

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

HASTANE HİZMET KALİTESİNİN ENGELLİ
BİREYLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ-
İZMİR İLİ ÖRNEĞİ

Ali HİSAR

Danışman
Prof.Dr.Semra AYTUĞ

İZMİR-2019

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Hastane Hizmet Kalitesinin Engelli Bireyler Tarafından Değerlendirilmesi-İzmir İli Örneği**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

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

Ali HİSAR

İmza

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Hastane Hizmet Kalitesinin Engelli Bireyler Tarafından Değerlendirilmesi-

İzmir İli Örneği

Ali HİSAR

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, ülkenin ekonomik gelişmişliği, teknolojiye meydana gelen değişimler ve toplumun beklentileri gibi birçok faktör ile ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde toplumlar sağlık hizmetlerinde kalite kavramına büyük önem vermekte ve bu şekilde beklentileri gelişmektedir.

Engelli bireyler açısından sağlık hizmetlerinde kalite kavramı normal bireylere göre daha önemli bir yere sahiptir. Zira engelli bireylerin sağlık kurumlarında geçirdikleri zaman, normal bireylere oranla çok daha fazladır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması en çok engelli bireyleri etkilemektedir. Bu çalışmada İzmir Çiğli Bölge Eğitim Hastanesine başvuran engelli bireylerin hastane hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiklerine yönelik anket uygulaması yapılmıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, engelli vatandaşların Çiğli Bölge Hastanesinin genel hizmet kalitesini yüksek oranda iyi veya çok iyi olarak değerlendirdiği, araştırmada belirlenen hizmet düzeyleri bazında katılımcıların olumlu görüşlerinin yüksek olduğu, demografik veriler ile karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, hizmet düzeyleri bazında herhangi bir hizmet düzeyinde yaşanan değişimin diğer hizmet düzeylerini de etkilediği görülmüştür. Bu doğrultuda hastane hizmet kalitesini bir bütün olarak değerlendirerek, ölçekte bulunan ifadelerin tamamında bundan sonra ki dönemde aynı düzeyde ve kalitede hizmete devam edilmesi gerektiği ortaya çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Engelli, Sağlık Hizmetleri, Kalite.

ABSTRACT

Master's Thesis

Personnel Cost Measurement of Hospital Service Quality-Izmir Province Case

Ali HİSAR

University Of Dokuz Eylül

Graduate School Of Social Sciences

Department Of Business Administration

Hospital And Healthcare Organization Management Program

The improvement of quality in health care is associated with many factors, such as the economic development of the country, changes in technology and the expectations of society. In the developed countries, societies attach great importance to the concept of quality in health care and thus improve their expectations.

The concept of quality in health care in relation to disabled people has a more important place than normal people. Because when disabled people spend in health institutions, they are much more than ordinary people. For this reason, increasing the quality of Health Services has the greatest impact on disabled people. In this study, a survey was conducted to assess the quality of hospital service quality of Disabled Persons who applied Izmir Çiğli Regional Education hospital.

According to the results of the research the overall service quality of the Çiğli Region hospital of the disabled citizens is Very high or very good, and the positive views of the participants on the basis of the research identified service Levels high. In this context, it was found that all statements on the scale in time should from now on serve at the same level and the same quality by assessing the quality of hospital service as a whole.

Keywords: Disability, Health Care, Quality.

HASTANE HİZMET KALİTESİNİN ENGELLİ BİREYLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ-İZMİR İLİ ÖRNEĞİ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
EKLER LİSTESİ	xii

GİRİŞ	1
-------------	---

BİRİNCİ BÖLÜM

ENGELLİLİK KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.ENGELLİLİK KAVRAMSAL İNCELEME	3
1.1.Engelli Tanımı	3
1.2.Engelli Modelleri	4
1.2.1.Medikal Model.....	5
1.2.2.Sosyal Model	6
1.3.Engelliliğin Sınıflandırılması.....	7
1.3.1. ICIDH (Uluslararası Bozukluk, Engellilik ve Handikap Sınıflandırması).....	8
1.3.2. ICF (Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması)	9
1.4.Engellilik Çeşitleri	12
1.4.1.Zihinsel Engelliler.....	13
1.4.2.Görme Engelliler.....	13
1.4.3.İşitme ve Konuşma Engelliler.....	14
1.4.4.Ortopedik Engelliler.....	14
1.4.5.Diğer Engelliler.....	14
1.5. Dünyada ve Türkiye’de Engelli Nüfusu ve Engelli Oranları.....	15
1.6.Engellilik ve İnsan Hakları	18
1.6.1.İtibar.....	19
1.6.2.Özerklik.....	20
1.6.3.Eşitlik	20
1.7. Türkiye’de Engellilere Yönelik Yasal Düzenlemeler	21

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	22
2.1.Kalite Tanımı	22
2.2. Kalite Kavramının Tarihi Gelişimi	23
2.3.Toplam Kalite Yönetimi Kavramı	25
2.4.Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	26
2.4.1. Müşteri Odaklılık	26
2.4.2. Tam Katılım	28
2.4.3.Önce İnsan Anlayışı	28
2.4.4.Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu	29
2.5.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	30
2.6.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	32
2.6.1.Etkenlik	34
2.6.2.Etkililik	34
2.6.3.Verimlilik.....	34
2.6.4.Optimallik	34
2.6.5.Kabul Edilebilirlik.....	34
2.6.6.Yasallık	35
2.6.7.Hakkaniyet	35
2.7.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi.....	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli	37
3.2.Evren Ve Örneklem	37
3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.4.Veriler Toplama Araçları Ve Hizmet Kalite Ölçeği	37
3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi	39

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	40
4.2.Katılımcıların Hizmet Kalitesi Ölçeğinde Bulunan Hizmet Kalite Düzeyleri Doğrultusunda Belirlenen İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımları.....	46
4.2.1. Katılımcıların Somut Özellikler İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları	46
4.2.2. Katılımcıların Güvenilirlik İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları...	47

4.2.3. Katılımcıların Cevap Verebilme İle İlgili İfadeler Verdiği Cevapların Dağılımları	47
4.2.4. Katılımcıların Güvence İle İlgili İfadeler Verdiği Cevapların Dağılımları	49
4.2.5. Katılımcıların Empati/İletişim İle İlgili İfadeler Verdiği Cevapların Dağılımları	50
4.3. Hizmet Kalite Düzeylerine İlişkin Bulguların Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) İle İncelenmesi	51
4.3.1. Hizmet Kalite Düzeyleri İle İlgili Cevapların Ortalamaları	51
4.3.2. Hizmet Kalite Düzeylerinin Demografik Verilerle Karşılaştırılması	52
4.3.2.1.Yaş Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	52
4.3.2.2.Cinsiyet Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
4.3.2.3.Eğitim Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	54
4.3.2.4.Medeni Durum Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	55
4.3.2.5.Çocuk Sahibi Olma Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	56
4.3.2.6.Meslek Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	57
4.3.2.7.Ailenin Ortalama Geliri Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	58
4.3.2.8.Özel Sağlık Sigortası Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	59
4.3.2.9.Daha Önce Hastanede Yatma ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	60
4.3.2.9.Daha Önce Çiğli Bölge Hastanesinde Yatma ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	61
4.3.2.10. Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	63
4.3.2.11. Tavsiye Etme ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	64
4.3.2.12. Genel Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması	65
4.3.3. Hizmet Kalite Düzeylerinin Korelasyon Analizi İle İncelenmesi	66
SONUÇ	68
KAYNAKLAR	75

KISALTMALAR

EUROSTAT : Avrupa İstatistik Kurumu

ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health
(Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması)

ICIDH : International Classification of Impairments, Disabilities and
Handicaps (Uluslararası Bozukluk, Engellilik ve Handikap
Sınıflandırması)

OSSATE : One-Stop-Shop for Accessible Tourism in Europe

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : World Health Organizations (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: ICF'e Genel Bakış	9
Tablo 2: Aktiviteler ve Katılım: Bilgi Matriksi	10
Tablo 3: Türkiye'de Yaşayan Engelli Bireylerin Yaş, Eğitim Durumu, Yerleşim Yeri ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	17
Tablo 4: Yaş Değişkenine Yönelik Bulgular	40
Tablo 5: Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular	40
Tablo 6: Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	41
Tablo 7: Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular.....	41
Tablo 8: Çocuk Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	41
Tablo 9: Mesleğe İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 10: Ailenin Aylık Gelirine İlişkin Bulgular	42
Tablo 11: Özel Sağlık Sigortasına İlişkin Bulgular	43
Tablo 12: Daha Önce Herhangi Bir Hastanede Yatıp Yatmadığına İlişkin Bulgular.....	43
Tablo 13: Daha önce Çiğli Bölge Hast. Yatıp Yatmadıklarına İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 14: Hastaneyi Seçme Nedenlerine İlişkin Bulgular	44
Tablo 15: Hastaneyi Yakınlarına Tavsiye Edip Etmeyeceklerine İlişkin Bulgular ..	45
Tablo 16: Hastanede Verilen Hizmetlerin Genel Anlamda Nasıl Değerlendirildiğine İlişkin Bulgular	45
Tablo 17: Somut Özelliklere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımları	46
Tablo 18: Güvenilirlik İle İlgili Verilen Cevapların Dağılımları	47
Tablo 19: Cevap Verebilme İle İlgili İfadeler Verilen Cevapların Dağılımları	48
Tablo 20: Güvence İlgili İfadeler Verilen Cevapların Dağılımları	49
Tablo 21: Empati/İletişim İlgili İfadeler Verilen Cevapların Dağılımları.....	50
Tablo 22: Hizmet Kalite Düzeyleri ile İlgili Ortalamalar	51
Tablo 23: Yaş ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	52

Tablo 24: Cinsiyet ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	53
Tablo 25: Eğitim ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	54
Tablo 26: Medeni Durum ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	55
Tablo 27: Çocuk Sahibi Olma ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	56
Tablo 28: Meslek ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	57
Tablo 29: Ailenin Ortalama Geliri ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	58
Tablo 30: Özel Sağlık Sigortası ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	59
Tablo 31: Daha Önce Hastanede Yatma ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	60
Tablo 32: Daha Önce Çiğli Bölge Hastanesinde Yatma ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	61
Tablo 33: Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	63
Tablo 34: Tavsiye Etme ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular...	64
Tablo 35: Genel Hizmet Kalitesi ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	65
Tablo 36: Korelasyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kalite Anlayışının Gelişimi.....	24
Şekil 2: Kaizen Yönetim Şemsiyesi	27
Şekil 3:Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri	32
Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	33



EKLER LİSTESİ

Ek 1: Anket Formu Ek s.1

Ek 2: Özgeçmiş Ek s.5



GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, geçmişten günümüze kadar insanlık açısından en fazla önem verilen konuların başında gelmektedir. Zira barınma, beslenme ve güvenlik gibi ihtiyaçların tamamının bir şekilde sağlıklı yaşamak ile ilgili bulunmaktadır. İnsanlık en küçük bir sağlık probleminde bile yeni arayışlar ve tedavi yöntemleri geliştirmek için çabalamıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, sosyal devlet ilkesini benimsemiş olan bütün devletlerde üzerinde fazlasıyla durulan konuların başında gelmektedir. Günlük yaşamlarını sorunsuz ve sağlıklı bir şekilde geçirmek isteyen bireylerin tamamı, kendilerine sunulan sağlık hizmetinin arzu edilen seviyede ve kalitede olmasını talep etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda daha kaliteli hizmet verilmesi, aynı zamanda sağlık hizmeti maliyetini artırmakta, bu konuda politikalar üretenler için baskı oluşturmakta ve sağlık harcamaları en nihayetinde bireylerin sağlık ödemelerini etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri sunumunda kalitenin artışı bireyler açısından gerek sağlık harcamalarının azalması noktasında, gerekse daha isabetli bir sağlık hizmeti alınması noktasında fayda sağlayacağı gibi, sağlık hizmeti kalitesinin düşük olması da ihmal veya kusur sonucunda bireylerin geri dönüşü olmayan zararlar görmesine neden olabilmektedir. Sağlıkta kalitenin artırılmasının sağlık harcamalarını artıracacağı gibi bir maddi gerçek bulunmasının yanında, kalitenin düşük olması sonucunda maddi zararlardan çok daha fazlasının gerçekleşme ihtimalinin bulunması sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli yüksek tutulması gerekliliği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır.

Engellilik durumu eski tarihlerden bugüne kadar insanlık açısından önemli bir sorun olarak kendini göstermektedir. Geçmiş tarihlerde engellilik durumunun verdiği sağlık sorununun yanında toplumda engellilere karşı tutum ve davranışlar da engellilerin yaşamlarını oldukça zorlaştırmıştır. Zira engellilere yönelik dini ve toplumsal yargılar gereği şeytan, uğursuz, ceza vb. yaklaşımlar engellilerin aşağılanmalarına ve katledilmelerine neden olmuştur. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin son derece geliştiği günümüzde ise gelişmiş ülkelerde engelli bireyler açısından birçok sosyal çalışma yürütülmektedir. Bu çalışmaların başında

sağlık hizmetlerinde engellilere yönelik pozitif ayrımcılık uygulamaları göze çarpmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasından etkilenecek en önemli kesim engellilerdir. Zira hayatlarının bir bölümü sürekli sağlık kuruluşlarında geçen engelliler için beklide en önemli hususu kaliteli bir sağlık hizmeti alınmasıdır. Bu doğrultuda çalışmanın konusu “Hastane Hizmet Kalitesinin Engelli Bireyler Tarafından Değerlendirilmesi-İzmir İli Örneği” dir.

Çalışmanın birinci bölümünde engellilik kavramı ayrıntılı olarak ele alınmış olup; engelliliğin tanımı, tarihçesi ve engellilik çeşitleri gibi temel konularda açıklamalar yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde hizmet kalitesi kavramı ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramları ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemi ve özellikleri konularında ayrıntılı değerlendirmeler yapılmıştır.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise İzmir ili Çiğli Bölge Eğitim Hastanesine başvuran engelli bireylerin hastane hizmet kalitesini nasıl değerlendirdiklerine yönelik anket uygulaması yapılmış ve elde edilen veriler doğrultusunda sonuca ulaşılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ENGELLİLİK KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.ENGELLİLİK KAVRAMSAL İNCELEME

1.1.Engelli Tanımı

Engel insanın bir parçasıdır. Aynı zamanda herkes hayatının belli bir bölümünde kalıcı ya da geçici eksilmekte ve ileri yaşa kadar yaşamını sürdüren kişilerde fonksiyonlarını yerine getirmede zorluklar artmaktadır (World Health Organization, 2011a:3). Engellilik ile ilgili birbirinden farklı tanımlama ve farklı görüşler mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 yılında yayınlamış olduğu engelli raporuna göre engellilik karmaşık, dinamik, çok boyutlu şekilde tartışılabilmektedir (World Health Organization, 2011a: 3). Engelli tanımlamalarını inceleyecek olursak birçok tanımlama karşımıza çıkmaktadır. Birleşmiş Milletlerin 2006 yılında yapmış olduğu engelli haklarına ilişkin sözleşmenin 1. fıkrasında engelli; çeşitli engellerle etkileşim içinde olan, diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri kapsamaktadır (United Nations, 2006). “Engelli Amerikalılar Yasası”nda [American Disability Act (ADA)] ise engelli olan birey şöyle tanımlanır; bir ya da birden çok yaşamsal aktiviteyi yapmayı kısıtlayan fiziksel ya da zihinsel engeli olan, geçmişte bu tür bir engele sahip olmuş ya da diğer insanlar tarafından bu tür bir engeli olduğu algılanan kişidir (ADA, 2009: 1). İngiltere’de yayınlanan “Engellilik ve Eşitlik Yasası”na [Disability Discrimination Act (DDA)] göre ise engelli; bir fiziksel veya zihinsel engeli olan kişidir. Bu engelin günlük faaliyetleri gerçekleştirmek için kendi yetenekleri üzerinde önemli ve uzun vadeli olumsuz etkileri vardır (DDA, 2010). Ülkemizde ise Resmi Gazete’de 18/12/2008 tarihinde yayınlanmış, 5825 sayılı kanun olan Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme’nin 1. maddesinde engelli kavramı “diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler” olarak açıklanmıştır (Resmi Gazete, 2008). Engelli

kavramını inceleyebilmemiz için öncelikle engelli modellerine ve engelli sınıflandırmalarına bakmamız gerekmektedir.

1.2.Engelli Modelleri

Engelli kavramını incelediğimizde farklı kuramsal yaklaşımların ortaya atıldığı görülmektedir. Bu kuramlar medikal (tıbbi) model ve sosyal model olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir (Buhalis ve Darcy, 2011: 23). Bu iki modeli incelemeden önce engelliliğe ilişkin en eski model olan moral modelinin (ahlaki model) incelenmesi gerekmektedir.

