ	55
2.2.1. Afganistan'da Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	56
2.2.2. Afganistan'ın Mevcut Sağlık Verileri	57
2.2.3. Afganistan'da Sağlık Sistemindeki Gelişmeler	58
2.2.4. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmeti Sunucularının Yapılanması	63
2.2.4.1. Sağlık Bakanlığı Yapılanması	64
2.2.4.2. Hastane ve Diğer Sağlık Kurumları	65
2.2.4.3. Özel Sağlık Hizmetleri	67
2.2.4.4. Askeri Sağlık Hizmetleri	69
2.2.5. Sağlıkla İlgili Gelişimi Engelleleyen Faktörler	70

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AFGANİSTAN'DA SİVİL HALKI ASKERİ SAĞLIK BİRİMLERİNİ TERCİH ETMEYE YÖNLENDİREN NEDENLERE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	72
3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	74
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE TEKNİĞİ	75
3.3.1. Verilerin Elde Edilmesi	76
3.3.2. Soru Formunun Özellikleri	77
3.3.3. Soru Formunun Uygulanma Şekli	82
3.3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Yöntemi	83
3.3.5. Araştırmanın Yapıldığı Bölge ve Kurumların Tanıtılması	83

3.3.6. Veri Analiz Yöntemi	85
3.4. ELDE EDİLEN BULGULAR VE DEĞERLENDİRME	85
3.4.1. Araştırmada Kullanılan Soru Formunun Güvenilirliği	86
3.4.2. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler	87
3.4.3. Hastaların Asker Ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Dağılımlarının Tanımlayıcı İstatistiki Değerlendirmesi	92
3.4.4. Hastaların Asker Ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerine İlişkin Puan Dağılımlarının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi	94
SONUÇ VE ÖNERİLER	99
KAYNAKLAR	110
EKLER	126

KISALTMALAR

A.B.D.	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome Edinsel (Kazanılmış) Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
BPHS	: Basic Package of Health Services Sağlık Hizmetleri Temel Paketi
CASPE	: Clinical Accountability, Service Planning and Evaluation
DVD	: Digital Versatile Disc Çok Amaçlı Sayısal Disk
EPHS	: Essential Package of Health Services Sağlık Hizmetleri Esas Paketi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
HIV	: Human Immunodeficiency Virus İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HMIS	: Health Management Information System Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi
HPAU	: Health Policy Advisory Unit
ISAF	: International Security Assistance Force Uluslararası Güvenlik Destek Gücü
ITAP	: Immediate and Transitional Assistance Programme Acil ve Geçici Destek Programı
MOPH	: Ministry of Public Health Sağlık Bakanlığı
MOS	: Medical Outcome Study
NAC	: National Audit Commission

NATO	: North Atlantic Treaty Organization Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü
NCHSR	: National Center for Health Services Research Ulusal Sağlık Hizmetleri Araştırma Merkezi
NGO	: Non-Governmental Organization Hükümet Dışı Organizasyonlar, Sivil Toplum Örgütleri
NHSPA	: National Health System Performance Assessment Ulusal Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirme
PSQ	: Patient Satisfaction Questionnaire Hasta Memnuniyeti Soru Formu
SPSS	: Special Programme For Social Studies
UN	: United Nations Birleşmiş Milletler
UNAMA	: United Nations Assistance Mission in Afghanistan Birleşmiş Milletler Afganistan'ı Destekleme Kurulu
UNDP	: United Nations Development Programme Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNHCR	: United Nations Refugee Agency
USAID	: United States Agency for International Development
US\$: United States Dollar Birleşik Devletler Doları
WHO	: World Health Organisation Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hizmetlerin Sınıflandırılması	s. 12
Tablo 2: PSQ-III Soru ve Cevap Örnek Formu	s. 79
Tablo 3: PSQ-18'in 7 Alt Gruba Soru Dağılımları	s. 80
Tablo 4: Önermelere Cevapların Puanlanması	s. 81
Tablo 5: PSQ-18'in Soru Bazında Güvenilirliği	s. 87
Tablo 6: Cinsiyetlerine Göre Katılımcıların Dağılımı	s. 88
Tablo 7: Yaş Aralıklarına Göre Katılımcıların Dağılımı	s. 89
Tablo 8: Medeni Hal Gruplarına Göre Dağılım	s. 90
Tablo 9: Eğitim Durumlarına Göre Dağılım	s. 90
Tablo 10: Meslek Gruplarına Göre Dağılım	s. 91
Tablo 11: Gelir Gruplarına Göre Dağılım	s. 92
Tablo 12: Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılım	s. 91
Tablo 13: Hastaların Asker Ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Boyutlara Göre Puan Dağılımlarının PSQ-18 İçin Değerlendirilmesi	s. 93
Tablo 14: Hastaların Asker Ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Dağılımlarının Bağımsız Sorular İçin Değerlendirilmesi	s. 94
Tablo 15: Hastaların Asker Ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Boyutlara Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	s. 95
Tablo 16: Hastaların, Bağımsız Sorular İçin Asker Ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	s.97

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler	s. 6
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İŞletmeleri	s. 21
Şekil 3: İyi Müşteri Çevrimi	s. 39

EKLER LİSTESİ

EK 1 : Hasta Memnuniyet Anketi: Demografik Bilgiler	s. 127
EK 2 : Hasta Memnuniyet Anketi: Açıklamalar ve Birinci Bölüm	s. 128
EK 3 : Hasta Memnuniyet Anketi: İkinci Bölüm	s. 132

GİRİŞ

İnsan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdendir

Ekonomik nedenler dolayısıyla, devletin sağlık politikasının temel amacı, sınırlı olanaklara göre maksimum düzeyde sağlık hizmeti sunmaktır. Bu amaçla, WHO'nun 1978 yılında Alma-Ata kentinde kabul ettiği ve UN (United Nations: Birleşmiş Milletler) tarafından uygulanması için bütün üye ülkelere önerilen ilkeler, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların eşit olarak yararlandırılmasını öngörmektedir. Alma-Ata Bildirgesi'nin 'Sağlık İçin Temel İlkeleri' aşağıdaki maddeleri içermektedir (Dilşen, vd., 2002: 17–21):

- Sağlıklı çocuk yetiştirilmesi, ailenin eğitim düzeyi ile yakından ilgili olup özellikle annenin eğitimi son derece önemlidir.
- Temiz içme ve kullanma suyu sağlayacak biçimde hijyenik koşullar içermelidir.
 - Bulaşıcı hastalıklara karşı aşıların zamanında yapılması gerekmektedir.
 - Ana ve çocuk bakımı, devamlı olarak kontrol edilmelidir.
 - Ailenin dengeli beslenebilmesi için, yeterli ekonomik güce kavuşturulmaları gerekir.
- Tıbbi yardım ve ilaç gerektiğinde sunulabilecek hizmet, herkese ve her yerde hazır olarak sağlanmalıdır.
- Salgın hastalıklar ve aracı taşıyıcılara (sivrisinek, parazitlere) karşı etkin bir savaş verilmelidir.

1988 yılında yapılan Riga Toplantısıyla sayılan ilkelerin 'Herkesin Sağlığı' (Health For All) parolasıyla, uygulamaya konulabilmesinin teknik koşulları belirlenmiş ve böylece, Alma-Ata Bildirgesi ilkeleriyle belirlenen 'Temel Sağlık Hizmetleri' toplum sağlığının korunmasına yönelik olarak, devletin yerine getirmesi gereken bir görev olarak sağlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin herkese aynı

biçimde sunulabilmesi amacıyla, yerel, bölgesel ve uluslararası düzeyde örgütlenmeye ilişkin teknik düzenlemeler yapılmıştır (Şener, 2001: 368–369).

Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar değişik ülkelerde değişik amaçlarla yıllardan beri yapılmaktadır. Son yıllarda daha fazla araştırmanın görüldüğü sağlık hizmetleriyle ilgili müşteri tatmini, hem sosyal bilimcilerin hem de yöneticilerin ilgisini çekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde günümüz hasta profili hızla değişmekte, ödediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve nitelikli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle de sorgulayıcı olan bir müşteri kesimi bulunmaktadır.

Hastalar hizmetlerle ilgili beklentileri ile onlara verilen hizmet sonrasında edindikleri tecrübe arasındaki farka göre sağlık hizmetini değerlendirmektedirler. Hastalar almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için bu hususta değerlendirme yaparken karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter olarak kullanmakta ve aldıkları sağlık hizmetlerinden bu kriterlere uygunluğu nispetinde memnun olmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan bilgi, teknoloji ve personel gibi stratejik öğelerin en iyi şekilde kullanılmasında hasta beklenti ve memnuniyetinin de dikkate alınması gerekmektedir.

Bu hususlar göz önüne alındığında sağlık hizmeti sunan kurumların, sağlık hizmetlerinin psikososyal doğasının farkına varmaları, hasta hakları ve memnuniyeti doğrultusunda ortaya çıkacak gereksinimlere cevap verecek uygun çözümler geliştirmeleri gerekmektedir.

Türkiye’de olduğu gibi dünyanın pek çok ülkesinde de asker hastaneleri, savaş ve barış şartlarında kendi askeri personelinin sağlığını desteklemek amacıyla kurulmuş olmalarına karşın belli kontenjan dahilinde sivil halka da hizmet vermektedir. Asker hastanelerinin misyonlarının temeli, sivil hastanelerden farklı değildir: Takım ruhu içinde, hastanenin tüm kaynaklarını verimli kullanarak, bilimsel,

etik kurallara ve hasta haklarına uygun, uluslararası kalitede hızlı, doğru sağlık hizmeti sunarak başvuran hastaların memnuniyetini yükseltmektedir.

Savaş şartlarından yeni kurtulmuş ancak hala siyasi istikrara kavuşmamış bir ülke olan Afganistan'da sağlık hizmeti sunan yabancı kaynaklı asker hastanelerinin hizmet sunucuları ile Afganistan'ın sosyo-kültürel yapısı birbirinden çok farklıdır. Buna karşın Afgan halkı bu yabancı kaynaklı asker hastanelerini tercih etmektedir. Sivil halkın asker hastanelerini tercih etme nedenlerini, bir Afganistan örneği ile tespit etmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde, çalışmaya destek olacak hasta memnuniyeti üzerine yazın incelemelerine yer verilmektedir. İkinci bölümde, Afganistan'ın genel yapısı, mevcut durum ve mevcut sağlık hizmetleri konusu incelenmekte, üçüncü bölümde ise Afganistan'ın başkenti Kabil'de mevcut bulunan NATO (North Atlantic Treaty Organization: Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü) birliklerine ait asker hastanelerinde yapılan bir araştırma ile buralardan hizmet alan Afganlı hastaların memnuniyet düzeyleri incelenmektedir. Sivil halkın asker hastanelerini tercih etme nedenleri, aynı hastalardan, kendi yerel sağlık kurumlarından daha önceden almış oldukları sağlık hizmetine dair tecrübeleri de sorgulanarak karşılaştırma yoluyla ortaya konmaya çalışılmıştır. Son bölümde sonuçlar, çalışmanın bütünü dikkate alınarak incelenmekte ve öneriler getirilmektedir.

Çalışmanın, Afganistan gibi geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin yapılandırılması ve geliştirilmesi sırasında hasta memnuniyet derecelerinin göz önünde bulundurulmasının öneminin vurgulanmasına ek olarak, benzer yerlerde sağlık hizmeti veren NATO birliklerine ait sağlık kurumlarının, bu hizmeti geliştirme ve bölgenin sosyo-kültürel yapısına daha uyumlu hale getirmelerine yönelik çalışmalarına pratik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

Toplumdaki müşteri merkezli hizmet anlayışı giderek sağlık hizmeti alan bireylerin isteklerinin önem kazanmasına neden olmuştur. Ancak bireyin sağlık gereksiniminin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili ölçütler, bir restoran ya da toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki ölçütlerden daha farklı ve karmaşıktır (Özcan, 2008: 96-97).

Sağlık bakım hizmeti bazı önemli yönlerden diğer endüstri ve hizmet işletmelerinden belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Rekabete dayalı bir piyasada tüketiciler memnuniyetsizliklerini alışveriş yerlerini değiştirerek gösterebilmektedir. Oysa sağlık hizmetinde bireylerin bağlı oldukları sağlık kurumları nedeni ile seçme şansı sınırlıdır. Daha da önemlisi bireyin sağlık gereksiniminin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili kriterler, bir restoran ya da toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki kriterlerden daha farklı ve karmaşıktır (Wilkin, vd., 1992: 16-18).

Sağlık hizmetinin sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan memnuniyet, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Bu bölümde, çalışmaya yazın desteği sağlayacak ilgili kavramlar hakkında bilgi verilecek ve bu değişkenliğin aşularak hasta memnuniyetinin nasıl ölçüleceği anlatılacaktır.

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ KAVRAMLARIN TANIMLANMASI

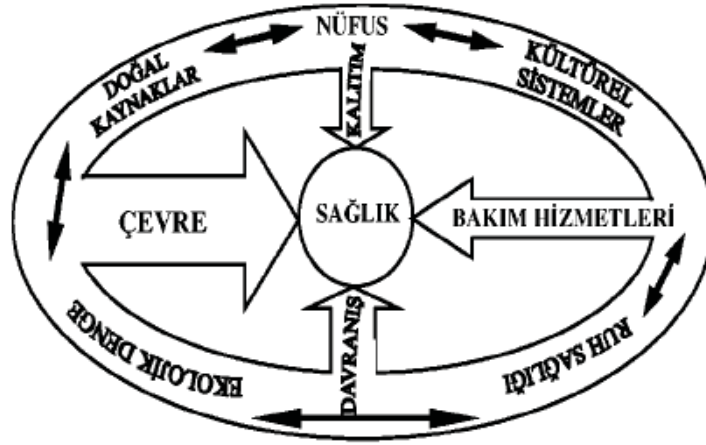
İşletmelerin varlık nedenlerinin temeli olan ve faaliyetlerini yönlendiren müşteriler için yazında çeşitli ve birbirinden oldukça farklı tanımlar geliştirilmiştir. Sağlık sektöründe de hasta kavramı yerine müşteri kavramının kullanımı tercih edilmeye başlamıştır. Burada birtakım kavramları tanımlamak ve aralarındaki farkları belirtmek yararlı olacaktır (Değermen, 2006: 68).

1.1.1. Sağlık Tanımı

Sağlık kavramı genelde “hasta olmama” şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanım sağlığın günümüzde en yaygın tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde yapmıştır (Yerebakan, 2000: 14).

Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir. Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrik L. Blum (1974), sağlık durumunu 4 temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Şekil 1’de görülen okların genişliği, faktörlerin sağlığa olan göreceli etkisinin büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör, en geniş okla işaret edilen çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. Örneğin akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünüdür. Akraba evlilikleri, genetik sorunları ve sakatlıkları bulunan yeni kuşakların ortaya çıkmasına yol açabilir. Kültürel sistem, bireylerin yaşam tarzını da biçimlendirmektedir; beslenme tarzı, spor yapma, alkol ve sigara alışkanlıkları kültürün etkisiyle biçimlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 18).

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Kavuncubaşı, 2000, s:9.

1.1.2. Sağlık Hizmeti Tanımı

Sağlık kurumları birer hizmet işletmesidir. Yazın incelendiğinde hizmet kavramıyla ilgili çok sayıda tanım yapıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetinin tanımlanmasında, öncelikle hizmet kavramı ve özellikleri hakkında bilgi verilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

1.1.2.1. Hizmet Tanımı

Hizmetlerin çeşitliliğinin çok fazla olması, hizmet kavramının ekonomik ve sosyolojik değişimlere göre çok farklı şekillerde ele alınması, hizmetlerle ilgili ortak bir tanımın yapılmasını güçleştirmektedir.

Klasik ekonomistlerden Adam Smith hizmeti maddi çıktısı olmayan faaliyetler olarak tanımlarken, Jean-Baptiste Say mallara belli bir fayda ekleyen tüm üretim dışı faaliyetler olarak, Alfred Marshall ise üretildiği anda tüketilen faaliyetler olarak tanımlamıştır (Doğan ve Tütüncü, 2003:1. Aktaran: Özer ve Özdemir, 2007: 10).

Pocket Oxford Dictionary'de hizmet endüstrisi hizmet üreten, mal üretmeyen endüstri biçiminde tanımlanmıştır. Mal ise taşınır mal, ticari eşya olarak açıklanır. Buradan, endüstriyel üretimin somut mallar sunduğu, hizmet endüstrisinin ise

sunduklarının ise soyut nitelikte olduğu anlaşılmaktadır. Somutluk, dokunarak algılanan, kesin olan, anlaşılır ve dűşsel olmayan şekilde açıklanmaktadır (Hope ve Műhlemann, 1997:3. Aktaran: Ȗzer ve Ȗzdemir, 2007: 10).

Bir başka tanıma gȖre, bir malın satışına bağlı olmaksızın son tűketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doğgunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemler hizmet olarak adlandırılır (Eser, 2004).

Lovelock ve Wirtz'e gȖre hizmetler, belli yer ve zamanlarda, hizmeti alan kiřinin istediđi yȖnde bir deđiřim sađlayarak, műřterilere bir deđer veya fayda sađlayan ekonomik faaliyetlerdir (Lovelock ve Wirtz, 1999: 2; Lovelock ve Wirtz, 2004: 9).

Devebakan'a (2005) gȖre ise hizmet, fiziksel ve psikolojik olarak kişiye, sosyal aıdan ise topluma zaman, mekȖn ve yer faydası sağlama olgusudur.

Tűrk Dil Kurumu da hizmeti birinin iřini gȖrme ya da birine yarayan iři yapma olarak tanımlamaktadır.

Somit mallarla soyut hizmetlerin karşıtlıklarına dayanan tanımlar, bu kavramı aydınlatmaktan çok, daha da sınırlandırmaktadır (Vargo ve Lusch, 2004. Aktaran: Ȗzer ve Ȗzdemir, 2007: 12). Birçok malın sunumunda hizmetler ve soyut unsurlar, birçok hizmetin sunumunda da somut yȖnler vardır. Yani hizmeti bir malın bűtűnleyicisi ya da malı hizmetin bir parçası olarak değerlendirmek gerekmektedir (Ȗzer ve Ȗzdemir, 2007: 12).

1.1.2.2. Hizmetleri Mallardan Ayıran Ȗzellikler

Hizmetlerin geneline baktığımızda, hizmetleri mallardan ayıran temel bazı Ȗzellikler gȖrűlűr. Bu Ȗzellikler dokunulmazlık (soyutluk), eř zamanlı űretim ve tűketim (ayrılmazlık, ayırt edilemezlik), tűrdeř olmama (heterojenlik, deđerkenlik), dayanıksızlık (bekletilemezlik) ve sahipliđin olmaması olarak sıralanabilir (Yűcenur, vd., 2011: 158).

Dokunulmazlık (Soyutluk): Bateson (1979)'un belirttiğine göre soyutluluk, hizmetleri mallardan ayıran en temel özelliktir ve tüm diğer ayırıcı özellikler (ayrılmazlık, heterojenlik, dayanıksızlık) soyutluktan kaynaklanır. Hizmetler, genelde insanların beş duyu organı tarafından somut olarak kolayca algılanamayan, soyut nitelikteki etkinliklerdir. Bunun için hizmetlere fiziksel olarak sahip olmak olanaksızdır. Müşteri, bir hizmetin değerini ve niteliğini ancak satın aldıktan sonra ve hizmetin tüketilmesi sürecinde değerlendirebilir (Uyguç, 1998: 12 içinde Zeithaml, 1981. Aktaran: Özer ve Özdemir, 2007: 16).

Hizmetler, maddi unsurlardan ziyade, 'performans' sınıfına girdiklerinden, mamullerde olduğu gibi, görülme, hissedilme, dokunulma vb. şekillerde değerlendirilemezler. Bu özgün nitelik, bazı pazarlama problemlerini de beraberinde getirmektedir. Bunlardan bazıları şunlardır (Odabaşı, 2006:120-121):

- Hizmetlerin depolama, stoklama imkanı yoktur.
- Hizmetleri, 'patent' vasıtasıyla korumak imkansızdır.
- Hizmetleri, hemen teşhir ve tanıtma imkanı yoktur.
- Hizmetlerin fiyatlandırılması, zor ve karmaşıktır.

Ayrılmazlık (Ayırt Edilmezlik): Bu özellik, hizmetin yaratıldığı (üretildiği) ve sunulduğu/yararlanıldığı (tüketildiği) zamanın ayrılmaması ile tüketicinin de hizmet üretim sürecinden ayrılmaması yönlerini açıklar. Bir başka deyişle, malların üretimi ile tüketimi ayrı iken, hizmetler için bu söz konusu değildir.

Hizmet, hizmeti üretenden ayrılamaz. Mamuller, önce üretilip sonra satılarak tüketildiği halde, hizmetler çoğu kez önce satılıp sonra üretilip tüketilmektedir. Pek çok hizmetin üretiminde müşterinin bizzat bulunması, şahit olup yaşaması gerekmektedir. Bu anlamda, bu ilke, aşağıdaki pazarlanma problemlerini de beraberinde getirmektedir (Odabaşı, 2006:120):

- Hizmet sektöründe üretici ve satıcının aynı kişi olması, doğrudan dağıtımı gerektirmekte ve pazarlama ile üretim aktivitelerini iç içe bir duruma getirmektedir.
- Hizmet müşterisi, alıcısı olduğu hizmetin üretim süresince bulunmaktadır.

- O an hizmet edilen müşteriden başka, hizmetten yararlanacak diğer müşteriler de, üretim sürecini şahit olarak yaşamaktadırlar.
- Hizmetlerin, merkezi bir biçimde, kitlesel olarak üretilmeleri zor ve çoğu kez imkansızdır.
- Hizmet, belirli bir zaman içinde, bir çok pazarda pazarlanamaz.

Türdeş olmama (Heterojenlik): Bu özellik, hizmetlerin standartlaştırılmamasını açıklayan önemli bir özelliktir. Özellikle de sağlık gibi emek yoğun hizmetlerde (Bkz. s.36-37), hizmetler insanlar tarafından üretilen performanslar olduğundan, tek biçimli ya da tek tip bir çıktıya ulaşmak çok zordur. İnsanın üretime katılma düzeyi arttıkça, hizmetin sunumundaki değişkenlik artmaktadır (Doğan ve Tütüncü, 2003:5. Aktaran: Özer ve Özdemir, 2007: 21).

Hizmetler standartlaştırılmazlar. Bu nedenle kalite kontrol faaliyetleri alanında büyük zorluklarla karşılaşılır (Odabaşı, 2006:120):

Müşteriler, genellikle hizmeti sunan personel ile sunulan hizmetin kendisini eş değerli olarak algılar. Hizmetin işletmesinde çalışan personelin performansı saatten saate değişkenlik gösterebilir (Oral ve Yüksel, 2006:11).

Dayanıksızlık (Bekletilememe): belirli bir zaman diliminde kullanılmayan hizmet kapasitesi, bir daha geri gelmeyecek olan o zaman dilimi için değerlendirilememiştir. Hizmetlerin pek çoğunun yararı kısa sürelidir. Bu özellik, aşağıda belirtilen bazı hususları gündeme getirmektedir (Odabaşı, 2006:121):

- Hizmetler, envantere sokulup, stoklanamazlar.
- Hizmetler stoklanmadığı için, bir çok hizmet işletmesi, talep ve arzı dengeleme hususunda büyük problemlerle karşılaşır.

Bu özelliğin bir sonucu olarak, hizmetlerin mallarda olduğu gibi son kalite kontrolünün yapılması da olanaklı değildir. Hizmet sunucu, hizmeti, ilk defasında ve her defasında doğru olarak sağlamalıdır (Ghobadian, vd., 1994:45. Aktaran: Özer ve Özdemir, 2007: 22).

Sahipliğin olmaması: Gummesson (1995)'un belirttiği gibi müşteriler mallarda olduğu gibi hizmetin mülkiyetini satın almazlar. Onlar hizmet sunan ve

değer yaratan bir sunu satın almaktadırlar (Vargo ve Lusch, 2004: 328 içinde Gummesson, 1995. Aktaran: Özer ve Özdemir, 2007: 18). Başka bir ifadeyle; bir mal satın alan birey bu malın sahibi olur, hizmet sektöründe ise birey ancak bir kolaylıktan faydalanabilir (Odabaşı, 2006:121).

1.1.2.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetlerin sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan ölçüt, gerçekleştirilen faaliyet/eylem türünün belirlenmesidir. Esin (2002) hizmetleri genel olarak, üretim içeren hizmetler ve üretim içermeyen hizmetler olarak iki ana gruba ayırmaktadır. Üretim içeren hizmetler de evrak hazırlama, ilişkileri sağlama gibi fonksiyonları olan ofis hizmetleri ile satış sonrası servis desteği sağlayan ürün destek hizmetleri olarak iki gruba ayrılmaktadır.

Karahan (2000) tarafından yapılan bir başka sınıflandırmaya göre ise hizmetler daha genel anlamda ele alınmış ve insan gücüne dayalı olan hizmetler, insan gücüne değil makineye, araç ve gerece dayalı hizmetler, müşterinin hazır bulunmasını gerektiren hizmetler, müşterinin bulunmasını gerektirmeyen hizmetler, kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler, işletme ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler ve kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler başlıkları altında hizmet sınıfları toplanmıştır.

İşlenmeleri ve süreçleri bakımından hizmetlere bakıldığında, sürecin yapısına (soyut/somut) ve hizmet üretimi sırasında müşterinin fiziksel varlık boyutuna bağlı olarak hizmetler üç kategoride incelenebilir (Özer ve Özdemir, 2007: 13):

1. *Kişilerle ilgili hizmetler*: Müşteriler tarafından doğrudan hissedilebilen eylemleri içerir. Bu hizmetler, üretim anında tüketimi gerekliliği nedeniyle müşterilerin, üretim sürecinin bir parçaları olmalarını gerektirir. Örneğin, yolcu taşımacılığı, sağlık hizmetleri, konaklama hizmetleri gibi (Halis, 2001). Bu tür hizmetlerin sağladığı fayda tüketici tarafından anında algılanır. Bu tür hizmetlerin tüketici bedenine dönük, fizyolojik ya da psikolojik doğrudan yararı vardır.

2. *Eşya ile ilgili hizmetler*: Fiziksel nesnelerin müşteriler lehine değerini artırmak için yapılan soyut eylemlerdir. Mal taşımacılığı, eşya onarımı, araç bakımı gibi (Halis, 2001). Bu tür hizmetler tüketiciye dolaylı yarar sağlar ve birinci kategoriye göre kısmen ertelenebilir ya da bekletilebilir özelliktedir. Ancak bekletilebilirlik, hizmetin sunduğu yararı azaltabilir. Örneğin, sipariş edilen malın gelmesinde gecikme olabilir, ancak gecikmeli de olsa tüketici o maldan daha sonra yararlanabilir.

3. *Bilgiye dayalı hizmetler*: Muhasebecilik, bankacılık, danışma, eğitim, sigorta, gazetecilik gibi işler bu gruba girer. Müşterilerin bu tür hizmetlerin üretimine katılmaları en düşük düzeydedir. Modern küresel iletişim sayesinde, bu tür bilgiye dayalı hizmetleri her yere ulaştırmak olanaklıdır (Halis, 2001). Bu tür hizmetler tüketiciye ivedi ve doğrudan bedensel bir yarar sağlamak yerine onun yaşamını kolaylaştırıcı özellik taşır. Örneğin, bir konuda eğitim almamak insana bedensel bir zarar vermez, ancak alınan eğitim onun yaşamını ya da yapacağı işi daha kaliteli bir düzeye getirir.

Doyle (2002) ise hizmetleri sekiz grupta toplayarak sınıflandırmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi temel ayrımlardan birisi kamu ve özel sektör ayrımıdır. Özel sektör hizmetleri oldukça çeşitliken, kamu hizmetleri göreceli olarak daha sınırlıdır. Konuya ilişkin bir başka önemli ayrım da pazardaki rekabetçiliktir. Yakın zamana kadar monopol pazar yapısı özelliği gösteren elektrik, su, iletişim gibi hizmet sektörleri çoğunlukla müşteri hizmetleri ve yenilik kültüründen yoksun idiler. Özel sektörün son zamanlarda bu alanlara yönelmesi ile rekabet kültürünün yerleşmesi ve müşteri tatminine yönelik uygulamaların arttığı görülmektedir (Doyle 2002: 341. Aktaran: Özer ve Özdemir, 2007: 14).

Müşteri temas düzeyinin derecesi de konuya ilişkin sınıflandırmada kullanılan önemli ölçütlerden birisidir. Yüksek temas düzeyine sahip olan hizmetler insanlar tarafından yönetilirken, düşük temas düzeyine sahip olanlar ekipmana (araç-gerece) dayalıdır. İşletmenin kar amaçlı olup olmaması, faaliyette bulunduğu pazarın tipi, çalışanların nitelikli olup olmaması, gelir kaynakları ve kullanılan üretim faktörünün yoğunluğu da sınıflamada kullanılan diğer ölçütlerdir (Özer ve Özdemir, 2007: 15).

Tablo 1: Hizmetlerin Sınıflandırılması

SINIF	ÖRNEK
<i>Mülkiyet</i>	
Kamu	Sağlık, Güvenlik
Özel	Bankacılık, Ulaştırma
<i>Amaçlar</i>	
Kar Amaçlı	Kuaförlük hizmetleri, Sigortacılık
Kar Amaçsız	Eğitim, Hayır işleri
<i>Rekabet Derecesi</i>	
Tekel (Monopol)	Su, Elektrik dağıtımı
Rekabetçi	Danışmanlık, Finansal hizmetler
<i>Pazarın Tipi</i>	
Tüketici	Perakende, Çocuk bakımı
Endüstriyel	Reklam, Danışmanlık
<i>Gelir Kaynağı</i>	
Tüketiciler	Hava taşımacılığı, Kuru temizleme
Bağışlar	Hayır Kurumları
Vergiler	Güvenlik, Sağlık
<i>Müşteri Teması</i>	
Yüksek	Sağlık, Kuaför
Düşük	Posta, Otopark
<i>Çalışanların Niteliği</i>	
Nitelikli	Avukatlık, Muhasebe
Niteliksiz	Ev temizliği, Hamallık
<i>Üretim Faktörü Yoğunluğu</i>	
Emek Yoğun	Eğitim, Sağlık
Sermaye Yoğun	İletişim, Kamu taşımacılığı

Kaynak: Gümüşoğlu, vd., 2007: 15 içinde Doyl, 2002.

1.1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık, kişinin bireysel sermayesi olduğu halde; sağlık hizmetleri, sağlık sermayesine yapılan yatırım unsurlarıdır. Sağlık hizmetleri kapsamında, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir faaliyetler zinciri yer alır. Bu nedenle sağlık hizmetleri çok sektörlü ve sağlıkla doğrudan ya da dolaylı ilgisi bulunan çeşitli kamu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilir (Yeğinboy,1993: 3).

Sağlık hizmetleri kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için sağlık hizmetlerinin özelliklerinden söz etmek gerekmektedir.

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere (Soyutluk, ayrılmazlık (ayrıt edilemezlik), heterojenlik (değişkenlik) ve dayanıksızlık (bekletilemezlik) (Odabaşı ve Oyman, 2008: 17-19) sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir (Aktan ve Işık, 2010: 18-19):

1. Sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir.

2. Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik kategorilerden birtakım farklılıkları sağlık malının yapısından kaynaklanmaktadır. Örneğin, gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili gibi doğrudan doğruya sağlık ve yaşamla ilgili gereçlerin, ekonomik yazında yer alan diğer mallarla -örneğin, otomobil, renkli TV, kitaplık gibi- sağlık hizmetleri kavramının özelliklerine, müşteri ihtiyaç ve beklentilerine bağlı olarak, aynı kategorilerde değerlendirilmesi pek uygun olmaz. Aşılama ve periyodik olarak yapılan kontroller gibi sağlık hizmetleri bir yana, çürük bir dişin alınması, bir apandisit ameliyatının yapılması gibi ortaya çıkacak ani sağlık gereksinimleri, sağlık alanı dışında diğer alanlarda ortaya çıkan gereksinimlerle bir tutulamaz.

3. Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenmemektedir.

Bu alandaki istemin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi belirlenmesi zordur. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemi sınırlayan bir etken olabilir.

4. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülemez niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamamaktadır. Örneğin, gıda maddeleri gereksinimi yeterli gelire karşılanabilir. Buna karşın, sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak tek başına belirleyici bir etken değildir. Çok iyi gelire sahip olan bir birey potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir.