Moral modeli, engelliğin ilk ve en eski modelidir. Bu modele göre engellilik içsel kötülük veya ahlaksızlık bulgusu olarak algılanmakta, bireyin kendisine ve ailesine utanç vermektedir (Sachs, 2012). Mitolojik dönemler incelendiğinde batılılaşmamış toplumlarda engelli bireylerin dışlandığı, toplumdaki saklandığı, kötüye kullanıldığı ve ailedeki engelli bireylerin öldürüldüğü öne sürülmüştür (Parmenter, 2008: 125). Daha sonraki dönemlerde de anormal dış görünümle doğan insanlar komik ve gülünç bulunmaktadır. Bu dönemlerde birçok engelli insan üzerinde araştırmalar yapılmış ve bu insanların şeytanın ve şeytani güçlerin kökeni olduğuna inanılmıştır. Bu tip engelli fertler korku veya alay ile tedavi edilmeye çalışılmıştır (Parmenter, 2008: 125). Bu bakış açısı engelli bireylere yaklaşımları değiştirmiş ve farklı ülkelerde çeşitli uygulamalara neden olmuştur. Örneğin, II. Dünya Savaşı sırasında Hitler yönetimindeki Almanya'nın 240.000 engelliyi ölümcül iğne denemelerinde ve aç bırakmak sureti ile öldürdüğü bilinmektedir (Mitchell ve Snyder, 2003:859). Amerika Birleşik Devletlerinde ise bazı eyaletlerde 1960 sonlarına kadar engellilerin engellerini saklamadıkları takdirde halka açık yerlerde bulunması yasaklanmıştır (Imrie, 1996:15).

Moral modeli dışında, 1800'lü yılların ortalarından başlayarak 1970'li yılların başlarına kadar süregelen ve engellilere ilişkin tutumların gözlenmesi noktasında anlam kazanan bir diğer önemli yaklaşım ise medikal modeldir (Özgökçeler ve Alper, 2010: 37).

1.2.1. Medikal Model

II. Dünya savaşı sonrası medikal teknolojisinin ilerlemesi ile travmatik sakatlıklar veya ölümcül yaralar almış engelli insanların tedavisi hız kazanmıştır (Buhalis ve Darcy, 2011: 24). Medikal avantajlar, teknoloji, sağlık sigortalarının ve genel yaşam standartlarının yükselmesi sayesinde daha önceden engelleri yüzünden hayatını kaybetmiş kişilere engellilikten kurtulma konusunda daha çok imkan ve destek sağlamıştır (Smart ve Smart, 2006: 29). Medikal anlamda ilerleme bilim adamlarına engellileri anlama konusunda katkılar sağlamış ve medikal model ortaya çıkmıştır. Bu model zaman içerisinde bilimsel metod olarak yer etmiş ve engelliliğin anlaşılmasına şekil vermiştir (Smart ve Smart, 2006: 30).

Medikal model incelendiğinde engellilik; psikolojik, fizyolojik ve anatomik yapı ve işlevin kaybı veya anormallığıdır (Buhalis ve Darcy, 2011: 24). Dünya Sağlık Örgütü'nün (2001) yayınlamış olduğu raporda medikal model; hastalık, travma veya diğer sağlık şartlarının sebep olması sonucu ortaya çıkan durumun profesyoneller tarafından bireysel tıbbi bakım sağlanmasının gerektirdiği engellilik modeli olarak tanımlanmaktadır. Engelliliğin yönetimi tedavi veya bireysel düzelme ve davranışların değişmesi ile mümkündür (Dünya Sağlık Örgütü, 2001: 20). Medikal model ile ilgili tanımlamalar ve araştırmalar incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü'nün 1980 yılında açıklamış olduğu "Uluslararası Bozukluk, Engellilik ve Handikap Sınıflandırması" [International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)] isimli engelli bireylerin sınıflandırılmasına ilişkin grupta yakın görüşe sahip olduğu görülmektedir. Bu model engelliğin nedenini ilk olarak bireysel daha sonra ise fonksiyonel eksiklik veya fiziksel kayıplardan kaynaklandığını varsayarak açıklamaktadır (Oliver, 1996: 32). Medikal modele göre engel engelli bireyin bedenindedir (Yenişehirlioğlu, 2013:26). Bu modelin odak noktasını engellilik ya da bir başka tabirle engelli insanların fiziki ve biyolojik durumu oluşturmaktadır (Patır, 2012:14).

Medikal model sosyal adalet konusunda sessiz kalan bir yapıya sahiptir (Smart ve Smart, 2006: 30). Medikal model geleneksel batı toplumunda engelli bireyi belirli normlarla tanımladığı için çağdaş bilim adamları tarafından tercih edilmemektedir (Areheart, 2008: 185). Medikal görüş engelli insanlara sosyal sınırlılıklar koyduğu için 1970'lerin sonunda ve 1980'lerde medikal modele eleştiri olarak sosyal model ortaya çıkmıştır (Hughes ve Paterson, 1997: 328, Buhalis ve Darcy, 2011: 22).

1.2.2.Sosyal Model

Geçmiş dönemlerde sosyolojinin insan vücudunu keşfetmesine rağmen yapılan çalışmalarda engelliliğin sosyolojik boyutuna yer verilmemiştir (Hughes ve Paterson, 1997: 326-327). Medikal egemenliğin ve biyo-fiziksel düşüncenin ön plana çıktığı epistemolojik dünyada engelli sosyolojisinin gözden kaçtığı aşıkardır (Hughes ve Paterson, 1997: 326-327). 1970'lerin başları itibariyle engelliler için sosyal yaklaşımlar ortaya çıkmış, engelli çalışmaları olarak anılmaya başlayan bir grup sosyal yaklaşım engelli teorilerini geliştirmiştir (Buhalis ve Darcy, 2011: 22, Finkelstein, 1996: 1).

Sosyal model, medikal modele göre günümüz insanının engelliliğini daha iyi ve daha kapsamlı açıklamaktadır (Smart ve Smart; 2006: 34). Sosyal modelin açık bir şekilde dile getirdiği bakış açısı engelli insanların deneyimleriyle örtüştüğü için bu kişiler tarafından daha çok kabul edilmiştir (Oliver, 1996: 31, Finkelstein, 1996: 1). Sosyal model, engelli bireye ait engelliliği toplumsal hayata katılımını önleyen davranışsal, sosyal ve çevresel engellerin tamamı olarak görmektedir. Bu model, engellilerin karşısında bu bariyerlerin kalkmasıyla, onlara da diğerleri gibi aynı yaşam şartlarının sunulabileceğini savunur. Bu modelin kuvvetli tarafı toplumun engellilere karşı tutumuna odaklanmasında yatmaktadır (Darcy ve Pegg, 2011:470). Sosyal modele ait tanımlama engelliliğin sosyal yönden inşa edilmiş doğasını ve mahrumiyetin sonuçlarını yansıtmaktadır. Mahrumiyetin derecesi, bozukluğun türü ve bireyin bütün alanlarda ihtiyaç duyduğu desteğe göre ortaya çıkmaktadır (Buhalis ve Darcy, 2011: 27).

Sosyal model ile ilgili kuramsal çerçeve incelendiğinde sosyal modelin engelliliğin biyolojik olmayan yanını incelediği görülmektedir (Hughes ve Paterson, 1997: 330). Sosyal model engelliliğe sosyal boyuttan ve insanın farklılığından dolayı ortaya çıkan bozulmaları önemseyerek bakmaktadır (Buhalis ve Darcy, 2011: 27). Sosyal modelin ana konusu engelliliğin sosyal olarak yaratılmış bir problem oluşu ve bireyin sosyal çevreye entegrasyonudur (World Health Organization, 2001: 20). Sosyal modelin bileşenleri incelendiğinde sosyal modelin bozukluğa sahip bireyi engelli bir bireye, engelli bir bireyi de topluma entegre olmuş bireylere dönüştürdüğü görülmektedir (Buhalis ve Darcy, 2011: 27).

Medikal ve sosyal model engelliliğe farklı bakış açılarıyla yaklaşmaktadır. Günümüzde kabul görmüş Dünya Sağlık Örgütü engelliliğinin sınıflandırılması için belirlenmiş olan “Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması” [International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)] isimli sınıflandırmada bu iki farklı bakış açısını birleştirerek biyo-psikososyal modeli benimsemektedir. Bu model engelliliğe biyolojik, bireysel ve sosyallik gibi farklı perspektiflerden bakmaktadır (World Health Organization, 2001: 20).

1.3.Engelliliğin Sınıflandırılması

Farklı yer ve zamanlarda egemen dünya görüşü engelliliğin toplumsal bağlamdaki pozisyonunu etkilemiştir (Buhalis ve Darcy, 2011: 21). Yalnız bizim dilimizde değil diğer birçok dilde de engelli ve engellilik anlamına gelen birden fazla sözcük bulunmaktadır. Örneğin Türkçede genel düzeyde engelli, özürlü, sakat sözcükleri aslında aralarında anlam farkları olduğu halde aynı anlama gelmek üzere kullanılmaktadır (Arıcı, 2010: 13). Bu farklılığı anlayabilmemiz için engelli sınıflandırmalarını incelememiz gerekmektedir.

Engelli sınıflandırmalarına ilişkin literatür incelendiğinde iki sınıflandırma genel olarak kabul görmektedir. Bunlardan ilki 1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanan ICIDH, ikincisi ise 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütüne ait raporda yer alan ICF sınıflandırmasıdır. Engelliliğe ilişkin

sınıflandırmalar engelli modellerini anlamamız konusunda da önemli bir noktadadır. Engelli modelleri incelendiğinde medikal modelin ICIDH sınıflandırmasına daha uygun olduğu, sosyal modelin ise ICF sınıflandırması ile ortak paydalara sahip olduğu görülmektedir. Bu bölümde dünya genelinde kabul görmüş ICIDH ve ICF sınıflandırmalarına yer verilmiştir.

1.3.1. ICIDH (Uluslararası Bozukluk, Engellilik ve Handikap Sınıflandırması)

1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporda ICIDH olarak literatürde yer alan uluslararası bozukluk, engellilik ve handikap sınıflandırması kuramsal çerçevede üç ana başlıkta açıklanmıştır.

- **Bozukluk:** Psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapının eksik ya da anormal olmasıdır. Bozukluğun organlar düzeyinde veya sistem fonksiyonlarında meydana geldiği nitelendirilmiştir. Bozukluğun kabul edilebilmesi için mental durumun ve vücudun fiziksel fonksiyonlarının ve onun parçalarının kabul edilebilir standartların dışında olması gerekmektedir (World Health Organization, 1980: 14).
- **Engellilik:** Yeteneklerin etkin şekilde yerine getirilmesinde sınırlama ya da eksiklik (bozulma sonucu oluşan) olmasıdır. Engellilik fonksiyonel performansın veya aktivitenin ve limitlerin bireysel bütünlüğü etkilemesi olarak nitelendirilmiştir (World Health Organization, 1980: 14).
- **Handikap:** Bozukluk veya engel sonucunda normal insan davranışlarını yerine getirmede bireysel olarak dezavantajların olmasıdır. Handikap bireyin sosyal varlık oluşuna ve adapte olduğu çevre ile etkileşimine odaklanmıştır (World Health Organization, 1980: 15).

Bu tanımlamalar incelendiğinde bozukluk kavramı bireyin fiziksel veya kavramsal kısıtlamalarıyla ilgili olarak kayıplarına odaklanmıştır. Benzeri bir şekilde engellilik tanımının yetenek mahrumiyetine ve bu yüzden ortaya çıkan

bireysel kayıplara veya onların trajedilerine odaklandığı görülmektedir (Buhalis ve Darcy, 2011: 22).

1.3.2. ICF (Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması)

ICIDH sonrası dönemlerde Dünya Sağlık Örgütü tarafından engelliliğe ilişkin sınıflandırmalar çeşitli tarihlerde revize edilmiş, 2001 yılında Cenova’da gerçekleştirilen toplantı sonrası yayınlanan rapor ile günümüzde kullanılan halini almıştır. Raporda sınıflandırma fonksiyonellik, engellilik ve sağlık adı altında yapılmış ve ICF olarak literatürdeki yerini almıştır. ICF insan yapısını bireysellik ve sosyallik olarak temelde iki şekilde açıklamıştır: Bunlar; “insan vücuduna ait fonksiyonlar” ve “yapı ile aktiviteler ve katılımcılık”tır (World Health Organization, 2001: 3). Bunlara ek olarak raporda ikinci bir bölüme yer verilerek çevresel ve kişisel faktörlerin bağlamsal etkilerine de yer verilmiştir. Bütün bölümler incelenirken bölümlerin pozitif ve negatif görüşleri de ele alınmıştır (World Health Organization, 2001: 10).

Tablo 1: ICF’e Genel Bakış

	1. Bölüm Fonksiyonellik ve Engellilik		2. Bölüm Bağlamsal Faktörler	
Bileşenler	Vücut Fonksiyonları ve Yapıları	Aktiviteler ve Katılım	Çevresel Faktörler	Bireysel Faktörler
Alanlar	- Vücut Fonksiyonları - Vücut Yapıları	Yaşam Alanları	Fonksiyonelliğin ve Engelliğin dış etkileri	Fonksiyonelliğin ve Engelliliğin iç etkileri
Yapıları	- Vücut Fonksiyonlarının Değişmesi - Vücut Yapısının Değişmesi	- Kapasite - Standart çevrede görevleri yürütebilme - Kendi çevresinde görevlerini yürütebilme	Fiziksel, sosyal ve dünya tutumunun kolaylaştırması veya engellemesi	Kişisel özelliklerin etkileri
Pozitif Görüş	Fonksiyonel ve yapısal bütünlük	Aktivitelere katılım	Kolaylaştırıcılar	Uygulamanın olmaması
	Fonksiyonlar	Fonksiyonlar		
Negatif Görüş	Bozukluklar	Aktivitelerin ve katılımın kısıtlı olması	Bariyerler ve engellemeler	Uygulamanın olmaması
	Engellilik			

Kaynak: World Health Organization, 2001: 11

Raporda ICF’ye genel bakış Tablo 1.1’de gösterilmiştir (World Health Organization, 2001: 11). Tablo’nun 1. bölümü fonksiyonellik ve engellilik ile ilgili olup 2. bölümde bağlamsal faktörler ana başlıklarıyla açıklanmıştır. ICF’i

daha iyi anlayabilmek için bu bölümler detaylı şekilde ele alınmalıdır. 1. bölümün ilk sınıflandırması vücut fonksiyonları ve yapılarına aittir. Raporda bahsi geçen vücut insan organizmasının bütünüdür. Bundan dolayı beyin ve fonksiyonlarını da içermektedir. Mental (veya psikolojik) fonksiyonlar bu nedenle vücut fonksiyonlarına dahil edilmiştir. Bu açıklamadan da anlaşıldığı gibi vücut fonksiyonları ve yapısı sadece organları içermemektedir (World Health Organization, 2001: 12). Bozukluklar toplum tarafından kabul edilen standartlarda meydana gelen sapmaları temsil etmektedir. Bozukluklar geçici olabileceği gibi kalıcı olarak ilerleyen, gerileyen veya sabit aynı zamanda kesik kesik yaşanan ve sürekli olabilir. Bozukluk bir hastalığı bireysel bir sağlık sorununu işaret etmemektedir. ICF bozulmalar ile ilgili bir kriter belirlemiştir. Bu kritere göre bozulma; kayıt veya eksiklik, azalma, ilave veya aşırı durum ve sapma olarak sınıflandırılmıştır. Yapısal bozulmalar anormallik, hasar oluşmasına veya önemli sapmaların yaşanmasına yol açmaktadır. Çevresel faktörlerin ışık, ses, dikkat dağıtıcı uyarıcılar gibi etkileşimlerle vücut fonksiyonlarını etkilediği belirlenmiştir. 1. bölümün ikinci sınıflandırması ise aktiviteler ve katılım ile ilgilidir. Aktiviteler ve katılım ile ilgili bileşenler raporda hayatın bütün alanlarını kapsayan bir liste halinde verilmiştir (World Health Organization, 2001: 12-13). Aktiviteler ve katılım ile ilgili bileşenler Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Aktiviteler ve Katılım: Bilgi Matrisi

Başlıklar		Nitelendiriciler	
		Performans	Kapasite
D1	Bilgiyi öğrenmek ve uygulamak		
D2	Genel görevler ve talepler		
D3	İletişim		
D4	Hareketlilik		
D5	Kişisel bakım		
D6	Yerel yaşam		
D7	İnsanlar arası etkileşim ve ilişkiler		
D8	Başlıca yaşam alanları		
D9	Topluluk, sosyal ve sivil hayat		

Kaynak: World Health Organization, 2001: 14

Tablo 2’de nitelendiriciler başlığı altında yer alan performans bireyin şimdiki çevresinde yaptıklarını değerlendirmektedir. Çünkü şimdiki çevre toplumsal yapının şartlarını ayrıca bireyin yaşadığı gerçek şartları ifade etmektedir. Kapasite ise bireysel yeteneğin bir görev veya yeteneği yerine getirilmesini açıklamaktadır. Kapasite’de bireyin en yüksek fonksiyon seviyelerinde iken başlığı verilen zamanda yapabilirliği kastedilmektedir. Kapasite bireyin bütün yeteneğinin değişen çevre koşullarının yaratmış olduğu etkileri standart hale getirerek etkisizleştirebilmesine değer biçmektedir. Performans ve kapasite nitelendirmeleri yapılırken birey ilaveten yardımcı araç veya kişisel yardım kullanabilir veya kullanmayabilir. Ne yardımcı araç ne de kişisel yardım, bozuklukları yok etmez, belki özel konulardaki fonksiyonlar ile ilgili limitleri ortadan kaldırabilir (World Health Organization, 2001: 14-15).

Tablo 1’de yer alan 1. bölüme ait sınıflandırmaların açıklanması ICF’i anlamamız konusunda yeterli değildir. Fonksiyonellik ve engellilik faktörlerine ek olarak bu konuyu etkileyen bağlamsal faktörlerde ele alınmalıdır. Bu bağlamsal faktörler bireyin hayatının ve yaşamın perde arkası ile alakalıdır. Bağlamsal faktörler; çevresel faktörler ve bireysel faktörler olmak üzere iki ana başlık altında toplanmıştır (World Health Organization, 2001: 16).

Çevresel faktörler insanların yaşadığı ve yaşamlarını sürdükleri çevrenin fiziksel ve sosyal yapısı ile toplumun tutumsal durumundan oluşmaktadır. Bu faktörler bireyin dışa dönüklüğü ile ilgilidir. Aynı zamanda bu faktörler bireyin sosyal hayattaki performansı, bir görevi ya da hareketi yerine getirmedeki kapasitesi veya bireyin vücut fonksiyonlarının veya yapısının kapasitesine bağlı olarak olumlu ya da olumsuz etkiler bırakabilir. Çevresel faktörler bireysel ve toplum yapısı olmak üzere iki konuya odaklanmıştır. Bireysel çevre faktörleri bireyin okul, iş yaşamı ve özel hayatını içermektedir. Bu bölüm bireyin gerek yalnızken gerekse ailesi, tanıdıkları, grup üyeleri ve yabancılarlayken karşılaşmış olduğu fiziksel ve maddesel çevresel özellikler ile ilgilenmektedir. Toplumsal çevre faktörleri ise bireyin iletişim ve sosyallikteki resmi ya da resmi olmayan sosyal yapısının, verilen hizmetin ve yaklaşımların bireye etkisi ile ilgilidir. Bu bölüm bireyin iş hayatındaki ilişkileri, iletişim aktiviteleri, devlet güvenceleri,

iletişim ve ulaşım hizmetleri, resmi olmayan sosyal sistem ile ilgilendiği kadar yasalar, yönetmelikler, resmi ya da resmi olmayan kurallar, tutumlar ve ideolojilerle ilgilenmektedir (World Health Organization, 2001: 16-17).

Bireysel faktörler ise bireyin i dünyası ile ilgili olup bireyin hayatının, yaşamının ve sağlık durumu ile ilgili olmayan özelliklerinden oluşmaktadır. Bu faktörler cinsiyet, ırk, yaş, diğer sağlık problemleri, kondisyon, yaşam şekli, alışkanlıklar, yetişme tarzı, özendiği yaşam, sosyal altyapı, eğitim, meslek, şimdiki ve geçmişteki deneyimler, davranış ve karakter gibi konuları içermektedir (World Health Organization, 2001: 17).

2001 yılında Dünya Sağlık rgtnn yayınlamış olduğu raporda ICF'in açıklanmasına önem verilmiştir. Raporda ICF'in bir model olmadığı bir sınıflandırma aracı olarak farklı durum ve konularda açıklayıcı bir harita özelliği taşıdığı belirtilmiştir (World Health Organization, 2001: 18). Bu sınıflandırmaların yapılması ile sağlıkta ve sağlığa ilişkin sınıflandırmalarda ortak bir dil ve çerçevenin kullanılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Dünya Sağlık rgtnn ICF'i belirlemesinin amacı yukarıda belirtildiği gibi sadece sağlıkta ve sağlığa ilişkin sınıflandırmalarda ortak bir dil ve çerçevenin kullanılmasını sağlamak değildir. Raporda ek olarak farklı ülkelerde sağlık disiplini ve sağlık bilgi sistemlerini sağlamak için sistematik bir şemanın oluşturulmasının amaçlandığı belirtilmiştir (World Health Organization, 2001: 5).

1.4.Engellilik eşitleri

Engellilik genel olarak bireyin herhangi fiziksel veya zihinsel bir fonksiyonunu kalıcı olarak kullanamaması olarak tanımlanmaktadır. Engellilik ile ilgili tanımlar, modeller ve sınıflandırılmalarda engellilerin kullanamadıkları işlevleri hakkında bilgi verilmemektedir. Bu açıdan engellilerin kullanamadıkları fonksiyonlarına değinilmesinde fayda vardır. Engelliği kesin ölçütlerle ayırmak her zaman mümkün olmamasına karşın engellilik farklı nedenlere bağlı olarak beş temel başlık altında toplanmıştır. Bu beş temel başlığın herhangi birinin kullanılamaması engelli bireyin farklı fonksiyonlarını kullanamamasına da neden olabilir. Engelli bireyler bu engellilik çeşitlerinden bir tanesini veya birden

fazlasını aynı anda yaşayabilirler. Bu bölümde aşağıda yer alan beş temel başlık irdelenecektir. Bu başlıklar aşağıdaki gibidir (Dünya Engelliler Vakfı, 2013; Şahin, 2012:18-19; TUIK, 2004:1):

- Zihinsel Engelliler
- Görme Engelliler
- İşitme ve Konuşma Engelliler
- Ortopedik Engelliler
- Süreğen Engelliler (Diğer Engelliler)

1.4.1.Zihinsel Engelliler

Çeşitli derecelerde zihinsel yeterliliği olmayan bireylere zihinsel engelli denilmektedir (TUIK, 2004:1). Zihinsel açıdan engelli olan bireylerin ortak bir takım özellikleri bulunmaktadır. İnsanın temel mekanizmalarından birisi olan duyuların bozulması, olgu veya olayların algılanması ya da daha yavaş algılanması durumu zihinsel engellilik olarak ifade edilebilir (Yenişehirlioğlu, 2013:13).

1.4.2.Görme Engelliler

Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan bireylere görme engelli denilmektedir. Görme kaybı ile birlikte göz protezi kullananlar, renk veya gece körlüğü olanlar da bu gruba girmektedir (TUIK, 2004:1). Görme engelliliği seviyeler ile ifade edilmektedir. Görme kaybı yaşayan bireyler kaybın şiddetine bağlı olarak sınıflandırılmaktadır. Orta veya hafif dereceli görme kaybı yaşayan bireylere az gören engelli, genetik faktörlere bağlı olarak doğuştan veya sonradan yaşanan bir kaza sonucu görme yetisini tamamen kaybeden bireyler ise görme engelli olarak ifade edilmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:13).

1.4.3.İşitme ve Konuşma Engelliler

Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan bireylere işitme engelli denilmektedir (TUIK, 2004:1). İşitme engelliliği konusunda da görme engellilerde olduğu gibi engellilik seviyelere göre ifade edilmektedir. Bir bireyin kısmi olarak duymaması ağır işiten engelli olarak adlandırılırken, bireyin işitme fonksiyonunu tamamen yitirmesine işitme engellilik denilmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:14).

İşitme duyusu, konuşma duyusu ile ilişkilidir. Bireyin doğuştan veya sonradan bir kaza ile işitme kaybı yaşayan bireylerin zamanla konuşma yetisi de zarar görmekte ve bu bireyler hem işitme hem de konuşma engelli hale gelmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:14). Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşma hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan bireylere konuşma engelli denilmektedir (TUIK, 2004:1). Bireylerin duymadıkları sesleri taklit edemedikleri veya taklit etmekte zorlandıkları bilinmektedir. Bu nedenden işitme engeli bulunan bazı bireylerin konuşma fonksiyonunu kullanamadıkları görülmektedir. İşitme problemi olmayan fakat konuşma problemi yaşayan bireyler de bulunmaktadır. Bu bireylerin konuşmak için proteze ihtiyacı bulunmaktadır. Konuşma için çeşitli protezlere ihtiyaç duyanlara, ağız ve çene yapısı bozuk olanlara, konuşurken kelimeleri yuvarlayanlara ve kekemelere konuşma engelli denilmektedir (Yenişehirlioğlu, 2013:14).

1.4.4.Ortopedik Engelliler

Ortopedik engelliler; kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan kişilerdir (Şahin, 2012:19). El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında, kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve spina bifida olanlar bu gruba girmektedir (TUIK,2004:1).

1.4.5.Diğer Engelliler

Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli tedavi ve bakım gerektiren hastalıklara sahip bireylere süregelen engelli

denilmektedir (TUİK, 2004:1). Kas zayıflığı olanlar, kaslarında kireçlenme olanlar, organ yetmezliği problemi olanlar, kalp hastalığı olanlar, şeker hastaları ve alerjik rahatsızlıkları bulunanlar süregen engelli olarak adlandırılmaktadır (Yenişehirlioğlu, 2013,s.16).

1.5. Dünyada ve Türkiye’de Engelli Nüfusu ve Engelli Oranları

Dünya Sağlık Örgütü’nün (2011) yayınlamış olduğu “Dünya Engelli Raporu” verilerine göre kesin sayı bilinmemekle birlikte dünya genelinde 1 milyardan fazla bireyin engelliliğin herhangi bir çeşidi ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Oransal olarak baktığımızda ise 2010 yılı dünya nüfusunun yaklaşık %15’lik kısmını engelli bireyler oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1970’lerde vermiş olduğu verilerin dünya genelinde engelli oranının %10 seviyelerinde olduğu düşünüldüğünde dünya genelinde engelli sayısının her geçen gün arttığı görülmektedir. Bunun sebebi nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların (diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, mental rahatsızlıklar vb.) artmasıdır (World Health Organization, 2011b:7-8). Dünya Sağlık Örgütü dışında farklı kurumlarında engelli nüfus hakkında çalışmalar yaptığı bilinmektedir. OSSATE’nin (One-Stop-Shop for Accessible Tourism in Europe) 2005 yılında yayınladığı rapora göre, Avrupa Birliği genelinde yaşlı nüfus ve gizli engelliler dahil 128 milyon’a yakın engelli birey bulunmaktadır (OSSATE, 2006:53). Avrupa İstatistik Kurumu (EUROSTAT) verilerine göre ise 2010 yılında Avrupa Birliği’nde engelli nüfusu toplam nüfusun %16,2’sini oluşturmaktadır (EUROSTAT, 2010:16). Bu oran Amerika Birleşik Devletlerinde %12,1’dir (Cornell Üniversitesi, 2012).

Dünya genelinde ve Avrupa’da engelli nüfus ve oranları sonrasında Türkiye’de de bu sayı ve oranlara bakmak gerekmektedir. Ancak, Türkiye’de engelliliğe sahip bireylerin son yıllardaki sayısı, oranı ve bunlara ilişkin sosyoekonomik nitelikler hakkında yeterli bilgi bulunmamakla birlikte engellilere ilişkin nüfus ve oranlara ait en kesin bilgi Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2002 yılında yapmış olduğu Türkiye Özürlüler Araştırmasında yer almaktadır. TUİK’e göre engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29’dur. Cinsiyete göre

dağılıma baktığımızda toplam erkek nüfusunun %11,10'unu engelliler oluştururken bu oran kadınlarda %13,45'dir. Toplam nüfus içerisindeki %12,29'luk orana sahip engellilerin %9,70'ini ile süregen engelliler, %2.58'ini ise diğer engelliler (zihinsel, görme, işitme ve konuşma, ortopedik) oluşturmaktadır (TUİK, 2004:6).

Tablo 3'de Türkiye'de 2002 yılında yaşayan engelli bireylerin yaş, eğitim durumu, yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımlarına yer verilmiştir. Tablo 3'de yer alan oranlar grupların toplam nüfus içerisinde yer alan üst grupları içerisindeki yüzdelerini vermektedir. Örneğin; 70 yaş ve üzeri engelli bireylerin oranı, ülke genelinde yer alan 70 yaş ve üzeri nüfusun %43,99'unu oluşturmaktadır. Tablo 1.3 incelendiğinde Türkiye'de yaşayan nüfusun yaşlandıkça engelli oranının arttığı görülmektedir. Türkiye'de yaşayan 0-9 yaş grubu bireylerin %4,15'i engelliyken, 70 yaş ve üzeri grubun %43,99'u engellidir. Engellilerin eğitim durumları incelendiğinde ülke genelinde okuma-yazma bilmeyen nüfusun %36,37'sinin engelli olduğu görülmektedir. Tablo 1.3'de yer alan oranlar incelendiğinde Türkiye'de yaşayan engelli bireylerin çoğunluğunun ilkokul mezunu (%40,97) olduğu görülmektedir. Engelli bireylerin yerleşim yerlerine baktığımızda kentlerde yaşayan nüfusun %12,70'si engelli iken, kırsal kesimde yaşayan nüfusun %11.67'si engellidir (TUİK, 2004:6).

Tablo 3: Türkiye’de Yaşayan Engelli Bireylerin Yaş, Eğitim Durumu, Yerleşim Yeri ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Erkek %	Kadın %	Toplam %
0-9	4,69	3,56	4,15
10-19	4,98	4,28	4,63
20-29	7,59	7,04	7,30
30-39	10,43	12,42	11,44
40-49	15,15	21,08	18,07
50-59	22,56	32,67	27,67
60-69	31,60	42,02	36,96
70 ve üzeri	39,77	47,77	43,99
Bilinmeyen	6,30	14,17	11,68
Toplam	11,10	13,45	12,29
Eğitim Durumu	Erkek %	Kadın %	Toplam %
Okuma Yazma bilmeyen	25,75	51,26	36,37
Okuma -Yazma bile	74,22	48,74	63,62
Okuma-Yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	7,95	7,32	7,69
İlkokul	47,21	32,22	40,97
Ortaokul veya dengi meslek okulları	6,98	3,78	5,64
Lise veya dengi meslek okulları	8,98	3,97	6,90
Yükseköğrenim	3,10	1,45	2,42
Toplam	11,10	13,45	12,29
Yerleşim Yeri	Erkek %	Kadın %	Toplam %
Kent	11,38	13,99	12,70
Kır	10,69	12,63	11,67
Toplam	11,10	13,45	12,29

Kaynak: TÜİK, 2004:6

Türkiye’de engellilere yönelik son çalışma, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Bu araştırmaya göre, 2012-2013 yılı verilerine bakıldığında Türkiye’de 220.649 engelli kamu ve özel kurumlarda eğitim almaktadır (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013a:9). Türkiye’de 2022 Sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” incelendiğinde; kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarından herhangi bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayan, herhangi bir devamlı gelire sahip bulunmayan ve ilgili kanuna göre belirlenen muhtaçlık sınırının altında geliri olan, % 40 ve üzerinde engel oranına sahip, 18 yaşın üstündeki engelli bireylere ya da 18 yaşın altında, % 40 ve üzerinde engel oranına sahip engelli yakını olanlara maaş bağlanmaktadır. Bu kanun uyarınca Türkiye’de maaş alan engelli sayısı 2012 yılında 668.351 kişidir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013a:9).

1.6.Engellilik ve İnsan Hakları

Engellilere yönelik ilk yasal düzenlemeler Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde (1948) yer almaktadır. Sonraki dönemlerde Birleşmiş Milletler başta olmak üzere birçok devlet ve kurum tarafından çeşitli düzenlemelere gidilmiştir. Bu bölümde engellilik ve insan hakları, dünya genelinde engellilere yönelik yasal düzenlemeler ve Türkiye’de engellilere yönelik yasal düzenlemeler konularına yer verilmiştir.

Engellilik ile ilgili kavramsal incelemeden sonra konu ile ilgili bir diğer husus, engelliliğe ilişkin insan hakları ve bu hakların sağlanmasına yönelik faaliyetlerin incelenmesidir.