5. Sağlık hizmetinin diğer bir özelliği de, sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin, bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı konmaz ve ikame edilemez. Buna sağlık hizmetlerinde '*ikame edilemezlik*' özelliği denmektedir. Ancak piyasadaki diğer mallarda, örneğin bir A otomobilinin maliyeti onu satın almak isteyen kimsenin bütçesini zorluyorsa, kişi tercihini daha ucuz olan B otomobili lehinde kullanabilir. Bu şekilde otomobil gereksinimi daha düşük maliyetli otomobil satın alınarak giderilmiş olmaktadır. Bilet fiyatlarının yüksek olması nedeniyle bir bale gösterisini izlemeye gidemeyen birey, daha düşük maliyetli olan sinemaya gidebilir ya da bu gösteriyi televizyondan izleyebilir. Yani bu mal ve hizmeti diğer bir mal ve hizmetle ikame edebilir. Bu ikame edilebilirlik, sağlık dışındaki mal ve hizmetlerin önemli bir bölümü için şekli ve örneği ne olursa olsun en azından olanaklıdır denebilir.

6. Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali bireyin ölümü ile bile sonuçlanabilir.

7. Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil de doktor saptamaktadır. Sağlık malının tüketicisi, ekonomik ödeme gücü nedeniyle, doktorla

verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Hastanede yatma süresini ve verilecek ilacın süresini, dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde doktor kendisi saptamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetinin tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketimlerinde olduğu gibi anlamlı bir inisiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları da yoktur.

8. Sağlık hizmetinin çıktısı doğrudan paraya çevrilememektedir. Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunumunun yapılması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Bunun anlamı, bireylerin; çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması demektir. Ancak, bunların parasal olarak değerinin belirlenmesinin çeşitli zorlukları vardır. Sözelimi, bebek ölüm hızını binde 30' dan binde 20'ye çekmek için yapılan harcamaların karşılığı, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi muhasebe kayıtlarındaki doğrudan bir kar unsuru olarak hesaplanmamaktadır. Ancak sağlık alanına yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilecek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu, doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır. Bu kazanımları ekonomiye aktarmak için ayrıca bir faaliyete gerek bulunmamaktadır. Buna karşılık herhangi diğer bir sektörde elde edilen karın çeşitli alanlarda kullanılması mümkündür. Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değer ancak özel çaba ile birey ve topluma yararlı verimli yatırımlara dönüştürülmesi olanaklı iken, sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ek bir çabaya gereksinim duyulmaksızın ekonomiye geri dönmektedir.

9. Sağlık hizmetinin belirleyici diğer bir özelliği de hizmet bedelinin pazarlığa konu olmamasıdır. Çünkü devlet, doktorlar birliği veya bu tarafların kurdukları ya da üye oldukları örgütler fiyatları önceden bağlayıcı olarak belirleyebilirler.

10. Sağlık hizmetinin fiyatı gerçek maliyeti yansıtmayabilir. Normal rekabetçi piyasalarda üreticinin kar amaçlı yaptığı üründen kar elde etmesi doğaldır. Buna karşın, sağlık hizmetinin taşıdığı toplumsal yarar ve dışsallık özellikleri nedeniyle fiyatın gerçek maliyetleri yansıtması güçtür.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerini Odabaşı ve Oyman aşağıdaki başlıklar altında toplamıştır (Odabaşı ve Oyman, 2008: 29-31):

1. *Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü:* Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık hizmetlerinin hizmete sunulması ile daha çok karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın almanın getireceği riskin büyük olması sağlık hizmetlerinin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir. Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir.

2. *Tüketicilerin Akılcı Olmayan Davranışları:* Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise, üç önemli konuda akılcı olmayan önemli davranışlara rastlanmaktadır: (1) Birçok tüketici, hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. (2) Akıl hastaları gibi gruplar, serbest iradeleri ile seçim yapabilme yeteneğine sahip değildirler. (3) Acil sağlık hizmet talebinde bulunan hastalar tercihlerini belirtemeyecek durumdadır. Yukarıda söz edilen akılcı olmayan davranışlarda, diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalmaktadır.

3. *Tıp Mesleğinin Kuralları:* Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Ancak, tıp hizmetini sunanlar üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır.

4. *Ürün ve Kalite Belirsizliği:* Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumunu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik,

hizmetin getireceği doyumunu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen birçok faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılığlarını en aza indirmek için başta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır.

5. *Dış Etkenler:* Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir.

Özetle, sağlık hizmetleri diğer hizmetlere kıyasla daha soyuttur. Hastaların sunulan hizmetleri satın almadan önce, deneme ve tecrübe etme imkânı bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra, hastalar kendilerine sunulan tedavi hizmetinin şeklini, niceliğini ve kalitesini tespit etme ve değerlendirme imkânına sahip değildir. Yani diğer tüketim malları alımında söz konusu olan satıcı ve alıcı ilişkisi yaşanmamaktadır. Hizmet sunucusu pozisyonunda olan çalışanların üstünlüğu söz konusudur. Hasta kendisi için gerekli olan şeyleri fark edemediğinden suistimale açıktır. Hastaların menfaatlerinin korunması noktasında sağlık kurumları devreye girmelidir. Bu yönden hastanın ve hasta yakınlarının memnun edici bir biçimde bilgilendirilmesi, tedavi konusunda eğitilmeleri ve aydınlatılmaları önem taşımaktadır (Tengilimoğlu, 2001: 32).

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Performans Göstergeleri

Sağlık hizmetlerinin performans göstergelerinin doğrudan yada dolaylı olarak sosyal, ekonomik ve beşeri verilerden etkilendiği değerlendirilmektedir. Buna göre bu göstergeler aşağıda açıklandığı şekilde dört ana grup altında toplanmaktadır (Yeğinboy, 1993: 9-19):

1. Demografik göstergeler,
2. Ekonomik göstergeler,
3. Hastane göstergeleri,
4. Sağlık insan gücü göstergeleri.

1. *Demografik Göstergeler:* Değişen ve gelişen ekonomik şartlara bağlı olarak, ülkelerin nüfus ve yaşam standartları da değişmektedir. Bu doğrultuda, gelişmiş ülkelerde birçok hastalık önlenbilmesine rağmen, nüfus artışlarını belli bir oranda tutmaya çalışırken, gelişmekte olan ülkeler, nüfus artış hızlarını gelişmiş ülkelerin seviyesine çekmeye çalışmaktadırlar. Çünkü kişi başına gelir ile yaşam standardı arasında yakın ilişki vardır. Kişi başına gelir attıkça, yaşam standardı da artmaktadır. Bu nedenle, ülkeler nüfus göstergelerini belirleyerek sağlık hizmetleri planlaması yapmak, sağlık hizmetlerine olan talebi belirlemek, sağlık harcamalarının nüfus artışı ile uyumunu sağlamak gibi birtakım amaçlara ulaşmaya çalışmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, yürütüm ve yeniden düzenlenme aşamalarının uygun bir şekilde planlanmasında en çok başvurulan veri, bölgenin demografik özellikleridir. *Demografi*; hacmi, bünyesi ve gelişmesi başta olmak üzere nüfusu, çeşitli yönleri ile inceleyen bir bilim dalıdır.

Demografik veriler bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin mevcut durumunda eşit, uygun, istenilen düzeyde sunulup sunulmadığını ve gelecekte demografik değişmelere göre sağlık hizmetlerinin planlanmasına göre sağlık hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunur. Çünkü demografi, nüfus ve yaşam olayları ile ilgili konuları kapsar.

Nüfus göstergeleri olarak bir ülkenin; nüfusu, yüzölçümü, nüfus yoğunluğu, nüfusun dağılımı, doğal nüfus artış hızı, nüfusun iki katına katlanması ile ilgili bilgiler ele alınır.

Yaşam göstergeleri olarak bir ülkenin; bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, kaba doğum oranı, kaba ölüm oranı, genel doğurganlık oranı, beklenen yaşam süresi ile ilgili bilgilere yer verilir.

Demografik göstergelere ait yapılması gereken tahminler ülkelerdeki mevcut eğilimlerin aynı düzeyde süreceği kabul edilerek yapılmıştır. Demografik projeksiyonların belirlenmesinde doğal nüfus artışı, doğum ve ölüm oranları genel doğurganlık oranları temel veriler olarak kabul edilerek yapılmaktadır. Yaşam göstergelerinin belirlenmesinde ölüm ve doğum oranları ile beklenen yaşam süresi temel veriler olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, yürütüm ve yeniden düzenlenme aşamalarının uygun bir biçimde planlanmasında en çok başvurulan veri bölgenin nüfusu ve nüfusun yapısal özellikleridir. Bu önemli özelliği gereğince nüfusla ilgili inceleme yapılmadan yapılacak hizmet planlamasının başarıya ulaşması mümkün değildir.

Yaşam göstergelerinin sağlıkla ilgili olarak belirlenme amaçlarını şöyle sıralayabiliriz; ülkedeki halk sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi, ülkedeki mevcut olan ve gelecekteki sağlık ve refah düzeylerinin belirlenmesi, ülkedeki bireylere gerekli beslenme koşulları sağlanarak yaşam süresinin uzatılması, ülkedeki çevre sağlığı koşullarının mevcut durumunun belirlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi.

Belli başlı yaşam göstergeleri şunlardır:

Bebek Ölüm Oranı: Bir ülkedeki bir yaşına gelmeden ölen bebeklerin bir takvim yılındaki bin canlı doğuma oranlanması ile elde edilen değerdir.

Anne Ölüm Oranı: Bir ülkedeki hamilelik ile ilişkili olan nedenlerden dolayı ölen annelerin bir takvim yılındaki yüz bin canlı doğuma oranlanması ile elde edilen değerdir.

Kaba Ölüm Oranı: Bir ülkede belli bir yılda canlı ölümler toplamının o ülkedeki toplam yıl ortası nüfusa oranlanması ile elde edilen değerdir.

Kaba Doğum Oranı: Bir ülkede belli bir yılda canlı doğumlar toplamının, o ülkedeki toplam yıl ortası nüfusa oranlanması ile elde edilen değerdir.

Genel Doğurganlık Oranı: Bir ülkedeki 15 ile 49 yaş arasını kapsadığı kabul edilen doğurganlık çağındaki kadınların bir takvim yılındaki bin canlı doğuma oranlanması ile elde edilen değerdir. Diğer bir ifadeyle, bir ülkedeki 15 ile 49 yaş arasındaki kadın nüfusun bin canlı doğumdaki sayısıdır. Ölü doğumlar genellikle genel doğurganlık oranının dışında bırakılır.

Beklenen Yaşam Süresi: Bir ülkede yeni doğmuş bebeklerin doğum tarihinden itibaren geçerli ölüm riskleri değişmediği sürece ortalama olarak kaç yıl yaşanabileceğini gösteren süredir.

2. *Ekonomik Göstergeler:* Ülkelerin ekonomik göstergelerinin sonucu olarak, daha güçlü bir ekonomiye sahip olan ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabilmekte ve böylece daha sağlıklı insanlardan oluşan bir topluma sahip olabilmektedirler. Kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı, ülkelerin sağlık hizmetlerine verdiği önemi gösteren bir unsur olarak kabul edilmektedir. Kişi başına milli hasılanın yüksek olması, daha iyi barınma, giyinme ve beslenme imkanı sağlayacaktır.

Bir ülkenin ekonomik refah düzeyinin yükselmesinde toplumun sağlık ve yaşam düzeyinin etkisinin büyük önemi olduğu kabul edilmektedir. Ekonomik göstergeler, 'genel ekonomik göstergeler', 'hane halkı göstergeleri' ve 'devlet bütçesi göstergeleri' olmak üzere üç yönlü ele alınmaktadır.

3. *Hastane Göstergeleri:* İkinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu yataklı tedavi kurumları içinde hastaneler en büyük paya sahiptir. Gelişmiş teknolojilerin sağlık sektöründe kullanıldığı en önemli yerler hastanelerdir. Hastane göstergeleri "Hastane Yatağı Dağılım Göstergeleri" ve "Hastane Yatağı Kullanım Göstergeleri" olmak üzere iki yönlü olarak ele alınmıştır.

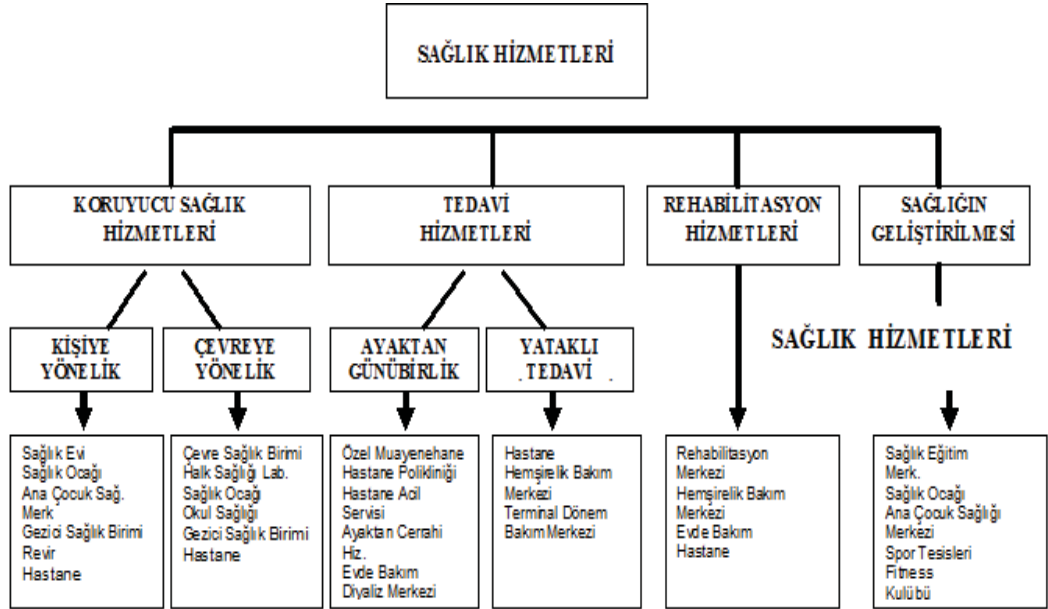
Hastaneye ileri teknoloji kabulünün maliyetlerdeki sebep olduğu artışın, onun kazandırdığı getiriden az veya fazla olduğunu belirleyebilmek için etkili bir fayda-maliyet analizine ihtiyaç vardır. Bunun sağlıklı bir biçimde yapılabilmesi de hastane verilerinin sistematik ve sağlıklı olmasına bağlıdır (Yeşinboy, 1993: 9-19).

4. *Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri*: Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerle birlikte en önemli unsurlardan birisi de sağlık sektöründe çalışanlardır. Bugün gelişmiş ülkelerdeki sağlık insan gücünün, gelişmekte olan ülkelere çok daha iyi olduğu bilinen bir gerçektir (Karabulut, 1998: 45).

1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri Şekil 2’de gösterildiği üzere koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmetler olarak 4 temel faaliyeti kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 34-47).

Şekil 2: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri



SAĞLIK KURUMLARI

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000, s:35.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek ya da bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek, çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere, çevre sağlığı hizmetleri denir. Bu hizmetler, bu konuda eğitim almış mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni ve benzeri meslek mensupları tarafından sağlanır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetleri yarattıkları parasal büyüklük nedeniyle sosyal refahı attıran hizmetlerdir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, toplumda tüm bireyleri kapsayacak şekilde, kamusal mal olarak üretilmelidir. Toplumda bedel ödemeyen bireylerin, koruyucu sağlık hizmetlerinden dışlanması, toplumsal refahı azaltır.

Tedavi Hizmetleri: Sağlık durumları bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine tekrar ulaşmalarını sağlamak amacıyla verilen tüm sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekimin sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleşir.

Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri üç basamakta incelenebilir:

1. **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Hasta ya da savlama bütün bireylerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır. Buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Hastaların tedavileri evde ya da ayakta yapılır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerine en yakın olan, periferde yer alan kuruluşlardır. Hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalıdır ve burada hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmelidir. Bu bakımdan birinci basamak sağlık kuruluşların hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin bazıları şunlardır:

- Sağlık evi,
- Sağlık ocağı,
- Verem Savaş Dispanserleri,

- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi,
- Kurum tabipliği,
- İşyeri tabipliği,
- Üniversite mediko-sosyal hekimliği,
- Özel muayenehanelerdir (Öztek, 2004: 59).

2. *İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:* Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamağa örnektir.

Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin etkin bir biçimde işletilebildiği yerlerde, hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmeyebilir.

3. *Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:* Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı, gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle, ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenir ya da belli yaş gruplarına hizmet verir.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının bazıları şunlardır:

- Doğum ve çocuk bakımevi,
- Çocuk hastanesi,
- Göğüs hastalıkları hastanesi
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi,
- Kemik hastalıkları hastanesi,
- Onkoloji hastanesi,
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi,
- Diş hastanesi.

Ayrıca üniversite ve eğitim hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak, bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler (Öztek, 2004: 60–61).

Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazandırılmasına yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır.

Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri: Sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi dar kapsamlı olup birey ve grupları hedef alır (Kavuncubaşı, 2000: 37).

1.1.6. Müşteri, Hasta Tanımı

Müşteri belli bir işletmenin belli bir marka ürünü, ticari veya kişisel amaçları için satın alan veya alabilecek kişi veya kuruluş olarak tanımlanmaktadır (Değermen, 2006: 68; Alabay, 2008: 3).

Müşteri kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bunlardan bazıları:

- Geleneksel anlamıyla müşteri, belirli bir kurumdan yada kuruluştan düzenli alışveriş yapan kişi yada kuruluşlardır (Şahin, 2006: 11).
- Pazarlamada ise, pazarı oluşturan tüketim birimi olarak müşteri sözcüğünden, tatmin edilecek ihtiyacı, harcayacak parası ve harcama isteği olan kişi kurum ve kuruluşlar anlaşılmaktadır (Şahin, 2006: 11).
- Müşteri, kişisel veya ticari amaçları için mal veya hizmet satın alan kişidir (Güllülü ve Erciş, 2008: 21).
- Müşteri, çalışmamızı aksatan kişi değil, işlerimizin asıl konusu, çalışmalarımızın odak noktasıdır (Berikan, 2006: 188).
- Müşteri, örgütün sunulan ürün ya da hizmetlerden yararlanan, çalışma çevresi içinden ya da dışından herkes olarak tanımlanabilir (Yanık, 2000: 28).

Hasta; bedenen, ruhen ya da sosyal yönden iyiliğini yitirmiş ve buna bağlı olarak bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan ya da daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür (Engiz, 1999: 412).

Sağlık hizmetleri açısından müşteri kavramı incelendiğinde ise, önceleri hiç kullanılmayan müşteri sözcüğünün 1980'li yılların ortalarından beri yoğun şekilde kullanıldığı görülmektedir (Esatoğlu, 1997: 20).

Sağlık hizmetlerinde müşteri denildiğinde, bu sözcükle ilk zamanlarda yalnızca "hastalar" akla gelirdi (Engiz, 1999: 411; Kartaloğlu, vd., 2001: 225). Artık sağlık üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar müşteri olarak kabul edilmektedirler (Engiz, 1999: 411). Yazın incelendiğinde, örgütü oluşturanlara ve çalışanlara '*iç müşteriler*', örgütün dışındaki, hizmetten doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise '*dış müşteriler*' olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri için dış müşteriler; hastalar, hastanın ailesi ve çevresi, refakatçiler, ziyaretçiler, resmi daireler ve yerel örgütler, dış yardımcı sağlık mensupları- klinikler, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya kuruluş ve mensupları, sağlık sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, iç müşteriler ise; örgüt çalışanları, danışmanlar ve şirket ortakları olarak açıklanabilir (Omachonu, 1990: 45-46).

1.2. HASTA MEMNUNİYETİ

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenen ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır (Carr-Hill, 1992: 236).

Memnuniyet kelimesi, tüm müşterilerin ifade edilmiş ya da ifade edilmemiş bütün isteklerinin, ihtiyaçlarının, beklentilerinin karşılanması şeklinde tanımlanabilmektedir (Aslan, vd., 2008: 25).

Müşteri memnuniyet kavramı, müşterinin mamulden veya hizmetten beklediği performans ile algıladığı performans arasındaki farkın karşılaştırılmasıdır. Eğer müşteri beklentilerini karşılar ya da daha fazlasını elde ederse tatmin oluşmuş, tersi bir durumda ise tatmin oluşmamış demektir (Güllülü, vd., 2008: 24).

Müşterilerin ekonomik ve sosyal yapıya bağlı olarak tüketmiş oldukları mal ve hizmetlerle ilgili beklentileri sürekli değişmektedir. Müşteri memnuniyetinin ve sadakatının sağlanmasının yolu düzenli olarak müşteri beklentilerini ölçmek ve müşterilerin beklentileri doğrultusunda mal ve hizmetleri geliştirmeyi gerektirmektedir (Çatı ve Koçoğlu, 2008: 166).

1.2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır (iç ve dış müşteriler. Bkz. s. 50) (Kavuncubaşı, 2000: 291-304).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır (Aslan ve Özata, 2005: 554-565).

Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur (Akgün,1997: 219).

Donabedian (1992), hasta memnuniyetini 'hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, sağlık bakımının kalitesini gösteren temel ölçüt' olarak tanımlamıştır (Yılmaz, 2001: 71).

Hasta memnuniyeti sağlık bakım sürecinin bir çıktısıdır (Carr-Hill, 1992: 236-249. Aktaran: Turaman, 1997: 26-33). Hastanın memnun olmaması durumunda, hizmetin kalitesi de tam olmamaktadır (Turaman, 1997: 26-33). Memnuniyetin sağlığı geliştirici etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Hatta Donabedian, hasta memnuniyetini, sağlık tanımının bir parçası olarak ele almaktadır (Donabedian, 1988: 1743-1748).

Linder-Peltz (1982) hasta memnuniyetinin 'sağlık bakımının farklı boyutlarının olumlu yönde değerlendirilmesi' olduğunu belirterek, hasta memnuniyetini (hasta memnuniyeti ile tanımlanan aslında başvuruların memnuniyeti olmakla birlikte alışlagelmiş olduğu için bu deyim kullanılmaktadır), hastaların hizmet beklentileri ile gerçekleşen hizmet arasındaki farkın algılanışı olarak açıklamıştır. Linder-Peltz, beklentilerin, önemli bir psikososyal bir değişken olduğunu belirterek, memnuniyet üzerinde belirgin etkilerinin olduğunu belirtmiş ve hasta memnuniyetini tanımlamada kullanılacak 10 temel öge saymıştır. Bu öğeler ise: Kolay erişilme, kaynakların kullanılabilirliği, bakımın devamlılığı, bakımın çıktıları, maliyet, insancılık, bilgi toplama, bilgi verme, hoş gitme, kalite ve yeterlidir (Akgün,1997: 219).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin ölçülmesine yönelik araştırmaların önemi şu şekilde değerlendirilmektedir:

1. Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları, örgüte bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlamaktadır (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 61-72).

2. Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlamaktadır (Aslan ve Özata, 2005: 554-565).

3. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir (Devebakan ve Yağcı, 2005: 543-553).

4. Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 291-304). Doktorlarından memnun olan annelerin memnun olmayanlara göre daha yüksek oranda doktor isteklerine uyduğu tespit edilmiştir (Gordon ve Edwards, 1999. Aktaran: Aksay: 13).

5. Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih etmektedir (Özgen,1995: 47-53).

6. Aldığı bakımdan tatmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaşmaktadır (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 61-72).

1.2.2. Hasta Memnuniyeti Kavramının Gelişimi

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir (Akgün, 2005: 75).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Kılınç, 2009: 239).

Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Ayrıca toplumlarda eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıılarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemektedir (Merkouris, vd., 1999a: 19-28).

Sağlık hizmetlerindeki tüketiciliğin artması, dikkatleri hastaların aldığı hizmetleri algılamaları ve bundan duydukları memnuniyet üzerine çevirmiştir. Hastaların fikirlerini mutlak şekilde dikkate alma yaklaşımı, hasta ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap vermeyi amaçlayan ve birkaç yıldır bu konuda yoğun çaba harcayanlar tarafından uygulanan bir yeniliktir (Kavas ve Güdüm, 1994).

Bununla birlikte hasta memnuniyetinin, kaliteli bakımın bir parçası olduğu ve bu alandaki performansı ölçmek için de bazı ölçüm türlerinin gerekliliği giderek artan bir şekilde kabul edilmektedir. Sorun neyin ölçüleceği, nasıl ölçüleceği ve ölçümlerin ne kadar geçerli olduğudur (Esatoğlu, 1997).

Sağlık işletmelerinden hizmet alanların müşteri olarak tanımlanmaları aynı zamanda bu müşteri grubunun tatmini kavramına yönelik araştırmaların giderek yaygınlaşmasına neden olmuştur. Bu yönü ile hasta tatmini, arzu edilen tedavi sonuçlarından biri olarak, aynı zamanda sağlık durumunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde (A.B.D.)'de birçok hastanenin modern pazarlama anlayışına sahip olduğu ve hasta odaklı bakım (Patient Focus Care) uygulamasına geçtiği görülmektedir. Bu uygulama ile hasta tatmininde önemli bir artış sağlanmakta, sağlık kurumları daha rekabetçi bir yapıya kavuşmakta, klinik bakım seviyesi artmakta, ortalama hastanede kalış gün sayısı ve maliyetler azalmakta ve işlemler daha kısa sürmektedir (Fitzpatrick, 1991: 887-889).

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve buna karşın kaynakların azalması ülkelerin bu artan talebi etkili bir şekilde karşılamak üzere sistemlerini geliştirmeye yönlendirmektedir. Herkesin ulaşılabilir en iyi sağlık seviyesine sahip olma hakkı vardır. Bu da mevcut ekonomik kaynaklar elverdiği ölçüde hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesini gerektirmektedir (Bal, vd., 2002: 384).

Sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların belli bir kalite standardında hizmet verdiklerinin belirlenmesi, tüm toplumun yararına olacak bir uygulamadır. Bu tip bir uygulama ancak ulusal bir strateji ve programla sağlanabilir. Bu konuda hazırlanacak programlarda aşağıdaki ana konuların yer alması gereklidir (Akalın, 2002: 36):

1. Sağlık kurumlarının tümü tarafından izlenmesi ve kamuya rapor edilmesi gerekli standart temel kalite ölçüm setlerinin hazırlanması,
2. Kalite ölçüm ve raporlama alt yapısının hazırlanması,
3. Verilen hizmetin kalitesinin, iyileştirici programlarla desteklenmesi,
4. Kalite ölçümü ve raporlanması konusunda araştırma ve geliştirme yapılmasını destekleyen bir ortamın hazırlanması,
5. Kıyaslamalarda kullanılacak, raporlanan kalite ölçüm bilgilerinin doğru, ayrıntılı, tekrarlanabilen bir sistem ile geliştirilmiş ve topluma açık olmasının sağlanması.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık

hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır (Aslantekin, vd., 2007: 55).

1.2.3. Hasta Beklentilerini ve Algılamalarını Etkileyen Faktörler

Memnuniyet 'algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu' olarak ifade edilmektedir. Burada, 'beklenti' ve 'algı' anahtar sözcüklerdir. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri bulunmaktadır. Hizmeti kullandıktan sonra ise geçirdiği tecrübeye dayalı olarak birtakım algılara sahip olmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir (Özgen, 1995: 53).

Her biri hizmet oluşturmada hasta beklentilerinin farklı yönlerini ortaya koyan üç teori ileri sürülmüştür. Bunlar: düzensizlik (discrepancy), zıtlık (contrast) ve eşitlik (equity)'tir (Greeneich 1993: 62-72; Williams 1994: 509-516; Fakhoury 1998: 171-176).

1. *Düzensizlik*, hastanın beklentileri ile verilen hizmet arasındaki uçurum olarak tanımlanmaktadır. Bu teoride beklentiler ve beklentilere cevap verecek hizmetin karşılaştırılması sonucunda olumlu veya olumsuz düzensizlik oluşmaktadır.

2. *Zıtlık teorisinde*, farklılığın büyük olması vurgulanmaktadır.

3. *Eşitlik teorisinde* ise; girdi ve çıktılarının dengeli olması söz konusudur. Bu teoride kişinin kendi beklentileri ile başkalarının beklentilerinin dengeli olması belirtilmektedir .

Hasta beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasında çok hassas bir belirleyicidir (Fakhoury, 1998. Aktaran: Yılmaz, 2001: 71). Yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir. Hastalar sağlık bakım sistemine çeşitli bireysel özellikleri, tutumları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler (Fakhoury, 1998; Merkouris, vd., 1999b. Aktaran: Yılmaz, 2001: 71).

Hastaların, sunulan hizmetle ilgili beklentilerini etkileyen faktörler şu şekilde sıralanmaktadır (Öztek, 1995: 37-40; Carr-Hill, 1992: 236-249; Akgün ve Erdal, 1997: 219-225).

- Gereksinimler
- Deneyimler
- Teknolojiye ilişkin bilgi
- Yakınlarının deneyimlerine ilişkin bilgi
- Mevcut seçeneklere ilişkin bilgi
- Kültürel özellikler / yaşam tarzı

Algılamayı etkileyen faktörlerin başlıcaları ise şu şekildedir (Öztek, 1995: 37-40; Carr-Hill, 1992: 236-249; Akgün ve Erdal, 1997: 219-225).

- Bireyin, hizmetin verildiği sıradaki, mental ve fiziksel sağlık durumu
- Bireyin ruhsal durumu
- Sağlık sorununun doğası; tedaviye ihtiyaç olup olmaması, tedavi edilebilirliği, erken veya geç dönemde olması
- Hastanın kendisiyle ilgili kararlara katılma durumu
- Kültürel özellikler / yaşam tarzı

Bir çalışmada memnuniyetin, sağlık bakım sonuçlarını algılamaya ve bakımın, beklentileri ne kadar karşılandığına bağlı olduğu savunulmuştur. Tıbbi bakımdaki memnuniyetin, hastaların beklentilerine doktorların cevap verme derecesinden etkilendiği hipotezi test edilmiş ve hasta memnuniyeti ile ilişki sıklığı ve sosyodemografik faktörlerin kontrolünden sonra istatistiksel olarak 'Doktor uyum indeksi' arasında güçlü bir anlam bulunmuştur (Koçal, 1994: 33-34).

1.2.4. Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Sadece genel memnuniyetin değerlendirilmesi, hangi konularda ve ne şekilde iyileştirmeler yapılması gerektiği konusunda bilgi vermemesinden dolayı, yeterli görülmemektedir. Bu nedenle, hasta memnuniyeti farklı birtakım boyutlarda değerlendirilmektedir (Cunningham, 1991. Aktaran: Taşdemir, 1998: 22)

Bu konu üzerinde çalışan bazı araştırmacıları ve ele aldıkları boyutları, kronolojik olarak şu şekilde sıralamak mümkündür (Like ve Zyzanski, 1987: 351-357; Ley, 1988; Lewis, 1994: 655-670. Aktaran: Taşdemir, 1998: 22-24):

Ley ve çalışma arkadaşları 1967'de;

- Bilgilendirme boyutunu,

Korsch ve çalışma arkadaşları 1968'de;

- Genel memnuniyet boyutunu,

Hulka ve çalışma arkadaşları 1975'de;

- Mesleki yetkinlik,
- Hekimin kişisel nitelikleri,
- Hizmetin maliyeti ve uygunluğu boyutlarını,

Ware ve çalışma arkadaşları 1977'de;

- Hekimin tavrı,
- Bulunabilirlik,
- Süreklilik ve uygunluk,
- Ulaşılabilirlik boyutlarını,

Wolf ve çalışma arkadaşları 1978'de;

- Bilişsel,
- Duygusal,
- Davranışsal boyutlarını,

Feletti ve çalışma arkadaşları 1986'da;

- İletişim,
- Bakım ve güven,
- Profesyonel tutum ve davranışlar,
- Teknik yeterlik,

- Sırdaşlık (hastanın derdine ortak olma),
- Hekime güvenme boyutlarını,

Like ve Zyzanski 1987'de;

- Tıbbi bilgi,
- Psikososyal destek,
- Terapötik dinleme,
- Genel sağlıkla ilgili tavsiyeler,
- Biyo-medikal tedavi,
- Hekimin tavrı boyutlarını,

Greenfield ve Attkisson 1989'da;

- Hekimin bilgisi ve yetkinliği,
- Genel memnuniyet,
- Dinleme ve anlama yetisi,
- Dikkatlilik / kusursuz olma çabası,
- Haklara saygı,
- İyileşme boyutlarını ele almışlardır.

Araştırmacılar, yazın çalışması neticesinde bireyin/hastanın memnuniyetini etkileyen faktörleri; hastalara, hizmet verenlere, çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırmaktadırlar:

1. *Hastaya İlişkin Faktörler*: Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 291-304; Türköz, vd., 1997: 33-43; Alcan,1997: 133-138).