Tarih yönetenler ile yönetilenler arasında yapılan ve yönetilenlerin haklarını koruyan birçok sözleşmeye şahit olmuştur. İnsanların haklarını tanımlayan ve teminat altına almaya çalışan bu belgelerin en gelişmiş örneği, 1948 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesidir (İşeri ve Kanbur, 2008: 1). Birleşmiş Milletler tarafından benimsenen bu bildiri 2. Dünya Savaşında elde edilen deneyimler sonucunda ortaya çıkmıştır. 2. Dünya Savaşının bitişi ve Birleşmiş Milletlerin oluşumu ile birlikte uluslararası topluluk acımasız çatışmaların tekrar yaşanmayacağına dair ant içmiştir (United Nations).

İnsanlığa ait esas değerlerin, eşitliğin ve vazgeçilmezliğin tanımı özgürlüğe, adalete ve dünyada barışa dayanmaktadır. 1948 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde bütün insanların değerler ve haklar konusunda eşit ve özgür doğduğu belirtilmiştir. Bütün insanlar ayrım yapılmaksızın, ırkına, rengine, cinsiyetine, diline, dinine, politik durumuna, ulusal veya sosyal kökenine, mülkiyetine ve diğer statülerine bakılmazsın bütün haklardan ve bütün hürriyetlerden istifade edebilir. Yaşamak, hürriyet ve kişi emniyeti her ferdin hakkıdır. Bütün insanlar yaşına, hastalıklarına, engelliliğine, yaşlı oluşuna, medeni durumuna, çalışmıyor oluşuna, geçim duruma bakılmaksızın sağlık durumu ve ailesi ile ilgili elverişli yaşam standartları konusunda eşit haklara sahiptir (United Nations, 1948).

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi engelli bireylerin haklarının korunması konusunda daha sonra çıkacak olan bildirgeler ve

sözleşmelere zemin oluşturmuştur. Engelli bireyler sivil, politik, sosyal, ekonomik ve kültürel haklar temelinde uluslararası sözleşmeler altında eşittirler (United Nationsb). 2002 yılında Birleşmiş Milletlerin New York ve Cenova’da yapmış olduğu toplantılar sonrası yayınlanan İnsan Hakları ve Engellilik isimli raporda engelliliğe ilişkin insan hakları konusu ele alınmıştır (United Nations, 2002).

Engellilik bir insan hakları sorunudur. İnsan haklarının görevi açık bir perspektifte engelliliğe ilişkin insan haklarının doğasını ve önemini anlamaktır (United Nations, 2002: 13). İnsan Hakları bağlamında engelliliğe ilişkin genel koşulun anlaşılması açısından dört değer (itibar, özerklik, eşitlik, dayanışma) önemlidir. Bu dört değerden dayanışma diğer üç değerın ortak paydasıdır (United Nations, 2002: 14).

1.6.1.İtibar

İnsan itibarı insan haklarının dayanak noktası sayılan normudur. İnsan itibarı ile ilgili tanımlama engelli insanlara destek olunması ve saygı gösterilmesi konusunda anımsatma yapmaktadır. Bir değer olarak itibar insan hakları perspektifinde engelliliğin açıklanmasında çok önemli bir faktördür (United Nations, 2002: 14).

Engelliliğe ilişkin medikal model son yıllarda çoğu kez insan hakları modeliyle karşılaştırılmıştır. Medikal model engelli bireyin medikal durumu ile ilgili bozukluklarına odaklanmıştır. İnsan hakları modeli ise insanoğlunun doğal itibarına odaklanmış, fakat sadece gerektiğinde bireyin medikal karakterini dikkate almıştır. Engellilerin problemlerine ilişkin bu model devlet ve sivil toplumların engelli açıklamalarında yapmış oldukları ayrımlar yüzünden engelli bireyin ihtiyaçlarına cevap verilebilirlik mahrumiyeti sebebiyle ortaya çıkmıştır. Engelliliğin açıklanmasında bir başka önemli husus sosyal yapıdır. Sosyal modeli de kapsayan insan hakları modeline ilişkin ilk önerme insan farklılığının doğuştan gelmediği fakat sosyal yapılanmanın ve uygulamaların engelli etiketi aracılığıyla olduğudur. Konu ile ilgili ikinci önerme ise ilişki normlarının doğal ve ilgisiz süreç aracılığı ile değerlendirme ve etiketlenmenin seçilmediğidir. Üçüncü önerme

ise çok önemlidir. İnsanlar arasında sosyal yapılarına göre ayrımcılık yapılamaz (United Nations, 2002: 14-15).

1.6.2.Özerklik

Bir değer olarak özerklik; Antik Yunan'dan gelen özerkliğe karşı sorumluluktan türemiş itibar ile ilişkilendirilmektedir. Özerklik, bireysel vicdan ve engelli yaşam tercihlerinin isteyerek yapıldığı özgür veya baskı yapılmamış yaşamın başlamasına neden olmuştur. Özerlik değeri kendi kendine yapılabilen hareket ve davranışlarının kapasitesini dikkate almaktadır (United Nations, 2002: 15).

Engelliliğin şekillendirilmesi bağlamında iki temel problem vardır. Bunlardan birincisi düşünsel engelliliğe ait ahlaki bağımsızlığa ait kapasite eksikliğidir. Bu varsayım bazen önyargıların rotasından çıkmasına neden olabilmektedir. İkinci sorun ise tamamen yasal yeterlilik isteyen, özerkliğe sahip engelli bireylerin toplum tarafından kabullenilmesinde başarısız olunmasıdır (United Nations, 2002: 15-16).

1.6.3.Eşitlik

Tarih boyunca engelliler için bir takım eşitsizlikler yaşandığı görülmektedir. En temel haklara ulaşma noktasında dahi sorunlar yaşanmış olup; engelli bireyler ikinci sınıf vatandaş muamelesine maruz bırakılmakta ve kendi ihtiyaçlarını kendisi göremeyen, sürekli birilerinin yardımına ihtiyaç duyan patolojik birer vaka şeklinde değerlendirilmiştir (Özgökçeler ve Alper, 2010: 34). Bu durum günümüzde engelli bireylerin insan hakları bağlamında eşitlik değeri göz önüne alınarak değerlendirilmesini sağlamıştır. İnsan eşitliği; kabul görmüş insan hakları yasasında yer alan basit özgürlük sistemlerinin merkezinde yer almaktadır. Eşitlik ile ilgili birçok yorum ve talep söz konusudur. Eşitliğe dair birinci yorum, parlamenterlerin yasalarda ve politikalarda zorunlu ayrımları ortaya çıkarırken tarafsız olma gerekliliğidir. Bu yasal veya hukuki eşitlik, eşitliğe ilişkin temel bilgilerin anlaşılmasında gereklidir (United Nations, 2002: 16).

Eşitliğe ilişkin diğer yorumlar ise eşitliğin sağladığı fırsatlar ve eşitliğin sonuçları ile ilgilidir. Eşitlik fırsatı; engelli bireye sosyal hakları, ulaşım, iletişim gibi konularda eşitlik sağlamaktadır. Bu sayede engelli birey ayrımcılığa maruz kalmamaktadır. Eşitlik sayesinde birey becerilerini sosyal hayatta sınama ve geliştirme fırsatı bulmaktadır (United Nations, 2002: 17-18).

1.7. Türkiye’de Engellilere Yönelik Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de engellilere yönelik yasal düzenlemeler incelendiğinde, 1945 yılında Birleşmiş Milletlere üye olan Türkiye’nin Birleşmiş Milletlere ait engellilere yönelik yasal düzenlemelerin tamamını kabul ettiği görülmektedir. Bu yasal düzenlemeler dışında Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında engellilere yönelik birçok maddenin olduğu görülmektedir. Anayasanın 10. Maddesine göre; herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. Bu maddeye göre engellilerin de diğer bireyler ile aynı statüde olduğu görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası bu madde ile yetinmeyip anayasanın 49., 50., 60., ve 61. maddelerinde engellilerin haklarını korumaya yönelik yasal düzenlemelere gitmiştir. Anayasanın 49. ve 50. maddeleri çalışma ile ilgilidir. 49. maddeye göre her birey çalışma hakkına sahipken, 50. maddeye göre engelli bireylerin çalışma şartları bakımından korunacağı belirtilmektedir. Anayasanın 60. ve 61. maddeleri sosyal güvenlik ile ilgilidir. Buna göre, 60. maddede herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu belirtilirken, 61. maddede engellilerin toplum hayatına uyumunu sağlayıcı tedbirlerin alınacağına yer verilmiştir (TBMM, 1982). Anayasada yer alan maddeler dışında Türkiye’de engellilere ilişkin düzenlemeler çeşitli kanunlarla desteklenmiştir. Ayrıca Türkiye’de engelliler ile ilgili yasal düzenlemeler sadece Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile sınırlı değildir. Gerek Birleşmiş Milletler gerekse Avrupa Birliği çerçevesinde birçok bakanlığın ve kamu kuruluşunun mevzuatlarında engellilere yönelik çeşitli yasal düzenlemelerin olduğu görülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1.Kalite Tanımı

Kalite kavramı insanlık tarihi boyunca ele alınmış olup günümüzde de asla vazgeçilmeyecek bir konu olarak önemini sürdürmektedir (Öztürk, 2009: 5). Kalite (Qualities) Latince “nasıl oluştuğu” anlamına gelen “qualis” kelimesinden gelmektedir. Esasta kalite sözcüğü hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacı taşımaktadır. Kalite, genel olarak günlük konuşmalarda üstünlüğü ve iyiliği, diğer bir deyişle kaliteye konu olan ürün ve hizmetin iyi niteliklerinin olduğunu belirtir. Bu bakımdan kalite subjektif değerleri içermektedir (Şimşek, 2007:5). Kalitenin bu kişisel değerleri gelenekler, toplumsal yapı, eğitim seviyesi ve yaşam standardı gibi değişkenlere bağlı olarak değişecek ve dolayısıyla tüketicilerin kalite beklentileri farklılık gösterecektir.

Kalite, Latince (Qualites) kelime kökünden türetilmiştir. Anlam itibarıyla “Qualis” “nasıl oluştuğu” karşılık gelmektedir. Bu anlamdan hareketle kalite, hem hizmet hem de ürün için nasıl, ne şekilde ve ne için teşekkül ettiğini tespit etmede kullanılır. Zaman içerisinde kalite, değişen, gelişen herhangi bir ürün veya hizmetin diğer emsalleriyle kıyaslandığında, onun farklılığını, uygunluğunu, kullanılabilirliği ifade etmek için kullanılmış (Gürbüz 2014).

Kalite kavramının çok çeşitli tanımları yapılmış. “En geniş anlamda kalite, ürün ya da hizmetin bir özelliğidir” (Kaya 2013). Bir ürün ya da hizmetin nicel varlığından ziyade nitelik kısmının ihtiyacı karşılama derecesi olarak da tanımlanabilir. Bu tanımların yanı sıra Kaya’nın (2013) kalitenin genel kabul edilmiş ortak özelliklerini şu şekilde ifade etmiştir.

- Kalite, müşteri beklentilerini karşılamayı veya aşmayı içerir.
- Kalite dinamiktir (yani, bugün kaliteli olarak görülen şey, yarın kaliteli görülmeyebilir).
- Kalite geliştirilebilir.”

Kalite için literatürde genel kabul görmüş kanı; müşteri odaklılık, tutarlılık, operasyonel (etkin, etkili) ve ekonomik olma gibi özellikleri öne çıkmış, bu yönünde

değerlendirmeler yapılmıştır. Kalitenin operasyonel yönü birçok kalite gurusunun üzerinde düşündüğü taraf olmuştur. Bunlardan bazıları Juran, Crosby ve Deming'dir (Ronen ve ark 2006, Yıldız 2017).

Kaliteyle ilgili birçok atıf yapılan bilim insanları ve kuruluşların tanımları şöyle; “Juran’a göre kalite, kullanıma uygunluktur. Crosby’nin bakış açısına göre ise kalite; sistemin şartlara ve talebe uygunluğudur. Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC)’nin kalite tanımı ise; bir mal ya da hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümü, kalitedir. Japon Sanayi Standartları Komitesi’ne göre kalite; ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketicinin isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir” (Kaya 2017).

Sektörlerin birbirinden farklı özelliklere sahip olması, kaliteyi ele alma, yorumlama, tanımlama, değerlendirme biçimini de etkilemekte ve sektörün niteliğine bağlı olarak değişmektedir. Örneğin; hizmet sektöründe üretim ve tüketim aynı anda gerçekleştiği için müşteri ile yapılan sözleşme ilk başta gelir ve işlemlerin birçoğu iç içedir. Fakat üretim sektöründe en evvel ürünler, mallar üretilmekte ve daha sonra müşterinin beğenisine sunulmakta. Bu yüzden üretim sektöründe kalitesizliğe sebep olabilecek etkenleri önceden fark etmek hizmet sektörüne nispeten çok daha kolaydır (Mohammad 2007, Tan 2016).

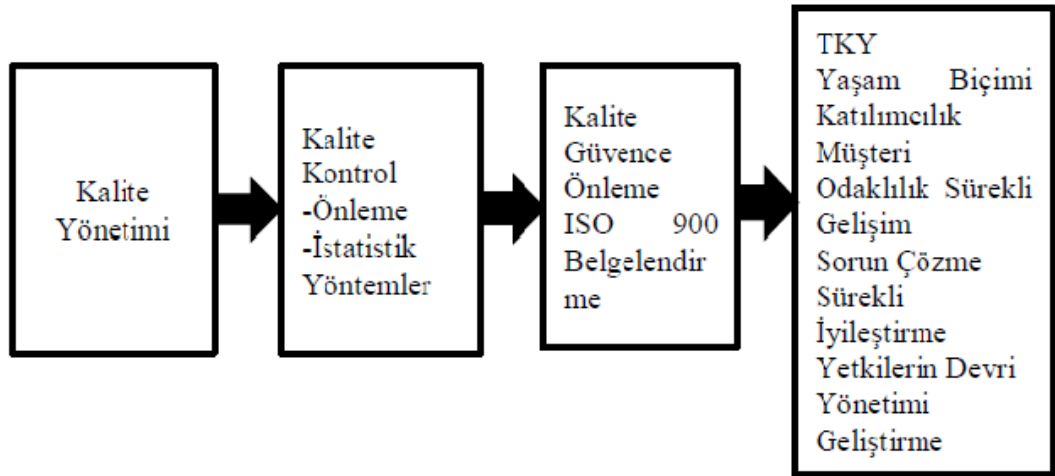
Kalite kavramı için çok sayıda tanımın bulunması, birbirinden farklı alanlarda farklı özelliklerle kendisini göstermesinden kaynaklanmaktadır. Sektörün özelliğine göre farklı anlamlar ifade edebilir. Bu yüzden kalitenin bazı önemli ipuçları vardır. Mesela bir alanda kullanıma uygunluk iken başka bir alanda güvenliliği ifade edebilir. Bir ürün için bazen teknik bir özelliği ifade ederken, bir hizmet için çalışanın tutum ve davranışı olabilir.

2.2. Kalite Kavramının Tarihi Gelişimi

Tarihsel süreçte kaliteye ait en eski kayıtlar M.Ö. 2150 yılına dayandırılmaktadır. Ünlü Hammurabi Kanunlarının 229. maddesindeki ifade; “eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmaz, sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa, o inşaat ustasının başı kesilir”. Bu ifadeye bakılırsa belli standartların varlığı insanlar için neredeyse her zaman önem arz etmiştir. Üretilen bir mal veya hizmetin beklenen talebi karşılamadığı durumda bir takım yaptırımların olduğunu görüyoruz (Gürbüz 2014).

On üçüncü yüzyılda kaliteyle ilgili bazı alanlarda; Çıraklık, Esnafılık, Loncalar gibi uygulama örnekleri görülmektedir. Kurumsal yapıdan ziyade daha çok usta-çırak merkezli bir özelliğe sahiptir bu dönem. Bu yüzden ürünlerin muayene kısmı ustaların sorumluluğunda gelişmiştir. Yine bu döneme ait Osmanlı Sultanı II.Beyazıt'ın çıkardığı “Kanunname-i İhtisab-ı Bursa” satışı yapılan bir ürünün bazı önemli standartlara haiz olması gerekmektedir (Tekin 1999). On sekizinci yüzyılda daha çok ağırlık, uzunluk ve alan ölçütleri için yoğun bir şekilde değerlendirme ölçütleri kullanılmış ve matbaanın ortaya çıkmasıyla birlikte standartlaşma eğilimi hızla bir şekilde gelişmiştir. İnsanların buhar gücünden yararlanmaya başlamasıyla birlikte sanayi devrimi gerçekleşmiştir. Sanayide “denetim” kavramı ilk kes bu dönemde ortaya çıkmıştır (Diken 2009).