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Forbes ve Brown, 1995: 737-743; Lin, 1996: 737-

743; Sitzia ve Wood, 1998: 1-12). Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, bazı çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken (Carr-Hill, 1992: 236-249; Jakobsson, vd., 1994: 361-369), bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Uz, vd., 1997: 113-118). Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalarda kadınların (Larsson, vd., 1991: 133-139), bazılarında da erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken (Gray, vd., 1997: 56-61), bazılarında cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Okumuş, vd., 1993: 177-183; Tengilimoğlu, 1996: 103-111). Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda da tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır. Carr-Hill (1992) eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklediklerinden dolayı daha az memnun olabileceğini belirtmektedir. Esatoğlu ve çalışma arkadaşlarının (1996) eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az memnun olduklarını belirledikleri çalışmaları bu düşüncüyü desteklemektedir. Ancak Yılmaz (2000) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu belirlenmiştir.

2. *Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler:* Hasta memnuniyeti, hastanelerde kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirilme gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 291-304; Ercan, vd., 2004: 151-157; Aslan ve Özata, 2005: 554-565).

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (Meredith, 1993: 591-602; Avis, vd., 1995: 59- 65; Sitzia ve Wood, 1998: 1-12.; Walker, vd., 1998: 193-200). Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda da durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (Williams, 1993: 328-331; Uz, vd., 1997: 113-118; Yılmaz, 2000: Doktora Tezi). Yani hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen sağlık çalışanlarının tutum ve

davranışlarıdır. Hastalarını memnun etmeyi hedefleyen tüm sağlık kuruluşları öncelikle çalışanlarını memnun etmek durumundadırlar (Özer ve Çakıl, 2007: 140-143).

3. *Çevresel ya da Kurumsal Faktörler:* Yapılan pek çok araştırmada aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi; bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin hasta memnuniyetini etkilediği bulunmuştur (Kavuncubaşı, 2000: 291-304; Ercan, vd., 2004: 151-157). Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Walker, vd., 1998: 193-200).

1.3. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜMÜ

Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel araçlarından birisidir.

Sağlık sistemi içinde tıbbi bakım ve tedavi sürecinde kalitenin iki boyutu bulunmaktadır. Biri teknik standartlar, diğeri ise hasta ve yakınlarının bakış açısından hizmet kalitesidir. Hasta deneyimlerinin anlaşılması ve buna göre düzenlemenin yapılması da sadece hastalara sorularak yapılabilir. Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel unsurlarından birisidir ve hastanın beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğinin sorgulanması sonucu belirlenen görüşleri ifade etmektedir. Bu olgu, sağlık hizmetleri kalitesinin önemli bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010) .

1.3.1. Hasta Memnuniyeti Ölçümünün Amaç ve Sınırlılıkları

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyodemografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır (Özer ve Çakıl, 2007: 140-143).

Sağlık kurumlarının, hastaların hizmetlerden memnun olup olmadığı üzerinde yoğunlaşmasını gerektiren bazı temel / özgül nedenler bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 294-297):

1. *İnsanî boyut:* Hastalar hassas / incinebilir durumdadırlar ve fiziksel, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır.

2. *Etkililik boyutu:* Memnun olana hizmet vermek daha kolay olmakta; hizmet daha etkili olmaktadır. Çünkü hasta uyumu sağlanabilmektedir.

3. *Ekonomik boyut:* İnsanların artık daha çok seçeneği bulunmaktadır. Tercih edilmek için hastayı -ve tabii yakınlarını da- memnun etmek zorunludur.

4. *Pazarlama boyutu:* Hizmet alan hastalar ve yakınları deneyimlerini başkalarına aktarmaktadırlar. Bazı çalışmalar, insanların sağlık hizmeti konusundaki bilgilerini gittikçe artan oranda arkadaşlarından / yakınlarından / çevreden aldığını ortaya koymaktadır.

Son iki boyut esas olarak özel sektör için büyük önem taşımaktadır. Hastalar memnun olmadığında '*müşteri erimesi*' denen olayla karşı karşıya kalılabilmektedir.

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması şeklinde sınıflanabilir (Özcan, vd., 2008: 97).

Hasta memnuniyeti, sağlık yöneticileri için bir kalite geliştirme aracı olarak önemli bir konudur. Artan rekabet düzeyi ortamında, hasta memnuniyeti sağlık planlarının sağlık hizmeti performansını denetlemede önemli bir ölçüt haline gelmiştir (Cheng, vd., 2003: 345).

Hastaneler açısından hasta tatmininin 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, vd., 2002: 226).

Hasta memnuniyetini ölçmede önemli bir sorun sosyal, kültürel ve etnik karmaşadır. Klinik alışmalarda Şehir ve taşra toplulukları arasında belirgin yan etki farklarının bulunduğu ve bu farkların bunların sosyal sınıfları içinde de (rneğin uydu kent oturanları ile madenci toplulukları) belirgin Şekilde farklı olduğu vurgulanmaktadır. Orta sınıf genellikle, sosyal anksiyeteyi tedaviyi reddeden klasik tıptan memnuniyetsizdir. Bu grup sıklıkla yüksek memnuniyet vadeden alternatif tıbbaya yönelmiştir. Bu genellikle bu tür tıpla uğraşanların hastalara daha fazla vakit ayırması ve daha empatik yaklaşımlarla bulunmasıyla açıklansa da bazı kişiler bunların teknik yetenek ve bilgilerinin daha iyi olduğunu kabul etmektedir. Bu, hastaların doktorlar arasında teknik tabanda bir ayırım yapma yeteneklerine kuşku düşürse de bazı memnuniyet leklerinin bir bölümünü oluşturur, bu tüketiciliğin özünde vardır (Cleary, vd., 1994: 3-10).

Daha da büyük sorunlar hasta ve tedavi takımı arasında etnik bir bölünme olduğu zaman ortaya çıkmaktadır. Bu yalnızca iletişim güçlüklerini değil ama herhangi bir konsültasyonda önemli olduğu bilinen tümüyle hastalık ve tıp hakkındaki inanç alanını da içermektedir (Cleary, vd., 1994: 3-10).

Hasta memnuniyeti araştırmaları sonuçlarının, sürekli iyileştirme sürecinde kullanımını engelleyen bazı kısıtlayıcılar söz konusudur. Bu zellikler hasta memnuniyeti araştırmalarında üzerinde durulan konu, veri toplanan deneklerin özellikleri, veri toplama süreci, araştırma yöntemi ve sonuçlarının güvenilirliği gibi konuların temelini oluşturmaktadır. Akın'ın literatür taraması sonucu belirttiği zellikler Şu Şekilde sıralanmaktadır (Akın, 2004: 44-45):

1. Hastaların, tıbbi personelin becerisini tam olarak değerlendirme konusunda bilgisinin yetersiz oluşu en önemli faktörlerden birisidir. Ayrıca, hastaların bedensel ve duygusal yapıları, bu konudaki yargılarını olumlu ya da olumsuz yönde kolaylıkla etkileyebilmektedir.

2. Hastaların, sağlık bakım hizmetini değerlendirebilmek ve izleyebilmek için gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları ve hastalardan büyük bir çoğunluğunun da hizmet sunanların sorumlulukları konusunda bilgilerinin olmadığı değerlendirilmektedir. Hastalar, hizmet sürecinin aşamalarını doğru ve tam olarak anımsayamamaktadırlar.

3. Hastaların, sağlık hizmeti sunan kuruluşların kişilerarası ilişkiler gibi tıbbi olmayan faktörlerden etkilenmesi, memnuniyet sonuçlarını etkiler. Ayrıca, tıbbi olmayan diğer hizmetlerin, teknik kaliteyi gölgelemesi de söz konusudur.

4. Hastaların, hekimlerle olan ilişkilerinde algıları ve değerlendirmeleri yanında, hekime bağımlı olma hisleri nedeni ile gerçek düşüncelerini ifade etmekte isteksiz olmaları gerçek memnuniyet durumunu yansıtmayabilir.

Tüm bu özelliklere rağmen hasta memnuniyet ölçümlerinin hizmet kalitesini belirleme de önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

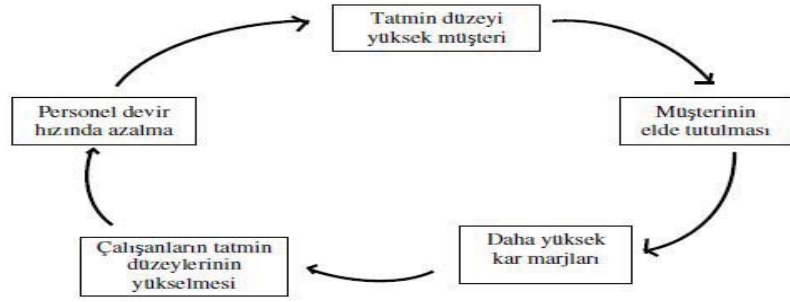
Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi bünyelerinde ekip oluşturmalı ve kendi koşullarına uygun araştırmalar planlayarak; bu araştırmaları belirli aralıklarla, düzenli olarak uygulamalı ve bunların sonuçlarına göre gerekli düzenleme yapmalıdırlar (Taşdemir ve Hayran, 2001: 469).

1.3.2. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan kriterler; zaman, doğruluk, nezaket, sıfır hata, doğru teşhis ve tedavidir. Ayrıca sağlık kurumları rekabette hasta memnuniyetinin esas alınması gerektiğini bilmelidir. Müşteri tatmini ölçümü; hem müşterilere hem de çalışanlara nasıl davrandığımızı değerlendirmeye yarayan biçimsel, nesnel bir araçtır. Şekil 3'te görüldüğü biçimde tatmin düzeyi yüksek müşteriler, bir kuruluşun kaliteye yönelik çalıştığının kanıtıdır. Tatmin düzeyi

yüksek müşteri, hizmeti üretenlerin devamlı müşterisi olurlar, böylece hizmet üreticisi, daha yüksek kar marjları elde eder. Bu da çalışanların tatmin düzeylerinin yükselmesini sağlar ki çalıştıkları kurum/kuruluşta hizmet üreten ve sunan çalışan kuruluşta kalmaya devam ettikçe personel devir hızında azalma sağlanır. Aynı ya da benzer biçimde hizmeti satın alan tatmin düzeyi yüksek müşteriler bu olumlu duyguyu yaşamları boyunca taşır ve kuruluşu başkalarına da tavsiye etmek isterler. Buna "İyi Müşteri Çevrimi" ismi verilir (Vavra, 1999: 17).

Şekil 3: İyi Müşteri Çevrimi



Kaynak: Vavra, 1999, s:23.

Örgütlerin hedef farklılıkları, farklı araştırma metodolojilerini gerektirmektedir.

Hizmet kalitesini yükseltmek için hasta memnuniyet ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmektedir (Leebov ve Scott, 1994: 89. Aktaran: Esatoğlu, 1997: 70):

1. *Tümü ile kapsamlı olarak müşteri memnuniyetinin ölçülmesi:* Örgüt, herhangi bir sağlık hizmetleri alanında verilmiş olan hizmetin, hastalar açısından nasıl algılandığını hizmetin tüm boyutları ile ölçmek istemektedir.

2. *Hizmetin önemli bölümlerinin müşteri gözü ile değerlendirilmesi için yapılan ölçümler:* Örgütün özellikle üzerinde durduğu hizmet ünitelerinde yapılan araştırmalardır. Örneğin, hastalara sadece diyet hizmetleri konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu bir araştırma, bu şekilde bir ölçümü kapsamaktadır.

3. *Hizmet sürecindeki belirlenmiş temel elementlerin performanslarının ölçülmesi*: Örgütün temel müşteri grupları üzerinde (hastalar, ziyaretçiler, hekimler, çalışanlar ve hizmet satın alan kurumlar) uyguladığı, süreç ve çıktı üzerinde yoğunlaştığı araştırmalar oluşturmaktadır. Temel elementlerin performanslarının ölçülmesi, hizmet dağıtım sisteminde hizmet kalitesini ve müşterilerin bu kaliteyi değerlendirebilmesi için anahtar görevi yapabilecek temel kriterlerin bulunması için yapılmaktadır. Bulunan kriterlerde, performansın ilişkilendirilerek kontrol ve yükseltmelerin yapılması amaçlanmaktadır. Bu tip ölçümler, örgütlerin özelliklerine göre tasarlanan daha özel ölçümlerdir.

Hasta memnuniyeti araştırmalarında bir çok farklı yöntem kullanılmaktadır (Crow, vd., 2002: 21). Memnuniyet araştırmaları, kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki yönetime ayrılmaktadır (Ford, vd., 1997: 74-89; Kavuncubaşı, 2000: 303). Kuruluşun stratejik hedefleri ve bu hedeflere ulaşmanın maliyeti arasında bir denge oluşturacak şekilde bu yöntem veya yöntemler seçilmelidir (Ford, vd., 1997: 74-89).

Araştırmacılar, kalitatif metot ile hizmetin niteliğinin nasıl olduğunu ve hizmetin görünüşünü keşfetmeye çalışırken, kantitatif metot ile de, hastanın ne kadar ve ne oranda memnun olduğunu araştırmaktadırlar. Araştırma yapılacak alanda, kantitatif verilerin açık olmadığı durumlarda, araştırmada öncelikle kalitatif verilere ihtiyaç olduğu ve bunların toplanmasına olanak sağlayacak bir araştırmaya öncelik verilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Toplanan bilgilerden yola çıkılarak oluşturulan bir kantitatif anket çalışmasının, örgütün amacına daha iyi ulaştıracağı belirtilmektedir (Lewis, 1994: 657; Akın, 2004: 47).

Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları kalitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) tekniklerdendir. *Odak grup görüşmeleri*, hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumundan elde ettikleri duygularını, deneyimlerini ve tutumlarını öğrenmek amacıyla kullanılır. Bir moderatör yönetiminde ve moderatörün belirlediği konu etrafında 6-10 kişinin katıldığı birkaç saat süren bir çalışma olarak adlandırılmıştır (Kavuncubaşı, 2000: 303).

Sağlık kurumları yöneticileri için yeniden yapılanmaya gitmeleri için yaratıcı fikirler bu gruplarda üretilebilmektedir. Hastaların birbirinden etkilenmesi odak grup yönteminin sakıncalarındandır (Ford vd., 1997: 74-89).

Anket, hasta tatmini araştırmalarında en sık kullanılan kantitatif tekniktir. Anket tekniğinin en önemli yararı, kolay uygulanabilmesi, düşük maliyetli olması, geçerlilik ve güvenilirliğinin kolay ölçülmesi ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olmasıdır. Anket yöntemi, kalitatif araştırmalara göre daha az eğitilmiş personel gerektirmektedir. Yöntemin başarılı olabilmesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenli olması gerekir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların, ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir. Güvenirlilik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda birkaç kere uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır (Kavuncubaşı, 2000: 303).

Yüz yüze yapılan (evde ve hastanede) anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) tekniklerdendir (Kavuncubaşı, 2000: 303).

Yüz yüze görüşme tekniği, en yüksek cevaplanma oranına sahip anket uygulama tekniği olma özelliğine sahiptir. Doğru cevaplanma oranını artırdığı bilinen bir tekniktir. Örneklem büyüdükçe maliyet artmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010).

Yüz yüze görüşme tekniği uygulanması halinde dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010) :

1. Anketör cevaplayıcının anlamadığı noktaları açıklamalıdır.
2. Anketin önemini anlatarak, gizlilik konusunda güvence vermelidir.
3. Soruların cevaplanma süresi üzerinde kontrolü olmalıdır.
4. Boş bırakılmış soru bulunmamasına dikkat edilmelidir.
5. Anket sonuçlarının taraflı olmamasına dikkat edilmelidir.
6. Yanıtlarda yanlılık hususunda dikkatli olunmalıdır.
7. Görevli kendini tanıtmalı ve hastayı yönlendirecek davranışlardan kaçınmalıdır.
8. Anketlerin, anketöre veya personele yaptırılması halinde kısa süreli bir eğitim verilmelidir. Anketin özellikleri ve uygulama esasları hakkında verilen bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

9. Yatan hasta memnuniyet anket uygulaması hasta taburcu edileceği gün yapılmalıdır.

10. Ayaktan hasta memnuniyet anketi uygulaması, hastanın işlemleri sonlandırıldıktan sonra yapılmalıdır.

Telefon araştırmaları, sağlık kurumlarının en çok kullandığı araştırma yöntemleri arasında yer almaktadır (Ford, vd., 1997: 74-89). Telefon görüşmeleri, hızlı ve kolay uygulanan bir araştırma tekniği olmakla birlikte, bazı potansiyel araştırma riskleri de taşımaktadır. Telefon araştırmalarına ilişkin tipik hatalar, görüşmenin zamanlaması, süresi veya görüşmecilerle ilgili hatalardır. Genellikle telefon görüşmelerinin 15 dakikayı geçmemesi önerilir. (Ford, vd., 1997: 74-89; Kavuncubaşı, 2000: 303-304).

Telefon araştırmaları, cevap verme oranı düşük maliyeti yüksek olabilecek bir uygulama tekniğidir. Doğru yanıt alma olasılığı düşük olmasının yanı sıra soruların sayıca çok olması halinde yanıtlama sürecinin kesintiye uğraması da ihtimal dahilinde olan bir uygulamadır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010).

Telefon araştırmaları tekniği uygulanması halinde dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekildedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010);

1. Bu türden bir teknik hastane için maliyetli olabilecektir.
2. Soru sayısından törü yanıtların güvenirliği azalabilecektir.
3. Hasta veya yakınlarının eğitim durumu görüşmenin seyrini olumlu veya olumsuz etkileyebilir.
4. Telefonu bulunmayan hasta veya yakınları kapsam dışında olacaktır.
5. Anketrlere ayrıca eğitim verilmesi gerekmektedir.

Posta Araştırmaları: Sağlık hizmetlerinden yararlanmış ve sağlık kurumundan ayrılmış hastalara, posta ile anket gönderilmesini içeren araştırmalara posta araştırmaları denilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 303-304).

Posta anketleri, soru kağıtlarının hedef kitle tarafından doldurulduğu ve en az kaynak gerektiren anketlerdir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010).

Posta araştırmalarında karşılaşılan en önemli sorun, anketlerin geri dönüşü ile ilgilidir. Doğru yanıtlanarak geri gönderilen anket sayısının, gönderilen toplam anket sayısına oranı, geri dönüş oranı olarak tanımlanmaktadır. Geri dönüş oranı ideal olarak %70-80 olması arzulanmakla birlikte, genellikle bu oran %40 civarında kalmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 303-304).

Posta anketleri tekniği uygulanması halinde dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekildedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html>. Erişim Tarihi: 02.08.2010);

1. Posta yoluyla gönderilecek anket için kapak hazırlanmalıdır. Kapakta; hastanenin adı, anketin adı, kısaca nasıl uygulanacağı, teslimatın nasıl yapılacağı, teslim tarihi, iletişim adresi ve zarfın ücretsiz olarak gönderilebileceği belirtilmelidir. Başhekimin adı yer almalıdır. Ayrıca, okuma yazma bilmeyenlerden yanıt alınması durumunda yanıtlayıcıya müdahaleden kaçınılması (doğru yanıt almanın önemine dikkat çekilerek) gerektiği belirtilmelidir.

2. Örneklem tespitinde anket uygulanacak kişilere hastane kayıtlarından ulaşılması gerekmektedir.

3. Okuma yazma bilmeyenleri kapsam dışı tutmak gerekebilir.

4. Soru seti gönderilen kişiye yanıtlayıp formları göndermesi için hatırlatmalar yapılmalıdır.

5. Anket gönderilen kişilere telefonla hatırlatma yapılmalıdır. Hatırlatmalar gerekli durumlarda telefonla (zamanında gönderilmesi için en az 2 kez) veya mektup vasıtasıyla yapılmalıdır. Bunun için standart hatırlatma mektupları (antetli) hazırlanmalıdır.

6. Anket (soru seti), hasta taburcu edileceği gün verilmeli ve evde doldurması istenmeli veya hastanın sağlık kuruluşundan ayrılmasını izleyen yedinci günden sonra gönderilmelidir.

7. Anket (soru seti) kapalı zarf ile birlikte hastaya teslim edilmelidir.

8. Hastaneler, soru seti uygulanacak kişilere soru setini zarfıyla birlikte ücretsiz olarak postalayabilme imkanı sağlamalıdır.

9. Anketlerde yer alan soru sayısının fazla olmaması (genellikle 40 soru), soruların anlaşılır olması ve yoruma gerek bırakmaması, sorular ve seçenekleri arasında uyum bulunmasına dikkat edilmelidir.

Saal ve çalışma arkadaşları, 2003 yılında yaptıkları ve 2005 yılında yayınlanan çalışmalarında anestezi uygulanmış hastalarda zamanın, posta tekniği ile yapılan anket uygulamasını cevaplamaları üzerine etkisini araştırmışlardır. Çeşitli hastalıklarda cerrahi uygulanması nedeniyle anestezi almış hastalara, sağlık kuruluşundan taburcu olmalarını müteakip 1'nci, 5'nci ve 9'uncu haftalarda posta anketi gönderilmiştir. Cevaplama oranı, 9'uncu haftada, 1 ve 5'inci haftaya göre azalmıştır. Anestezi sonrası yaşanan problemlere ait toplam ortalama puan her üç haftada da aynı kalmakla birlikte belirgin bazı alanlardaki yaşanan problemlerin 9'uncu haftada azaldığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, anestezi alan hastalara posta yolu ile anket uygulamasının, taburcu olduktan 5 hafta sonra gönderilmesinin en uygun zaman olacağı değerlendirilmiştir (Saal, vd., 2005: 206-210).

Soru formunun hazırlanmasında HPAU (Health Policy Advisory Unit) hasta memnuniyetinin 6 alt bölümü olduğunu savunmaktadır; tıbbi bakım ve bilgilendirme, besin ve fiziksel olanaklar, sosyal ortam, besin niceliği, hemşire bakımı ve muayene düzenleri. HPAU, memnuniyetin alt bölümlerini, tıbbi bakımın bütün türleri için değil, sadece yatan hastalar için analiz etmiştir. Williams ve Calnan (1991) ise tıbbi bakımın, yaklaşım ve bilgilendirme ile diğer her bir özel alan ile ilgili konuların geniş bir yelpazede, özel ve genel alt bölümler içerisinde verilebileceğinden bahsetmektedirler (Cleary, vd., 1994: 3-10).

Memnuniyetin birçok bölümünden oluştuğu var sayıldıktan sonra her bir bölümünün nasıl değerlendirileceği sorusu cevaplanmalıdır. "Hemşireler, doktorlar ve diğerlerinden ne kadar memnunsunuz?" şeklindeki yalın yaklaşım, New Castle Sağlık Hizmeti Araştırma Ünitesi tarafından uygulanmaktadır. Memnuniyet için cevaplayıcıların vurguladığı göreceli bir karar vardır. Bu, algılanan sağlık durumu ve istekler arasındaki bir karşılaştırmadır.

Esas görüş şudur ki; ifade edilmiş memnuniyeti değerlendirmek için yalnızca memnuniyet düzeyini ölçmek yetersizdir, istek düzeyleri ve kişinin kendi algıladığı durumun ikisi de ölçülmelidir. Çünkü var olan kaynaklar belli olduğunda önceki

gerçekçi olmayabilir ve sonuncusu bazı kişiler için gerçek veya objektif durumlardan çok farklı olabilir (Cleary, vd., 1994: 3-10).

Beklentiler; kişilerin sağlık imajı, sağlık bakım sisteminden beklenen şey ve kendi deneyimlerine bağlı olacağından kişilerin beklentilerinin değerlendirilmesi karmaşıktır. Örneğin; Calnan sağlık bakımı değerlendirmesi araştırmasında kavramsal çerçevenin gerçekleştirilmesini şu şekilde önermiştir (Williams ve Calnan, 1991: 707-716).

1. Her spesifik durumdaki sağlık bakımı isteyenlerin amaçları,
2. Sağlık bakımı kullanım deneyiminin seviyesi,
3. Üzerine belirli sağlık bakım sistemlerinin kurulduğu sosyopolitik değerler,
4. Popülasyon tarafından sahip olunan sağlık imajı.

1.3.3. Hasta Memnuniyeti Ölçümüne İlişkin Yapılan Araştırmalar

Hasta memnuniyetinin ölçümüne ilişkin bir çok çalışma mevcuttur. Ancak bu araştırmada amaçlanan asker hastaneleri ile kamu hastanelerindeki hasta memnuniyetini karşılaştırmalı olarak araştıran bir çalışma, hem yerli hem de yabancı kaynaklarda bulunamamıştır. Ayrıca yazın taraması sırasında, aynı hastaların, hizmet aldıkları farklı sağlık kurumlarına ilişkin memnuniyet düzeyleri ve boyutlarını araştıran bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Çalışmaya ışık tutması maksadıyla, hasta memnuniyeti ve boyutlarını araştırmaya yönelik yapılan bazı çalışmalara aşağıda yer verilmiştir.

Türkiye’de yapılan hastane hizmetlerinde kalite algıları ve hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalarda kullanılan ölçeklerin hizmetin alındığı süreci kapsamadığı görülmektedir. Ayrıca, hizmeti sunan hastane türlerine göre kalite algılarında ne tür farklılıkların olduğu oldukça sınırlı araştırılmış bir konudur. Hastane türlerini göz önüne alan nadir araştırmalardan birisi Konya’da 153 hasta ile Engin ve Sevinç (2005) tarafından yapılan araştırmadır. Bu araştırmada araştırmacılar üç ayrı resmi hastane ve bir özel hastane hastaları ile anket yapmışlar fakat farklı hastane türlerine göre inceleme yapmamışlardır. Engin ve Sevinç’in en önemli araştırma bulguları arasında hizmetin erişilebilirliği ve hizmetin sunulduğu ortamın hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri olarak ortaya çıkmaktadır.

Yağcı ve Duman (2006) tarafından hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırmalı çalışmalarında bulgular, hastaların en iyi hizmeti özel hastanelerden, daha sonra üniversite hastanelerinden, daha sonra ise devlet hastanelerinden aldıklarını düşündükleri şeklindedir. Araştırmanın önemli bulgularından bir diğeri hastane türleri arasında belirlenen hizmet kalitesi boyutlarının genel memnuniyet düzeyi üzerinde farklı etkilerde bulunduğuudur. Hastaların aldıkları hizmete ilişkin genel memnuniyet düzeyleri özel hastanelerde tüm hizmet boyutlarından etkilenmektedir.

Müşteri bağlılığı sağlamakta olumsuz bir deneyim yaşanmasının ne denli önemli sonuçlar yarattığını araştırdıkları çalışmalarında, Peltier, Schibrowsky ve Cochran (2002) bir askeri sağlık biriminde doğum deneyimi yaşayan kadınların ve ailelerinin hizmet sağlayanların hizmet düzeylerinden nasıl etkilendiklerini incelemişlerdir. Araştırmacılar, hasta ve hizmet sağlayanlar arasında hem sosyal, hem de yapısal bağlar oluştuğunu iddia etmektedirler. Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında yaşanan ilişkilerde hastaların karar sürecine katılmaları, ilişkinin güven (trust) ve teşebbüs (commitment) boyutlarını yükseltmektedir. Araştırmanın en önemli bulgusu, müşteri bağlılığının hemşire ve hekimlerin hizmet düzeylerinin bir fonksiyonu olduğudur. Ayrıca, hizmet kalitesi algısının sosyal bağ oluşturuucu etkinliklerden oluşurken, bağlılığın ise yapısal bağ oluşturuucu etkinliklerden oluştuğu belirlenmiştir. Doğum öncesi hizmetlerde hekim ile hasta arasındaki ilişkinin düzeyi önemli olurken, doğum sonrasında ise hemşire ile hasta arasındaki ilişkinin düzeyi ön plana çıkmaktadır.

Hasta memnuniyetinin sağlık sisteminin etkinliği üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise Di Paula, Long ve Wiener (2002) hastane deneyiminin hasta ve hizmet sağlayanlar arasında değişik çerçevelerde meydana gelen ilişkilerden etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Araştırmacılara göre hasta memnuniyetini yükseltmek için hangi alanlarda odaklanılması gerektiğinin belirlenmesi için hastane ortamının çok iyi tanınması gereklidir. Çünkü çoğu zaman, bir hastanın hastane deneyimi acil serviste başlamakta, ilgili klinikte devam etmekte ve sonrasında da taburcu olma süreci gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, acil serviste ve klinik hizmetlerinde hem hekimlerin, hem de hemşirelerin hizmetlerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri ayrı ayrı incelenmiştir. Bulgular, hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sırasıyla klinikteki hemşire hizmetleri, klinik hekimlik hizmetleri, acil servis hemşire hizmetleri ve acil servis hekimlik hizmetleri olduğunu

göstermektedir. Buradan çıkartılan en önemli sonuç ise hasta memnuniyetini sağlamakta kişisel ilişkilerin düzeyinin ön plana çıktığıdır.

Türkiye’de yapılan araştırmalarda hizmet kalitesi – müşteri memnuniyeti ilişkisi oldukça yeni araştırılan bir konudur (Varinli ve Çakır, 2004). Kayseri’de özel bir hastanenin 185 poliklinik hastası ile yapılan bir araştırmada poliklinik hizmetlerini beş faktörün oluşturduğu ortaya çıkarılmış (doktorlar, hemşireler, süreç, personel ve fiyat ile ilgili faktörler) ve bu faktörlerden doktorlarla ve fiyatla ilgili etkenlerin davranışsal niyetler üzerinde önemli etkileri olduğu belirlenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

AFGANİSTAN'DA SAĞLIK HİZMETLERİ

Afganistan, resmi adıyla Afganistan İslam Cumhuriyeti, Asya'da denize sınırı olmayan bir ülkedir. Orta Asya'da bulunur, ancak etnik ve kültürel bağlarından dolayı bazı kaynaklar tarafından Orta Doğu'da kabul edilir. Batı ve doğu arasındaki yolların kesişme noktasında bulunan Afganistan, bir etnik grup ve kültürler mozaiğidir. Ticaretin merkez noktalarından birinde olan Afganistan, bu stratejik konumu nedeniyle tarih boyunca İranlılar, Yunanlar, Araplar, Türkler, Moğollar, İngilizler ve Sovyetler gibi çeşitli ulusların istilasına uğramıştır.

Sürekli yıkılıp yeniden yapılanmak durumunda kalan Afganistan için, WHO (World Health Organisation: Dünya Sağlık Örgütü) raporlarında, dünyanın en kötü sağlık verilerine sahip olduğu açıklaması yer almaktadır. Sağlık verileri, ülkelerin gelişmişlikleri hakkında bilgi veren önemli göstergelerdir.

Sivil halkı askeri sağlık birimlerini tercih etmeye yönlendiren nedenleri bir Afganistan örneği ile araştırmaya yönelik bu çalışmanın istatistiki sonuçlarının yorumlanmasına katkı sağlamak amacıyla ikinci bölümde Afganistan'ın genel yapısı, sağlık durumu ve mevcut sağlık hizmetleri hakkında bilgi verilecektir.

2.1. AFGANİSTAN HAKKINDA GENEL BİLGİ

Dünya ülkeleri sağlık istatistikleri sıralamasında Afganistan'ın son sıralara yerleşmesine neden olan coğrafi, siyasi ve sosyo-ekonomik faktörler hakkında bu bölümde bilgi verilerek Afganistan'daki sağlık hizmetlerinin mevcut durum ve yapılanmasının daha iyi anlaşılacağı değerlendirilmektedir.

2.1.1. Afganistan'ın Coğrafi Özellikleri

Afganistan İslam Cumhuriyeti, merkezi Asya'da dağlık bir kara devletidir. Başkenti Kabil'dir. Kabil, 3.000.000 nüfusuyla en büyük şehridir ve Hindikuş dağları içinde, Kabil nehri boyunca ilerleyen dar bir vadide, deniz seviyesinden 1800 metre yükseklikte kurulmuştur. Ülkenin yüzölçümü 657.500 km²'dir. Sovyet işgali öncesi

yaklaşık 15 milyon olan ülkenin nüfusu, 2006 itibariyle tahmini 31 milyondur. Ülkenin dini İslamdır. Halkın % 80'i Sünni, % 19'u Şii Müslümandır. Ülkenin Resmi dili Peştunca ve Farsçadır. Resmi para birimi Afganidir. Doğu ve Batı Asya'yı birleştiren ana mihver üzerinde olup, doğu ve güneyde Pakistan, batıda İran, kuzeyde Türkmenistan, Özbekistan, Tacikistan ve Çin ile sınır komşuluğu vardır (<http://afganistan.ihh.org.tr/index.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

Afganistan'ın yazları sıcak ve uzun, kışları ise şiddetli derecede soğuktur. Yağışlar genellikle kasım ve nisan ayları arasında, çoğunlukla kar şeklinde görülmektedir. Kabil kış boyunca karlarla kaplı kalmaktadır (<http://afganistan.ihh.org.tr/index.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010). Mevsim değişiklikleri oldukça ani olmaktadır. Yazın küçük dereler kurumaktadır. Büyük nehir sularının esas kaynağını, yaza doğru yüksek kesimlerde eriyen karlar teşkil etmektedir (<http://www.cografya.gen.tr/siyasi/devletler/afganistan.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

Yapılan sondajlar, Afganistan'da çok zengin tabii gaz yatakları olduğunu göstermektedir. Çeşitli ve zengin maden yatakları vardır. Devlet eliyle işletilen maden yatakları, Hindikuş dağlarının kuzeyi, Kabil çevresi ve Kandahar'ın kuzeyi olmak üzere üç ayrı bölgede bulunmaktadır (<http://afganistan.ihh.org.tr/genel/cografya/cografya.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

Ülkenin yüzölçümünün % 1'den daha azı ormanlıktır (<http://www.cografya.gen.tr/siyasi/devletler/afganistan.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

Afganistan'da ulaşım ve taşımacılık için, 1998 yasal verilerine göre, toplam 24 km demiryolu, 2700km'si asfalt ve 18 bin kilometresi asfalt olmayan 21 bin kilometre karayolu mevcuttur (<http://www.cografya.gen.tr/siyasi/devletler/afganistan.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

2.1.2. Afganistan'ın Ekonomik Özellikleri

Uzun yıllar süren savaşlar ve iç karışıklıklar nedeniyle Afgan ekonomisi gelişmemiş ve Afganistan dünyanın en fakir ülkelerinden biri haline gelmiştir. 1979 yılından bu yana süren karışıklıklar nedeniyle ekonomi çökme noktasına gelmiştir. Ülke, UNDP (United Nations Development Programme: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)'nın İnsani Gelişme Raporunda ekonomik verileri ve yaşam düzeyi açısından 173 ülke arasında 171. sırada yer almaktadır. Bu haliyle Afgan ekonomisi özellikle son 10 yılda dış yardımlarla ayakta kalabilmektedir.

Topraklarının sadece %12'si ekilebilir olmasına rağmen, tarım, Afganistan'ın en önemli gelir kaynağını teşkil etmektedir. Resmi verilere göre ekilebilir alanların da sadece %6'sı kullanılmaktadır. Nüfusun %80'i tarım ve hayvancılıkla geçinmektedir. Daha çok eski usul el işçiliği şeklinde yürüyen tarım alanlarının işlenmesi, kışın kar, baharda da yağmurlar nedeniyle güçlüklerle olabilmektedir.

Nüfusun %12'si göçebedir. Özellikle 1998–2001 yılları arasında görülen kuraklık halkın büyük kesimini yetersiz beslenme sorunuyla karşı karşıya bırakmış ve uluslararası çağrılarla ülkeye acil gıda yardımı yapılmıştır.

İşgal ve iç savaşların yaşandığı ülkede altyapı neredeyse tamamen kullanılamaz hale gelmiştir. Asya Kalkınma Bankası'na göre ülkenin 56 milyar dolar dış borcu vardır. İşgücü ve sermaye kaybı nedeniyle son 24 yıldır Afganistan'ın GSMH (Gayri Safi Milli Hasıla)'sı büyük düşüş göstermiştir. Bir türlü sağlanamayan güvenlik ve istikrar, yabancı yatırımcıların ülkeye gelmesine engel olmuştur. Nüfusu yaklaşık 31 milyon (2006 yılı verilerine göre) olan ülkede 15 milyonluk iş gücü vardır (2004 yılı verilerine göre). 2004 yılı verilerine göre sektörlere göre işgücü dağılımı şu şekildedir: Tarım %80, endüstri %10, hizmet %10'dur (<http://afganistan.ihh.org.tr/genel/ekonomi/ekonomi.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

Afganistan ihracatında en büyük hacmi kurutulmuş gıda ürünleri oluşturmaktadır. Yine yaş meyve ve afyon üretimi önemli bir yekun teşkil etmektedir. El dokuması halılar ve deri de Afganistan'ın başlıca ihraç ürünleri arasında yer almaktadır. İthalatta barınma malzemesi ve ilaçlar, %27'lik oranla en fazla ticaret

hacmi olan maddelerdir. Yeniden kalkınmaya çalışan ülkede makine ekipmanları, gıda ve giyim eşyaları da dış ticaretin belli başlı ürünleridir (<http://afganistan.ihh.org.tr/genel/ekonomi/ekonomi.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

2.1.3. Afganistan'da Siyasi Durum

Afganistan tarihi boyunca birçok yönetim biçimleri ile yönetilmiştir. Kanlı askeri darbeler, monarşizm, komünizm, cumhuriyet, teokrasi gibi birçok yönetim sistemi, iktidarlar el değiştirdikçe Afgan siyasetine yön vermiştir (<http://afganistan.ihh.org.tr/genel.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

2001 Amerikan müdahalesi öncesi Afganistan, Taliban'ın yönetiminde teokratik monarşi ile yönetilmekteydi. 1996-2001 yılları arasında Afganistan'ın her türlü alt yapı sistemini yok eden veya zarar veren Taliban rejiminin ardından, Batılı politikacıların ön ayak olmasıyla, 2001 yılının Aralık ayında Almanya'nın Bonn şehrinde, Afganistan'ın birtakım ileri gelenlerinin toplanması sağlanarak Bonn Antlaşması yapılmıştır. Bu antlaşmanın ardından yeni hükümet kurulmuş, Hamid Karzai hükümetin başına getirilmiştir. Afganistan, 2004 yılında Hamid Karzai'nin başkan olarak seçilmesi ve 2005 yılında parlamento üyelerinin seçimi ile demokratik düzene geçmiştir. Günümüzde Afganistan, İslam Cumhuriyeti yönetim biçimi ile yönetilmektedir (Emadi, 2006, <http://www.highbeam.com/doc/1G1-161545060.html>, Erişim Tarihi: 18.04.2009).

Ülkede henüz iç barış sağlanamadığından yönetimde de belli bir düzen oturtulamamıştır. Ülkenin önemli bir kısmına hala Taliban hakimdir. (<http://afganistan.ihh.org.tr/genel.html> Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

Uluslararası komite ve NATO'nun Afganistan'da düzeni tam olarak sağlamasına engel olan bir takım nedenler söz konusudur (www.senliscouncil.net Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010):

- Taliban politikaları, şiddet ve başkaldırı da artışa neden olmaktadır. Bu durum, güvenliğin sağlanamadığı batı ve güney bölgelerinden, başkent Kabil de dahil olmak üzere ülkenin diğer bölgelerine de hızla yayılmaktadır.

- Devam eden iç savaş ve uluslararası komitenin düzenlediği hava saldırıları nedeniyle çok sayıda masum sivil insan hayatını kaybetmektedir. Bu da halkın, istikrar sözü ile ülkeye gelen yabancılara ve yabancı askerlere güvenlerini kaybetmelerine neden olmaktadır.

- Yanlış yürütülen uyuşturucu operasyonları diğer askeri misyonları olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin halkın önemli bir kesiminin geçim kaynağı olan haşhaş tarlalarının havadan kimyasal sıkılarak yok edilmeye çalışılması, halkın sağlığını da tehlikeye sokmaktadır. Bu da halkın öfke ve hukuk tanımazlıklarını artırmaktadır.

- Hayati yardımların yetersizliği de diğer önemli bir konudur. Özellikle Afganistan'ın güneyinde yaşam koşulları hala son derece kötüdür. Temel hayati yardımların ve alt yapı sistemlerinin yetersizliği, Taliban'ın yerel destek kazanmasına yol açarken uluslararası komitenin de halkın kalbinde ve beyinde hızla savaşı kaybetmesine neden olmaktadır.

- Köklü olmayan politikalar nedeniyle Taliban, iyi bir psikolojik harp uygulayarak uluslararası komitenin hatalarından yararlanmak suretiyle propaganda yapmakta ve halk desteğini almaktadır (www.senliscouncil.net (2007), Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2010).

- Ülkenin yakın komşuluk ilişkileri, özellikle Afganistan – Pakistan arasındaki kontrolü sağlanamayan, delil değişik olmuş sınır komşuluğu her iki ülkenin de siyasi istikrarının sağlanması önünde önemli bir engeldir.

- Siyasi istikrarsızlık ve rüşvet olayları hızla Karzai hükümetini krize sürüklemektedir.

2.1.4. Afganistan'da Sosyal Durum

Afganistan'ın yeniden yapılandırılması için batılı devletlerce sağlanan ekonomik yardımlar, ihtiyaç kalemlerinin çok çeşitli ve büyük oranlarda olması nedeniyle fakirlerin faydasına olacak şekilde kullanılmadığı gibi fakirlerle zenginler arasındaki ekonomik farkın daha da açılmasına yol açmaktadır.

Batılı devletlerce sağlanan ekonomik desteğin, Afganistan'ı geliştirme ve yapılandırma amacıyla kullanımıyla ilgili olarak NGO (Non-governmental Organisation: Hükümet Dışı Organizasyonlar, Sivil Toplum Örgütleri) ciddi çalışmalar sürdürmektedir. Bunlar hem uzman görüşü sunmakta hem de bir miktar

ekonomik destek vermektedirler. Afganistan'da 750 yerel, 260 yabancı NGO mevcuttur ancak bunlardan 350 tanesi hükümet onaylıdır. NGO'lar, başlıca Amerika, İngiltere, Almanya ve Japonya gibi ülkelerle ve elçilikleriyle sadece diplomatik faaliyetler düzenlemekle kalmayıp bu ülkelerin finansal kaynak sağlamaları için de çalışmaktadırlar.

NGO her ne kadar kendilerini bağımsız kuruluşlar olarak tanıtsalar da finansal kaynakları olmadan hareket edemeyecekleri için bu açıdan bağışçı ülkelere bağımlı kuruluşlardır. Finansal kaynak sağlayan ülkelerde bu NGO'ların faaliyetlerini etkilemekte, yönlendirmektedirler. NGO ile ilgili bir diğere önemli bilgi de; NGO tarafından yaptırılan okul, hastane gibi projelerin tamamlanmasını takip eden birkaç yıl içerisinde bu binaların kötü kaliteli, ucuz inşaat yapı malzemesi kullanılmasından dolayı harap hale geliyor olmalarıdır.

Afganistan, Taliban dönemi sonrasında yabancılar için önemli bir pazar haline gelmiştir. Gelişmişlik ve modernlik adına Batı bir sembol olarak gösterilmekte, ülkede yaşayan veya iş amaçlı bulunan yabancılar bu kültürel dönüşüme ön ayak olmaktadır. Alışveriş yerlerinde korsan Hollywood ve Hint Bollywood DVD'leri, Pakistan'da şişelenmiş "PureLife" markalı şişe suları satılmaktadır. 10-15 US\$'na beş yıldızlı lokantalarda yemek bulmak, 20 US\$'na Thai masajı yaptırmak, Kabil'in birkaç kilometre dışındaki Amerikan Pazarından Batılı kıyafetleri ve ya bir başka lüks ürünleri satın almak, oyun başına 10 US\$ ödeyerek Kabil Golf Kulübünde golf oynamak mümkündür. Kabil caddelerinde son model, spor, çok amaçlı araçlar, jipler görmek mümkündür. Batılı modanın sembolü son model kıyafetlerin bulunduğu alışveriş merkezleri, her türlü konuyla ilgili hizmeti veren güzellik merkezleri mevcuttur. Ancak ülkede yaşayanların büyük çoğunluğunun bu lüks tüketimine sahip olması mümkün değildir. Hem şehirde hem de kırsal kesimde yaşayan kadınların çoğu hala "bulka" denilen, kadınları başlarından ayak topukları hizasına kadar kapatan, nereye gittiklerini görebilsinler diye sadece gözlerin hizasında kafes örgü şeklinde delikli açıklık bulunan yerel kıyafet giymektedirler. Pakistan ve İran'dan dönen mülteciler ise hala kırsal arazide, kışın soğuktan, yazın sıcak ve tozdan korunmak amacıyla plastik şeritlerle izolasyon yapılmaya çalışılmış kamp çadırlarında yaşamaktadırlar ve sayıları giderek artmaktadır (Emadi, 2006, <http://www.highbeam.com/doc/1G1-161545060.html>, Erişim Tarihi: 18.04.2009).

Afganistan'da nüfusun %57'si 18 yaşın altındadır. Ortalama hane halkı sayısı 7 kişidir. Erkeklerin savaş, hastalık, yaşlılık gibi nedenlerle ölmüş olmaları veya iş için şehir değiştirmiş olmalarından dolayı ailelerin %3.3'ünün aile reisliğini kadınlar yapmaktadır

(<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20status%20and%20demographics.pdf> Erişim Tarihi: 25. 05.2009).

Ülkede istikrar sağlandıkça daha önce komşu ülkelere sığınmış olan mültecilerin Afganistan'a geri dönüşleri hız kazanmıştır. Örneğin 2002 yılının ilk üç çeyreğinde 3 milyon çocuk okula başlamıştır. Mültecilerin bu hızlı geri dönüşü, gıda güvensizliği ve yetersizliği, şehir ve kırsal kesimde barınma problemleri, sosyal ve ekonomik problemler gibi pek çok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle Birleşmiş Milletler ve ortaklarının, doğal afetlerle mücadele, salgınlar ve çocuk felci hastalığı ile mücadele, patlamamış mühimmat arama çalışmaları, hijyen faaliyetleri gibi çalışmaları ivme kazanmıştır.

Afganistan ekonomisinin büyük kısmı yardım paralarıyla desteklenmektedir. Ayrıca haşhaş tarımıyla devam eden önemli bir uyuşturucu ve ilaç trafiği ciddi düzeyde fakir olan halkın iş güvencesidir. Kişi başına düşen ortalama yıllık gelir 200 US\$'nı geçmemektedir.

Milyonlarca dolar seviyesinde gelen yardım paralarına rağmen Kabil'in çehresi çok az değişebilmiştir. Şehre çok az miktarda ve bölge bölge elektrik verilebilmektedir. Halkın büyük çoğunluğunun temiz içme suyu imkanı yoktur. Kabil'de tahrip olmuş caddelerde ciddi trafik karmaşasının mevcudiyeti ve ülkede tam güvenliğin sağlanmamış olması nedeniyle özellikle hükümete ait bakanlık, önemli kurumlar ve elçiliklerin bulunduğu bölge bariyerlerle kapatılarak kontrollü trafik akışı sağlanmaktadır. Kötü, bozuk yollar ve güvenlik sebebiyle uygulanan engellemeler özellikle bir sağlık merkezine acil transferi sağlanması gereken hastaların ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır.

Klinik, sağlık ocakları ve hastanelerde yeterli eğitime sahip olmayan sağlık personeli çalışmakta, tıbbi malzeme ve ilaçlar yetersiz düzeydedir. Hastanede yatarak tedavi görmesi gereken hastalar hastaneye kabul edilmek için günlerce beklemek zorunda kalmakta ve tıbbi tedavi alabilmek için ilgili görevlilere rüşvet

vermek zorunda kalmaktadırlar. İnsanlar, ailelerini besleyebilmek için şafak vaktinden akşam karanlığına kadar çalışmaktadırlar. Ailelerini veya ailenin büyük erkeklerini kaybetmiş olan çocuklar, okul da olmak yerine pazar yerlerinde, fabrikalarda çalışmakta veya yol kenarlarında küçük malzemeler satmaktadırlar. Bu yolla günlük ancak 10-20 Afgan parası -ki bu 25 US sentine denk gelmektedir- kazanmaktadırlar (Emadi, 2006, <http://www.highbeam.com/doc/1G1-161545060.html>, Erişim Tarihi: 18.04.2009).

2.2. AFGANİSTAN'DA SAĞLIK HİZMETLERİ

Afganistan'a gelen yardım paralarının miktarı ile ITAP (Immediate and Transitional Assistance Programme: Acil ve Geçici Destek Programı)'ın birlikte değerlendirilmesi neticesinde, 2002 yılında Ulusal Kalkınma Çerçevesi oluşturulmuştur. Bu kapsamda Afgan Hükümeti gereksinimleri yansıtan 12 temel program alanını 3 ana başlık altında sınıflamıştır:

1. Bina, İnsan ve Sosyal Sermaye de dahil olmak üzere;
 - a. İade ve yerinden olmuş kişiler ve mültecilerin yeniden bütünleşmesi,
 - b. Eğitim ve mesleki eğitim,
 - c. Sağlık ve beslenme,
 - d. Geçim ve sosyal koruma,
 - e. Kültür mirası, medya ve spor.
2. Fiziksel İmar ve Tabii Kaynaklar dahil;
 - a. Ulaştırma ve haberleşme,
 - b. Su ve sanitasyon,
 - c. Kentsel yönetim,
 - d. Doğal kaynak yönetimi,
3. Özel Sektörü Geliştirme dahil;
 - a. Finans, yatırım, ticaret ve yolsuzlukla mücadele gibi birçok ilgili alanlarda atılan adımlardır.

Afgan Hükümeti her bir program için bir bakanlığın liderliğinde birer çalışma grubu oluşturmuştur. Bu çalışma grupları, UN (United Nations: Birleşmiş Milletler), NGO ve diğer yardım kuruluşlarıyla koordinasyonlarda bulunmaktadır. UNAMA (United Nations Assistance Mission in Afghanistan: Birleşmiş Milletler Afganistan'ı

Destekleme Kurulu) bu çalışma gruplarına önemli ölçüde destek vermektedir (UNAMA, (2002) <http://www.reliefweb.int/> Erişim Tarihi: 1.12.2007).

Bu bölümde çalışmaya yazın desteği sağlamak amacıyla Afganistan'ın yeniden kalkındırılması çalışmaları içinde önemli ve öncelikli yere sahip olan sağlık konusuyla ilgili olarak mevcut durum, yapılanmalar, planlamalar ve sorunlar gibi konularda bilgi verilecektir.

2.2.1. Afganistan'da Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Afganlılar için 5000 yıllık paylaştıkları tarihleri en büyük gurur kaynakları olmakla birlikte 27 yıllık Sovyetler Birliği'nin Afganistan'ı işgali neticesinde bu uygulamalarından eser kalmamıştır. Afganistan'daki etnik ve kültürel çeşitlilik, doğuda Pakistan, batıda İran, kuzeyde Türkmenistan, Özbekistan, Tacikistan ve Çin ile olan uzun sınır komşuluklarından kaynaklanmaktadır. Tarihi, savaşlarla geçen Afganistan'ın birlik anlayışı yeni yeni olgunlaşırken, 1979'daki Rus işgali ve ortaya çıkan kaos ortamı bu anlayışı yeniden duraklatmıştır (Tarzi, 2007. Aktaran: Dye, 2007).

Afganistan'ın 27 yıllık işgali boyunca sağlık sistemi tamamen yok olmuştur. Daha sonra ülkedeki belli gruplarla Taliban arasında süregelen çatışmalar, pek çok doktor ve entelektüel beyinlerin Pakistan, İran veya başka ülkelere göç etmeye yönlendirmiştir. 1990'larda Taliban rejimi sırasında kadınların okullara girmesi yasaklanmış, hastanelerde tıbbi ve eğitim malzemesi kalmamıştır (Dye, 2007).

Afganistan'da komünist rejimden önce sağlık sistemi her iki tedavi ve koruyucu yaklaşım yönünde işliyorken, komünist rejim sırasında daha çok tedavi konusuna odaklanmıştır. Taliban rejimi sırasında ise sağlık sistemi çökmüş ve tüm alt yapı yok olmuştur. Sağlık sistemi sadece acil yönüyle çalışmıştır. Savaş sonrasında ise Afganistan sağlık sistemi yeniden yapılanma dönemine girmiştir. Geçici Afganistan Hükümetinin ilk üç yılında, sağlık sistemi daha çok koruyucu tıbbi yönelmiş ve BPHS (Basic Package of Health Services: Sağlık Hizmetleri Temel Paketi) ortaya konmuştur. Afganistan İslam Cumhuriyeti kurulduktan sonra Sağlık Bakanlığı, BPHS ve EPHS (Essential Package of Health Services: Sağlık Hizmetleri Esas Paketi)'nin yaygınlaştırılmasına odaklanılmıştır. Böylece hükümet yine sağlık

bakımının hem tedavi hem de koruyucu tıp yönüyle ilgilenmeye ve çalışmaya başlamıştır

(<http://gis.emro.who.int/healthsystemobservatory/main/Forms/CountryInfo.aspx?Country=AFGHANISTAN> Erişim Tarihi: 02.03.2010).

2001 yılında A.B.D'nin Afganistan'a müdahalesi ile birlikte ülkede, özellikle başkent Kabil'de faaliyet gösteren NGO'larının çalışmaları, Kabil dışında diğer bölgelere de ulaşmaya başlamıştır. Tespit edilen ihtiyaçlar neticesinde bir çok doktor, çalışmalarında, koruyucu hekimlik faaliyetlerinden çok tedavi edici faaliyetlere yönelmiştir (Hanif, A., 2007. Aktaran: Dye, 2007).

2.2.2. Afganistan'ın Mevcut Sağlık Verileri

Afganistan'ın genel sağlık durumuna ait veriler, dünyadaki 172 ülke arasında 171. sıraya yerleşmesine neden olacak şekilde olumsuzdur. Doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi kadınlarda 45, erkeklerde 47'dir. Çocuk ve anne ölümlerindeki yüksek oranlar ülkenin ciddi bir sorunudur. Beş yaş altı çocuklarda ölüm oranı yılda 1000 canlı doğumda 257 ölüm vakasıdır. Anne ölüm oranı da 100 bin canlı doğumda 1600 olarak tahmin edilmektedir ve bu oranlar dünyanın en yüksek oranlarıdır.

Birleşmiş Milletlerin Afganistan için 2006 yılında yayınlanan raporu, verilerin elde edilmesinin güçlüğü ve yetersizliğine rağmen çok olumsuzdur. Buna göre; 5 yaş altı çocuklarda yaşına göre düşük kilolu olma oranı %39; 5 yaş altı çocuklarda yaşına göre boy kısalığı %48; 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranı her 1000 canlı doğumda 257'dir (Fatimie, 2007).

Her 10 bin kişiye 2.1 doktor, 0.3 diş hekimi, 0.3 eczacı, 5 hemşire veya ebe, 4.2 hastane yatağı, 0.7 sağlık merkezi düşmektedir (WHO, 2009 yılı istatistiğine göre) (<http://www.emro.who.int/emrinfo/index.aspx?Ctry=afg> Erişim Tarihi: 18.06.2010).

Afganistan'da mevcut olan 8333 adet hastane yatağının yaklaşık %50'si Kabil'de bulunmaktadır. Buna göre ülkenin geri kalan kısmında 1000 kişiye 0.34 hastane yatağı düşmektedir. Ülkenin %20'lik bir kesiminde herhangi bir sağlık

hizmeti yoktur (WHO-EMRO, 2002, <http://www.who.int/disasters/repo/7605.pdf> Erişim Tarihi: 07.01.2008).

Tüm toplumun iyi bir su kaynağına kolay erişim oranı kentsel alanda %38, kırsal alanda %7'dir. Nüfusun %20.4'ü açlık sınırının altındadır (www.senliscouncil.net Erişim Tarihi: 09.05.2008).

Afganistan'da artık dünyada pek sık rastlanmayan hastalıklarla hala karşılaşmaktadır. 'Şark Çıbanı' olarak bilinen leyişmania hastalığının hemen herkeste olduğu bildirilmektedir. Çocuklarda daha çok bit, uyuz, cilt enfeksiyonları, kellik, kıl kurdu, tenya, mantar, ishal, hepatit A ve B, tüberküloz, menenjit, toksoplazmosis, havadaki toz nedeni ile bronşit, beslenme bozukluğuna bağlı büyüme ve gelişme geriliği ve konjenital kalp hastalıklarına, kurak iklim ve kısıtlı su kaynakları nedeni ile böbrek taşına rastlanmaktadır (<http://www.moph.gov.af/en/index.php?id=8> Erişim Tarihi: 18.09.2010).

Hastanelerin çoğunda yoğun bakıma ihtiyacı olan hastalarla bulaşıcı hastalık ve enfeksiyon riski taşıyan hastalar aynı ortamda kalmaktadırlar. Hastane ve ameliyathanelerde hijyen şartlarının iyileştirilmesine, alt yapının düzeltilmesine, had safhada olan araç ve gereç ihtiyacının karşılanmasına ihtiyaç vardır. Laboratuvar, röntgen gibi tetkik imkanlar kısıtlıdır. Pek çok ameliyat, malzeme eksikliği ve eğitilmiş eleman yetersizliği nedeni ile yapılamamakta, basit müdahaleler yapılamadığı için doğum sırasında anne ölümleri çok fazla olmaktadır (<http://www.moph.gov.af/en/index.php?id=8> Erişim Tarihi: 15.03.2008).

En sık karşılaşılan ölüm veya sakatlık sebebi olan hastalıklar ise soğuk algınlığı, akut diyare ve dehidratasyon (su kaybı), idrar yolu enfeksiyonu, pnömoni (zatürre) ve akut kanlı ishaldir (<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20status%20and%20demographics.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2009).

2.2.3. Afganistan'da Sağlık Sistemindeki Gelişmeler

Taliban başta iken özellikli bir sağlık politikası mevcut değildi. Sağlık alanında alt yapı yoktu. Mevcut kadın sağlık çalışanları vasıfsız, hatta halka açık

alanlarda çalışmaları, eğitim almaları ve sağlıkla ilgili olaylarda yer almaları yasaktı. Sağlık hizmetleri daha çok tedavi yönlü idi ve sağlık hizmetlerinin %80'i NGO'lar tarafından verilmekteydi.

Taliban rejiminden sonra yer alan Geçici Afgan İslam Hükümeti bir çok alanda reform gerçekleştirme kararı almıştır. Sağlık hizmeti sunumunu geliştirebilmek için Afganistan Sağlık Bakanlığı, halk sağlığı sisteminde yapısal bir çok değişiklik sağlayacak, sağlık ve farmakoloji kurallarını, üreme sağlığı standartlarını ve insan kaynakları politikalarını geliştirecek politika ve stratejiler ortaya koymuştur.

İlk olarak, çeşitli sağlık alanındaki bağışçı ve paylaşımcılar ile irtibata geçilerek sağlık hizmeti sunucuları ile antlaşmalar yapılmış, sağlık hizmeti sunumu hükümet dışı organizasyonlara verilmiştir. Konularında tecrübeli olan bu kuruluşlar, nasıl ve ne şekilde hizmet üretileceğini, kaynakların etkin ve hızlı bir şekilde nasıl hareket ettirilip Afgan halkına ulaştırılabileceğini iyi bilmektedirler.

İkinci olarak, sağlık sektörünün geliştirilmesi için önceliklerin ortaya konulması hedeflere ulaşılmasını kolaylaştıracaktır. Bu amaçla oluşturulan BPHS bu yolda köşe taşı niteliği taşımaktadır.

Üçüncü olarak, Bakanlık, etkin kararlar alınabilmesi için zaman gerektiğinin bilincindedir. Bakanlığın kendisi hizmet sunucusu değildir. Bakanlığın ihtiyacı olan, hizmet sunucularının Afgan halkına ne şekilde hizmet ürettiğine dair verilere ulaşabilmesidir. Bu sebeple bir takip sistemine ihtiyacı vardır ve bunu sağlamak üzere bilimsel metotlarla, sağlık sektöründe performansa dayalı bir puan kart uygulaması oluşturulmuştur.

Son olarak da, MOPH (Ministry of Public Health: Sağlık Bakanlığı), sağlık sektöründe gelişimin sağlanması için şeffaf ve sorumluluk sahibi olmanın son derece kritik önemde olduğunu kabul etmiştir. Bakanlık, Afganistan'ın geleceği için daha etkili ve stratejik planlamalar yapabilmek amacıyla Dünya Bankası, USAID (United States Agency for International Development), UN, ISAF (International Security Assistance Force) ve major NGO'lar ile koordinasyonlarda bulunmaktadır.

MOPH, yeniden yapılanma çalışmaları kapsamında dört öncelikli konu başlığına odaklanmıştır (Fatimie, 2007):

- Temel Sağlık Hizmet Paketi (BPHS)
- Öncelikli Hastane Hizmetleri Paketi (EPHS)
- Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,
- Kurumsal gelişim.

Geliştirilen en önemli politikalardan birisi BPHS'dir. Başlangıçta %80'i NGO'lar tarafından sunulan sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı yapılanması ve işleyişi tamamlanıp geliştikçe, Bakanlık tarafından bölge bölge, planlama, takip, eğitim, strateji ve finansman gibi diğer konuyla ilgili sorumluluk alanlarıyla birlikte devralınmıştır. Şubat 2005 itibarı ile BPHS, ülkenin %77'sini kapsayacak şekilde uygulamaya geçirilmiştir.

Daha çok ve daha kaliteli kararlar alınabilmesi için, mümkün olan en kısa zamanda bilginin toplanması önemli bir konudur. Bu maksatla aşağıdaki değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir (Fatimie, 2007):

- Sağlık merkezlerinden rutin bilgiyi ve yapılan çalışmalarla elde edilen kapsamlı verileri toplamak amacıyla HMIS (Health Management Information System: Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi) oluşturulmuştur.
- MOPH tarafından uygulanan NHSPA (National Health System Performance Assessment: Ulusal Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirme) ile sağlık alanındaki performansın yıllık değerlendirmesi amaçlanmaktadır.
- MOPH ayrıca, BPHS uygulamasının belirlenen öncelikli göstergelerde başarıya ulaşıp ulaşmadığını hane halkı araştırmalarıyla değerlendirmektedir.

Afganistan Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetleri Temel Paketinin önceliklerini belirlemesiyle bu öncelikli hedeflere ulaşma başarılarının takip ve ölçümünün yapılmasına ihtiyaç duymuştur. Bu maksatla Johns Hopkins Halk Sağlığı Okulundan David Peters ve araştırma ekibi hazırladıkları bir puan cetveli çalışmaları ile Afganistan Sağlık Bakanlığı ile 2004 yılında antlaşma yapmışlardır. Bir yıllık çalışma neticesinde bazı önemli, olumlu yönde gelişmeler sağlanmıştır. Daha sonra bu çalışma 2005 ve 2006 yıllarında da sürdürülmüştür. Çalışma sonuçlarına göre

toplumun, sağlık servisleriyle ilişkilerinin zamanla arttığı, sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyleri ve sağlık birimlerinin gelişimi ile ilgili göstergelerinin yükseldiği tespit edilmiştir. Diğer taraftan zamanla toplum içerisinde yaşama ve çalışma sırasında güvenlik şartlarının, diğer sağlıkla ilgili faaliyet alanlarında çalışanlarla olan ilişkilerin ve yerel liderlerle ilişkilerin giderek olumsuz yönde değiştiği tespit edilmiştir (http://www.jhsph.edu/bin/k/s/afghanistan_report2006.pdf Erişim Tarihi: 15.09.2010). Bu alışma sonuçları 2 şubat 2007'de Kabil'de ikincisi düzenlenen Toplum Sağlığı ve Savaş konulu sempozyumda sunulmuştur (Hanif, H., 2007. Aktaran: Dye, 2007).

Ulusal sağlık hizmetleri performans değerlendirmesi verilerine göre, Afganistan'da BPHS uygulaması ile ilk üç yıl sonunda büyük ilerleme kaydedilmiştir (Fatimie, 2007):

- BPHS uygulamaları, hasta memnuniyeti oluşturacak şekilde yüksek performans seviyeleri sağlamıştır. Temel ilaçların ve aile planlaması için gerekli kaynakların tedariki oldukça iyi düzeylere ulaşmıştır.
- Çoğu sağlık alanı uygulaması, fakir hastalar için ücretsizdir.
- Çoğu sağlık birimi, gebeler ve yeni doğanlar için kapsamlı bir takip hizmeti sunma kapasitesine sahiptir.

2006 yılı içerisinde, BPHS kapsamında yapılan çalışma sayısı 846'dan 979'a ulaşmıştır. BPHS kapsamında ulaşılabilen nüfus oranı %77'den %82'ye yükselmiştir. Halk sağlığı çalışanlarının sayısı 12 binden 15 bine yükselmiştir ve bunların ortalama yarısı kadındır. Göçebe topluluklar için temel sağlık hizmeti sunacak 12 adet hareketli sağlık merkezi oluşturulmuştur.

Anne sağlığını korumaya yönelik yapılan çalışmalar kapsamında 2400 ebe, ebelik okullarında eğitilerek mezun edilmiştir. %70'den fazla sağlık hizmet faaliyetinin her birinde en az bir tane olmak üzere konusunda uzman kadın sağlık çalışanı bulunmaktadır.

Doğum ncesi gebelik takibi yapılması oranlarında artış sağlanmıştır. Bu oran 2003 yılında %4.6 iken 2006 yılında %30'dan fazladır. Ayrıca doğumların bir sağlık çalışanı desteği ile yapılması ile ilgili oranda %6'dan %19'a yükselmiştir.

Rutin bağışıklama çalışmalarında da önemli bir yol kat edilmiştir. 2006 yılının ikinci yarısında Afgan halkı Hepatit B aşısı ile tanıştırılmış, rutin aşılama faaliyeti başlatılmıştır. Bu çalışma diğer önlenbilir bulaşıcı hastalıklara yönelik yeni aşıların ülkeye gelişini ve kullanımını olumlu yönde etkilemiştir. Kızamık aşısı çocukların %68'ine uygulanmıştır. 2003 yılında gebelerin yenidoğan tetanosuna karşı aşılanma oranı %11 iken 2006 yılında bu oran %54'e ulaşmıştır.