Şekil 1: Kalite Anlayışının Gelişimi



Kaynak: Türkmen, 1996:146

Yirminci yüzyılın başlarında teknolojik ilerlemelerle birlikte seri üretim ortaya çıkmış ne üretirsem satarım anlayışı hâkim olmuştur. Bu dönemde Taylor'un geliştirdiği bilimsel yöntemle planlama ve yürütmeyi birbirinden ayırmış, iş bölümü ve uzmanlaşma esasını getirmiştir. Fakat bu sistem üretimi artırırken kaliteyi ihmal etmiştir. Yöneticiler tarafından kalitenin maliyeti yüksek bir şey olarak görülmesinden dolayı kaliteye karşı mesafeli durmuşlardır. Sonraki süreçte ünlü matematikçi Walter Shewhart seri üretim alanında istatistiksel açıdan kalite kontrol sisteminin gerekliliğini 1924 yılında belirtmiştir. Bunun yanı sıra İngiltere de ilk kalite kontrol standartları yayımlanır. Kalite düşüncesindeki asıl gelişmeler İkinci Dünya Savaşından sonra başlamıştır. W. Edward Deming ve Jurnal tarafından

Japonya'daki üst düzey yöneticilere Kalite Kontrol konferansları kalite için en önemli dönüm noktası olmuştur. Bundan sonraki süreçte kalite yalnız ustabaşı ve işçilerle sınırlı kalmayıp bütün süreci yani üretimden tüketime kadar her alanı kapsayacak şekilde genişletilmiş ve işletmeler için odak noktası olmuştur. Neredeyse bütün işletmeler için özellikle küreselleşmeyle birlikte kalite artık bir yaşam biçimi haline geldiği görülmektedir (Tekin 1999, Diken 2009).

Günümüzdeki rekabet koşullarında bir işletmenin hem hayatta kalması hem de ürettiği mal veya hizmetin müşterileri bulması ancak ürettiği şeyin yüksek kalite, düşük maliyet ve hızlı olmasına bağlıdır (Uslu ve Aydın 2007).

2.3.Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru bütün dünyadaki yönetim anlayışlarından beslenerek yeni bir yönetim düşüncesi şekillendi. Bu yaklaşım bütün süreçleri kapsayacak şekilde ortaya çıkmıştır. Kalite kavramına “Toplam” kelimesini ekleyerek “tüm işlerde”, “tüm süreçlerde” ve “herkesin katılımı” ile başarılı bir ürün veya hizmet üretiminin gerçekleşmesi için bir işin ilk seferinde hatasız yapılmasını ifade eder. Sürekli gelişme, müşteri odaklılık, standardizasyon gibi daha bir çok bileşen ile en yüksek düzeyde kaliteli hizmet ve ürün üretmeye amaçlar (Gülbüz 2014).

Toplam: Bireysel ve toplumsal düzeyde herkesi ilgilendiren bir konu.

Kalite: Müşterilerin beklenti ve isteklerini karşılamak için minimum girdi maksimum çıktı ile sürekli karşılamak.

Yönetim: Üst ve alt yönetimin tam katılımı ile liderlik etmek (Ustasüleyman 2011).

Toplam Kalite Yönetimi bir ürün veya hizmetin üretim aşamasından tüketim aşamasına kadar bütün prosesler de hataların önlenmesi, uygun zaman da müşteriye ürünün ulaştırılması, olası ek maliyetlerin oluşmasının engellenmesi gibi mükemmelliğe doğru sistemli bir iyileştirmeyi hedeflemektedir (Işık 2014).

Toplam Kalite Yönetim felsefesinin temelinde insan unsuru çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu yüzden TKY uygulamalarının başarıya ulaşması için hem personelin hem de müşterinin istek ve ihtiyaçlarının önceden tespit edilmesi gerekir. Başka yaklaşımlardan temel farkı bu noktadan ileri gelmektedir (Sarıduman 2016).

2.4.Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

Çağdaş bir yönetim anlayışı olarak Toplam Kalite Yönteminin benimsenmesinin sebebi; herkesi kapsayacak şekilde olması, tüm çalışanların tam katılımı, sürekli eğitim, müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme, sıfır hata prensibi, grup çalışması, yöneticilerin kalite konusun da liderlik etme pozisyonundaki sorumluluklarının bilincinde olmaları gibi bütüncül bir anlayışla işletmelerin hem iç müşterilerinin hem de dış müşterilerinin taleplerini karşılamada önemli imkânlar sağlamasındandır (Işık 2014).

2.4.1. Müşteri Odaklılık

Toplam Kalite Yönetimi anlayışının en temel prensiplerinden biri müşteri odaklılıktır. Bir işletmenin hayattarlığı müşterilerinin ihtiyaç ve arzularını koşulsuz en yüksek kalite düzeyinde karşılamakla mümkündür (Bıçkes 2000, Günül 2007).

Ayrıca önemli bir hususu belirtmekte fayda var. TKY’de müşteri kavramının iki boyutu var. Birincisi dış müşteridir. Tedarikçilerden tüketicilere kadar, üretilen mal ve hizmeti kullanan veya faydalanan kişiler, kuruluşlardır. Örneğin; bir hastanenin dış müşterileri; hastalar, eczaneler, antlaşmalı kurumlar, devlet, sigorta şirketleri, hasta yakınları gibi doğrudan veya dolaylı bir şekilde üretilen hizmetle herhangi bir bağının olmasıdır. İkincisi iç müşteridir. Bunlar işletmenin çalışanlarıdır. TKY’nin önemli bir özelliği iç müşteri boyutunun neredeyse dış müşteri kadar değerli olduğunu varsaymasıdır. Kaliteli bir ürün veya hizmetin vücuda gelmesi ancak tatmin edilmiş çalışanlarla mümkündür. Örneğin; bir hastane için iç müşteri; kurum personeli (hekim, hemşire vb.), pay sahipleri, yönetim gibi doğrudan işletmeyle organik bağı bulunan kişi ve kuruluşlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Sürekli iyileştirme (Kaizen)

Geliştirme, iyileştirme ve özellikle sürekli olarak yapılan faaliyetlerin iyileştirilmesi için kullanılan “kaizen” kavramı Japonca da “Kai”; değişim, “Zen”; iyi ifade etmektedir. Bu iki kelimenin birleşiminden “sürekli iyileştirme” kavramı türetilmiştir (Erarslan 2014).

Şekil 2: Kaizen Yönetim Şemsiyesi



Kaynak: Diken 2009:73

Kaizen, Şekil 2’de görüldüğü gibi hemen hemen bütün yönetim uygulamalarını (sıfır hata, toplam kalite kontrol, kalite iyileştirme, otomasyon, tam zamanında üretim vb.) kapsayan çok boyutlu ve sürekli gelişmeye dayanan bir şemsiyedir.

Japonlar kaizen anlayışıyla daha küçük adımlarla, herkesle birlikte, sürekli olarak mevcut durumu koruyarak var olan standartları geliştirme ve daha iyi yakalama eğilimindedirler. Batılılar ise büyük yatırımlarla, kısa vadede, yeni keşifler, katı bireysellik ve teknoloji merkezli bir yaklaşımla gelişime ayak uydurma eğilimi göstermişlerdir (Kırgır 2006, Sarıca 2014).

Kaizen yapılan işlerin sonuçlarından ziyade süreç kısmıyla ilgilidir. Yani herhangi bir hatanın oluşmasını süreç aşamasında engelleyip sıfır hata hedefine yaklaşmayı amaç edinerek üretim yapmayı ve bunu sürekli geliştirmeyle destekleyerek bir şirket kültürü haline getirmeyi ifade etmektedir. Yani proseste görevli kişilerin kendi faaliyet alanlarıyla ilgili yapabileceklerinin en iyisini yapmak

için gerekli iyileştirme, planlama, uygulama, düzenleme yaparak kalite düzeyini daimi bir biçimde daha yüksek bir seviyeye taşımaktır (Şahin 2012).

2.4.2. Tam Katılım

Teknolojik gelişmeler giderek her alanda daha derin ilme sahip profesyonel bireylere ihtiyaç doğurmaktadır. Bu yüzden uzmanlık alanları giderek hem çeşitlenmekte hem de kapsamaları daha da genişlemektedir. Dolayısıyla, bu durumun oluşturduğu nitelikli insan ihtiyacının karşılanması kurumlar için önemli gündem maddelerinden bir tanesidir. Takım ruhuna sahip, yeteneklerinin farkında olan kişilerin oluşturduğu bir ekip bu problemin çözümü için yeterli olabilir (Akbolat 2013). Bir kurum veya işletmede kalite olgusundan aslında herkes sorumludur. Bu farkındalık tüm bireylerin tam katılımıyla ancak mümkün olabilir.

Çağdaş bir yönetim anlayışı olan Toplam Kalite Yöntemi esasen insan merkezli bir yaklaşımdır. Bu yöntemin başarıyla uygulanması için amaçlanan hedeflerin tam anlamıyla herkesçe kabul edilmesi gerekir. Dolayısıyla herhangi bir kurumun, organizasyonun var olan hedeflere ulaşma noktasındaki en önemli kriterlerden bir tanesi; tüm çalışanların ve diğer paydaşların desteğinin olması gereklidir (Şahin ve ark 2016).

Takım çalışması dahilinde gerçekleştirilen hedefler ekibin içindeki her bir bireye saygınlık kazandırmakta ve onur kaynağı olmaktadır. Bu da örgüt için faaliyet gösteren kişilere motivasyon sağlayarak kalitesizliğin oluşmasını önlemektedir. Aynı zamanda çalışanlar için hür bir zemininin varlığına bağlı olarak, fikirlerini, düşüncelerini daha rahat ifade edebilir bir ortam oluşturmak, organizasyonlar için en önemli başarı fonksiyonlarından biri olarak görülmektedir (Işık 2014).

2.4.3.Önce İnsan Anlayışı

Toplam kalite yönetimi anlayışının temelini insan unsuru oluşturur. Bu yüzden insan faktörü çok önemlidir. Hem iç müşteri hem de dış müşteri pozisyonundaki bireylerle birlikte tam katılımı ancak kaliteli bir ürün veya hizmet üretilir. Önce insan düşüncesi temel alınarak çalışanların (iç müşterilerin) eğitilmesi, yeteneklerinin fark edilmesi ve bu becerilerini sergileyecek imkânların da verilmesi gereklidir. İnsanlığa yakışır bir şekilde üretim yapmak ancak her bir bireye onun onurunu rencide etmeden, çalışma ortamını kendi sosyal yaşamının bir parçası olarak görmesiyle mümkündür. Vizyonun bütün çalışanlarla paylaşılması, üst ve alt

yönetici konumundaki yöneticiler ile çalışanlar arasında samimi ilişkilerin oluşmasıyla sıfır hata hedefine ulaşılabilir (Tekin 1999).

2.4.4.Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu

Toplam Kalite Yönetimi anlayışının bir kurumda benimsenmesi ancak üst yönetimin güçlü destek ve iradesini göstermesiyle gerçekleşebilir. Yönetimin yapılan faaliyetleri özümsemesi gerekir. Değişime direnç gösteren çalışanlara vizyon paylaşımı yapılmalıdır. Liderliği salt bir ceza aracı olarak kullanmak değil de, başarılı çalışanları ödüllendirme işlevi olarak görülmelidir. Liderlik pozisyonundaki kişilerin seçiminde herkesin katılımına özen gösterilmeli ve süreçler olabildiğince şeffaflaştırılmalıdır (Şimşek 2002).

Toplam kalite yöntemini uygulaması en baştaki temel esas; TKY'nin üst yönetimin doğru bir şekilde benimsemesiyle başlar. Diğer önemli bir husus TKY'nin örgüt yapısında uzun vadede değişim kültürünü oluşturmastır (Yıldız 1994).

Liderliği herkese mal etme gayreti ve sorumluluğu üst yönetim tarafından açık bir biçimde göstermelidir. Sorunların çözümünde de grup aklının önemi anlatılmalıdır. Çünkü bireysel düzeyde problemlerin çözümü zor iken, örgüt düzeyinde farklı fikirlerden yararlanılarak sorunların üstesinden gelmek daha kolaydır. Yönetişimi engelleyen koşullar tespit edilerek ortadan kaldırılmalıdır.

Liderliğin ancak düzenli ve sürekli öneri ve geri bildirimlerle olacağı unutulmamalıdır. Aksi takdirde iletişimsizlik veya eksik iletişim küçük olan bir problemle mi büyütebilir ve daha sonra ki süreçte kaynağından uzaklaşıldığı için teşhisi de zorlaşabilir. Kazanımlar ancak bütün grup üyelerinin motivasyonu ile sürdürülebilir. Sürekli eğitim anlayışı örgütün, kurumun vazgeçilmez bir fonksiyonu olduğu üst yönetim tarafından benimsenmelidir (Doğan ve Kaya 2004).

Toplam Kalite Yönteminin esas hedefi kalite, maliyet ve hızı elde ederek işletmenin başarısını, pazar payını, saygınlık ve kârlılığını yükseltmektir (Gülbüz 2014). Toplam kalite yönetimi uygulamasının faydalı sonuçları şu şekilde ifade edilmiştir;

- Sistematiği ve düzenli olarak kayıt tutma alışkanlığı çalışanlara kazandırır.
- Bu da daha doğru kararlar almak için imkân sağlar.
- Kaliteyi tüm tabana yayar.

- Süreçlerin sürekli iyileştirilmesiyle birlikte hataların önlenir dolayısıyla israf, savurganlık gibi mali kayıpların önüne geçilir.
- Değişim kültürünü anlama, sürekli gelişme, yenilik yapma, yeniden yapılanma olanağını verir.
- Denetim mekanizmaları güçlendirme yoluyla ilk seferde, sıfır hata ile kaliteli ürün ve hizmet çıktısına ortam hazırlamakta.
- Müşteri odaklılık anlayışını sağlayarak kurumlar için zorlanılan müşteri memnuniyeti sürecini başarıyla sürdürülebilir (Tekin 1999, Bardakçı 2002, Aslantekin ve ark, 2007, İlğan ve ark 2008, Gürbüz 2014).

2.5.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı; bütün aşamalarda uluslararası kabul görmüş ölçütlere uygun tanı, teşhis, tedavi ve bakım hizmetinin verilmesi, diğer taraftan ise sağlık hizmetini talep eden kişilerin beklentilerinin optimum seviyede sağlanmasıdır. (Yıldırım 2001).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi Donabedian şöyle tanımlıyor: “Hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmettir” (Kaya 2013).

Sağlık hizmetleri kalitesi pek çok şekilde tanımlanmıştır. Her tanımlama, özel bir sorun içindir:

- Sağlık hizmetinden yararlanan hastanın rahatı (Rahatı nasıl ölçeceksiniz?),
- Sağlık hizmetinden yararlanan insanların, Kadın-erkek, yaş gruplarına göre oranı,
- (Yaşlılar için bakımevlerine uygulanabilir) Bakımevindeki iyi bakım sayesinde hastaneye gitmesi gerekmeyen insan sayısı,
- Test tesisleri, örneğin laboratuvarlar, röntgen aletleri,
- Kamu sağlığı,
- Kurumlardan taburcu edilenlerin, o sıradaki yaşlarına göre ortalama ömürleri,
- Kurum tarafından hasta başına harcanan para miktarı (Güngör 2008).

Yukarda geçen ifadelerden bir kaçı çelişkili olduğu söylenebilir. Örneğin kaliteli bir sağık hizmetinin göstergesi olarak bakım altında çok fazla hastanın olması şeklinde görülebilir. Öte yandan bakım altında hasta sayısının çok olması bu alanda faaliyet gösteren organizasyonların işlerini hakkıyla yapmadıkları yorumu da yapılabilir. İfadelerde görüldüğü gibi birbirinden farklı, hem doğrudan hem de dolaylı olarak, kaliteyi etkileyen durumlar söz konusudur. Bu tür zorlukların üstesinden gelebilmenin en etkili yolu problemlerin ana kaynağını inilerek, doğru tespit yapılmasıyla, ancak çözüm geliştirilebilir.

Sağık hizmetlerinde kalite yönetim sistemlerinin en temel amacı; ihtiyaç duyulan hizmeti, en doğru şekilde, en uygun zamanda ve en düşük maliyetle yerine getirmektir. Sağık hizmetleri kalitesinin özellikleri ayrı ayrı ya da farklı kombinasyonlarıyla alındıklarında, kalitenin farklı boyutlarını tanımlar ve etkili bir biçimde ölçüldüklerinde, kalitenin derecesini gösterirler (Kibar 2014).