Çocukluk çağı hastalarının kontrolüne yönelik 8 bölgede, 700 adet sağlık merkezince yürütülen yaklaşık 309 çalışmada, 1700 civarında bu konuda eğitilmiş sağlık çalışanı görev almıştır.

2006 yılının ilk 9 ayında, açılan 26 adet medikal beslenme ünitelerinde, 2.1 milyondan fazla 5 yaş altı çocuk takibe alınmıştır.

Yine 2006 yılı içerisinde 233'den fazla hastane veya sağlık merkezinin yenilenmesi veya inşa edilmesine yönelik faaliyet gerçekleştirilmiştir.

Sinek ısırıklarından korunmak için yatakların üstüne asılan cibinliklerden 40 binden fazla dağıtılmıştır ve bu çalışma ile sıtma hastalığı vakaları %9 oranında azalmıştır.

Damar içi uyuşturucu ilaç kullanımında artış ve HIV (Human İmmunodeficiency Virus: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü) vakalarının yüksek rakamlara ulaşmış olduğu ülkelerle komşuluk ilişkileri nedeniyle, HIV'e bağlı AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome: Edinsel (Kazanılmış) Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) epidemiyolojisi, Afganistan'ın önündeki önemli bir tehdittir. Afgan Hükümeti, bir Ulusal AIDS'le Mücadele Kontrol Programı hazırlamak, birçok sektörle AIDS'le mücadele için koordinasyon komiteleri kurmak suretiyle bu tehlike karşısında hızlı ve etkin bir yanıt ortaya koymuştur. Bu koordinasyonlar neticesinde Dünya Bankası, Afganistan'ın Ulusal AIDS ile mücadele stratejilerinde kullanılmak üzere MOPH'a 10 milyon US\$ para aktarmıştır.

Hastalıklar için erken uyarı sistemi geliştirilmiştir. Bu amaçla 8 bölgede arama-tarama timleri oluşturulmuştur. Örneğin 4'ü Kabil'de olmak üzere tespit edilen

16 kuş gribi vakası karşısında müdahale ve mücadele stratejileri uygulamaya konulmuş ve 2007 içerisinde benzer vakaya rastlanmamıştır.

Halka iyi sağlık ve doğru hijyeni öğretmek amacıyla pek çok eğitici içerikli poster ve broşür basılarak dağıtılmaktadır. Televizyon ve radyolarda 27 farklı slogan ve film yayınlanmaktadır.

Bunlara ek olarak hem yerli hem yabancı eğitimciler tarafından 9000 sağlık çalışanı, çeşitli sağlık konularında eğitilmişlerdir. Hemşirelik eğitimi akredite edilmiştir. Eğitime katılanların %50'i kadındır (Fatimie, 2007).

Bu başarılı faaliyetlerin ardından sağlık alanında aşağıdaki şu konulara önem ve öncelik verilmesi kararlaştırılmıştır (<http://www.reliefweb.int/> Erişim Tarihi: 1 Aralık 2007):

- Komşu ülkelerde barınmış olup ülkeye geri dönen nüfusu da kapsayacak şekilde tüm halkın birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlere erişimlerinin artırılmasını sağlamak,
 - Temel ilaç gereksinimlerinin karşılanması,
 - Kötü beslenme koşullarının düzeltilmesi, hatta özellikle 5 yaş altındaki çocuklarda ki eser element eksikliklerinin tedavi ve desteğinin sağlanması,
 - Anne ölümlerinin azaltılması,
 - Bulaşıcı ve önlenbilir hastalıkların azaltılması ve kontrol altına alınması.

2.2.4. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmeti Sunucularının Yapılanması

2004 yılında, Geçici Afgan Hükümeti yapılanmasından Afganistan İslam Cumhuriyeti kuruluşuna geçilmesi ile Afganistan Sağlık Bakanlığı, daha etkin ve güçlü bir yapıya sahip olmuştur. MOPH, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumunu sağlamak üzere ayrı program paketleri hazırlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için BPHS, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumu içinse EPHS uygulamaya koymuştur. EPHS için bütçe planlaması yapılmış olmasına karşın, uygulaması 2009 yılı itibari ile başlatılamamış olmasından dolayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı hakkında yeterli veri elde edilememektedir. Halen sağlık hizmetlerinin bir kısmı NGO'lar tarafından

sunulmaktadır. Ulusal sağlık hizmetlerinin tamamı ücretsizdir, ancak NGO'lar tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bir kısmı ücretlidir
(<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20servise%20delivery.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2009).

Afganistan'da 800 öğrenci kapasiteli 8 tıp fakültesi, 2009 yılı itibariyle 10 kız öğrencinin de eğitim almaya başladığı 1 askeri tıp fakültesi, 30 öğrenci kapasiteli 1 diş hekimliği fakültesi, 1 eczacılık okulu, 8 hemşirelik okulu, 8 ebelik okulu ve 4 paramedikal eğitim enstitüsü mevcuttur
(<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Human%20resources.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2009).

2.2.4.1. Sağlık Bakanlığı Yapılanması

Afganistan İşlam Cumhuriyetinin başında bulunan devlet başkanınca belirlenip Afgan parlamentosunca desteklenen bir sağlık bakanı tarafından idare edilen Afgan Sağlık Bakanlığında, bakana bağlı bir yüksek konsey ve bununda altında çalışan yönetim kurulundan oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı içerisinde, Sağlık Bakanına bağlı olarak görev yapan üç Bakan yardımcısı mevcuttur. Bunlardan biri politika/planlama ve koruyucu hekimlikten sorumlu bakan yardımcılığı, ikincisi; üreme sağlığı ve anne-ocuk sağlığından sorumlu bakan yardımcılığı, üçüncüsü ise; uygulamalı sağlık ve tedavi hizmetlerinden sorumlu bakan yardımcılıklarıdır. Bu bakan yardımcılıklarının üstünde bir genel sekreterlik bulunmaktadır. Bu birim, verileri ve değerlendirmeleri direkt Sağlık Bakanına rapor etmektedir
(<http://gis.emro.who.int/healthsystemobservatory/main/Forms/CountryInfo.aspx?Country=AFGHANISTAN> Erişim Tarihi: 22.05.2009)

Sağlık Bakanlığı yapısı içindeki koruyucu sağlık hizmetleri genel direktörlüğü, sağlık eğitimi, toplum beslenmesi, hastalıklardan korunma ve hastalıkların kontrolü, acil durumlara hazırlık, çevre sağlığı, akıl sağlığı, ulusal tüberkülozla mücadele programı, ulusal malarya ve leişmaniya programlarından sorumludur.

Çevre sağlığı ile ilgili direktörlük ise, uygun sanitasyon ve hijyen, güvenli su kaynakları tespit ve kullanımı ve iş yeri güvenlik ve sağlığı konularından sorumludur (<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20service%20delivery.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2009).

2.2.4.2. Hastane ve Diğer Sağlık Kurumları

Afganistan'da sağlık hizmetleri üç seviyeli olarak sürdürülmektedir. Göçebe topluluk veya köylerde sağlık kabinleri ve buralarda hizmet veren toplum sağlığı çalışanları vardır. Daha büyük köy veya bölge toplulukları için ise birincil sağlık merkezleri, gelişmiş sağlık merkezleri ve mıntika hastaneleri mevcuttur. Sağlık Bakanlığının BPHS uygulamasının öncelik verdiği anne-yenidoğan sağlığı, çocuk sağlığı ve aşılama, halk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, akıl sağlığı ve temel ilaçların tedariki konuları standart hale getirilmiş bir sistem dahilinde buralarda takip edilmektedir.

Üçüncü seviyede ise taşra ve bölge hastaneleri mevcuttur. Dal merkezleri de bu gruba dahildir. Hastaneler arasındaki bu düzey farkı, hastalara sunulan hizmetlerle alakalıdır. Ancak her seviyedeki hastanede beş ana kliniğin hizmet sunması standart hale getirilmiştir. Bunlar; cerrahi, çocuk, kadın hastalıkları ve doğum , psikiyatri ve eczacılıktır.

Birinci basamak sağlık bakım merkezleri ile hastaneler arasında iki yönlü bir bağlantı planlanmıştır. Birinci basamak sağlık merkezlerinden mıntika hastanelerine gönderilen hastaların, daha ileri tetkik ve tedaviye gereksinimleri olup olmadığı veya bu seviyede mi tedavi edileceklerinin kararı, ayaktan hasta değerlendirme bölümlerinde konsülte edilmek suretiyle belirlenmektedir. Benzer olarak da ayaktan gelen hastanın birinci basamak sağlık merkezi tarafından takibine karar verilebilmektedir.

Mıntika hastaneleri 30 ile 75 adet yatak sayısına sahip olup bir ile dört mıntıkayı içeren 100 bin ile 300 bin arası nüfusa hizmet vermektedir. Beş ana klinik hizmetinin yanı sıra beslenme ve diyetetik, fizik tedavi, laboratuvar, radyoloji, kan bankası ve eczane hizmetleri de mevcuttur.

Taşra hastaneleri ise 100-200 yatak sayısına sahiptir. Mıntıka hastanelerinden farklı olarak özellikle enfeksiyon hastalıkları kliniği bulunmaktadır.

Bölge hastanelerinde ise 200-400 yatak mevcuttur. Diğer alt seviyedeki hastane hizmetlerine ek olarak özellikle üroloji, ortopedi, plastik cerrahi, beyin cerrahisi dallarında tedavi ve cerrahi uygulaması hizmeti, ayrıca, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, onkoloji, endokrinoloji ve cildiye konularında da hizmet verilmektedir (Islamic Transitional Government of Afghanistan Ministry of Health, 2004. http://ispb.univlyon1.fr/Lyon%20Kaboul/rapports/politique_hospitaliere/Hospital%20policy%20for%20Afghanistan.pdf, Erişim Tarihi: 05. 03.2009).

Afganistan'da 17 ulusal, 9 bölgesel, 34 taşra ve 41 mıntıka hastanesi; periferde ise 365 birinci basamak sağlık hizmetleri merkezi ve 357 sağlık kabini bulunmaktadır (WHO-EMRO, 2002. <http://www.who.int/disasters/repo/7605.pdf> Erişim Tarihi: 07.01.2008).

Tüm bu düzenlemelere rağmen kalifiye personel ve tıbbi malzeme eksikliği nedeniyle etkin sağlık hizmeti sunulamamaktadır. Örneğin uluslararası komitenin desteklediği Kabil'deki tek bir hastanede kardiyovasküler ve konjenital kalp hastalıklarına yönelik cerrahi uygulama yapılabilmektedir. Organ transplantasyonu konusunda sadece kornea nakli, Kabil'de bir hastanede yapılabilmektedir. Diyaliz merkezi Kabil'de üç yerde mevcuttur ve bunlar özel sektör olarak işletilmektedir. Afganistan'da sadece Kabil'de mevcut olmak üzere bir bilgisayarlı tomografi ve bir magnetik rezonans görüntüleme cihazı mevcuttur (UNHCR: United Nations Refugee Agency, 2006. <http://www.unhcr.se/Pdf/help/hum06.pdf> Erişim Tarihi: 07.01.2008).

Kentsel alanda ise temel tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti verecek kuruluşların genel olarak bulunmaması nedeniyle kırsal alandaki sağlık karakolu ve birinci basamak sağlık merkezlerinin verdiği hizmetler, kentsel alanda, klinikler, hastaneler ve dal merkezleri tarafından yürütülmektedir (<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20service%20delivery.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2009).

2.2.4.3. Özel Sağlık Hizmetleri

Bazı hastane, klinik ve teşhis merkezleri özel statüde sağlık bakım hizmeti sunmaktadır. Ancak bu özel sektör için bir politika veya düzenleyici kanunlar yoktur. Bu sistemin, Afganistan çapında ne kadar yaygın olduğu konusunda da güvenilir bir veri yoktur. Hükümet bu özel sektörün takibi için politika oluşturma çalışmalarını sürdürmektedir.

Hekim, molla denilen geleneksel sağlık sunucuları, kendi bölgelerinde topluma hizmet vermeye devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı, NGO'lar ile tüm finansal, planlama, düzenleme, takip ve destek gibi sorumluluk alanlarını da üstlenmelerini ön gören antlaşma yapmıştır. NGO'lar, ülkenin büyük bir kesiminde halka hizmet vermektedir.

2001-2002'de Afganistan'da Taliban rejiminin sona ermesi ile Dünya Bankası, Afganistan'da sivil toplum kuruluşlarının temel sağlık hizmeti verebilmesi için bağışçılara çağrıda bulunmuştur. Bağışçılar, antlaşma yapılan NGO'lara 140 milyon doların üzerinde finansman sağlamışlardır. Normalde bu miktar ülke nüfusunun dörtte üçünün temel sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir miktardır. Antlaşmaları 12 ile 36 ay arasında değişen sürelerde sona eren, 17'si yabancı, 10'u Afganlı 27 NGO ile antlaşma yapılmıştır. Bu örgütler hızla anne ve yenidoğan sağlığı, çocuk sağlığı ve aşılama, toplum beslenmesi ve temel ilaçların tedariki konuları da dahil olmak üzere temel sağlık hizmeti vermeye başlamışlardır.

Araştırmacılar bu şekilde NGO'lar ile antlaşmaların bir takım olumlu yönleri olduğunu bildirmektedirler

<http://gis.emro.who.int/healthsystemobservatory/main/Forms/CountryInfo.aspx?Country=AFGHANISTAN> Erişim Tarihi: 02.03.2010):

- NGO'lar halihazırda birçok faaliyeti sürdürmektedirler ve değişken çevrelerde sağlık hizmeti sunmaktaki her türlü güçlüklerle karşı tecrübelidirler.
- Afganistan'da halk sağlığı hizmetlerinin yükü NGO'ların üstündedir.
- NGO'lar, büyük uluslararası organizasyonlardan finansal ve lojistik destek alabilmektedirler.

- NGO'ların motivasyonları, sağlık hizmeti sunucularına, kendi çıkarları için çalışan özel sektörden daha yakındır.

Araştırmacılar bunların yanı sıra bu yaklaşım tarzının bazı olumsuz yönlerine de dikkat çekmektedirler

<http://gis.emro.who.int/healthsystemobservatory/main/Forms/CountryInfo.aspx?Country=AFGHANISTAN> Erişim Tarihi: 02.03.2010):

- Her ne kadar antlaşma yapmak için ortaya çıkan rekabet, kaliteli hizmeti beraberinde getirirse de, sıklıkla bu uzak bölgeler için yetersiz kalmaktadır. Ek olarak, hizmet üreticileri için bir kez bilgi ve iletişim ağlarını kurduktan sonra tekrar yer değiştirmek, istemedikleri bir şeydir.

- Bazen bu antlaşmaları özelleştirmek ve takip etmek güç olmaktadır. Her ne kadar Afganistan örneğindeki gibi performans konusu ciddi bir şekilde yürütülse de, farklı bağışçılarla girdi, süreç ve çıktı göstergeleri farklılık gösterebilmektedir.

- Bazen işletim masrafları, sonuçtaki tüm kazanımları aşabilmektedir.

- Hizmet üreticilerinin bir merkeze bağlı olmaması, sağlık sisteminin son derece kırılğan olmasına neden olmaktadır. Kullanıcı ülke için standart bir ücret, ilaç tedarik sistemi ve toplum sağlığı çalışanı oluşturulamamaktadır. Hizmet üreticileri arasındaki farklılıklar daha iyi hizmet sunulmasına yol açıyor gibi görünse de, eşitlik ve etkinlik açısından sorun oluşturmaktadır.

- NGO'ların, bağışçıların desteği ile çalışıyor olmalarında dolayı, kaliteli hizmet sunumunu artırabilmeleri ve devam ettirebilmeleri konusu belirsizdir.

- Kırılğan yapıdaki hükümetler, meşruluklarını kazanmak için mücadele vermektedirler. Sağlık hizmeti sunumu ve sağlık çalışanlarının kontrolü, hükümetlerin gücünün kritik göstergelerinden biridir. Hükümetler daha iyi yapılandıkça tüm kontrolü almak isteyeceklerdir

(Palmer, vd., 2006, 718-721. Aktaran: [www. id 2 1. o r g](http://www.id21.org) Erişim Tarihi:15.09.2010).

- Kurumsal ve özel sağlık sektörleri arasında etkileşim olması faydalı bir gelişme olmakla birlikte bunların yapılandırılması için güvenilir ve sağlıklı verilere ulaşılamamaktadır.

2.2.4.4. Askeri Sağlık Hizmetleri

Ulusal askeri sağlık teşkilleri şu şekildedir: Afgan ordusuna savaşta ve barışta hizmet vermek üzere askeri doktor yetiştiren Afganistan Askeri Tıp Fakültesi, Kabil’de eğitim vermektedir. Öğrencilerin eğitim aldığı eğitim hastanesi aynı zamanda Afgsnistan’ın en büyük asker hastanesidir. Bu hastaneden hariç Afganistan’ın farklı yerlerinde kurulu 5 asker hastanesi daha mevcuttur. Ayrıca ihtiyaç duyulan bölgelerde Afgan askerine sağlık hizmeti sunmak üzere askeri birlik içlerinde kurulu küçük sağlık teşkilleri mevcuttur.

Yabancı kaynaklı askeri sağlık hizmetleri ise şu şekilde işlemektedir: Uluslararası komite, güvenlik ve sağlık hizmetlerinin kontrollü yürütülebilmesini sağlamak amacıyla Afganistan’ı doğu, batı, kuzey, güney ve Kabil şehri olarak beş bölgeye ayırmıştır. Her bölge, komiteye bağlı belli ülkelerin sorumluluğuna verilmiştir. Bu ülkeler daha çok askeri kuruluşları ile faaliyetlerini yürütürler ve Kabil’de kurulu olan ISAF komuta merkezine bağlıdırlar. Ancak hastanelerin tıbbi ilaç ve ekipman ihtiyaçları, kurucu ve işletimden sorumlu ülke tarafından karşılanmaktadır.

Askeri kuruluşların birinci basamak sağlık sunucuları, önce kendi personeline hizmet vermektedir. Askeri birliklerin işlettiği ikinci basamak hastaneler ise seyyar cerrahi hastane kategorisinde yapılanmaya sahiptir. Öncelikli görevleri savaş yaralanmalarını tedavi etmektir. Hem tüm askeri personele hem de Afgan halkına hizmet vermektedirler. Bu amaçla yapılanmaları içerisinde genel cerrahi, dahiliye, anestezi uzmanı ve radyoloji uzmanı veya teknisyeni bulunmaktadır.

Üçüncü basamak olarak işletilen hastanelerde ise yukarıda belirtilen uzmanlık dallarına ek olarak kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi ve beyin cerrahisi gibi daha ileri uzmanlık dalları hizmet vermektedir.

Afganistan genelinde üçü Kabil’de olmak üzere 11 adet ikinci basamak, 1 adet üçüncü basamak ISAF’a bağlı asker hastanesi mevcuttur. İkinci basamak hastaneler ile üçüncü basamak hastane arasında sevk zinciri mevcut olup ISAF komuta merkezinin koordinasyonunda hasta tahliyeleri gerçekleştirilmektedir.

Bölgenin ihtiyaçlarına göre bazı ikinci basamak hastanelerde göz gibi ek uzmanlık dallarında hizmet vermektedir. İhtiyaç durumlarında ikinci basamak hastaneler hastaları birbirlerine yönlendirebilmektedir.

Tüm hastaneler, hasta sayısı, tespit edilen hastalıklar ve yatak doluluk oranı gibi bilgileri içeren haftalık raporlar ile ISAF komuta merkezince takip edilmekte, aylık toplantılarla durum değerlendirmeleri yapılmaktadır (www.isaf.nato.int/ Erişim Tarihi: 19.06.2007).

2.2.5. Sağlıkla İlgili Gelişimi Engelleyen Faktörler

2001-2002 yıllarında Amerika Birleşik Devletlerinin Afganistan'a müdahalesinde Afganlılar dışarıdan bir müdahalenin gerekliliğini fark etmişlerdir. Ancak yabancı desteğinin, ülkenin tüm gereksinimlerini karşılamak için yeterli güce sahip olması imkanı değildir. Örneğin ülkenin hukuk sistemi, hukuk devletlerinin uygulamalarına aykırıdır. Çünkü, nüfusun %70-80'i birbirinden bağımsız, izole ve uzak vadi içlerine kurulmuş köylerde yaşamaktadır ve kendi iç adalet sistemlerini işletmektedirler. Onlara göre tarihsel akıştan dolayı merkez hükümet, baskı ve zulüm anlamına gelmektedir. Bu, tek tek, yüz yüze gelerek, geniş bir proje çalışması ile çözülebilecek bir sorundur.

Afganistan'da ele alınması gereken öncelikli iki konu sağlık ve eğitimidir. Ancak uyuşturucu problemi çözülmezse sağlık ve güvenlik sorunlarının devam edeceği de tespit edilen bir gerçektir (Tarzi, 2007. Aktaran: Dye, 2007).

Güvenlik sorunu, Afganistan'da sağlık hizmetlerinin gelişmesinde en önemli engeldir. Özellikle Afganistan'ın batı ve güneyindeki pek çok bölgeye BPHS henüz ulaşamamıştır. Komşu ülkelerden Afganistan'a gelen bir çok kalifiye sağlık çalışanı da ücretlerin çok düşük olması sebebiyle kısa sürede geri dönmüşlerdir. Ayrıca düşük ücretler, kırsal kesimde çalışmak için önemli bir engeldir (Hanif, H., 2007).

Halen Afganistan Sağlık Bakanlığının kapasitesi çok yetersizdir. 1980'lerde başlayan beyin göçü neticesinde en iyi sağlık çalışanları, Afganistan Sağlık Bakanlığı için değil, Sivil Toplum Örgütleri ve Birleşmiş Milletlerin kolları için çalışmayı tercih etmektedirler. Afganistan Sağlık Bakanlığı tüm bu olumsuzluklara

rağmen halkına sağlık hizmeti vermek üzere gayretli çalışmalarını sürdürmektedir. Yine de NGO'lar, halihazırda Afganistan'daki sağlık hizmetlerinin %80'i üretmektedir. Tüm bunlara rağmen Afganistan Sağlık Bakanlığı ile Sivil Toplum Örgütleri arasında çok az iletişim ve koordinasyon mevcuttur.

Ülkede istikrar sağlandıkça daha önce komşu ülkelere sığınmış olan mültecilerin Afganistan'a geri dönüşleri hız kazanmıştır. Örneğin 2002 yılının ilk üç çeyreğinde 3 milyon çocuk okula başlamıştır. Mültecilerin bu hızlı geri dönüşü, gıda güvensizliği ve yetersizliği, şehir ve kırsal kesimde barınma problemleri, sosyal ve ekonomik problemler gibi pek çok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle Birleşmiş Milletler ve ortaklarının doğal afetlerle mücadele, salgınlar ve çocuk felci hastalığı ile mücadele, patlamamış mühimmat arama çalışmaları, hijyen faaliyetleri gibi çalışmaları ivme kazanmıştır (UNAMA, 2002. <http://www.reliefweb.int/> Erişim Tarihi: 1 Aralık 2007).

Afganistan'ın yeniden yapılandırılması konuları içinde inşaat faaliyetleri de önemli bir sorundur. Bir çok iş adamı ve müteahhit Kabil'de inşaat projeleri anlaşmaları yapmaktadırlar. Bir çoğu iş merkezleri ve ofis inşaatı olan bu projeler, Afganlıların şu andaki ihtiyacı değildir. Afganistan'a geri dönen bir çok mülteci akan suyu olmayan, kötü atık alt yapısı ve kıt kaynakları bulunan kırsal alanda yaşamaktadırlar. Ülkeye gelen yabancı paranın harcanmasıyla ilgili bir düzensizlik yaşanmaktadır ve halkın savaş yılları sırasındaki olumsuz yaşam koşulları hala devam etmektedir (Tarzi, 2007. Aktaran: Dye, 2007).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AFGANİSTAN'DA SİVİL HALKI ASKERİ SAĞLIK BİRİMLERİNİ TERCİH ETMEYE YÖNLENDİREN NEDENLERE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Daha önceki bölümlerde sağlık hizmeti ve hasta memnuniyeti konuları açıklanmış, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin sadece tıbbi açıdan tedavi başarısı sağlanması anlamına gelmeyeceği, konunun sosyal boyutunun da önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır.

Tıbbi konulardaki teknolojik üstünlükler ve/veya gelişmişlikler hastaların iyileşme süreçlerinde katkı sağlamaktadır. Ancak hastalık psikolojik bir çöküntüye yol açtığından sürecin sosyal yönü ön plana çıkmaktadır. 1980'lerden itibaren bu boyutla ilgili hasta memnuniyeti konusunun araştırılması çalışmalarda yerini almıştır.

Afganistan'da sivil halkın asker hastanelerini tercih etme nedenlerini araştıran bu araştırma hastaların, asker hastanelerinden, sivil hastanelerden farklı olarak memnuniyet boyutlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Hasta memnuniyet boyutlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu bölümde geri kalmış ve gelişmekte olan bir ülke olan Afganistan'da gerçekleştirilmiş bir araştırma yer almaktadır. Araştırmanın Afganistan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmada Afganistan'ın başkenti Kabil'de kurulmuş olan ve sivil halka da hizmet veren asker hastanelerinden hizmet alan Afgan halkının, bu hastaneleri tercih etme nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli belirleyicilerden ve sağlık hizmetlerinin temel çıktılarından biridir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti; hastaların sağlık hizmetinden aldıkları ya da bekledikleri faydalara, hastalığındaki olumlu gelişmelere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlere uygunluğuna bağlı bir

fonksiyonu olarak karşımıza çıkmakla beraber, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de önemli bir yere sahiptir.

Bu araştırmada, Afganistan örneğinde sivil halkın asker hastaneleri tercih etme nedenleri araştırılırken, sivil halkın yabancı kaynaklı asker hastaneleriyle ilgili memnuniyet düzeyleri ortaya konulacaktır. Araştırma ile Afganistan'da farklı sosyo-kültürel değerlere sahip, birden fazla ülke tarafından işletilen ve sivil halka da hizmet veren asker hastanelerinin daha uyumlu, verimli ve etkili hizmet vermeye yönlendirecek verilere ulaşılabileceği değerlendirilmektedir.

Ayrıca, uygulanan soru formunun ikinci bölümünden elde edilen cevaplar ile ülkenin mevcut sağlık işleyişinin halk tarafından algılanış şeklinin irdelenmesi suretiyle ülke sağlık sisteminin geliştirilmesine faydası olacak veriler elde edilebileceği değerlendirilmektedir.

Afganistan'da sivil halkı, askeri sağlık birimlerini tercih etmeye yönlendiren nedenlere yönelik araştırmanın sonuçlarının asker hastanesi personeli, Afganlı hastalar ve Afganistan yerel sağlık hizmeti planlayıcı ve sunucuları ile paylaşılmasını müteakip özetle aşağıda belirtilen katkıları getirmesi beklenmektedir:

Asker Hastaneleri açısından;

- Asker hastanesi personelinin, sağlık hizmeti verdiği sivil hasta profilini daha iyi tanınması ve iletişimlerini güçlendirmesi,
- Hasta memnuniyetini artırarak asker hastanelerinin olumlu imajını destekleyecek önlemlerin belirlenmesi,
- İyileştirme ve geliştirme ihtiyacı olan alanların tespit edilmesi,
- Özdenetim imkanı,

Afganlı hastalar açısından;

- Yabancı askeri sağlık personeli ile iletişimlerinin gelişmesi,
- Yerel sağlık hizmetlerinden beklentilerinin neler olabileceğine dair bilgi sahibi olmaları,
- Afganlı hastaların farkındalıklarının artması,

Afganistan'ın yerel sağlık hizmeti sunucuları açısından;

- Yerel sağlık hizmeti sunumundaki iyileştirme ve geliştirme ihtiyacı olan alanların tespit edilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için ayrılan bütçenin daha objektif kriterlerle değerlendirilmesi.

3.2. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu tür bir araştırmanın Afganistan'da yabancı kaynaklı asker hastanelerinde ilk kez yapılmış olması, herhangi bir zamana göre gelişim veya değerişim açısından değerlendirme yapılmasını imkansız kılmaktadır. Araştırma sonuçları ancak mevcut durumun analiz edilmesini sağlamaktadır.

Uygulamada kullanılan soru formu, ikinci basamak sağlık hizmeti veren Afganistan'daki yabancı kaynaklı asker hastanelerden faydalanan sivil halka uygulanmıştır. Bu hastalardan, soru formunun ikinci bölümünde daha önce hizmet aldıkları Afganistan'ın yerel sağlık hizmet sunucularını düşünerek aynı soruları yeniden cevaplamaları istenmiştir. Ancak aşağıda daha ayrıntılı açıklanan, iletişim için gerekli olan lisan farklılığı, zaman kısıtlılığı, ulaşım kısıtlılığı gibi nedenlerden dolayı daha önce hizmet aldıkları yerel sağlık sunucusunun birinci basamak mı yoksa ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olduğu ayrımı yapılamamıştır. İleride birinci basamak sağlık hizmet sunucularını birinci basamakla, ikinci basamakları ikinci basamakla karşılaştırma şeklinde daha elektif çalışma yapılabilir.

Afganistan'a ait bir takım özellikler, mevcut durum ve yapısı, çalışmanın uygulama ve akışına sınırlılıklar getirmiştir:

- *Ulaşım:* Afganistan, yüz ölçümü büyük olan ve bu yüz ölçümünün de büyük bir kısmını dağ bloklarının kapladığı bir Asya kıtası ülkesidir. Ülkenin çeşitli yerlerine kurulmuş olan 12 adet yabancı kaynaklı asker hastanesi mevcuttur. Ancak mesafelerin çok uzak, ulaşım şartlarının zor, kısıtlı ve güvenliğin düşük olması sebebiyle araştırmaya yönelik uygulama, sadece ülkenin başkenti olan Kabil şehrinde kurulmuş olan üç adet yabancı kaynaklı asker hastanesinden ikisinde gerçekleştirilebilmiştir.

Türkiye-Afganistan arası mesafe harita üzerinde dört bin kilometrenin üstündedir. Türkiye'den Afganistan'a personel, belli aralıklarla, çeşitli görevler için hem Dış İşleri Bakanlığınca hem Milli Savunma Bakanlığınca hem de Türk Silahlı Kuvvetlerince, tahsis edilen uçaklarla gönderilmektedir. Bu nedenle de doldurulan soru formlarının araştırmacıya ulaşması belli şartlara ve zaman dilimlerine bağımlı kalmıştır.

- *Sosyo-Kültürel Yapı:* Ülkenin sosyo-kültürel değerlerinin farklı ve ağır olması nedeniyle Afganlı hastalar soru formunu cevaplamakta çok tereddüt etmişlerdir. Endişe ve anlamadaki zafiyetler nedeniyle, çalışmaya anlamlı istatistiki veri sağlayabilecek cevaplanmış soru formu sayısına ulaşmak uzun zaman almıştır.

- *Lisan :* En önemli kısıtlılık dil farkıdır. Araştırmanın uygulandığı iki asker hastanesi, farklı dilleri konuşan iki farklı ülkeye ait iken Afgan halkı da Peştunce ve Darice olarak iki farklı dil kullanmaktadır. Araştırmacılar ise farklı dil olarak Türkçeyi kullanmaktadır. Bu sorunu aşabilmek amacıyla deneyimli İngilizce ve/veya Türkçe bilen Afganlı tercümanlar kullanılmıştır. Konuşulan lisanın farklılığının yanı sıra Afganistan'da kullanılan yazı karakter ve yazılış yönü de farklıdır.

- *Teknik İmkanlar:* Ülkedeki imkanların kısıtlı olması nedeniyle Afgan dillerinde soru formu basımı yapılamamıştır. Bu sorunu aşmak içinde soru formu, Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmak suretiyle çoğaltılmıştır. Birkaç tane Darice ve Peştunce çeviri hazırlanmıştır. Türkçe ve İngilizce bilen hastalar soru formunu kendileri cevaplarken, Afgan dillerindeki soru formları tercümanların ellerinde sabit olarak tutulmuş, soru formunu cevaplayan Afganlı hastaya bu tercüme okunmuş ve/veya okutulmuş, her bir hastaya tahsis edilmiş olarak basılmış olan İngilizce veya Türkçe soru formu üzerinde cevapları işaretlenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE TEKNİĞİ

Araştırmaya yazın taraması yapılarak başlanmıştır. Yazın bilgileri ve Afganistan'a yapılan ziyaretten edinilen veriler ışığında araştırmaya yön verilmiştir.

Araştırmanın yöntemi, betimleme (survey) yöntemidir. Betimsel araştırmalarda kullanılan yöntem survey ya da betimleme yöntemi denir.

Betimleme araştırmaları olayların, objelerin, varlıkların, kurumların, grupların ve çeşitli alanların “ne” olduğunu betimlemeye, açıklamaya çalışır. Bu tür incelemeler mevcut durumları, şartları ve özellikleri olduğu gibi ortaya koymaya çalışır. Buna “tarama modeli” de denilmektedir. Verilerin analizi ve açıklanması suretiyle yorumlama, değerlendirme ve yeni durumlara uygulanacak şekilde genellemelere varma gibi işlemlere yer vermektedir. (Yıldırım,2000,56). Genellikle güncel sorunların çözümüne yönelik olup, pratikte yararı gözetilerek yapılan uygulamalı araştırmalardır (Ural ve Kılıç, 2005:18).

Veriler, yazılı soru formu tekniğinden yararlanılarak elde edilmiştir. Soru formu sonuçları sayısallaştırılarak bilgisayar programları aracılığıyla işlenmiş ve değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler, tablo sunumlarıyla incelenmiş, yorumlanmiş ve sonuçlar ortaya konulmuştur.

3.3.1. Verilerin Elde Edilmesi

Veriler, soru formlarının hastalara yüz yüze uygulanması yöntemiyle toplanmıştır. Soru formu, 207 kişiye uygulanabilmiştir. Uygulanmış olan bu 207 soru formunun 9 adeti eksik doldurulmuş olmalarından dolayı çalışmaya dahil edilmemiştir. 198 adet soru formundan elde edilen verilerin istatistiki analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

Uygulanmış olan 207 soru formundan birinde, birinci bölümünün eksik doldurulduğu tespit edildiğinden değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Hastalardan 8'i, 32 numaralı soru olan ‘Daha önce yaşadığınız yerde sağlık hizmeti veren herhangi bir birimden (hastane, sağlık ocağı, v.s.) sağlık bakım hizmeti aldınız mı?’ sorusuna ‘Hayır’ yanıtı vererek ikinci bölümü cevaplandırmamıştır. Çalışmada, sivil hastaların asker hastanelerini tercih etme nedenlerini ortaya çıkarabilmek için sivil ve asker hastanelerle ilgili memnuniyet boyutlarının karşılaştırılmasından faydalanılması planlandığından, ikinci bölümü cevaplamayan bu sekiz hastanın soru formları da çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3.2. Soru Formunun Özellikleri

Veri toplamakta kullanılan soru formunun tipi son derece önemlidir. Soru formunun tüketicinin görüşünü saptırmaması gerekir. MOS (Medical Outcome Study)'da hastanın medikal bakım konusundaki memnuniyeti her altı ayda bir ve özellikli hekim ziyaretlerini takiben ölçülmesi önerilmektedir. Periyodik ve rastlantısal muayeneye yönelik memnuniyeti değerlendirmek için farklı soru formları kullanılmaktadır. Günümüzde kullanılan soru formları üçüncü jenerasyon hasta memnuniyet soru formlarıdır (Patient Satisfaction Questionnaire III, PSQ-III). Araştırmanın uygulama kısmında veri toplama aracı olarak PSQ-III-Kısa Formun kullanılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Uygulanacak soru formunun araştırılmasında; yazın taraması sonucu elde edilen dokümanlardan, Sağlık Bakanlığının uyguladığı soru formlarından, Urla Devlet Hastanesinde uygulanan Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları kapsamında uygulanmış bir 'Hasta Memnuniyetini Ölçme Anketi'nden, bir yabancı kaynaklı organizasyon olan 'Bureau of Primary Health Care'e ait hasta memnuniyetini araştırma çalışmalarına ait yayınlardan, internet araştırmaları ile de YÖK Dokümantasyon Merkezi erişim sayfasından konuyla ilgili tezlerden faydalanılmıştır. Bu çalışma neticesinde, NCHSR (National Center for Health Services Research: Ulusal Sağlık Hizmetleri Araştırma Merkezi) için Ware, Synder ve Wright (1976: 288-329) tarafından geliştirilmiş olan PSQ-III-Short Form (Patient Satisfaction Questionnaire III – Short Form: Hasta Memnuniyeti Soru Formu-III – Kısa Formu)'un kullanılmasına karar verilmiştir. Bu soru formu 18 sorudan oluşmaktadır. Yukarıda sözü geçen farklı soru formları ile 18 soruluk bu formun karşılaştırılması neticesinde tespit edilen farklı 5 soru, Afganistan sağlık hizmetlerini konu alan bu çalışma için araştırılmaya değer bulunduğu için kullanılan soru formuna dahil edilmiştir. Soru formunda mevcut 18 sorunun sonuna ilave edilen bu 5 soru ayrıca değerlendirilmiştir.

PSQ, Ware, Synder ve Wright tarafından NCHSR için yaklaşık 30 yıl kadar önce geliştirilmiştir (Ware, vd.,1976). NCHSR projesi 1972 ve 1976 yılları arasında Güney İllinois Üniversitesi Tıp Okulunda hazırlanmıştır. Amacı, genel popülasyon çalışmalarında uygulanabilir ve planlamada teorik ve pratik önemi olan kabul

edilebilir değerler elde edilmesi için kısa, tek, uygulanabilir memnuniyet anketi geliştirmektedir.

1976 yılında 80 soru olarak hazırlanan PSQ-I, 1983 yılında 68 soruluk PSQ-II anketi halinde düzenlenmiştir. PSQ-II'nin 68 sorusundan 55'i doktorlar ve tıbbi bakım servislerinden olan memnuniyeti belirlemede kullanılmıştır. Konu kapsamına şunlar dahil edilmiştir: Muayeneye giriş, acil bakım, servisin uygunluğu, doktora ulaşılabilirlik, hastaneye ulaşılabilirlik, bakım ücreti, bakımın devamlılığı, açıklama, bakım kalitesi, doktorların kaliteleri, yeterlilikleri, imkanları, davranışları, kişilerarası tavır, hoşnutluk gibi.

Ware ve çalışma arkadaşları ile Davies ve çalışma arkadaşlarının özetlediği gibi PSQ ölçümlerinin geçerliliği geçtiğimiz 30 yıl boyunca çeşitli çalışmaların sonuçlarıyla desteklenmiştir. PSQ'nun geçerliliği yayımlanmış yeterli skalalarla ve hasta memnuniyeti konseptleri hakkındaki teorilerle sistematik olarak incelenmiştir. PSQ madde ve skalaları için faktör analizi ve ayrı uygulanabilirlik çalışmaları, skalaların, sağlık hizmetleri için farklı bir boyut getirdiğini ortaya koymuştur.

PSQ-II'nin modifikasyonları ile PSQ-III oluşturulmuştur. Bu modifiye PSQ-III, MOS için kullanılmadan önce birçok pilot çalışmada test edilmiştir. İlk olarak; finansal düzenlemelerden ayrı olarak tıbbi bakım hazırlıklarıyla ilgili madde içeriği geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmış, daha sonra sağlık bakımı finansal durumunu değerlendirmek için daha açık maddeler geliştirilmiştir. İkinci olarak; verilen öneme göre genel memnuniyet skalasının doğruluğunu ve hipotezin hassasiyetini artırmak için maddeler eklenmiştir. Üçüncü olarak; hasta ve doktor arasındaki ilişkinin uygunluğunu değerlendirmek için maddeler eklenmiştir. Diğer maddeler kişiler arası ve teknik durumu ölçen skalanın uygulanabilirliğini geliştirmek için eklenmiş veya değiştirilmiştir. Dördüncü olarak; fiyat-içerik baskılarından etkilenen kaynaklardan temel alan maddeler geliştirilmiş veya eklenmiştir. Son olarak da; bakım devamlılığıyla memnuniyeti değerlendiren skalalar gözden geçirilmemiştir.

PSQ-I ve PSQ-II'de olduğu gibi PSQ-III maddeleri de memnuniyetin belirlenmesi amacıyla yapılandırılmıştır. Her madde 5 cevap kategorisi ile birlikte dir: Kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum.

Cevap formatı, NCHSR araştırma projesi sırasında çeşitli metodolojik çalışmalarda test edilmiştir. Önermelerin sağına işaretlenmemiş cevaplar yerleştirilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: PSQ-III Soru ve Cevap Örnek Formu

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Doktorlar beni son derece samimi ve kibar bir şekilde tedavi ettiler.	1	2	3	4	5

Her uygulamada soru formunu cevaplayan kişilere soru formunun doldurulmasıyla ilgili açıklayıcı bilgi verilmiştir. Şöyle ki: 'Lütfen her bir önermeyi cevaplarken aldığınız tıbbi bakımı aklınızda bulundurunuz. Aldığınız tıbbi bakım hakkındaki iyi ve/veya kötü duygularınızla ilgileniyoruz. Aşağıdaki durumların her birine ne kadar kuvvetli katılıyor veya katılmıyorsunuz?'. Cevaplayandan daha sonra görüşüne en yakın yanıtı işaretlemesi istenmiştir.

PSQ-III'te 51 önerme mevcuttur. Daha sonra bu soru formunun uzun olması nedeniyle 18 soruluk PSQ-III- Kısa Form geliştirilmiş ve PSQ-18 ismi verilmiştir.

Temel MOS veri analizleri PSQ-18'in güvenilirliğini ortaya koymuştur. MOS temel örneğinde 0.77-0.89 arasında değişen güvenilirlik sonucuna ulaşılmıştır.

Bu 18 önermeye ait puanlamalar, her biri bir modülde yer alacak şekilde Tablo 3'te görülen 7 alt gruba dağılım göstermiştir.

Tablo 3: PSQ-18'in 7 Alt Gruba Soru Dağılımları

BOYUT	SORULAR
Genel Memnuniyet	3, 17
Teknik Kalite	2, 4, 6, 14
Kişilerarası İlişkiler	10, 11
İletişim	1, 13
Finansal Yön	5, 7
Doktorla Geçirilen Zaman	12, 15
Erişilebilirlik ve Uygunluk	8, 9, 16, 18

Kaynak: Marshall ve Hays, 1994: 25

(<http://www.rand.org/pubs/papers/2006/P7865.pdf> Erişim Tarihi: 05.12.2007)

Önermelerin puanlanmasına yönelik kural, her bir maddenin olumlu veya olumsuz bir görüş beyan etmiş olmasıdır. Her bir önerme benzer şekilde olumludan olumsuzla doğru 1-5 arasında puanlandığında önermelerin aynı şekilde cevaplanması en yüksek puana ulaşılmasına yol açar. Güvenilirliği ve homojeniteyi sağlamak amacıyla önermeler yeniden kodlanmış, böylece olumlu ve olumsuz görüşe yönelik cevap değerlendirmesi bazı önermeler için tersine çevrilmiştir (Tablo 4). Her bir önermenin belirlenmiş 7 alt gruptan birine yerleşmesine dikkat edilmiştir. Bu alt gruplara ait sorular ardışık olarak sıralanmayarak soru formunun içine karışık olarak dağıtılmıştır.

Tablo 4: Önermelere Cevapların Puanlanması

Önermelerin Numarası	Orijinal Cevabın Değeri	Puanlama Değeri
1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5

Kaynak: Marshall ve Hays, 1994: 24

(<http://www.rand.org/pubs/papers/2006/P7865.pdf> Erişim Tarihi: 05.12.2007)

Çalışmada kullanılan soru formu, demografik bilgilere yönelik bölüm dahil 55 soru içeren üç bölümden oluşmaktadır:

Araştırmada kullanılan soru formunun ilk 18 sorusu PSQ-18 formu olup çeşitli hasta memnuniyetine yönelik çalışmalarda defalarca kullanılmış ve güvenilirliği tespit edilmiş olmasından dolayı orijinal olarak kullanılmıştır. 19-23ncü sorular ise araştırmaya yönelik yazın taramalarından elde edilen hasta memnuniyetine yönelik farklı soru formlarının değerlendirilmesi neticesinde, PSQ-18'in içeriğinden farklı olup araştırmaya değer bulunan sorulardır.

Demografik bilgiler (EK Form 1) cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, ortalama gelir düzeyi ve sosyal güvence varlığını sorgulayan 7 soru ile değerlendirilmiştir.

Soru formunun doldurulduğu tarih, soru grubuna dahil edilerek 24'ncü soru sırasıyla demografik bilgilerin sorulduğu bölümün başına yerleştirilmiştir.

Soru formunun birinci bölümü (EK Form 2) 23 soru ve ikinci bölümü (EK Form 3) 24 sorudan oluşmaktadır. İlk 23 soru ile son 23 soru birbirinin aynıdır. Son 23 sorunun başına eklenen 32 sıra numaralı soru ile hastalara bir açıklama cümlesi verilmiştir. 32nci soruda, hastalara Afganistan'ın yerel sağlık hizmetinden daha önce faydalanıp faydalanmadıkları sorulmaktadır. "EVET" ve "HAYIR" olarak iki cevap seçeneği sunulmuştur. "EVET" olarak işaretleyenlerin soru formunun ikinci bölümüne devam etmelerini talep eden açıklamada sorunun altına eklenmiştir. Bu bölümle de hastaların Afganistan'ın yerel sağlık işleyişiyle ilgili memnuniyet alanlarının ortaya konulması hedeflenmiştir.

33-50. sorular yine PSQ-18'in orijinal olarak kullanılmasıyla oluşturulmuştur. 51-55. sorular, araştırmaya yönelik yazın taramalarından elde edilen hasta memnuniyetine yönelik farklı soru formlarının değerlendirilmesi neticesinde, PSQ-18'in içeriğinden farklı olup araştırmaya değer bulunan ve birinci bölümde de 19-23. sıralarda yer alan sorulardır.

Soru formunun ikinci bölümüne devam edilmesinin, 32'nci sorunun olumlu cevaplanmasına bağımlı olması nedeniyle demografik bilgilere yönelik soruları içeren bölüm, birinci ve ikinci bölümün arasına yerleştirilmiştir. Bu şekilde 32nci soruya "HAYIR" cevabı veren hastaların son kısma bakmayarak demografik verilere yönelik soruları atlama ihtimallerinin engellenmesi hedeflenmiştir. Demografik bilgilere yönelik soruların baş tarafa yerleştirilmeme sebebi de, Afgan hastaların başta çekince duymayarak soru formuna ılımlı yaklaşımları hedeflenmiştir.

Önergeler beşli Likert Ölçeği ile ölçeklendirilmiştir. Bu ölçekte "1: Kesinlikle Katılıyorum", "2: Katılıyorum", "3: Kararsızım", "4: Katılmıyorum", "5: Kesinlikle Katılmıyorum" olarak ifade edilmiştir.

Araştırmanın istatistiki değerlendirmesi için her iki bölümü de cevaplanmış olan soru formları kullanılmıştır.

3.3.3. Soru Formunun Uygulanma Şekli

İngilizce veya Türkçe bilen hastalar ile Afganlı olup kendi dillerinden farklı dil bilmeyen ve/veya okuma-yazma problemi olan hastalara uygulamada soru

formlarını okuyacak olan tercümanlar için soru formları, Türkçe ve İngilizce olarak çoğaltılmıştır.

Hastalara, soru formları muayenelerinin bitiminde yüz yüze soru formu uygulama tekniği ile uygulanmıştır. Hastalara önce çalışma ve uygulama hakkında açıklama yapılmıştır. Uygulamaya katılımda gönüllülük esası dikkate alınmıştır. Türkçe veya İngilizce bilip kendileri okuyarak soru formunu cevaplamak isteyenlere, soru formları kendilerine verilmek suretiyle cevaplamaları sağlanmıştır. Türkçe veya İngilizce bilmeyenler ile okuma yazma bilmeyenlere sorular, Afgan dilleri olan Peştunca ve Darice dillerinde birer kopya olarak hazırlanmış soru formlarından tercümanlar tarafından okunmak suretiyle uygulanmış, cevaplar yine tercümanlar tarafından, hastaya tahsis edilmiş olan soru formu üzerine işaretlenmiştir.

3.3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Yöntemi

Araştırmanın soru formu yoluyla veri toplama aşaması Mart 2009 – Temmuz 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Güvenlik ve ulaşım sorunları nedeniyle evren, Kabil'deki iki adet yabancı menşeli seyyar cerrahi asker hastanesi ile sınırlı tutulmuştur. Evreni, yakınması olan ve muayene olmak için Kabil'deki, bu belirlenmiş iki adet yabancı menşeli seyyar cerrahi asker hastanelerine başvuran kişiler oluşturmuştur.

Örneklem, basit rastlantısal olarak seçilmiş, rasgele örneklem sonucu seçilen kişilere soru formu uygulanmıştır.

Soru formuna cevap verebilecek durumdaki tüm başvuranlar çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Cevap veremeyecek kadar rahatsız olanlar, çeşitli nedenlerle iletişim kurulamayanlar ve 18 yaşından küçük olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3.5. Araştırmanın Yapıldığı Bölge ve Kurumların Tanıtılması

Kabil, Afganistan'ın başkenti olup ülkenin orta hattında, doğu sınırına daha yakın olarak yerleşimlidir. Şehir, ortası düz, etrafı dağlarla çevrili bir arazide kuruludur. Şehrin orta-batısına yerleşik 2 adet yüksek tepe mevcuttur. Şehrin

nüfusu, savaş sonrası geri dönüşler ve göçler sebebiyle tam bilinmemekle birlikte 3 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Söz konusu dağların yamaçlarında da yerleşim mevcuttur. Arazi son derece çoraktır.

Halkın geneli orta ve alt gelir düzeyine sahiptir. Çoğu küçük ticaret işletmeleriyle geçimini sağlamaktadır.

Şehrin ortalama onda biri alana yabancı askerlere ait birlikler yerleşmiş olup, şehrin içinde ve çevresinde asayiş ve güvenliği sağlamakla sorumludurlar. Bu görevlerinin yanı sıra hükümetin ilgili birimleriyle ülkenin eğitim, sağlık, güvenlik, alt yapı gibi temel konularda gelişimine katkı sağlayacak ortak faaliyetler yürütmektedirler.

Ülkede ve başkent olmasına rağmen Kabil şehrinde güvenlik problemi halen devam ettiğinden, harp cerrahisi olarak adlandırılan, özellikle ateşli silah yaralanmalarına bakan tıp dalı önem arz etmektedir. Bu maksatla NATO ülkeleri askeri birimleri, yapılmış olan planlama ve anlaşmalar kapsamında Kabil'e üç adet ikinci basamak seyyar cerrahi asker hastanesi kurmuştur. Bu hastaneler uygun yer, güvenlik ve ihtiyaç durumlarının değerlendirilmesi neticesinde şehrin doğusuna kurulmuştur.

Kabil'deki ikinci basamak seyyar cerrahi asker hastanelerinde dahiliye, göz, ortopedi, genel cerrahi ve anestezi bölümleri faaliyet göstermektedir. Üç hastanede de laboratuvar ve röntgen imkanı mevcut iken bir hastanede ek olarak tomografi imkanı da mevcuttur. Üç hastanede de çeşitli ameliyatlara yapılabilmektedir.

Söz konusu dallarda birer doktor çalışırken bunlara yardımcı sağlık personelleri (hemşire, teknisyen, hizmetli, v.b.) yeteri sayıda mevcuttur. Tüm çalışanlar 2 ile 6 ay arasında değişen sürelerde rotasyonla çalışmaktadırlar. Yani söz konusu sürelerde bu seyyar cerrahi asker hastanelerinde çalışan personel ülkelerine geri dönmekte, yerlerine yeni personel gönderilmektedir.

3.3.6. Veri Analiz Yöntemi

Araştırmada yapılan bilgi analizleri SPSS (Special Programme For Social Studies) 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bu program örnekleme ait verilerin aşağıda sıralanmış olan analizlerinin yapılmasında kullanılmıştır.

- *Cronbach Alpha Katsayısı*: Bu araştırma kapsamında ölçek boyutlarının güvenilirliklerini test etmek amacı ile Alfa katsayısı formülünden yararlanılmıştır. Cronbach Alpha değeri 0.70'in üzerinde olan ölçeklerin içsel tutarlılığa sahip olduğu, yani kullanılan ölçeğin güvenilir olduğu söylenmektedir (Bayram, 2004; 128 içinde Carter, 1997).

- *Tanımlayıcı İstatistikler*: Çalışmada betimleyici istatistiklerden merkezi eğilim ölçüsü olarak aritmetik ortalama, yayılım ölçüsü olarak da standart sapma ve kişi sayıları kullanılmıştır.

- *Eşleştirilmiş İki Grup Arası t-Testi (Paired Samples t-Test)*: Kontrollü ve deneysel çalışmalarda aynı deneklerin farklı durumlar altında sergiledikleri davranışlar ve algılarının incelenmesi arzu edildiğinde kullanılır (Altunışık, vd., 2005:179). Diğer bir deyişle, paired samples t testi, bağımlı örneklem ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanılır.

3.4. ELDE EDİLEN BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelenecek ve tartışılacaktır.

- Güvenilirliğin değerlendirilmesi,
- Demografik özellikler,
- Hastaların asker ve yerel hastanelerden memnuniyetlerinin puan dağılımlarının tanımlayıcı istatistiki değerlendirmesi,
- Hastaların asker ve yerel hastanelerden memnuniyetlerine ilişkin puan dağılımlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi.

3.4.1. Araştırmada Kullanılan Soru Formunun Güvenilirliği

Soru formunun geçerliğini belirlemek amacıyla 'içerik geçerliği' yöntemi kullanılmıştır. Soru formu İngilizceden Türkçeye ve tekrar Türkçeden İngilizceye araştırmacı tarafından çevrilmiş ve en iyi ifade şekilleri soru formunun Türkçe sürümüne konulmuştur. Hazırlanan soru formuna yerleştirilen sorularla ilgili çalışma yapılmış öğretim elemanından uzman görüşü alınmış ve öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra soru formu Kabil'deki bir yabancı kaynaklı seyyar cerrahi asker hastanesinde rastgele seçilmiş 30 kişilik hasta grubuna uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiş, anlaşılmadığı belirlenen maddeler için gerekli tercüme düzeltmeleri yapılmıştır. Elde edilen Türkçeye uyarlanmış ve uzman görüşü alınmış soru formu ile orijinal İngilizce soru formu hastalara uygulanarak güvenilirliğine bakılmıştır.

Güvenilirliği ve homojeniteyi sağlamak amacıyla önermeler yeniden kodlanmış, böylece olumlu ve olumsuz görüşe yönelik cevap değerlendirmesi bazı önermeler için tersine çevrilmiştir (1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18, 20. sorular).

Soru formu için kullanılan ölçeklerin güvenilirliği 'Cronbach Alpha' değerlerine bakılarak analiz edilmiştir. Soru formunun genel güvenilirlik düzeyi $\text{Alpha} = 0.728$ bulunmuştur. Alpha değeri soru formunun kullanılabilmesi için yeterli görüldüğünden (Bayram 2004; 128 içinde Carter 1997; Nunnally, 1978: 46, Aktaran: Kantarcı, 2005: 107), soru formunun kullanılmasına karar verilmiştir.

Soru formunun güvenilirliği soru bazında değerlendirildiğinde (Tablo 5) genel olarak güvenilirliğin iyi düzeyde olduğu değerlendirilmiştir.

PSQ-18'in içeriği olan 18 sorunun dağılım gösterdiği 7 boyuta yönelik ayrı ayrı güvenilirlik değerlendirmesi, boyutların çoğunun ikişer madde içermesi nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 5: PSQ-18'in Soru Bazında Güvenilirliği

Soru	Cronbach Alpha Değeri
PSQ-18 Soru 1	,719
PSQ-18 Soru 2	,720
PSQ-18 Soru 3	,721
PSQ-18 Soru 4	,742
PSQ-18 Soru 5	,717
PSQ-18 Soru 6	,714
PSQ-18 Soru 7	,734
PSQ-18 Soru 8	,721
PSQ-18 Soru 9	,715
PSQ-18 Soru 10	,698
PSQ-18 Soru 11	,715
PSQ-18 Soru 12	,692
PSQ-18 Soru 13	,690
PSQ-18 Soru 14	,699
PSQ-18 Soru 15	,735
PSQ-18 Soru 16	,713
PSQ-18 Soru 17	,700
PSQ-18 Soru 18	,731

3.4.2. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmada kullanılan demografik veriler, cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, ortalama gelir düzeyi ve sosyal güvence varlığı sorularak elde edilmiştir (EK Form 1).

Soru formunu cevaplayanların demografik verileri frekans dağılımlarıyla ortaya konulmuştur.

Araştırmaya katılan 198 hastanın cinsiyetlerine göre dağılımları incelenmiş (Tablo 6) ve yarısından çoğunun (%53) kadınlar olduğu görülmüştür. Buna göre erkek katılımcılar %47 oranındadır.

Tablo 6: Cinsiyetlerine Göre Katılımcıların Dağılımı

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
Kadın	105	53,0
Erkek	93	47,0
Toplam	198	100,0

Taliban döneminde, Afganlı kadınların, dışarıdan içerisinin görünmesini engellemek amacıyla dizayn edilmiş kafes şeklinde çerçevelerle örtülü pencereleri olan evlerinden dışarıya çıkışları, sınırlı ve kurallara bağlıydı (www.senliscouncil.net, Erişim Tarihi: 22.08.2010). Son derece sağlıksız şartlar altında yaşayan Afganlı kadınlara ait sağlık verileri hakkında bilgi ikinci bölümde verilmiştir (Bkz. Kısım: 2.1.4, 2.2.2.). Afganistan'ın yeni yönetim biçiminde kadınlara birtakım hakları geri verilmiştir. Hastanelerde kadın hastaların daha fazla bulunuşunun nedeninin, hem sağlık sorunlarının fazlalığı, hem de daha özgür bir ortamda kendilerini daha fazla ifade edebilmelerinin olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşı açık uçlu soru şeklinde sorulmuştur. Soru formunu cevaplayan hastaların yaş aralıklarına göre dağılımlarının incelenebilmesi için, verilen cevaplardan en küçük ve en büyük değer tespit edilmiştir. En genç katılımcının yaşı 18, en yaşlı katılımcının yaşı 78'dir. Buna göre yaşa ait veriler, Tablo 7'da görüldüğü biçimde onarlı yaş aralıkları halinde 6 grupta toplanmıştır. 18 yaş altındakilerin uygulamaya dahil edilmemesi, ancak 20 yaş altında bir katılımcı hastanın bulunması nedeniyle 11-20 aralıklı yaş grubu oluşturulmamış, 1. grup, 18-30 yaş aralığı şeklinde planlanmıştır.

Soru formu uygulamasına katılanların 47'si (%23,7) '18-30' yaş; 54'ü (%27,3) '31-40' yaş; 51'i (%25,8) '41-50' yaş; 35'i (%17,7) '51-60' yaş; 10'u (%5,1) '61-70' yaş; 1'i (%0,5) ise '71-80' yaş grubundadır. Bu sonuçlardan soru formu uygulamasına katılanların çoğunluğunu orta yaşlıların (31-50 yaş) oluşturduğu söylenebilir.

Tablo 7: Yaş Aralıklarına Göre Katılımcıların Dağılımı

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
18-30 yaş	47	23,7
31-40 yaş	54	27,3
41-50 yaş	51	25,8
51-60 yaş	35	17,7
61-70 yaş	10	5,1
71-80 yaş	1	,5
Total	198	100,0

Araştırmaya katılan 198 katılımcının 168'i (%84,8) evli; 30'u (%15,2) bekindir (Tablo 8).

Tablo 8: Medeni Hal Gruplarına Göre Dağılım

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
Evli	168	84,8
Bekar	30	15,2
Total	198	100,0

Araştırmaya katılan 198 hastanın eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 9); 32'si (%16,2) okuryazar değil; 50'si (%25,3) okuryazar; 29'u (%14,6) ilkokul; 37'si (%18,7) ortaokul; 28'i (14,1) lise; 8'i (%4) yüksekokul; 14'ü (%7,1) üniversite düzeyinde eğitime sahip oldukları görülmüştür.

Taliban döneminde sağlık, eğitim, adalet gibi önemli sistemlerin alt yapıları tamamen yok olmuştur. Kız çocuklarının eğitim almaları engellenmiş, erkek çocuklar da savaşıma teşvik edilmişlerdir. Öğrencilerin bir çoğu ilköğretim seviyesinden sonra öğretim hayatına devam etmiyordu. (<http://www.who.int/disasters/repo/7605.pdf> Erişim Tarihi: 07.01.2008,

www.senliscouncil.net Erişim Tarihi: 09.05.2008, 22.08.2010). Afganistan'a 2002'de yapılan müdahaleden sonra Birleşmiş Milletler ve İnsani Yardım Kuruluşları ülkenin kalkındırılması için hızla girişimde bulunmuşlardır. Sağlık hizmetleri ve eğitim eşdeğer önemde, planlarda öncelikli sıralara yerleştirilmiştir. Bir çok okuma yazma öğreten kurslar açılmıştır (Afganistan USAİD data, 2002: 7-8). Okuryazar olmayanların oranının çok yüksek olmaması, bu kursların sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 9: Eğitim Durumlarına Göre Dağılım

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
Okuryazar Değil	32	16,2
Okur-yazar	50	25,3
İlkokul	29	14,6
Ortaokul	37	18,7
Lise	28	14,1
Yüksekokul	8	4,0
Üniversite	14	7,1
Total	198	100,0

Araştırma kapsamındaki hastaların meslekleri açık uçlu soru şeklinde sorulmuştur. İstatistiki veri elde edebilmek amacıyla hastalarca belirtilen meslekler, 7 meslek ve/veya meslek grubu altında toplanmıştır (Tablo 10). Asker, polis, öğretmen, bakanlık, gibi resmi kurum çalışanları, v.b., memuriyet grubu içine dahil edilmiştir. Bakkal, manav, taksici, eczane çalışanı, çiftçi, lokantacı, v.b., serbest meslek grubuna dahil edilmiştir. Ev hanımı, öğrenci, işçi ve işsizler ise ayrı gruplar olarak temsil edilmiştir.

Tablo 10'da görüldüğü gibi hastaları %15,2'si memuriyet sahibi, %16,2'si serbest meslek sahibi, %2'si yönetici, %43,9'u ev hanımı, %11,6'sı işçi, %7,6'sı işsiz, % 3,5'i öğrencidir.

Tablo 10: Meslek Gruplarına Göre Dağılım

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
Memuriyet	30	15,2
Serbest Meslek	32	16,2
Yönetici	4	2,0
Ev hanımı	87	43,9
İşçi	23	11,6
İşsiz	15	7,6
Öğrenci	7	3,5
Total	198	100,0

Katılımcıların gelir düzeylerini sorgulayan açık uçlu sorunun cevaplarının istatistiki analizinin yapılabilmesi için Afgan halkının aylık gelirleri, Amerikan doları olarak hesaplanmıştır. 1 US\$, 43 Afganidir. Ekonomik koşulları son derece kötü olan Afganistan'da (Bkz. Kısım: 2.1.2.) halkın ortalama aylık gelir düzeyi düşüktür. Aylık gelirlerin analizi için veriler; 50 US\$'ı ve altı, 51-300 US\$'ı ile 301 US\$'ı ve üstü olarak üç grupta toplanmıştır.

Tablo 11: Gelir Gruplarına Göre Dağılım

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
50 US\$ ve altı	152	76,8
51-300 US\$	42	21,2
301 US\$ ve üstü	4	2,0
Total	198	100,0

Araştırmaya katılan hastaların %76,8'inin 50 US\$'ı ve altında aylık gelir düzeyine sahip olduğu Tablo 11 görülmektedir ve yazın bilgileriyle uyumlu olduğu değerlendirilmektedir. Katılımcı hastaların %21,2'si 51-300 US\$; %2'si 301 US\$ ve üstünde gelir düzeyine sahiptir.

Katılımcı 198 hastanın çoğunluğunun (%76,3) sosyal güvencesi yoktur (Tablo 12). Hastaların %23,7'sinin sosyal güvencesi vardır. Taliban döneminde pek çok sistemlerin alt yapısı gibi, sosyal güvenlik sisteminin de alt yapısı yok olmuştur.

Tablo 12: Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılım

DEĞİŞKENLER	SIKLIK	YÜZDE
Sosyal güvencesi var	47	23,7
Sosyal güvencesi yok	151	76,3
Total	198	100,0

3.4.3. Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Dağılımlarının Tanımlayıcı İstatistik Değerlendirmesi

Araştırma kapsamındaki hastaların, asker ve yerel hastanelerden memnuniyetlerinin puan dağılımlarının tanımlayıcı istatistiki açıdan minimum, maksimum ve ortalama değerleri Tablo 13-14'de değerlendirilmiştir. Tablo 13'de 1-18. ve 33-50. soruları kapsayan PSQ-18'in boyutlara göre değerlendirilmesi görülmektedir. Tablo 14'te ise soru formuna eklenen 19-23. ve 51-55. bağımsız soruların değerlendirilmesi görülmektedir. Ortalamalar arasında anlamlı fark olup olmadığı daha sonra 'eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi' ile değerlendirilecektir.