Sağık hizmetlerinde kalite, kaynakların etkili kullanıp kullanılmadığı yönüyle değerlendirildiğinde; kaliteli bir sağık hizmetinin varlığı, olabilecek en yüksek koşulların sağlanması, sağık hizmetlerine ayrılan kaynakların en uygun bir şekilde sağığı talep edenlere etkili ve güvenli yollarla ulaştırılması, aynı zamanda kaynakların israf edilmeden sunulması gereken hizmetlerdir (Aydın ve ark 2008). Sağık hizmetlerinin kaliteli olmasında, asgari koşulları Çatalca (2003) şöyle ifade etmiş;

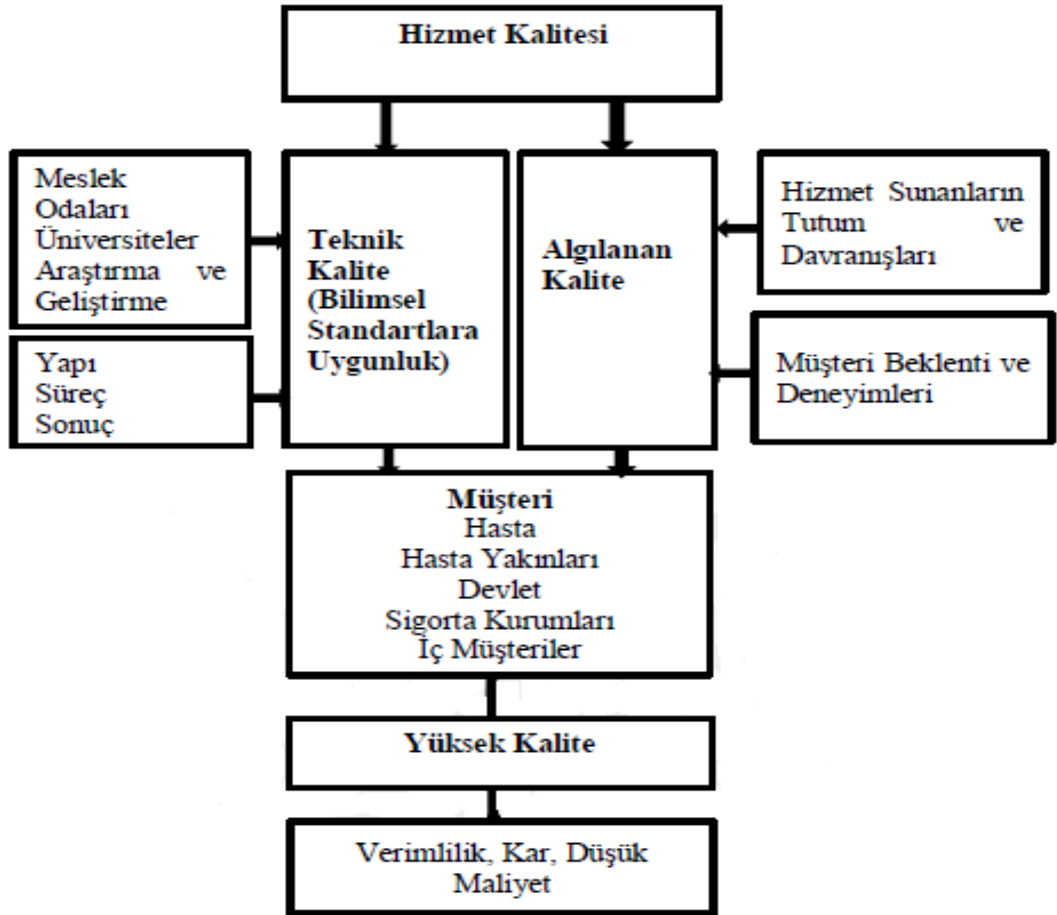
- Topluma karşı sorumluluk taşımak,
- Kaynak dağılımda adil davranmak,
- Bireysel bakım hizmetleri,
- Tüm paydaşlara hitap edebilecek sağık hizmeti sunmak,
- Medyanın doğrudan veya dolaylı etkisi,
- Sağık tüketicilerinin davranışları.

Toplumun ve bireylerin sağık hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi düzeyinin giderek artması ve bu durumun sonucunda kişilerin kaliteli hizmet beklentisinin karşılanması, aynı süreç içerisinde tıbbi bakım alanındaki ilerlemelerin getirdiğı yeni yöntemler, teknolojiler sağık kurumlarının gündemine kaliteli bir hizmet üretme ve sunma arayışı, kalite kavramını sağık kurumlarının odak noktası haline getirmiştir (Sağık Bakanlığı 2003).

2.6.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri şunlardır: Sağlık hizmetinin talebi belirsizdir. Sağlık hizmetinin alternatifi olamaz. Sağlık hizmeti acildir ve geciktirilemez. Sağlık hizmetinin içeriğini sağlık profesyonelleri tarafından belirlenir. Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları irrasyoneldir. Sağlık hizmetinden faydalananlara önceden garanti verme şansı yoktur. Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı sosyal niteliğe sahip ve kamusaldır (Tengilimoğlu ve ark 2012).

Şekil 3:Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri



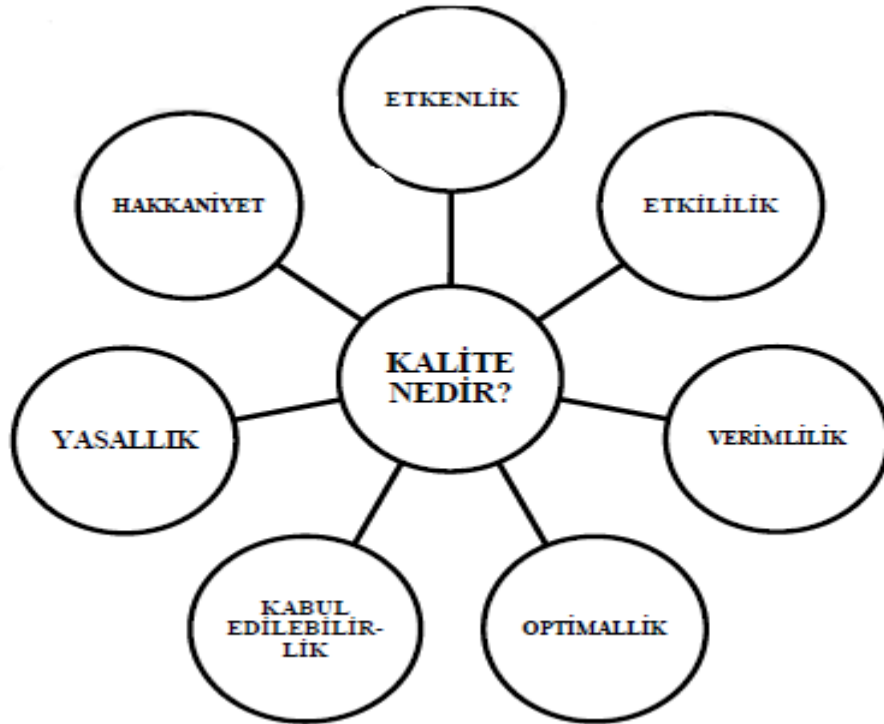
Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010

Omachonu (1990) sentezci bir yaklaşımla sağlık hizmetlerinde kaliteyi; sanatsal olarak müşterilerin ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması, teknik olarak da hizmetin bilimsel norm ve standartlara uygun olmasıdır.

Kalite, pazarlama bakış açısına göre “müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının karşılanması” olarak tanımlanması, literatürde bu konu hakkında yapılan

Çalışmalarda büyük oranda kabul görmüş. Fakat bu tanım doğrudan sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilişkisi sorgulandığında, böyle bir yaklaşımın tıbbı bakımın bilimsel yönünü arka planda bıraktığı söylenebilir. Çünkü sağlık hizmeti diğer hizmetlerin aksine kendine has, farklı özellikleri vardır. Örneğin talebin ertelenemez olması, hizmetlerin içeriğini büyük oranda hizmetten yararlananlar değil sağlık profesyonellerin belirlemesi gibi etkenlere bağlı olarak teşhis ve tedavi sürecinde sağlık hizmetlerinin özellikleri ön plana çıkmaktadır. Hasta hizmetin sadece temizlik, beslenme, gürültü, personelin tutum ve davranışlarına dayalı olarak yaptığı değerlendirme yanıtıcı olabilir (Kavuncubaşı ve Yıldıırım 2010). Dolayısıyla sağlık hizmetinin kaliteli olası için teknik kalite ve tedavi sanatının birlikte verilmesi şarttır (Taylor 1994). Tedavinin sanatsal boyutu; sunulan hizmetin hastanın istek ve ihtiyaçlarını karşılaması, teknik boyutu ise; tetkik, tahlil, teşhislerde mevcut bilimsel bilginini ışığında yapılmasıdır (John 1991, Wilson 1994,). Gürbüz (2014)'te yaptığı tez çalışmasında sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetin tıbbı bakım boyutu ile ilgili değil de, hizmetin sunumu ve yönetimi boyutuyla alakalı bir konu olduğunu belirtmiştir.

şekil 4: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin zellikleri



Kaynak: Kaya ve ark., 2013:4

2.6.1.Etkenlik

Etkenlik, işleri doğru yapabilme yeteneğidir. Yani mevcut kaynaklar ve bilimsel bilgilerin imkanları dahilinde, hastanın sağlık durumunda yapılabilecek en iyi iyileştirmeyi yapabilme kabiliyetidir (Yağmurcu, 2015). Etkenlikte amaç daha önceden belirlenen bir standart aracılığıyla uygulanan işlemin, gerçekleşmesinden sonra, karşılaştırılması ile değerlendirme yapılabilir bir ölçüttür. Bu bağlamda standart; hizmetin üretimini ve sunumunu gerçekleştirmek için kullanılan girdilerin ne kadar etkili kullanıldığını gösterir (Karaca 2014).

2.6.2.Etkililik

Etkenliğin aksine etkililik, hastaların sağlık durumunda beklenen iyileştirmelerin görülmesidir. Herhangi bir sağlık hizmeti bir hastanın sağlık durumunda pozitif yönde etki yapmışsa uygulanan hizmet etkilidir. Bir sağlık hizmetinin hastanın durumunda hiçbir farklılık yapmadıysa bu hizmetin diğer özelliklerinin tam olması o hizmetin etkili olduğu anlamına gelmez. Etkililik sunulan hizmetlerin, ideal hizmete göre hastanın sağlık durumunda yapabildiği değişiklik esas alınarak değerlendirilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

2.6.3.Verimlilik

Verimlilik, üretilen bir sağlık hizmetinin etkinliği, etkililiği ve bu hizmetin üretilmesi için ayrılan kaynakların en az maliyetle kullanılmasından sonra ortaya çıkan değeri ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle etkili bir sağlık hizmeti en düşük maliyetle üretilmesi ve aynı zamanda maksimum düzeyde fayda sağlaması olarak da ifade edilebilir (Yıldırım 2014).

“Eğer iki hizmet stratejisi eşit derecede etken ve etkili ise, maliyeti daha az olan daha verimlidir” (Kaya 2013).

2.6.4.Optimallik

Optimallik, belirli hedeflerle ilişkili olarak bir değişkenin alabileceği en yüksek değerdir. Sağlıkta optimallik kavramı hastaya sunulan hizmet oranına bağlı olarak fayda ile maliyet arasındaki en iyi denge noktasıdır (Karaca 2014).

2.6.5.Kabul Edilebilirlik

Bir sağlık hizmetinin kabul edilebilirliği için hizmetin şu özelliklere sahip olması gereklidir; ulaşım ve iletişimin son derece kolay olması, yetenekli ve uzman

personellerin kurumda var olmaları ve hastalara karşı olabildiğince titiz olunması, kurumun fiziksel şartlarının hastaların istek ve ihtiyaçlarına göre dizayn edilmesi yanı sıra maliyetlerin düşük ve hizmetin etkili olması gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

2.6.6.Yasallık

Sunulan hizmetin kamu tarafından reddedilmemesi şeklinde ifade edilebilir.Sağlık hizmeti veren kurumların toplumsal ve kişisel beklenti, ihtiyaç ve isteklerine uygun olması gereklidir (Kılçar 2013).

2.6.7.Hakkaniyet

Hakkaniyet, sağlık hizmetine karşı ihtiyacı ve talebi olan bütün bireylere karşı herhangi bir fark gözetmeksizin, her kesin adil bir şekilde kurum bünyesindeki hizmetlerden faydalanmasına imkân sağlamaktır (www.kalite.saglik.gov.tr).

Hakkaniyet “bir toplumun fertleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru veya adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır. Hakkaniyet, hizmeti kişiler için kabul edilebilir ve toplumsal olarak yasal hale getiren şeyin bir kısmıdır. Hakkaniyet, kalitenin ayrı bir özelliği olacak kadar önemlidir” (Kaya ve ark 2013).

Bu özelliklere bakıldığında bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. Birinin eksik olması ya da yetersiz olması hizmetin kalitesizliğine neden olabilir. Sağlık hizmetlerinin yapı, süreç ve sonuç bağlamında bakıldığında tüm bu birleşenlerin hepsi birlikte uygulanmalıdır (Donabedian 1980, Çavuş ve Gemici 2013, Arpat ve ark 2014, Beylik ve Kayral 2016).

2.7.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi

Bireylerin yaşam kalitesi ile sağlık hizmetlerinin kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki söz konusudur. Çünkü ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde kullanılan önemli bir parametrede sağlık hizmetlerinin kalite düzeyidir (Küçük 2010).

Sağlık hizmetleri yapısı itibariyle çok karmaşık bir özelliğe sahiptir. Bütün topluma hitap etmesi, kamu hizmeti olma özelliğinin ağırlıklı olması ve daha birçok farklı değişkenin bir arada olması hem etkilediği hem de etkilendiği olguların varlığına bağlı olarak üretilmekte ve tüketilmektedir. Tüm bu süreçlerde kaliteli bir

hizmetin sunulması doğal olarak birçok engelle karşı karşıya kalmaktadır. Bu engellerin, sorunların doğru algılanması son derece önemlidir (Kibar 2014).

Sağlık hizmetlerine, her geçen gün talebin giderek artması, bir tarafta yaşanırken diğer tarafta ülke kaynaklarının sınırlı olması, sağlık sisteminin daha etkin ve verimli kullanılması gerektirmektedir (Uz 1997). Ayrıca sağlık teknolojileri alanındaki gelişmeler, hükümetlerin yaptığı yasal düzenlemeler, sağlık sektöründe yaşanan rekabet gibi faktörler sağlık hizmetini talep edenlerin bilinç düzeyini önemli derecede artırırken, aynı zamanda sağlık hizmetini sunan kurumlarında daha dikkatli olmaları ve kalite olgusunu ciddi anlamda önemsemelerini gerekli kılmıştır (Kayral 2014).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Araştırma tarama modeli olarak tasarlanmış olup; geçmişte var olan veya halen varlığını koruyan bir durumun olduğu şekilde betimlenmesi tarama modeli anlamına gelir. Araştırma konusu olan durum, konu veya bireylerin mevcut koşulları içerisinde ve olduğu şekliyle ele alınması, herhangi bir değişiklik yapılmaması esastır.

3.2.Evren Ve Örneklem

Araştırma evrenini İzmir Çiğli Bölge Hastanesi'ne ayaktan tedavi amaçlı başvuran engelliler oluşturmaktadır. Adı geçen hastaneye başvuran engellilerden araştırmaya katılmayı kabul eden 100 kişiye anket uygulanmak suretiyle gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması, ayaktan tedavi için hastaneye başvuran engelli bireyler ile yüz yüze görüşme ve soru cevap şeklinde yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada literatür konusunda çok fazla sorun yaşanmamış olup; yapılan çalışmanın hassas bireyler olan engellilere yapılıyor olması ve hali hazırda hastanede bulunurken bile stresli halde olmaları nedeniyle anket uygulamasında zorluklar ortaya çıkmıştır. Anket formlarını doldurmak istemeyen bireylere sadece sorular yöneltilerek verdikleri cevaplar doğrultusunda kendileri de göreceği şekilde form doldurulmuştur. Bunun yanında her ne kadar anket formuna isim ve soyisim yazılmasa da bireylerin olumsuz ifade vermekten kaçındıkları da gözlemlenmiştir.

3.4.Verİ Toplama Araçları Ve Hizmet Kalite Ölçeği

Araştırmada veri anket yoluyla veri toplanmıştır. Ankette kişisel bilgilerin yer aldığı bölüm ile engelli bireylerin algılarının ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçekten faydalanılmıştır. Araştırmacı tarafından “Servqual Hizmet Kalitesi Ölçeği” ve ilgili akademik çalışmalardan faydalanılarak oluşturulmuştur.

Hizmet kalitesini ölçmek somut olgu veya durumların ölçülmesine oranla daha zordur. Zira hizmet kalitesi soyut bir kavram olduğundan müşteri yani hizmet alanların beklentileri ile gerçekleşen hizmet performansının karşılaştırılması ile ölçülmektedir. Bu yöntem oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır.