Hastaların memnuniyetlerinin boyutlara göre puanlarının ortalamaları karşılaştırıldığında şu veriler elde edilmiştir:

- Hastaların genel memnuniyet, teknik kalite, kişilerarası ilişki, finansal yön ve uygunluk boyutlarına ait puan ortalamaları, yerel hastanelere göre asker hastanelerinde daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların, iletişim boyutuna ait puan ortalaması, asker hastanelere göre yerel hastanelerde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 13: Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Boyutlara Göre Puan Dağılımlarının PSQ-18 İçin Değerlendirilmesi

BOYUT	ASKER HASTANESİ			YEREL HASTANE		
	Ort.± s	Min.	Max.	Ort.± s	Min.	Max.
Genel memnuniyet	4,0076± 0,84	1,00	5,00	3,0330± 0,79	1,50	5,00
Teknik Kalite	3,2361± 0,55	2,00	5,00	3,1206± 0,52	2,00	5,00
İlişki	3,2247± 0,89	1,00	5,00	3,0787± 0,86	1,00	5,00
İletişim	3,4394± 0,75	1,00	5,00	3,5253± 0,94	1,00	5,00
Finans	3,2020± 0,86	1,00	5,00	2,9975± 0,75	1,00	5,00
Zaman	2,9823± 0,81	1,00	5,00	2,9464± 0,93	1,00	5,00
Uygunluk	3,2273± 0,59	1,50	5,00	3,0863± 0,61	1,00	5,00

Tablo 14'te, araştırma kapsamındaki hastaların bağımsız sorulara verdikleri yanıtların puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistik değerlerinin değerlendirilmesi görülmektedir. Buna göre;

- Hastaların, hastanenin çalışma saatlerinin uygunluğu, hastaneye ulaşım için geçirilen süre, diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapıyor olmaları, mahremiyet ve sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı, çevrelerinde tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkalarına önerme konularında yanıtlarının puan ortalamaları, asker hastanelerine göre yerel hastanelerde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14: Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Dağılımlarının Bağımsız Sorular İçin Değerlendirilmesi

SORU	ASKER HASTANESİ			YEREL HASTANE		
	Ort.± s	Min.	Max.	Ort.± s	Min.	Max.
Çalışma saatleri pek çok kimse için uygundur.	2,3333± 1,20	1,00	5,00	2,5787± 1,11	1,00	5,00
Tıbbi bakım aldığım yere ulaşmak çok zaman alıyor.	3,1263± 1,27	1,00	5,00	3,3249± 1,19	1,00	5,00
Hizmet veren diğer sağlık personeli işlerini iyi yapıyorlar.	2,3283± 1,20	1,00	5,00	2,6751± 1,13	1,00	5,00
Mahremiyetimize, sağlık bilgi gizliliğimize son derece saygı gösteriyorlar.	2,2980± 1,22	1,00	5,00	2,4975± 1,20	1,00	5,00
Tıbbi bakıma ihtiyacı olan çevremdeki başkalarına kesinlikle öneririm	2,2121± 1,18	1,00	5,00	2,4416± 1,16	1,00	5,00

3.4.4. Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerine İlişkin Puan Dağılımlarının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamındaki hastalar, soru formu yoluyla hem asker hastanesinden hem de daha önce bir yerel hastaneden aldıkları sağlık hizmetini değerlendirmişlerdir. Hastaların aldıkları sağlık hizmetlerini değerlendirmek üzere verdiklerin puanların ortalamaları 'eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi' ile karşılaştırılmış ve bulgular Tablo 15-16'te gösterilmiştir. Tablo 15'de PSQ-18'in değerlendirmesi görülürken, Tablo 16'te soru formuna eklenen bağımsız 5 sorunun değerlendirmesi görülmektedir.

Tablo 15'e göre genel memnuniyetle ilgili ortalamaların farkı, asker hastanesi lehine en yüksek değere sahiptir. Eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi ile $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yapılan karşılaştırmada hastaların; genel memnuniyetle ilgili

puan ortalamalarının farkı, asker hastanesi lehine anlamlı bulunmuştur (p=0.00). Hastaların, genel olarak asker hastanesinden memnun oldukları için bu hastaneleri tercih ettikleri söylenebilir. Ayrıca hastaların asker hastanelerinden teknik kalite (p=0.01), finansman (p=0.00) ve uygunluk (p=0.00) boyutları yönüyle de memnuniyetleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 15: Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Boyutlara Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

BOYUTLAR	* ORT. FARKI \pm s	t	Sig. (2-tailed)
As. Hst. Genel mem. – Yerel Hst. Genel mem.	,97970 \pm 1,20	11,455	,000
As. Hst. Teknik kalite – Yerel Hst. Teknik kalite	,10914 \pm 0,64	2,386	,018
As. Hst. İlişki – Yerel Hst. İlişki	,14467 \pm 1,24	1,637	,103
As. Hst. İletişim – Yerel Hst. İletişim	-,08586 \pm 1,22	-,986	,326
As. Hst. Finans – Yerel Hst. Finans	,20558 \pm 1,09	2,638	,009
As. Hst. Zaman – Yerel Hst. Zaman	,04337 \pm 1,09	,553	,581
As. Hst. Uygunluk – Yerel Hst. Uygunluk	,14340 \pm 0,74	2,703	,007

* Pozitif puanlar asker hastanesinden memnuniyet yönünde, negatif puanlar sivil hastaneden memnuniyet yönündedir.

Finansman boyutuyla ilgili memnuniyetin asker hastaneler lehine anlamlı olmasında, Afganistan sağlık hizmetleri sunumundaki farklı uygulamaların etken olduğu değerlendirilmektedir. Kısım 2.1.'de de belirtildiği gibi Afganistan'da devlet tarafından verilen sağlık hizmetleri ücretsiz iken özel sağlık hizmetleri ile NGO'lar tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bir kısmı ücretlidir. Buna karşın Afganistan'daki sağlık kurumlarının, yatak sayısının ve kalifiye personel oranının kısıtlı olması nedeniyle, her bir Afganlı eşit sağlık hakkına sahip olamamaktadır.

Halen, hastanelerden yatarak tedavi hizmeti alabilmek için, birtakım hastane görevlilerine rüşvet verilmektedir.

Tablo 16’te görüldüğü üzere hastaların sivil hastanelerden çalışma saatlerinin uygunluğu, hastaneye ulaşım için geçirilen süre, diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapıyor olmaları, mahremiyet ve sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı, çevrelerinde tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkalarına önerme konularında memnuniyetleriyle ilgili ortalamalarının farkı, sivil hastaneler lehine yüksek değerlere sahiptir. Diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapmasıyla ilgili memnuniyete ait ortalamaların farkı, sivil hastane lehine en yüksek değere sahiptir. Eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi ile $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yapılan karşılaştırmada hastaların, diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapmasıyla ilgili memnuniyete ait ortalamaların farkı, sivil hastane lehine istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.00$). Ayrıca hastaların sivil hastanelerden, çalışma saatlerinin uygunluğu ($p=0.03$), çevrelerinde tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkalarına önerme ($p=0.04$) konularında memnuniyetleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastalar yerel hastanelerde, kendi yerel doktorlarıyla ve diğer sağlık çalışanlarıyla doğrudan iletişim kurabilirken asker hastanelerinde iletişim tercümanlar aracılığıyla sağlanmaktadır.

Asker hastaneleri, NATO’ya bağlı ülkelerce kurulmuş, yabancı kaynaklı hastanelerdir. Hastane personeli, kurucu ülkelerin kendi personelidir ve 2-4 ay arasında değişen periyotlarda rotasyonla çalışarak kendi ülkelerine geri dönmektedirler. Bu sık değişim nedeniyle sürekli Afgan dilini konuşabilen personelin tedariki mümkün olmadığından bu hastanelerde hastayla iletişim sağlamak amacıyla tercümanlar çalıştırılmaktadır. Aracı kullanılması, iletişimde güçlük yaratmakla birlikte güvende zafiyet de yaratmaktadır. Ayrıca tıbbi kelimeler, teknik kelimeler olduğu için tercümanlar tarafından çevirilerinde güçlük çekilmektedir.

Araştırmanın değerlendirilmesinde kişilerarası ilişkilerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi ön plana çıkmaktadır ve Peltier, Schibrowsky ve Cochran (2002) ile Di Paula, Long ve Wiener (2002)’in yaptığı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Bkz. Kısım 1.3.3., s:45).

Tablo 16: Hastaların, Bağımsız Sorular İçin Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

BOYUTLAR	*ORT. FARKI \pm s	t	Sig. (2-tailed)
Çalışma saatleri pek çok kimse için uygundur.	-,23858 \pm 1,60	-2,089	,038
Tıbbi bakım aldığım yere ulaşmak çok zaman alıyor.	-,19289 \pm 1,58	-1,708	,089
Hizmet veren diğer sağlık personeli işlerini iyi yapıyorlar.	-,35025 \pm 1,48	-3,308	,001
Mahremiyetimize, sağlık bilgi gizliliğimize son derece saygı gösteriyorlar.	-,20812 \pm 1,53	-1,906	,058
Tıbbi bakıma ihtiyacı olan çevremdeki başkalarına kesinlikle öneririm	-,23858 \pm 1,64	-2,037	,043

* Pozitif puanlar asker hastanesinden memnuniyet yönünde, negatif puanlar sivil hastaneden memnuniyet yönündedir.

Kısım 3.5.1'de ifade edildiği gibi yabancı kaynaklı asker hastaneleri Kabil'in doğusunda kurulmuştur. Ülkede pek çok konudaki alt yapılar gibi ulaşım ile ilgili alt yapıda Taliban döneminde yok olmuş, tüm yollar tahrip olmuştur. Toplu taşımacılık yok denecek kadar az, mevcut olanlarda araçların eskiliği nedeniyle güvensizdir. Yakın mahallelerden başka yerlerden gelen hastaların, asker hastanelerine ulaşımı güç olmaktadır. Ayrıca asker hastaneleri, askeri birliklerin güvenli bölgeleri içerisindedir. Gün batımı ile birlikte tüm birliklerde güvenlik önlemleri artırılmakta, giriş çıkışlar sınırlandırılmaktadır. Sivil hastaların asker hastanelerine ulaşımının yukarıda bahsi geçen nedenlerle sınırlandırılması, buna karşılık yerel hastanelere ulaşım konusunda sınırlayıcı faktörlerin bulunmaması hastaların, ulaşım konusunda yerel hastane lehine memnuniyet duymalarına neden olduğu değerlendirilmektedir. Bu araştırmada tespit edilen hizmetin erişilebilirliğinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin, Engin ve Sevinç (2005)'in çalışmalarına benzer şekilde olduğu görülmektedir (Bkz. Kısım 1.3.3., s:45).

Afganistan'da uygulaması gerçekleştirilen sivil halkı askeri sağlık birimlerini tercih etmeye yönlendiren nedenlere yönelik araştırmada, değerlendirmelerden elde edilen veriler incelendiğinde, değerlendirme sürecinin ilk kez uygulanıyor olmasına

karşın başarılı bir şekilde yürütülebildiği görülmüştür. Çalışmada, sivil halkın genel memnuniyet, teknik kalite, finansman ve uygunluk boyutlarıyla ilgili memnuniyetleri nedeniyle asker hastanelerini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Sivil halk, diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapması, hastanelerin çalışma saatlerinin uygunluğu ve çevrelerinde tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkalarına önerme konularında memnuniyetleriyle ilgili olarak sivil hastaneleri tercih etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

'Sivil Halkı Askeri Sağlık Birimlerini Tercih Etmeye Yönlendiren Nedenlere Yönelik Bir Araştırma: Afganistan Örneği' konulu tez çalışmasının sonuçları, yazın bilgileri ile tartışılan birinci ve ikinci bölümden elde edilen sonuçlar ve üçüncü bölümde açıklanan uygulama sonuçları olarak ele alınmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri ile ilgili kavramlar ve özellikleri ile hasta memnuniyeti kavramı yazın bilgileri ışığında incelenmiş, hasta memnuniyeti ölçümü ve yöntemleri ele alınmıştır. Birinci bölüme ilişkin sonuçlar aşağıda açıklanmıştır:

WHO tarafından hasta olmama hali olarak tanımlanan sağlık kavramı, en çok çevre faktörü ile, ayrıca yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörlerinden etkilenmektedir.

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin iyi örgütlenmesi ve uygulanması sadece orada yaşayan insanların sağlıklı bir hayat sürmelerini değil kalkınmışlık düzeylerinin ve yaşam standartlarının da yüksek olduğunun göstergesidir (Güllülü, vd., 2008:81).

Sağlık hizmetleri diğer hizmet çeşitleri gibi soyuttur, üretildiği anda tüketilirler, insanlar tarafından üretilen performanslar olduğundan değışkendirler, bekletilemez ve depolanamaz özelliktedir.

Genellikle hizmeti sunan personel ile sunulan hizmetin kendisi eş değerli olarak algılanır.

Sağlık hizmetleri, kamu mülkiyetinde, yüksek müşteri temaslı, emek yoğun hizmetlerdendir.

Sağlık hizmetleri kapsamında, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir faaliyetler zinciri yer alır.

Sağlık hizmetleri, diğer hizmetlerden farklı bazı özelliklere de sahiptir:

- Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmakta, nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenememektedir.
- Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu öngörülemez niteliktedir.
- Sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmet ikame edilemez.
- Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu, hizmeti kullanan değil de doktor saptamaktadır.
- Sağlık hizmetinin çıktısı doğrudan paraya çevrilememektedir ve hizmet bedeli pazarlığa konu olmaz.
- Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır.
- Sağlık hizmetlerine şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Örneğin salgın hastalıklar için, bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Böyle durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin performans göstergeleri, doğrudan yada dolaylı olarak sosyal, ekonomik ve beşeri verilerden (demografik göstergeler, ekonomik göstergeler, hastane göstergeleri, sağlık insan gücü göstergeleri) etkilenmektedir.

Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır (iç ve dış müşteriler).

Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur.

Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir. Bu noktada hastanın

gereksinimleri, kendi deneyimleri, yakınlarına ilişkin deneyimler, bilgisi ve kültürel özellikleri beklentilerini etkilerken; hizmeti aldığı sıradaki fiziksel, mental ve ruhsal durumu hizmete ilişkin algılamalarını etkilemektedir.

Hasta memnuniyeti, hastanelerde kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirilme gibi pek çok faktörden de etkilenmektedir.

Sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır.

Hasta tatmininin ölçülmesi, bir kalite geliştirme aracıdır. Personelin performansının değerlendirilebilmesi, yeni eğitim programları planlamasının yapılabilmesi, hastane yöneticilerinin hastalardan gelen bu geri bildirimler ile yeni politika ve stratejiler üretebilmeleri ve sağlık hizmeti performansının denetlenebilmesi için önemli bir ölçüttür.

Hasta memnuniyeti, kaliteli bakımın bir parçasıdır ve bu alandaki performansı ölçmek için de bazı ölçüm türleri gereklidir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi bünyelerinde ekip oluşturmalı ve kendi koşullarına uygun araştırmalar planlayarak, bu araştırmaları belirli aralıklarla, düzenli olarak uygulamalı ve bunların sonuçlarına göre gerekli düzenleme yapmalıdırlar.

Araştırmanın uygulama aşaması Afganistan'da gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonuçlarının daha sağlıklı değerlendirilmesi maksadıyla ikinci bölümde Afganistan hakkında genel bilgi verilmiş, sağlık verileri ve sağlık hizmetleri incelenmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünden elde edilen sonuçları aşağıda sunulmuştur:

30 milyon nüfuslu Afganistan uzun yıllar savaş ve çatışma şartları altında kalmış, Taliban dönemi sırasında ülkenin her türlü alt yapısı yok olmuştur.

2004 yılında Afganistan İslam Cumhuriyeti kurulması ile uluslararası birtakım komiteler ve sivil toplum örgütlerinin desteğiyle yeniden yapılanma faaliyetleri başlamıştır.

Savaş yıllarında güvenlikleri için Afganistan'ı terk edip başka ülkelere sığınan halkın büyük bir kesimi ülkeye dönmeye başlamıştır. Ancak pek çok şeyi kaybetmiş ve ya değişmiş olarak bulan Afganlılar, şehirlerin kenar bölgelerinde veya kırsal alanda çadırlarda, alt yapı ve güvenlikten yoksun, pek çok enfeksiyon hastalıklarına açık olarak yaşamaktadırlar.

Klinik, sağlık ocakları ve hastanelerde yeterli eğitime sahip olmayan sağlık personeli çalışmakta, mevcut personel sayısı, tıbbi malzeme ve ilaçlar yetersiz düzeydedir. Pek çok konuda olduğu gibi hastanelerde de belli hizmetleri alabilmek için -örneğin yatarak tedavi görmesi gereken hastaların hastaneye kabulü gibi- görevlilere rüşvet verilmesi alışkanlıkları devam etmektedir.

Afganistan'ın genel sağlık durumuna ait veriler, dünyadaki 172 ülke arasında 171. sıraya yerleşmesine neden olacak şekilde olumsuzdur. Doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi kadınlarda 45, erkeklerde 47'dir. Beş yaş altı çocuklarda ölüm oranı yılda 1000 canlı doğumda 257 ölüm vakasıdır. Anne ölüm oranı da 100 bin canlı doğumda 1600 olarak tahmin edilmektedir ve bu oranlar dünyanın en yüksek oranlarıdır.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı Afganistan'daki kalkınma faaliyetleri kapasamında sağlık ve eğitim konularına ilk öncelik sırası verilmiş ve bir takım planlamalar yapılarak ilgili çalışmalar sürdürülmektedir.

Sağlık Bakanlığı yapılanması da çözülmesi ve geliştirilmesi gereken öncelikli konulara göre gerçekleştirilmiştir: Planlama ve koruyucu hekimlik, üreme sağlığı ve anne-çocuk sağlığı, uygulamalı sağlık ve tedavi hizmetleri üç ana bakan yardımcılığıdır.

Sağlık hizmeti sunumunu geliştirebilmek için Afganistan Sağlık Bakanlığı, halk sağlığı sisteminde yapısal bir çok değişiklik sağlayacak, sağlık ve farmakoloji kurallarını, üreme sağlığı standartlarını ve insan kaynakları politikalarını geliştirecek aşağıda özetlenen politika ve stratejileri ortaya koymuştur:

- Sağlık hizmeti sunumunun bir kısmı hükümet dışı organizasyonlara verilmiştir.

- Hizmet sunucularının Afgan halkına ne şekilde hizmet ürettiğine dair verilere ulaşabilmek maksadıyla bilimsel metotlarla, sağlık sektöründe performansa dayalı bir puan kart uygulaması başlatılarak bir takip sistemi oluşturulmuştur.

- Ulusal sağlık hizmetlerinin tamamı ücretsizdir, ancak NGO'lar tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bir kısmı ücretlidir.

Afganistan'da sağlık hizmetleri çeşitli seviyelerde sunulmaktadır. Birinci basamakta koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, mıntıka, taşra ve bölge hastanelerince sunulmaktadır. Ayrıca NGO'lar kendi sağlık teşkilllerinde halka sağlık hizmeti sunmaktadır.

Afgan ordusunun sağlığını desteklemek içinde ülkenin çeşitli yerlerinde kurulmuş asker hastaneleri mevcuttur.

Bunların dışında ülkede güvenlik ve istikrarı sağlamak amacıyla Afganistan'da faaliyetlerini sürdüren yabancı askeri güçlere ait, öncelikle kendi personelinin sağlığını desteklemek maksadıyla kurulmuş, aynı zamanda Afganlı asker ve sivil halka da hizmet veren sağlık teşkilleri de mevcuttur.

İlk iki bölümde edinilen sonuçlar doğrultusunda, Afgan halkının, soyo-kültürel yapılanması kendilerinden tamamen farklı yabancı kaynaklı asker hastanelerini tercih etme nedenlerinin araştırılmasına ihtiyaç duyularak yapılan uygulama, araştırmanın üçüncü bölümünü oluşturmaktadır.

Araştırma, Afganistan'ın başkenti Kabil'de iki yabancı kaynaklı asker hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına, Mart 2009 – Temmuz 2010 tarihleri arasında bu hastanelere başvuran hastalar dahil edilmiştir. Ulaşım imkanlarının kısıtlılığı, güvenlik sorunu, Afgan halkı ile sağlık hizmet sunucuları ve çalışmayı yapan araştırmacının kullandığı lisan farklılığı ve teknik imkanların kısıtlılığı araştırmayı sınırlandırmıştır.

Önce pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama kapsamında rastgele örnekleme yöntemiyle 30 hasta seçilmiştir. Pilot uygulama ile hastaların değerlendirme ölçütlerini anlamada güçlük çekip çekmedikleri sınıanmış, ayrıca değerlendirmeden elde edilen verilerle soru formunun güvenilirliği çıkarımsal

istatistik bazında güvenilirlik testi ile değerlendirilmiştir. Cronbach alfa değerinin 0.72 bulunması üzerine soru formunun güvenilirliğinin iyi seviyede olduğuna karar verilmiştir. Daha sonra her iki asker hastanesinde basit rastlantısal olarak seçilmiş örneklem grubuna soru formunun uygulanmasına karar verilmiştir.

Veriler, soru formu uygulaması ile 198 kişiden elde edilmiştir. Soru formları hastalara muayenelerinin bitiminde yüz yüze uygulama tekniği ile tercümanlar tarafından uygulanmıştır. Soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, asker hastaneleriyle ilgili memnuniyeti ölçmek üzere 23 soru içermektedir. Bu soruların ilk 18 tanesi NCHSR için hazırlanmış ve kullanılmakta olan üçüncü jenerasyon hasta memnuniyeti soru formu PSQ-18'dir. Sonraki 5 soru, yazın taramaları neticesinde, bu formun içeriği sorulardan farklı olarak tespit edilmiş sorulardır. Bu sorular ölçekten bağımsız olarak değerlendirilmiştir. İkinci bölümde demografik özellikler sorgulanmış, üçüncü bölümde de birinci bölümdeki sorular aynen sorularak, cevaplayıcı hastanın, daha önce Afganistan'ın yerel/sivil hastanesindeki muayenesiyle ilgili memnuniyet algıları sorgulanmıştır.

Veri toplama aracı olarak kullanılan soru formunun demografik veriler dışındaki bölümlerinde Likert tipi 5'li ölçek kullanılmıştır. Hastalardan 1'den 5'e doğru, 'Kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum' şeklinde değerlendirme yapması istenmiştir.

Önermelerin puanlanmasına yönelik kural, her bir maddenin olumlu veya olumsuz bir görüş beyan etmiş olmasıdır. Her bir önerme benzer şekilde olumludan olumsuzla doğru 1-5 arasında puanlandığında önermelerin aynı şekilde cevaplanması en yüksek puana ulaşılmasına yol açmaktadır. Güvenilirliği ve homojeniteyi sağlamak amacıyla önermeler yeniden kodlanmış, böylece olumlu ve olumsuz görüşe yönelik cevap değerlendirmesi bazı önermeler için tersine çevrilmiştir (1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18, 20, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 43, 47, 50, 52. sorular).

İlk 18 önermeye ait puanlamalar, her biri bir modülde yer alacak şekilde 7 alt gruba dağılım göstermiştir (Genel Memnuniyet: 3,17. soru; Teknik Kalite: 2, 4, 6, 14. soru; Kişilerarası İlişkiler: 10, 11. soru; İletişim: 1, 13. soru; Finansal Yön: 5, 7. soru;

Doktorla Geçirilen Zaman: 12, 15. soru; Erişilebilirlik ve Uygunluk: 8, 9, 16, 18. soru).

Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri incelendikten sonra bu verilerin istatistiki olarak anlamlılıkları eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca bulguların yorumunda araştırmacının bilgi ve deneyiminden de faydalanılmıştır.

Bu kapsamda araştırma sonuçlar üç başlık altında incelenmiştir.

Demografik özellikler: Demografik özellikler kendi içinde ve yüzdesel olarak değerlendirilmiştir. Toplanan verilerin değerlendirilmesi sonucunda araştırmaya katılan 198 hastadan;

- 105'nin kadın (%53), 93'nün erkek (%47) olduğu,
- 47'sinin (%23,7) '18-30' yaş; 54'ünün (%27,3) '31-40' yaş; 51'inin (%25,8) '41-50' yaş; 35'inin (%17,7) '51-60' yaş; 10'unun (%5,1) '61-70' yaş; 1'inin (%0,5) ise '71-80' yaş grubunda olduğu,
- 168'inin (%84,8) evli; 30'unun (%15,2) bekar olduğu,
- 32'sinin (%16,2) okuryazar değil; 50'sinin (%25,3) okuryazar; 29'unun (%14,6) ilkökul; 37'sinin (%18,7) ortaokul; 28'inin (14,1) lise; 8'inin (%4) yüksekokul; 14'ünün (%7,1) üniversite düzeyinde eğitime sahip oldukları,
- 30'nun (%15,2) memuriyet sahibi, 32'sinin (%16,2) serbest meslek sahibi, 4'ünün (%2) yönetici, 87'sinin (%43,9) ev hanımı, 23'ünün (%11,6) işçi, 15'inin (%7,6) işsiz, 7'sinin (% 3,5) öğrenci olduğu,
- 152'sinin (%76,8) 50 US\$ ve altında, 42'sinin (%21,2) 51-300 US\$, 4'nün (%2) 301 US\$ ve üstünde gelir düzeyine sahip olduğu,
- 47'sinin (%23,7) sosyal güvencesinin var olduğu, 151'inin (%76,3) sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür.

Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerinin Puan Dağılımlarının Tanımlayıcı İstatistiki Değerlendirilmesi: Araştırma kapsamındaki hastaların, asker ve yerel hastanelerden memnuniyetlerinin puan dağılımlarının minimum, maksimum ve ortalama değerleri, soru formunun birinci ve ikinci

bölümündeki ilk 18 soru için ayrı, orijinal formdaki PSQ-18'in sonuna eklenen bağımsız 5 soru için ayrı değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların, asker hastanelerinden; genel memnuniyet, teknik kalite, kişilerarası ilişki, finansal yön ve uygunluk boyutlarına ait puan ortalamaları yerel hastanelere göre daha yüksek bulunmuştur.

- Hastaların, yerel hastanelerinden iletişim boyutuna ait puan ortalaması asker hastanelere göre daha yüksek bulunmuştur. Yerel hastanelerde iletişim boyutundaki hizmet memnuniyetinin puan ortalamasının yüksek bulunmasının, konuşulan dille ilgili olduğu değerlendirilmektedir. Hastalar yerel hastanelerde, kendi yerel doktorlarıyla doğrudan iletişim kurabilirken asker hastanelerde iletişim tercümanlar aracılığıyla sağlanmaktadır.

- Hastaların, bağımsız sorular için yerel hastanelerden; hastanenin çalışma saatlerinin uygunluğu, hastaneye ulaşım için geçirilen süre, diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapıyor olmaları, mahremiyet ve sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı, çevrelerinde tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkalarına önerme konularında yanıtlarının puan ortalamaları, asker hastanelerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların Asker ve Yerel Hastanelerden Memnuniyetlerine İlişkin Puan Dağılımlarının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi: Soru formu yoluyla hem asker hastanesinden hem de daha önce bir sivil hastaneden aldıkları sağlık hizmetini değerlendiren hastaların aldıkları sağlık hizmetlerini değerlendirmek üzere verdiklerin puanların ortalamaları, birinci ve ikinci bölümündeki ilk 18 soru için ayrı, orijinal formdaki PSQ-18'in sonuna eklenen bağımsız 5 soru için ayrı olarak 'eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi' ile karşılaştırılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi ile $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yapılan karşılaştırmada hastaların; genel memnuniyet ($p=0.00$), teknik kalite ($p=0.01$), finansman ($p=0.00$) ve uygunluk ($p=0.00$) boyutlarıyla ilgili puan ortalamalarının farkı, asker hastanesi lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Bağımsız sorular için eşleştirilmiş iki grup arasında t-testi ile $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yapılan karşılaştırmada ise hastaların; diğer sağlık personelinin işlerini iyi yapması ($p=0.00$), hastanelerin çalışma saatlerinin uygunluğu ($p=0.03$), çevrelerinde tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkalarına önerme ($p=0.04$) konularında

memnuniyetleriyle ilgili puan ortalamalarının farkı, sivil hastane lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Hastaların, asker hastanelerinden finansal boyutuyla memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmasının nedeninin çalışmanın ikinci bölümünde de belirtilen şu noktalardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir: Afganistan'da devlet tarafından verilen sağlık hizmetleri ücretsizdir. Ancak, Taliban döneminde alt yapıların yok olması, sağlık hizmet ve imkanlarının kısıtlanmış olmasından dolayı, örneğin hastanelerden yatarak tedavi hizmeti alabilmek için, birtakım hastane görevlilerine rüşvet vermek gerekmekteydi. Bu alışkanlık ülke genelinde devam etmektedir. Hastalar, yerel hastanelere başvururken bu konuda endişe taşımaktadır. Ayrıca özel sağlık hizmetleri ile NGO'lar tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bir kısmı ücretlidir.

- Hastaların, asker hastanelerinden teknik kalite boyutuyla memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmasının nedeninin şu noktalardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir: Taliban döneminde bir çok tıbbi malzeme hem bakımsızlık yüzünden hem de çatışmalar sırasında özellikle zarar verilerek kullanılamaz hale gelmiştir. 2002'den itibaren Afganistan ekonomisi dış yardımlarla kalkındırılmaya çalışılmakta olduğundan, hastanelerin yenileşme ve modernleşme faaliyetleri devam etmektedir ve destekler henüz kırsal bölge sağlık merkezlerine yeterince ulaştırılamamıştır.

- Ulaşım için geçirilen süredeki memnuniyetin yerel hastaneler lehine olmasında şu nedenlerin etkili olduğu değerlendirilmektedir: Asker hastanelerinin şehrin doğusunda ve askeri güvenlik bölgeleri içerisinde yerleşik olması, bu askeri birliklere giriş çıkışların kontrollü olup belli saatlerde kısıtlanması, ulaşım araç ve yollarının Taliban döneminde harap olmuş olup halen düzeltilememiş olması ve şehirdeki bazı yolların güvenlik sebebiyle kullanıma sınırlandırılmış olması.

- Asker hastanelerinin askeri güvenlik bölgeleri içinde olup bu bölgelere giriş çıkışlardaki zaman kısıtlaması, hastaların çalışma saatlerinin uygunluğu konusundaki memnuniyetlerinin yerel hastaneler lehine olmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir.

- Ulaşım için geçirilen süre, mahremiyet ve sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı, hastanenin çalışma saatlerinin uygunluğu, diğer personelin işlerini iyi yapıyor olmaları konularındaki memnuniyetin, tıbbi bakıma ihtiyacı olan başkasına önerme konusunda, hasta memnuniyeti puan ortalamasının yerel hastane lehine olmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir.

- Mahremiyet ve sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı konusunda elde edilen verilerin yerel hastaneler lehine olmasında, yabancı kaynaklı asker hastanelerinde çalışanlar ile Afgan halkının sosyo-kültürel yapılarının farklılığının etkili olduğu değerlendirilmektedir. Taliban döneminde getirilen kurallar, özellikle kadınlar için getirilmiş kısıtlamalar geçerliliğini korumaktadır. Taliban döneminde kadınların tek başlarına evlerinden dışarı çıkmaları yasaklanmış, dışarı çıkarken bir erkek akraba ile dışarı çıkmaları zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca kadınların tamamen örtünmelerini sağlayan burka denilen bir giysi giymeleri zorunlu olmuş ve yabancılarla konuşmaları, iletişim kurmaları yasaklanmıştı. Bu kısıtlamalar, özellikle kadınların muayene ve tedavilerini kısıtlamaktadır.

Özet olarak; Afganistan'da uygulaması gerçekleştirilen sivil halkı askeri sağlık birimlerini tercih etmeye yönlendiren nedenlere yönelik araştırmada, sivil halkın genel memnuniyet, teknik kalite, finansman ve uygunluk boyutlarıyla ilgili memnuniyetleri nedeniyle asker hastanelerini tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Yukarıda bulunan sonuçlara ek olarak; değerlendirme esnasında değerlendirme ölçeklerinin anlaşılıp uygulanmasında bir sorun yaşanmamıştır. Sonuçların, hastane yöneticileri ve çalışanlarıyla paylaşılma imkanı olmamıştır.

Araştırma sonuçlarına dayanarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Asker hastanelerde sivil halk ile iletişimi daha iyi sağlamak maksadıyla, görev yapılan bölgenin dilini, sosyo-kültürel yapısını iyi bilen, mümkünse söz konusu bölge vatandaşı olan daha çok sayıda sağlık personeli olan çalışanların görev yapmasının ve tercüman olarak kullanılmasının sağlanması,

- Kısa süreli rotasyonlarla çalışan asker hastane personelinin, görev yapacağı hastanenin bulunduğu bölgeye gitmeden önce söz konusu ülkenin sosyo-kültürel yapısı hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmesinin sağlanması,

- Doktorlar dışındaki diğer sağlık personelinin hastaya sunduğu sağlık hizmetinin her adımını önceden hastaya anlatmasını, her hizmet sunumu sırasında da yapılanları hastaya tekrar hatırlatması ve açıklaması önerilmektedir.

Tez çalışması sonucunda asker hastanelerinde, başvuran sivil hastaların memnuniyet düzey ve boyutlarının değerlendirilmesi ile hastanenin olumlu ve geliştirilmesi gereken yönlerinin saptanabileceği görülmüştür.

Asker hastaneleri ile kamu hastanelerini ve/veya farklı kurum hastanelerine ait hasta memnuniyetini karşılaştırmalı olarak araştıran çalışmalara, hem yerli hem de yabancı kaynaklarda ulaşılamamıştır. Ayrıca yazın taraması sırasında, bu araştırmada gerçekleştirilen, aynı hastaların, hizmet aldıkları farklı sağlık kurumlarına ilişkin memnuniyet düzeyleri ve boyutlarını karşılaştırmalı değerlendiren benzer bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Araştırmanın kuramsal sonuçlarının ve araştırma kapsamında uygulanan hasta memnuniyet değerlendirmesinin bundan sonra farklı bölge ve ülkelerde hizmet sunan asker hastaneleri ve/veya farklı kurum hastanelerinde yapılacak uygulamalara yol gösterici olacağı değerlendirilmekte, benzer uygulamaların yapılmasının, kurumların hizmet sundukları hastalarla uyumunu arttıracığı ve verilen hizmetlerin sonuçlarının olumlu yönde gelişmesini sağlayacağı öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

AKALIN, E. (2002). *Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi*. Yoğun Bakım Dergisi, 2(Ek1): 35-38.

AKGÜN, S.H., ERDAL, R. (1997). *Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü*. Ed.: ÇORUH, M. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, ss. 219-225.

AKGÜN, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi, 44(527).

AKIN, G. (2004). *Türkiye’de Yapılmış Hasta Memnuniyeti Araştırmalarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ALABAY, M.N. (2008). *CRM Rekabet Stratejisi olarak Müşteri İlişkileri Yönetimi*. Ankara: İlke Yayınevi.

ALCAN, Z. (1997). *Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları*. İçinde: Çoruh M (Ed). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı. ss. 133-138.

ASLAN, Şebnem, vd. (2008). *Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri memnuniyeti ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması*, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 20, ss. 23-40.

ASLAN, Ş., ÖZATA, M. (2005). *Poliklinik Hastalarının Müşteri Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Konya Kamu Hastaneleri Örneği*. Ankara: Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı. ss. 554-565.

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.

AVÍS, M., BOND, M., ARTHUR, A. (1995). *Exploring Patient Satisfaction With Out-Patient Services*. Journal of Nursing Management, 3(2): 59- 65.

BAL, R., AYTEKİN, T., ÖZVERİ, H., AKDAŞ, A. (2001). *Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi*. Eskişehir: Beşinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, ed. GÖKTÜRK, E., ŞAHİN, A., ODACIOĞLU, Y. Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim.

BAYRAM, N. (2004). *Sosyal Bilimlerde SPSS İle Veri Analizi*. Bursa: Ezgi Kitabevi.

BERİKAN, M. E. (2006). *Hizmet işletmelerinde Pazarlama Etkinliğinin Arttırılması ve Müşteri Tatmini-Turizm Alanında bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

CARR-HILL, R.A. (1992). *The Measurement of Patient Satisfaction*. Journal of Public Health Med., 14(3): 236-249.

CHENG, S. H., YANG, M. C., CHIANG, T. L. (2003). *Patient Satisfaction With and Recommendation of a Hospital: Effects Of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care*. International Journal for Quality in Health Care, 15(4): 345-355.

CLEARY, R., BEARD, R., COLES, J., DEVLİN, B., HOPKINS, A., SCHUMACHER, D., WICKINGS, I. (1994). *Comparative Hospital Databases: Value For Management and Quality*. London: CASPE Research. Qual. Health Care, 3:3-10.

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).

CUNNINGHAM, L. (1991). *The Quality Connection in Health Care: Integrating Patient Satisfaction and Risk Management*. San Francisco and Oxford: Jossey-Bass Publishers.

DEĞERMEN, A. (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati*. İstanbul: Türkmen Kitapevi.

DEVEBAKAN, N. (2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ölçümü*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi.

DEVEBAKAN, N., YAĞCI, K. (2005). *Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında Servqual Yöntemi*. Ankara: Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, ss. 543-553.

DİLŞEN, G., AYDIN, R., MÜSLÜMANOĞLU, L., SERDAROĞLU, G., KARAMEHMETOĞLU, S., YAZGAN, N., BECER, H., YÖNDEMLİ, H., BAKIRCI N. (2002). *Ülkemizde Özürlülük Epidemiyolojisi Verileri*, Aktüel Tıp Dergisi, Cilt. 7, Sayı. 2, 17–21.

DI PAULA, A., LONG, R., WIENER, D. E. (2002). *Are your patients satisfied?* Marketing Health Services, 22 (3), ss. 28-32.

DOĞAN, Ö.İ, TÜTÜNCÜ, Ö. (2003). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Yayınları.

DONEBEDIAN, A. (1988). *The Quality of Care: How Can It Be Assessed?* JAMA, 260(12): 1743-1748.

DONEBEDIAN, A. (1992). *Department of Health and Human Services Patient Outcomes Research: Examining the Effectiveness of Nursing Practice*. NIH Publication.

DOYL, P. (2002). *Marketing Management and Strategy*. 3rd Edition, Prentice Hall.

DYE, S. (2007). *Public Health and Conflict Series: Rebuilding a Nation's Health in Afghanistan*. USIPeace Briefing.

EDGET, S., PARKINSON, S. (1993). *Marketing for Service Industries- A Review*. The Service Industries Journal, 13(3): 24-38.

ENGİN, O., SEVİNÇ, A. (2005). *Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Ve Konya'da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama*. Verimlilik Dergisi, (3): 145-159.

ENGİZ Oğuz, (1997). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini Hastane Yöneticiliği*. Edit:Hayran, O., Sur ,H. İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.

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., Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 22-23 Ekim.

ERCAN, İ., EDİZ, B., KAN, İ. (2004). *Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3): 151-157.

ESATOĞLU, A.E., ERSOY, K. (1997). *Hasta Tatmininin Ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü*. Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, ss. 61-71.

ESATOĞLU, A.E. (1997). *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*. Doktora Tezi, Ankara : Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ESER, Z. (2004). *Hizmet nedir? Hizmet pazarlaması ders notları*. Ankara: Başkent Üniversitesi.

ESİN, A. (2002). *ISO 9001:2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite*. Ankara: ODTÜ Yayıncılık

FAKHOURY, K.H.W. (1998). *Satisfaction With Palliative Care: What Should We Be Aware Of?* J. Int. Nurs.Stud. 35(3): 171-176.

FATIMIE, A. (2007). *Afghanistan Development Forum Health Sector Presentation*. Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Public Health, Yazılı açıklaması. Afganistan yerel kaynakları.

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.

FORBES, L.M., BROWN, N.H. (1995). *Developing A Instrument For Measuring Patient Satisfaction*. AORN Journal, 61(4): 737-743.

GHOBADIAN, A., SPELLER, S., JONES, M. (1994). *Service Quality: Concepts and Models*. Journal of Quality and Reliability Management, 11(9): 43-66.

GORDON, T., EDWARDS, S.W. *Making The Patient Your Partner Communication Skills For Doctors And Other Caregiver*. Çev: AKSAY E. (1999). *Doktor Hasta İşbirliği*. İstanbul: Sistem Yayıncılık, s.13.

GRAY, L.Y., SEDHOM, L. (1997). *Client Satisfaction: Traditional Care Versus Cluster Care*. Journal of Professional Nursing, 13(1): 56-61.

GREENEİCH, D. (1993). *The Link Between New And Return Business And Quality Of Care: Patient Satisfaction*. Advances in Nursing Science 16(1): 62-72.

GREENFIELD, T.K., ATTKISSON, C.C. (1989). *Steps Toward A Multifactorial Satisfaction Scale For Primary Care and Mental Health Services*. Eval. Prog. Plan, 12: 271-278.

GÜLLÜLÜ, U., ERCİŞ, A., ÜNAL, S., YAPRAKLI, Ş. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Ankara: Detay yayıncılık.

GÜLMEZ, M. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama*. C.U. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6(2), ss. 147-169.

HALL, J.A., DORNAN, M.C. (1988). *What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Ased: A Meta-Analysis of Satisfaction Literature*. Soc. Sci. Med., 27: 935-939.

HANIF, A. (2007). *Health Care in Afghanistan*. II. Toplum Sağlığı ve Savaş Sempozyumu. Kabil. Aktaran: DYE, S. (2007). *Public Health and Conflict Series: Rebuilding a Nation's Health in Afghanistan*. USIPeace Briefing.

HANIF, H. (2007). *Challenges to Improving Afghanistan's Health Services*. II. Toplum Sağlığı ve Savaş Sempozyumu. Kabil. Aktaran: DYE, S. (2007). *Public Health and Conflict Series: Rebuilding a Nation's Health in Afghanistan*. USIPeace Briefing.

HOPE, C., MÜHLEMANN, A. (1997). *Service Operations Management: Strategy, Design and Delivery*. Prentice Hall, London, New York.

İÇÖZ, O. (2005). *Hizmet Pazarlaması*. Ankara: Turhan Kitabevi.

JAKOBSSON, L., HALLBERG, R.I., LOVEN, L., OTTOSON, B. (1994). *Patient Satisfaction With Nursing Care Evaluation Before And After Cutback in Expenditure And Intervention At A Surgical Clinic*. Int. Jour. Qul. Health Care, 6(4): 361-369.

KANTARCI, M. (2005). *Performans Değerlendirmenin Motivasyon Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

KARABULUT, K. (1998). *Türkiye'de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerinde Bir Uygulama*. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları No. 904.

KARAHAN, K. (2000). *Hizmet pazarlaması*. 1. bs. İstanbul: Beta.

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.: GÖKTÜRK, E., ŞAHİN, A., ODACIOĞLU, Y., Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 16-19 Ekim.

KAVAS, A., GÜDÜM, G. (1994). *Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması*. I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 4-7 Mayıs.

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi. ss. 291-304.

KILINÇ, C.Ç. (2009). *Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8 (3), ss. 239- 244.

KOÇAL, S., BODUR, N. (1994). *Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminde Başarı İçin Gerekli Kritik Faktörler*. Sağlık Sektöründe Toplam Kalitenin Yeri Sempozyumu. Ankara: Haberal Vakfı. 11-12 Kasım, ss. 33-34.

LARSSON, W.B., LARSSON, G., STARRİN, B. (1991). *Patients Views On Quality Of Care: A Comparison Of Men And Women*. Journal of Nursing Management 7(3): 133-139).

LEWIS, J.R. (1994). *Patient Views on Quality Care in General Practice :Literatüre Review*. Social Science And Medicine, 39(5): 655-670.

LEY, P. (1988). *Communicating With Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance*. London: Croom Helm.

LIKE, R., ZYZANSKI, S.J. (1987). *Patient Satisfaction With The Clinical Encounter: Social Psychological Determinants*. Soc. Sci. Med., 24:351-357.

LIN, C.C. (1996). *Patient Satisfaction With Nursing Care As An Outcome Variable: Dilemmas For Nursing Evaluation Researchers*. Journal of Professional Nursing, 12(4): 737-743.

LOVELOCK, C., WİRTZ, J. (1999). *Principles of Service Marketing and Management*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

MEREDİTH, P. (1993). *Patient Satisfaction With Communication in General Surgery. Problems Of Measurement And Improvoment*. Social Science and Medicine 37(5): 591-602.

MERKOURİS, A., YFANTOPOULOS, 3, LANARA, V., LEMOMDOU, C. (1999a). *Patient Satisfaction: A Key Concept For Evaluation And Improving Nursing Services*. Journal of Nursing Management, 7(1): 19-28.

MERKOURİS, A., YFANTOPOULUS, 3, LANARA, V., LEMOMDOU, C. (1999b). *Developing An Instrument To Measure Patient Satisfaction With Nursing Care in Greece*, Journal of Nursing Management, 7(2): 91-100.

MUCUK, İ. (2006). *Pazarlama İlkeleri*. Yenilenmiş 15. Basım. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

OMACHONU, V.K. (1990). *Quality of Care and the Patient: New Criteria for Evoluation*. Health Care Menage Rev., 15(4): 43-50.

ODABAŞI, Y. (2006). *Banka ve Sigorta Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, ss. 120-121.

ODABAŞI, Y., OYMAN, M. (2008). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

OKUMUŞ, H., AKÇAY, H., KARAYURT, Ö., DEMİRCAN, G. (1993). *Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*, Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, ss. 177-183.

ORAL, S., YÜKSEL, H. (2006). *Hizmet İşlemleri Yönetimi*. İzmir.

ÖZCAN Mansur, ÖZKAYNAK Veysi, TOKTAŞ İzzettin (2008). *Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri*. Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 35, Sayı: 2, (96-101).

ÖZER, P.S., ÖZDEMİR, P.Ö. (2007). Hizmet Kavramı, Ekonomideki Yeri, Tanımı ve Özellikleri. Hizmet Kalitesi; Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar. Ankara: Detay Yayıncılık, ss. 2-28.

ÖZER Ali, ÇAKIL Enver, (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler*. Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3): 140–143.

ÖZGEN, H. (1995). *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme*. Toplum ve Hekim, 10(69-70): 47-53.

ÖZTEK, Z. (1995). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı*. Ed.: ÇORUH, M. Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 22-23 Ekim, ss. 37-40.

ÖZTEK, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Ankara: Palme Yayıncılık,

ÖZTÜRK, S. A. (2009). *Hizmet Pazarlaması*. Dokuzuncu Baskı, Ekin Basın Yayın Dağıtım.

PALMER, A. (2005). *Principles of Services Marketing*. 4th Edition, McGraw Hill Companies, Inc.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. and BERRY, L. L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, 49(Fall): 41-50.

PELTIER, J. W., SCHIBROWSKY, J. A., COCHRAN, C. R. (2002). *Patient Loyalty That Lasts A Lifetime*. Marketing Health Sciences, 22 (2), 29-33.

SAAL, M., NUEBLING, Y., HUSEMANN, HEIDEGGER, T. (2005). *Effect Of Timing On The Response To Postal Questionnaires Concerning Satisfaction With Anaesthesia Care*. British Journal of Anaesthesia, 94(2): 206-210.

SITZIA, 3, WOOD, N. (1998). *Patient Satisfaction With Cancer Chemotherapy Nursing : A Review Of The Literature*. International Journal of Nursing Studies, 35(1/2): 1-12.

SRINIVASAN, R. (2004). *Servis Marketing*. Prentice Hall of India.

STEİBER, S.R. (1989). *Making Use Of Patient Survey Data*. Health Care Strateg Manage, 7(3): 12-14.

ŞAHİN, A.T. (2006). *Özel Hastanelerin Müşteri Odaklılığa Yaklaşımı ve Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

TARZİ, A. (2007). *Reconstruction in Post-Conflict Afghanistan*. II. Toplum Sağlığı ve Savaş Sempozyumu. Kabil. Aktaran: DYE, S. (2007). *Public Health and Conflict Series: Rebuilding a Nation's Health in Afghanistan*. USIPeace Briefing.

TAŞDEMİR, M. (1998). *Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*. İstanbul: Uzmanlık Tezi, ss. 22-24.

TAŞDEMİR, M., HAYRAN, O. (2001). *Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 27-28 Eylül.

TENGİLİMOĞLU, D. (1996). *Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi*. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, ss. 103-111.

TENGİLİMOĞLU, D. (2001). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*. Ankara: Gazi Kitabevi.

THOMAS, R. K. (2003). *Treating Patients Like Customers*. Marketing Health Services, 23(2): 38-43.

TURAMAN, C. (1997). *Eski Törene Yeni Kılık*. Toplum ve Hekim, 12(77): 26-33.

TÜRKÖZ, Y.T., AKSOY, A., PERÇİN, A.P. (1998). *Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler Ve Tedaviye Özgül Değişkenler Yönünden İncelenmesi*. İçinde: Çoruh M (Ed). Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı. ss. 33-43.

URAL, A. ve KILIÇ, İ. *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara

URAL, A. ve KILIÇ, İ. (2005). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınevi.

UYGUÇ, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, Stratejik Bir Yaklaşım*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

UZ, H.M., ÖZBAKIR, D.İ., ERGİN, C. (1997). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, ss. 113-118.

UZKESİCİ, N. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları.

VARİNLİ, İ., ÇAKIR, A. (2004). *Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki: Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma*. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(2), 33-52.

VAVRA, Terry G. (1999). *Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları*. Ankara: Kalder Yayınları.

VARGO, S.L., LUSCH, R.F. (2004). *The Four Service Marketing Myths Remnants of a Good-Based, Manufacturing Model*. Journal of Service Research, 6(4): 324-335.

WALKER, 3, BROOKSBY, A., MCLNERNY, 3, TAYLOR, A. (1998). *Patient Perceptions Of Hospital Care: Building Confidence, Faith And Trust*. Journal of Management 6(4): 193-200.

WARE, J. E., SNYDER, M.K., WRİGHT, W.R. (1976). *Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part A: Review of Literature, Overview of Methods, and Results Regarding Construction of Scales.* (NTIS Publ. No. PB 288-329) Springfield, VA, National Technical Information Service.

WARE, J. E., SNYDER, M.K., WRİGHT, W.R. (1976). *Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part B: Results Regarding Scales Constructed From The Patient Satisfaction Questionnaire and Measure of Other Health Care Perceptions.* (NTIS Publ. No. PB 288-330) Springfield, VA, National Technical Information Service.

WILKIN, D., HALLAM, L., DOGGET, M.A. (1992). *Measures of Need and Outcome for Primary Health Care.* Oxford: Oxford University Press, ss. 16-18.

WİLLİAMS, A.O. (1993). *Patient Knowledge Of Operative Care.* Journal of Royal Society of Medicine, 86: 328-331.

WILLIAMS, B. (1994). *Patient Satisfaction: A Valid Concept.,* Social Science and Medicine, 38(4): 509-516.

WILLIAMS, S.J., CALNAN, M. (1991). *Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Settings.* Soc. Sci. Med., 33: 707-716.

YAĞCI, M.İ., DUMAN, T. (2006). *Hizmet kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması.* İstanbul: Doğu Üniversitesi Dergisi, 7 (2): 218-238.

YANIK, A. (2000). *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma.* Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetim ve Organizasyonu Anabilim Dalı.

YEĞİNBOY, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi 1*. İzmir: Doğruluk Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti.

YEREBAKAN, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26.

YILDIRIM, Cemal (2000). *Bilim Felsefesi*. Remzi Kitabevi, İstanbul.

YILMAZ, M. (2000). *Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi*. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

YILMAZ, M. (2001). *Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(2): 69-74.

YÜCENUR, N.G., DEMİREL, N.Ç., CEYLAN, C., DEMİREL, T. (2011). Hizmet Değerinin Müşterilerin Davranışsal Niyetleri Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Ölçülmesi. İstanbul: Doğu Üniversitesi Dergisi. 12(1): 156-168.

ZIETHAML, V.A, PARASURAMAN, A., BERRY, L.L. (1985). *Problems and Strategies in Service Marketing*. Journal of Marketing, 49: 33-46.

ZIETHAML, V.A., BITNER, M.J. (2003). *Service Marketing, Integrating Customer Focus Across the Firm*. 3rd Edition, McGraw-Hill.

İNTERNET TARAMALARI

AKTAN, C. C., IŞIK, A. K. *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglikdegisimcaginda/pdfaktan/sunumalternatif.pdf> (Erişim Tarihi: 05.03.2010)

ÇATI, K., ve KOÇOĞLU, C.M. (2008). *Müşteri Sadakati İle Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler/ (Erişim Tarihi: 01.06.2009)

HALİS, M. (2001). *Hizmet İşletmelerinde Global Stratejilerin Geliştirilmesi*. Dış Ticaret Dergisi, Nisan.

www.foreigntrade.gov.tr

MARSHALL, G.N., HAYS, R.D. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)*. Santa Monica, CA.

<http://www.rand.org/pubs/papers/2006/P7865.pdf>

PAKDİL, F. (1999). *Konur Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti*.

www.sabem.saglik.gov.tr/akademik/metinler/linkdetail (Erişim Tarihi: 05.03.2010)

Sağlık Bakanlığı sitesi. *Memnuniyet Anketleri ve Uygulama Usul ve Esasları*.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110105.html> (Erişim Tarihi: 05.05.2009, 02.08.2010).

EMADİ, H. (2006). *Rebuilding Afghanistan Five Years After The Collapse Of The Taliban*.

<http://www.highbeam.com/doc/1G1-161545060.html> (Erişim Tarihi: 18.04.2009).

PALMER, N., STRONG, L., WALİ, A., SONDORP, E. (2006). *Contracting Out Health Services In Fragile States*. British Medical Journal, 332: 718-721.

www.bmj.com/cgi/content/full/332/7543/718

United Nations Assistance Mission in Afghanistan (UNAMA) (2002).

<http://www.moph.gov.af/en/index.php?id=8> (Erişim Tarihi: 31.01. 2010)

United Nations Assistance Mission in Afghanistan (UNAMA) (2002).

<http://www.reliefweb.int/> (Erişim Tarihi: 01.12.2007)

Taliban Politics And Afghan Legitimate Grievances,

www.senliscouncil.net (Erişim Tarihi: 22.08.2010).

Countering the Insurgency in Afghanistan: Losing Friends and Making Enemies, (2007)

www.senliscouncil.net (Erişim Tarihi: 22.08.2010).

Health Systems Profile- Afghanistan.

<http://gis.emro.who.int/healthsystemobservatory/main/Forms/CountryInfo.aspx?Country=AFGHANISTAN> (Erişim Tarihi: 22.05.2009, 02.03.2010).

WHO-EMRO, (2002). *Afganistan Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılması Raporu.*

<http://www.who.int/disasters/repo/7605.pdf> (Erişim Tarihi: 07.01.2008).

UNAMA, (2002).

<http://www.reliefweb.int/> (Erişim Tarihi: 1 Aralık 2007).

Islamic Transitional Government of Afghanistan Ministry of Health (2004). *Policy Statement: Hospital Policy for Afghanistan's Health System.*

http://ispb.univlyon1.fr/Lyon%20Kaboul/rapports/politique_hospitaliere/Hospital%20policy%20for%20Afghanistan.pdf (Erişim Tarihi: 05. 03.2009).

United Nations Refugee Agency (UNHCR), (2006). *Humanitarian Consideration With Regard To Return To Afghanistan*

<http://www.unhcr.se/Pdf/help/hum06.pdf> (Erişim Tarihi: 07.01.2008).

NGOs Take On Health Services in Afghanistan, (2007).

www.id21.org (Erişim Tarihi: 15.09.2010).

<http://afganistan.ihh.org.tr/index.html> (Erişim Tarihi: 22.08.2010)

<http://afganistan.ihh.org.tr/genel.html> (Erişim Tarihi: 22.08.2010)

<http://www.cografya.gen.tr/siyasi/devletler/afganistan.html> (Erişim Tarihi: 22.08.2010).

<http://afganistan.ihh.org.tr/genel/cograf/cograf.html> (Erişim Tarihi: 22.08.2010).

<http://afganistan.ihh.org.tr/genel/ekonomi/ekonomi.html> (Erişim Tarihi: 22.08.2010).

www.senliscouncil.net (Erişim Tarihi: 09.05.2008, 22.08.2010).

<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20status%20and%20demographics.pdf> (Erişim Tarihi: 22.05.2009, 25. 05.2009).

<http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Afghanistan/Health%20service%20delivery.pdf> (Erişim Tarihi: 22.05.2009).

<http://www.emro.who.int/emrinfo/index.aspx?Ctry=afg> (Erişim Tarihi: 18.06.2010).

<http://www.moph.gov.af/en/index.php?id=8> (Erişim Tarihi: 15.03.2008, 18.09.2010).

<http://www.jhsph.edu/bin/k/s/afghanistanreport2006.pdf> (Erişim Tarihi: 15.09.2010).

www.isaf.nato.int/ (Erişim Tarihi: 19.06.2007).

EKLER

EK 1 : Hasta Memnuniyet Anketi: Demografik Bilgiler

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Lütfen aşağıdaki sorularda size uygun şıkları daire içine alınız ve/veya noktalarla işaretlenmiş boşlukları tamamlayınız.

24	Anketin Doldurulduğu Tarih:/...../.....
25	Cinsiyetiniz a- Kadın b- Erkek
26	Yaşınız
27	Medeni haliniz a- Evli b- Bekar
28	Eğitim Durumunuz a- Okur Yazar Değil b- Okur Yazar c- İlkokul d- Ortaokul e- Lise f- Yüksekokul g- Üniversite
29	Mesleğiniz
30	Ortalama aylık gelir düzeyiniz
31	Sosyal Güvenceniz a- Var b- Yok

HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Sayın Bay/Bayan;

Sizlerin sağlık hizmetinden beklentilerinizi daha iyi anlamamızı hedefleyen aşağıda yer alan soruların, sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Vereceğiniz cevaplar hem bir bilimsel araştırmaya veri teşkil edecek, hem de ülkeniz sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla katkı sağlayacaktır.

İsminizi vermenize hiçbir şekilde gerek yoktur. Biz sadece aldığınız sağlık hizmetine ilişkin memnuniyetiniz ve bu memnuniyetinize sebep olan faktörlerin belirlenmesiyle ilgileniyoruz. Verdiğiniz cevaplar da tam bir gizlilik içerisinde tutulacaktır.

Birinci bölümdeki sorular burada almış olduğunuz sağlık bakımına yönelik görüşlerinizi almak içindir. İkinci bölümde ise benzer soruları bulacaksınız. Bunları da lütfen daha önce Afganistan'da herhangi bir yerel sağlık kuruluşundan sağlık bakımı aldıysanız bunu hatırlayarak cevaplayınız.

Vakit ayırarak ve anketi eksiksiz doldurarak bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

Dr. Banu ÖZTÜRK

BİRİNCİ BÖLÜM

Her satır için lütfen bir adet rakamı daire içine alınız.

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Doktorlar, tıbbi tahlil ve testlerin yapılma nedenlerini iyi açıklamaktadırlar.	1	2	3	4	5
2	Doktorun muayene odasında tam bir tıbbi bakım (muayene ve müdahaleyi) sağlayacak gerekli herşeyin bulunduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3	Aldığım tıbbi bakım oldukça mükemmel.	1	2	3	4	5

4	Bazen doktorlar, koydukları teşhislerin doğruluğu konusunda beni şaşırtıyorlar.	1	2	3	4	5
5	İhtiyacım olduğunda mali endişe yaşamadan tıbbi bakım alabileceğim güvenine sahibim.	1	2	3	4	5
6	Tıbbi bakım için başvurduğumda beni muayene ve tedavi ederken herşeyi dikkatlice kontrol ediyorlar.	1	2	3	4	5
7	Daha fazla tıbbi bakım için gücümün yetebileceğinden daha fazla ödemem gerekiyor.	1	2	3	4	5
8	İhtiyacım olan uzman doktora kolay erişim imkanı mevcuttur.	1	2	3	4	5
9	Tıbbi bakım aldığım yerde, insanların acil tıbbi tedavi almaları için çok uzun süre beklemeleri gerekir.	1	2	3	4	5
10	Doktorlar, bana karşı ilgisiz ve çok meşgulermiş gibi davranmaktadır.	1	2	3	4	5
11	Doktorlarımız beni son derece samimi ve kibar bir şekilde tedavi ettiler.	1	2	3	4	5
12	Bana tıbbi bakım sağlayanlar bazen beni tedavi ederken çok fazla aceleci davranıyorlar.	1	2	3	4	5

13	Bazen doktorlar söylediklerimi gözardı ediyorlar.	1	2	3	4	5
14	Beni tedavi eden doktorların becerileri hakkında bazı kuşkularım mevcut.	1	2	3	4	5
15	Doktorlar çoğunlukla bana bolca zaman ayırıyorlar.	1	2	3	4	5
16	Tıbbi bakım için randevu alabilmeyi çok güç buluyorum.	1	2	3	4	5
17	Aldığım tıbbi bakımın bazı noktalarıyla ilgili olarak pek memnun kalmadım.	1	2	3	4	5
18	Her ne zaman ihtiyacım olsa burada tıbbi bakım hizmeti alabilirim.	1	2	3	4	5
19	Tıbbi bakım alabileceğiniz çalışma saatleri pek çok kimse için uygundur.	1	2	3	4	5
20	Tıbbi bakım aldığım yere ulaşmak çok zaman alıyor.	1	2	3	4	5
21	Muayene sırasında veya sonraki tıbbi bakım sırasında hizmet veren diğer sağlık personeli işlerini iyi yapıyorlar.	1	2	3	4	5
22	Tüm sağlık hizmeti verenler mahremiyetimize, sağlık bilgi gizliliğimize son derece saygı gösteriyorlar.	1	2	3	4	5

23	Bu hastaneyi, tıbbi bakıma ihtiyacı olan çevremdeki başkalarına kesinlikle öneririm.	1	2	3	4	5
-----------	--	---	---	---	---	---

EK 3 : Hasta Memnuniyet Anketi: İkinci Bölüm

İKİNCİ BÖLÜM

32	Daha önce Afganistan Sağlık Bakanlığına ait (özel kuruluş olmayan, devlete ait) sağlık hizmeti veren herhangi bir birimden (hastane, sağlık ocağı, v.s.) sağlık bakım hizmeti aldınız mı? a- Evet b- Hayır
-----------	--

Eğer cevabınız "EVET" ise, lütfen aşağıdaki soruları bu sağlık hizmeti aldığınız kuruluşu ve aldığınız hizmeti hatırlamaya çalışarak cevaplayınız.

Her satır için lütfen bir adet rakamı daire içine alınız.

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33	Doktorlar, tıbbi tahlil ve testlerin yapılma nedenlerini iyi açıklamaktadırlar.	1	2	3	4	5
34	Doktorun muayene odasında tam bir tıbbi bakım (muayene ve müdahaleyi) sağlayacak gerekli herşeyin bulunduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
35	Aldığım tıbbi bakım oldukça mükemmel.	1	2	3	4	5
36	Bazen doktorlar, koydukları teşhislerin doğruluğu konusunda beni şaşırtıyorlar.	1	2	3	4	5
37	İhtiyacım olduğunda mali endişe yaşamadan tıbbi bakım alabileceğim güvenine sahibim.	1	2	3	4	5

38	Tıbbi bakım için başvurduğumda beni muayene ve tedavi ederken herşeyi dikkatlice kontrol ediyorlar.	1	2	3	4	5
39	Daha fazla tıbbi bakım için gücümün yetebileceğinden daha fazla ödemem gerekiyor.	1	2	3	4	5
40	İhtiyacım olan uzman doktora kolay erişim imkanı mevcuttur.	1	2	3	4	5
41	Tıbbi bakım aldığım yerde, insanların acil tıbbi tedavi almaları için çok uzun süre beklemeleri gerekir.	1	2	3	4	5
42	Doktorlar, bana karşı ilgisiz ve çok meşgulermiş gibi davranmaktadır.	1	2	3	4	5
43	Doktorlarımız beni son derece samimi ve kibar bir şekilde tedavi ettiler.	1	2	3	4	5
44	Bana tıbbi bakım sağlayanlar bazen beni tedavi ederken çok fazla aceleci davranıyorlar.	1	2	3	4	5
45	Bazen doktorlar söylediklerimi gözardı ediyorlar.	1	2	3	4	5
46	Beni tedavi eden doktorların becerileri hakkında bazı kuşkularım mevcut.	1	2	3	4	5
47	Doktorlar çoğunlukla bana bolca zaman ayırıyorlar.	1	2	3	4	5

48	Tıbbi bakım için randevu alabilmeyi çok güç buluyorum.	1	2	3	4	5
49	Aldığım tıbbi bakımın bazı noktalarıyla ilgili olarak pek memnun kalmadım.	1	2	3	4	5
50	Her ne zaman ihtiyacım olsa burada tıbbi bakım hizmeti alabilirim.	1	2	3	4	5
51	Tıbbi bakım alabileceğiniz çalışma saatleri pek çok kimse için uygundur.	1	2	3	4	5
52	Tıbbi bakım aldığım yere ulaşmak çok zaman alıyor.	1	2	3	4	5
53	Muayene sırasında veya sonraki tıbbi bakım sırasında hizmet veren diğer sağlık personeli işlerini iyi yapıyorlar.	1	2	3	4	5
54	Tüm sağlık hizmeti verenler mahremiyetimize, sağlık bilgi gizliliğimize son derece saygı gösteriyorlar.	1	2	3	4	5
55	Bu hastaneyi, tıbbi bakıma ihtiyacı olan çevremdeki başkalarına kesinlikle öneririm.	1	2	3	4	5

TEŞEKKÜRLER