Işık (2014) çalışmasında “Servqual ölçeği hizmet kalitesinin beş boyutu açısından boşlukları değerlendirme imkânı sağlamaktadır. Diğer taraftan boyutları oluşturan her bir ölçek maddesinin beklenti- algı boşluğu açısından değerlendirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması açısından fayda sağladığından, servqual ölçeği ile sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılabilmesine imkan sağlamaktadır.” şeklinde belirtmiştir. Bu nedenle bu araştırmada Servqual ölçeği kullanılmıştır.

Ölçeğin güvenirlik geçerlik çalışması yapılmış olup; ölçekte bulunan 27 maddenin genel güvenirliği $\alpha=0,859$ bulunmuştur. KMO ve Barlett testi sonucunda KMO değerinin 0,773, Barlett değerinin ise 0,05 den küçük olduğu tespit edilerek faktör analizine uygun olduğu kanısına varılmıştır.

- Somut özellikler faktörüne ait 6 maddenin güvenirlik oranı $\alpha=0,711$,
- Güvenirlik faktörüne ait 2 maddenin güvenirliği $\alpha=0,876$,
- Cevap verebilme faktörüne ait 5 maddenin güvenirliği $\alpha=0,807$ şeklinde bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda % 8,57 varyans oranı bulunmuştur.
- Güvence faktörüne ait 6 maddenin güvenirliği $\alpha=0,886$,
- Empati / iletişim faktörüne ait 8 maddenin güvenirliği $\alpha=0,958$ şeklinde bulunmuştur.

Cronbach’s Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri (Özdamar, 2004);

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Araştırmada kullanılan ölçek likert tipi olup; ölçekte bulunan maddelere ilişkin katılımcıların görüşleri çok olumlu-çok olumsuz arasında 1’den 5’e kadar numaralandırılmıştır. Bu doğrultuda 5 en yüksek puan olup karşılığı “kesinlikle katılıyorum”, 4 “katılıyorum”, 3 “kararsızım”, 2 “katılmıyorum” ve 1 “kesinlikle katılmıyorum” şeklindedir. Ölçek sonuçları $5.00-1.00=4.00$ genişliğe dağılmıştır. Bu genişlik 5’e bölünmüş ve ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyler ortaya

ıkarılmıştır. Ölçekte bulunan ifadelerin değerlendirilmesi aşağıda belirtilen kriterler doğrultusunda yapılmıştır.

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	lek Değerlendirme
Hiç Katılmıyorum	1	1,00-1,79	çok düşük
	2	1,80-2,59	Düşük
	3	2,60-3,39	Orta
	4	3,40-4,19	Yüksek
Tamamen Katılıyorum	5	4,20-5,00	çok yüksek

3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada katılımcılardan elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) 21.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistiklerden (yüzde, sayı, standart sapma, ortalama) faydalanılmıştır.

Nicel verilerin değerlendirilmesinde, karşılaştırma, iki grup arasındaki fark, gruplar arası karşılaştırma ve farklılıkların ortaya çıkarılması gibi analizlerde t-testi, Anova ve Tukey Post Hoc testlerinden faydalanılmıştır.

Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenlerin arasında bir ilişki bulunup bulunmadığını anlamak adına Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık ($p=0,05$) düzeyinde değerlendirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya dahil edilen engelli vatandaşların demografik veriler ile ölçek yoluyla elde edilen verilerinden elde edilen bulgulara yer verilecektir. Bulgular doğrultusunda yorumlamalar yapılacaktır.

4.1.Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4: Yaş Değişkenine Yönelik Bulgular

	Frekans	Yüzde %
19 ve Altı	12	12,0
20-29	22	22,0
30-39	24	24,0
40-49	15	15,0
50-59	14	14,0
60 ve üzeri	13	13,0
Total	100	100,0

Tablo 4 incelendiğinde 30-39 yaş grubunda katılımcının %24 ile en yüksek, 20-29 arası yaş grubundakilerin ise %22 ile ikinci en yüksek yüzdeye sahip olduğu görülmektedir. Genel değerlendirmede katılımcıların ortalama düzeyde olduğu söylenebilir. Neredeyse bütün yaş gruplarında araştırma açısından olumlu düzeyde katılımcı olduğu söylenebilir. Zira bu durum bireylerin yaşları değiştikçe beklenti ve algı düzeylerinin değişmesinden ötürü araştırmaya olumlu yansıyabilecek sonuçlar doğurabilecektir.

Tablo 5: Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
Kadın	56	56,0
Erkek	44	44,0
Total	100	100,0

Cinsiyet değişkenine ilişkin bulgulara bakıldığında %56 ile kadın katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak erkek katılımcılarında %44 ile önemli düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 6: Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
Okur-Yazar Değil	4	4,0
İlköğretim	12	12,0
Lise	49	49,0
Üniversite	31	31,0
Yüksek Lisans/Doktora	4	4,0
Total	100	100,0

Eğitim durumu değişkenine ilişkin bulgular incelendiğinde %49 ile lise mezunlarının, %31 ile üniversite mezunlarının en fazla sayıya sahip olduğu görülmektedir. Kümülatif olarak araştırmaya katılanların %84'ünün lise ve üstü eğitime sahip olması araştırma sonuçları açısından önemli olarak değerlendirilebilir.

Tablo 7: Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
Bekar	40	40,0
Evli	60	60,0
Total	100	100,0

Medeni duruma yönelik bulgular incelendiğinde araştırmaya katılanların %60'ının evli, %40'ının ise bekar olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Çocuk Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
Hayır	42	42,0
Evet	58	58,0
Total	100	100,0

Çocuk sahibi olup olmama durumuna göre elde edilen verilere bakıldığında, araştırmaya katılanların %52'sinin çocuk sahibi olduğu, %48'inin ise çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda araştırmaya katılanların tamamı açısından ortalama bir durumun söz konusu olduğu söylenebilir.

Tablo 9: Mesleğe İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
Serbest Meslek	12	12,0
Emekli	9	9,0
Memur	30	30,0
İşçi	13	13,0
Çalışmıyorum	36	36,0
Total	100	100,0

Araştırmaya katılanların meslek durumlarına bakıldığında %36 ile önemli bir kısmının herhangi bir işte çalışmadığı, bunun devamında çalışan kesimde %30 ile memur olanların en yüksek sayıda olduğu ve kümülatif olarak %55 (n=55) oranında aktif çalışma olduğu görülmektedir.

Tablo 10: Ailenin Aylık Gelirine İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
1001-2000	4	4,0
2001-3000	21	21,0
3001-4000	35	35,0
4000 tl üstü	40	40,0
Total	100	100,0

Aylık gelire ilişkin bulgulara bakıldığında, 3001-4000 tl olanlar %35, 4000 tl ve üstü olanlar ise %40'dır. Kümülatif olarak 3000 tl'nin üstünde aylık ortalama gelire sahip olanların oranı ise %75'dir. Buna göre ülkemizde engelli vatandaşlara yönelik uygulanan sosyal politikaların etkisi olduğu söylenebilir.

Tablo 11: Özel Sağlık Sigortasına İlişkin Bulgular

	Frekans	Yüzde %
Evet	17	17,0
Hayır	83	83,0
Total	100	100,0

Araştırmaya katılanların özel sağlık sigortasına sahip olup olmadıklarına ilişkin bulgulara bakıldığında %83 ile çok büyük bir kısmın özel sağlık sigortasına sahip olmadığı görülmektedir. Ülkemiz sosyal güvenlik mevzuatında engelli vatandaşlara yönelik yapılan pozitif düzenlemelerin bunda etkisini büyük ölçüde gösterdiği söylenebilir.

Tablo 12: Daha Önce Herhangi Bir Hastanede Yatıp Yatmadığına İlişkin Bulgular

	Daha önce hastanede yattınız mı?	
	Frekans	Yüzde %
Evet	86	86,0
Hayır	14	14,0
Total	100	100,0

Araştırmaya katılanların daha önce herhangi bir hastanede yatıp yatmadıklarına ilişkin bulgulara bakıldığında %86 ile çok büyük bir çoğunluğun bir şekilde hastanede yattığını göstermektedir.

Tablo 13: Daha önce Çiğli Bölge Hast. Yatıp Yatmadıklarına İlişkin Bulgular

Bu hastanede daha önce yattınız mı?		
	Frekans	Yüzde %
Evet	70	70,0
Hayır	30	30,0
Total	100	100,0

Araştırmaya katılanların daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatıp yatmadıklarına ilişkin bulgulara bakıldığında %70 ile büyük çoğunluğunun Çiğli Bölge Hastanesinde yattığını göstermektedir. Bu durum sadece engelli değil normal vatandaşlar için de genelde bulundukları veya ikamet ettikleri bölgede bulunan hastanelere başvurdıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 14: Hastaneyi Seçme Nedenlerine İlişkin Bulgular

Bu hastaneyi seçme nedeniniz (Bir veya bir kaçını seçebilirsiniz) ?		
	Frekans	Yüzde %
Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir.	56	56,0
Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs) bilgili ve deneyimlidir.	10	10,0
Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir.	9	9,0
Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.	8	8,0
Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.	13	13,0
Bu hastane evime daha yakındır	4	4,0
Total	100	100,0

Araştırmaya katılanların neden Çiğli Bölge Eğitim Hastanesini seçtiklerine ilişkin bulgulara bakıldığında %56 ile önemli bir çoğunluğun doktorların bilgi ve deneyimi nedeniyle seçtikleri görülmektedir. Araştırmaya katılanların bu soruda birden fazla seçeneği işaretleyebileceği belirtilmiş ancak; diğer sorular ile karıştırılarak kendileri için en önemli olanı işaretledikleri görülmektedir.

Tablo 15: Hastaneyi Yakınlarına Tavsiye Edip Etmeyeceklerine İlişkin Bulgular

Bu hastaneyi yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?		
	Frequency	Percent
Evet	100	100,0

Araştırmaya katılanların Çiğli Bölge Hastanesini yakınlarına tavsiye edip etmeyeceklerine ilişkin bulgulara bakıldığında, tamamının (%100) hastaneyi yakınlarına tavsiye edeceği yönünde cevap verdiği görülmüştür. Hastane hizmetlerinden memnuniyetin ölçüldüğü bu araştırmada bu denli önemli bir verinin oluşması araştırma sonuçları açısından son derece önemlidir. Zira memnun olunmayan bir hizmetin tavsiye edilemeyeceği gerçektir.

Tablo 16: Hastanede Verilen Hizmetlerin Genel Anlamda Nasıl Değerlendirildiğine İlişkin Bulgular

Bu hastanede size verilen hizmetleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?		
	Frekans	Yüzde %
Çok İyi	77	77,0
İyi	21	21,0
Orta	2	2,0
Total	100	100,0

Araştırmaya katılanların hastanede verilen hizmetleri genel anlamda nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgulara bakıldığında %77'sinin çok iyi, %21'inin ise iyi olarak değerlendirildiği, kümülatif olarak ise %98'inin genel anlamda memnun oldukları görülmüştür.

4.2.Katılımcıların Hizmet Kalitesi Ölçeğinde Bulunan Hizmet Kalite Düzeyleri Doğrultusunda Belirlenen İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımları

4.2.1. Katılımcıların Somut Özellikler İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Tablo 17'de araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin somut özelliklere ilişkin verdiği cevapların dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 17: Somut Özelliklere İlişkin Verilen Cevapların Dağılımları

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bu hastanede ve hasta odasındaki eşyalar göze hoş görünmektedir.	1	1	1	1	4	4	16	16	68	68	4,6556	,72144
Bu hastane ortamı huzur verici ve sessizdir.	0	0	3	3	15	15	28	28	54	54	4,3300	,84154
Bu hastane odası temizdir.	1	1	4	4	22	22	30	30	43	43	4,6023	,55791
Bu hastanenin tuvaletleri temizdir.	0	0	0	0	3	3	29	29	56	56	4,1000	,94815
Bu hastanenin personeli (doktor, hemşire, hasta bakıcı) temiz ve iyi giyimlidir.	0	0	0	0	2	2	9	9	89	89	4,8700	,39325
Bu hastanede araba park edecek uygun yer vardır.	2	2	9	9	17	17	25	25	46	46	4,0505	1,09147

Somut özelliklere ilişkin verilen cevaplar incelendiğinde hastane odasındaki eşyaların göze hoş görünmesi (n=68), hastane ortamının huzur verici ve sessiz olması (n=54), hastane odasının temiz olması (n=43), hastane tuvaletlerinin temiz olması (n=56), hastane personelinin temiz ve iyi giyimli olması (n=89), ve hastanede araba park edecek uygun yerin olması (n=46) en yüksek oranlarla cevaplanmıştır. Buda engelli vatandaşlar açısından hastanenin somut özelliklerinin iyi algılandığını

göstermektedir. Ancak; hastane odasının temizliği (n=43) ve araba park edecek yer (n=46) hususlarında daha fazla özen gösterilmesinin memnuniyet oranını artıracığı düşünülmektedir.

4.2.2. Katılımcıların Güvenilirlik İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Tablo 18’de araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvenilirlik ile ilgili ifadelerine verdiği cevapların dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 18: Güvenilirlik İle İlgili Verilen Cevapların Dağılımları

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bu hastanede testler hasta bekletilmeden yapılmaktadır.	0	0	1	1	3	3	24	24	71	71	4,6660	,58900
Bu hastanede yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine getirilmektedir.	0	0	0	0	4	4	19	19	76	76	4,7270	,53100

Tablo 18 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvenilirlik ile ilgili sorularda, hastaya uygulanacak testlerde hastaların bekletilmediğine yönelik kesinlikle katılıyorum (n=71) diyenler ile katılıyorum (n:24) diyenlerin kümülatif olarak %95 olduğu, bunun yanında hastanede yapılması gereken hizmetlerin ilk seferde ve eksiksiz yerine getirildiğine katılıyorum (n=19) ve kesinlikle katılıyorum (n=76) diyenlerin kümülatif olarak %95 olduğu görülmüştür. Bu da araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvenilirlik açısından son derece memnun olduklarını göstermektedir.

4.2.3. Katılımcıların Cevap Verebilme İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Tablo 19’de araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cevap verebilmeye ilişkin verdiği cevapların dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 19: Cevap Verebilme İle İlgili İfadelere Verilen Cevapların Dağılımları

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bu Hastaneye Kabulüm Ve Girişim Zamanında Ve Çok Kolay Oldu.	0	0	0	0	2	2	12	12	86	86	4,8400	,41972
Bu hastanede refakatçilere ve hastanın yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmektedir.	0	0	0	0	8	8	13	13	73	73	4,6915	,62263
Bu hastanede hizmetlere her an ulaşılabilir ve hastalara uygun zamanda verilmektedir.(İstediğim tüm branşlarda deneyimli doktor vardır.)	0	0	0	0	3	3	17	17	80	80	4,7700	,48938
Bu hastanede hizmetler, hastalar için uygun olan yerde verilmektedir.	0	0	0	0	1	1	9	9	90	90	4,8900	,34510
Bu hastaneden çıkışımda (taburcu olmamda) hiçbir sorun yaşamadım.	0	0	0	0	1	1	3	3	93	93	4,9485	,26501

Tablo 19 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cevap verebilme ile ilgili hastaneye kabul ve girişin zamanında ve kolay olması ifadesine katılıyorum (n=12), kesinlikle katılıyorum (n=86) olmak üzere kümülatif olarak %98, refakatçi ve hasta yakınlarına beklenen hizmetin verilir verilmediğine ilişkin katılıyorum (n=13), kesinlikle katılıyorum (n=73) olmak üzere kümülatif olarak %86, talep edilen her branşta doktor bulunması ve sunulan hizmetlere istenilen zamanda ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin olarak katılıyorum (n=17), kesinlikle katılıyorum (n=80) olmak üzere kümülatif olarak %97, hastanede sunulan hizmetlerin uygun olan yerde verilir verilmediğine ilişkin olarak katılıyorum (n=9), kesinlikle katılıyorum (n=90) olmak üzere kümülatif olarak %99 ve son olarak taburcu olma sırasında sorun yaşanıp yaşanmadığına ilişkin olarak katılıyorum (n=3), kesinlikle katılıyorum (n=93) olmak üzere kümülatif olarak %96 oranında cevaplar verildiği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin

cevap verebilme ile ilgili ifadelerle olumlu yönde görüş bildirdiği ve memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir. Ancak; diğer ifadelerle oranla refakatçilere ve refakatçi beklentilerine yönelik olarak memnuniyet oranının daha düşük olması (%86) nedeniyle bir takım düzenlemeler yapılarak memnuniyet oranının daha da yükseltilmesinin mümkün olduğu söylenebilir.

4.2.4. Katılımcıların Güvence İle İlgili İfadelerle Verdiği Cevapların Dağılımları

Tablo 20’de araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvence ile ilgili ifadelerle verdiği cevapların dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 20: Güvence İlgili İfadelerle Verilen Cevapların Dağılımları

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bu hastane çalışanları kişisel mahremiyetimize saygı göstermektedir.	0	0	0	0	0	0	10	10	90	90	4,9000	,30151
Bu hastanenin personeli (doktor, hemşire, müstahdem) hastalara karşı nazik, güler yüzlü, ve saygılıdır.	0	0	0	0	0	0	13	13	87	87	4,8700	,33800
Bu hastanede ziyaretçilere olumlu davranılmaktadır.	0	0	0	0	4	4	16	16	78	78	4,7551	,51894
Bu hastanede hastalara sadece gerekli test ve tedaviler uygulanmaktadır.	0	0	0	0	1	1	9	9	90	90	4,8900	,34510
Bu hastanedeki hemşireler hastada güven duygusu uyandırmaktadır.	0	0	0	0	1	1	10	10	89	89	4,8800	,35619
Bu hastanedeki doktorlar hastada güven duygusu uyandırmaktadır.	0	0	1	1	1	1	8	8	89	89	4,8687	,44370

Tablo 20 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvence ile ilgili hastane çalışanların kişisel mahremiyete saygı gösterdiği ifadesine katılıyorum (n=10), kesinlikle katılıyorum (n=90) olmak üzere kümülatif olarak %100, hastane personelinin nazil olduğuna dair ifadeye katılıyorum (n=13), kesinlikle katılıyorum (n=87) olmak üzere kümülatif olarak %100, ziyaretçilere

olumlu davranıldığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=16), kesinlikle katılıyorum (n=78) olmak üzere kümülatif olarak %94, hastanede sadece gerekli test ve tedavilerin yapıldığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=9), kesinlikle katılıyorum (n=90) olmak üzere kümülatif olarak %99, hemşirelerin hastalarda güven duygusu uyandırdığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=9), kesinlikle katılıyorum (n=89) olmak üzere kümülatif olarak %98 ve son olarak doktorların hastalarda güven duygusu uyandırdığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=8), kesinlikle katılıyorum (n=89) olmak üzere kümülatif olarak %97 oranında cevaplar verildiği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvence ile ilgili ifadelere olumlu yönde görüş bildirdiği ve memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.5. Katılımcıların Empati/İletişim İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Tablo 21’de araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin empati/iletişim ile ilgili ifadelere verdiği cevapların dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 21: Empati/İletişim İlgili İfadelere Verilen Cevapların Dağılımları

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Hastanede doktoruma kolayca ulaşabilmekteyim.	0	0	2	2	6	6	12	12	80	80	4,7000	,67420
İstediğim tüm soruları rahatlıkla doktoruma sorabilmekteyim.	0	0	2	2	6	6	4	4	88	88	4,7800	,64479
Bu hastanede prosedürler (hastanenin belli kuralları) ve ortalama kalacağım süre bana ve aileme detaylı olarak açıklanmaktadır.	1	1	0	0	5	5	6	6	88	88	4,8000	,61955
Bu hastanede uygulanacak tüm test ve tedaviler bana uygun bir şekilde anlatılmaktadır.	0	0	0	0	4	4	8	8	88	88	4,8400	,46537
Bana uygulanacak işlemlerle ilgili onayım alınmaktadır.	1	1	0	0	3	3	8	8	88	88	4,8200	,57525
Bu hastanede her an durumumla ilgili bilgi alabilmekteyim.	0	0	0	0	2	2	12	12	86	86	4,8400	,41972
Bu hastanede çalışanlar hastanın problemlerine ilgiyle yaklaşmakta ve çözmek için çaba sarf etmektedirler.	0	0	0	0	2	2	14	14	84	84	4,8200	,43531
Bu hastanede hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmaktadır.	1	1	0	0	2	2	9	9	88	88	4,8300	,55149

Tablo 21 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin empati/iletişim ile ilgili olarak, doktoruna kolayca ulaşabildiğini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %92, doktoruna istediği soruları rahatlıkla sorabildiğini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %92, hastanedeki kurallar, prosedürler ve hastanedeki kalacağı süreyi detaylı olarak kendisine anlatıldığını düşünenlerin oranı kümülatif olarak %94, hastanede uygulanacak tüm test ve tedavilerine kendisine uygun bir şekilde anlatıldığını düşünenlerin oranı kümülatif olarak %96, kendisine uygulanacak işlemlerde rızasının alındığını düşünenlerin oranı kümülatif olarak %96, kendisine uygulanan tedavi hizmetleri hakkında istediği zaman bilgi alabildiğini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %98, hastane çalışanlarının problemlerine ilgiyle yaklaştığını ve bu problemlerin çözümü için çaba sarf ettiklerini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %98 ve hastanede sunulan hizmetlerin kendi beklenti, istek ve ihtiyaçları doğrultusunda planlandığını düşünenlerin kümülatif olarak %97 oranında cevap verdiği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin empati/ iletişim ile ilgili ifadelerle olumlu yönde görüş bildirdiği ve memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir.

4.3. Hizmet Kalite Düzeylerine İlişkin Bulguların Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) İle İncelenmesi

4.3.1. Hizmet Kalite Düzeyleri İle İlgili Cevapların Ortalamaları

Tablo 22: Hizmet Kalite Düzeyleri ile İlgili Ortalamalar

Düzeyler	N	Ort.	Ss.	Min.	Max.
Somut Özellikler	100	4,434	0,758	1,00	5,00
Güvenilirlik	100	4,696	0,56	1,00	5,00
Cevap Verebilme	100	4,827	0,428	1,00	5,00
Güvence	100	4,86	0,383	1,00	5,00
Empati/iletişim	100	4,803	0,548	1,00	5,00
Genel Hizmet Kalitesi	100	4,729	0,541	1,00	5,00

Tablo 22 incelendiğinde hizmet kalite düzeyleri ve genel hizmet kalitesi bakımından elde edilen bulgulara göre genel hizmet kalitesi algısının yüksek olduğu (4,729), düzeyler bazında ise ortalamaların yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

4.3.2. Hizmet Kalite Düzeylerinin Demografik Verilerle Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırmada kullanılan hizmet kalitesi ölçeğinin demografik soruları ile ölçek soruları karşılaştırılarak, demografik verilerle ölçek cevapları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ortaya çıkarılacaktır.

4.3.2.1.Yaş Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Aşağıdaki tablolarda somut özellikler, güvenilirlik, cevap verebilme, güvence ve hizmet kalitesi düzeylerinde anova testine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 23: Yaş ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	19 ve altı	100	4,682	0,619	1,000
	20-29		4,354	0,838	
	30-39		4,583	0,613	
	40-49		4,134	0,904	
	50-59		4,865	0,349	
	60 ve üzeri		4,095	1,014	
güvenilirlik	19 ve altı	100	4,875	0,339	1,000
	20-29		4,636	0,724	
	30-39		4,674	0,516	
	40-49		4,633	0,560	
	50-59		4,750	0,447	
	60 ve üzeri		4,692	0,625	
cevap verebilme	19 ve altı	100	4,8636	0,366	1,000
	20-29		4,8615	0,409	
	30-39		4,7998	0,447	
	40-49		4,7867	0,463	
	50-59		4,8286	0,347	
	60 ve üzeri		4,831	0,407	
güvence	19 ve altı	100	4,9008	0	0,942
	20-29		4,8678	0,070	
	30-39		4,7658	0,073	
	40-49		4,8838	0,139	
	50-59		4,8727	0,126	
	60 ve üzeri		4,8693	0,074	
empati/iletişim	19 ve altı	100	4,906	0,325	0,998
	20-29		4,761	0,714	
	30-39		4,854	0,450	
	40-49		4,675	0,604	
	50-59		4,795	0,487	
	60 ve üzeri		4,846	0,436	

Tablo 23 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin yaş grupları ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (1,00 $p < 0,05$).

Tablo 23 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin yaş grupları ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (1,00 $p < 0,05$).

Tablo 23 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin yaş grupları ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (1,00 $p < 0,05$).

Tablo 23 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin yaş grupları ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,942 $p < 0,05$).

Tablo 23 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin yaş grupları ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,998 $p < 0,05$).

4.3.2.2.Cinsiyet Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 24: Cinsiyet ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Erkek	100	4,400	0,759	0,245
	Kadın		4,459	0,809	
güvenilirlik	Erkek	100	4,710	0,453	0,677
	Kadın		4,670	0,674	
cevap verebilme	Erkek	100	4,860	0,355	0,414
	Kadın		4,787	0,500	
güvence	Erkek	100	4,850	0,367	0,634
	Kadın		4,866	0,399	
empati/iletişim	Erkek	100	4,829	0,367	0,555
	Kadın		4,763	0,637	

Tablo 24 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cinsiyet ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,245 $p < 0,05$).

Tablo 24 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cinsiyet ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,677 $p < 0,05$).

Tablo 24 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cinsiyet ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,414 $p < 0,05$).

Tablo 24 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cinsiyet ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,634 $p < 0,05$).

Tablo 24 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cinsiyet ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,555 $p < 0,05$).

4.3.2.3.Eğitim Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 25: Eğitim ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Okur-Yazar Değil	100	4,833	0,333	0,408
	İlköğretim		4,472	0,691	
	Lise		4,488	0,650	
	Üniversite		4,245	0,951	
	Y.Lisans-Doktora		4,542	0,629	
güvenilirlik	Okur-Yazar Değil	100	5,000	0,000	0,132
	İlköğretim		4,958	0,144	
	Lise		4,719	0,559	
	Üniversite		4,532	0,641	
	Y.Lisans-Doktora		4,625	0,539	
cevap verebilme	Okur-Yazar Değil	100	5,0000	0	0,298
	İlköğretim		5,0000	0	
	Lise		4,8026	0,414	
	Üniversite		4,7712	0,491	
	Y.Lisans-Doktora		4,8500	0,216	
güvence	Okur-Yazar Değil	100	5,0000	0	0,184
	İlköğretim		4,9028	0,305	
	Lise		4,9182	0,280	
	Üniversite		4,7536	0,498	
	Y.Lisans-Doktora		4,7083	0,513	
empati/iletişim	Okur-Yazar Değil	100	5,000	0,000	0,305
	İlköğretim		5,000	0,225	
	Lise		4,844	0,604	
	Üniversite		4,649	0,660	
	Y.Lisans-Doktora		4,719	0,563	

Tablo 25 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin eğitim durumu ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,4085 $p < 0,05$).

Tablo 25 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin eğitim durumu ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,132 $p<0,05$).

Tablo 25 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin eğitim durumu ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,298 $p<0,05$).

Tablo 25 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin eğitim durumu ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,184 $p<0,05$).

Tablo 25 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin eğitim durumu ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,305 $p<0,05$).

4.3.2.4.Medeni Durum Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 26: Medeni Durum ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Bekar	100	4,436	0,801	0,725
	Evli		4,421	0,764	
güvenilirlik	Bekar	100	4,687	0,609	0,792
	Evli		4,703	0,528	
cevap verebilme	Bekar	100	4,8170	0,449	0,735
	Evli		4,8350	0,413	
güvence	Bekar	100	4,8790	0,367	0,607
	Evli		4,8470	0,388	
empati/iletişim	Bekar	100	4,765	0,630	0,548
	Evli		4,829	0,478	

Tablo 26 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin medeni durumu ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,725 $p<0,05$).

Tablo 26 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin medeni durumu ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,792 $p<0,05$).

Tablo 26 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin medeni durumu ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,735 $p<0,05$).

Tablo 26 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin medeni durumu ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,607 $p<0,05$).

Tablo 26 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin medeni durumu ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,548 $p<0,05$).

4.3.2.5.Çocuk Sahibi Olma Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 27: Çocuk Sahibi Olma ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Hayır	100	4,400	0,759	0,613
	Evet		4,459	0,809	
güvenilirlik	Hayır	100	4,710	0,453	0,464
	Evet		4,670	0,674	
cevap verebilme	Hayır	100	4,860	0,355	0,346
	Evet		4,787	0,500	
güvence	Hayır	100	4,850	0,367	0,699
	Evet		4,866	0,399	
empati/iletişim	Hayır	100	4,829	0,367	0,558
	Evet		4,763	0,637	

Tablo 27 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin çocuk sahibi olma ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,613 $p<0,05$).

Tablo 27 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin çocuk sahibi olma ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,464 $p<0,05$).

Tablo 27 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin çocuk sahibi olma ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,346 $p<0,05$).

Tablo 27 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin çocuk sahibi olma ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,699 $p<0,05$).

Tablo 27 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin çocuk sahibi olma ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,558 $p<0,05$).

4.3.2.6.Meslek Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 28: Meslek ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Serbest Meslek	100	4,482	0,566	0,536
	Emekli		4,259	0,819	
	Memur		4,312	0,882	
	İşçi		4,423	0,740	
	Çalışmıyorum		4,551	0,654	
güvenilirlik	Serbest Meslek	100	4,833	0,577	0,199
	Emekli		4,500	0,707	
	Memur		4,533	0,679	
	İşçi		4,846	0,376	
	Çalışmıyorum		4,786	0,416	
cevap verebilme	Serbest Meslek	100	4,8667	0,412	0,447
	Emekli		4,7556	0,476	
	Memur		4,7872	0,458	
	İşçi		4,8769	0,336	
	Çalışmıyorum		4,8471	0,379	
güvence	Serbest Meslek	100	5,0000	0	0,424
	Emekli		4,8310	0,391	
	Memur		4,7512	0,516	
	İşçi		4,8974	0,310	
	Çalışmıyorum		4,8981	0,308	
empati/iletişim	Serbest Meslek	100	4,990	0,036	0,283
	Emekli		4,778	0,517	
	Memur		4,638	0,770	
	İşçi		4,894	0,337	
	Çalışmıyorum		4,854	0,452	

Tablo 28 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin meslekleri ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,536 $p<0,05$).

Tablo 28 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin meslekleri ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,199 $p<0,05$).

Tablo 28 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin meslekleri ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,447 $p<0,05$).

Tablo 28 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin meslekleri ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,424 $p<0,05$).

Tablo 28 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin meslekleri ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,283 $p<0,05$).

4.3.2.7.Ailenin Ortalama Geliri Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 29: Ailenin Ortalama Geliri ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	1001-2000	100	4,708	0,583	0,316
	2001-3000		4,326	0,914	
	3001-4000		4,514	0,690	
	4000 tl ve üstü		4,378	0,739	
güvenilirlik	1001-2000	100	4,750	0,500	0,972
	2001-3000		4,700	0,648	
	3001-4000		4,671	0,585	
	4000 tl ve üstü		4,713	0,511	
cevap verebilme	1001-2000	100	4,800	0,291	0,503
	2001-3000		4,864	0,314	
	3001-4000		4,781	0,486	
	4000 tl ve üstü		4,855	0,394	
güvence	1001-2000	100	4,917	0,167	0,699
	2001-3000		4,889	0,340	
	3001-4000		4,842	0,377	
	4000 tl ve üstü		4,856	0,394	
empati/iletişim	1001-2000	100	4,906	0,188	0,606
	2001-3000		4,851	0,614	
	3001-4000		4,739	0,550	
	4000 tl ve üstü		4,825	0,492	

Tablo 29 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin aile ortalama gelirleri ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,316 $p<0,05$).

Tablo 29 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin aile ortalama gelirleri ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,972 $p < 0,05$).

Tablo 29 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin aile ortalama gelirleri ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,503 $p < 0,05$).

Tablo 29 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin aile ortalama gelirleri ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,699 $p < 0,05$).

Tablo 29 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin aile ortalama gelirleri ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,606 $p < 0,05$).

4.3.2.8.Özel Sağlık Sigortası Değişkeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 30: Özel Sağlık Sigortası ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Evet	100	4,4787	0,7371	0,384
	Hayır		4,4172	0,7828	
güvenilirlik	Evet	100	4,8235	0,3847	0,424
	Hayır		4,6707	0,5860	
cevap verebilme	Evet	100	4,9063	0,2951	0,436
	Hayır		4,8272	0,4237	
güvence	Evet	100	4,8686	0,3812	0,576
	Hayır		4,8190	0,4565	
empati/iletişim	Evet	100	4,8487	0,4340	0,675
	Hayır		4,8124	0,5455	

Tablo 30 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin özel sigortasına sahip olma durumu ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,384 $p < 0,05$).

Tablo 30 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin özel sigortasına sahip olma durumu ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,424 $p < 0,05$).

Tablo 30 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin özel sigortasına sahip olma durumu ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,436 $p < 0,05$).

Tablo 30 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin özel sigortasına sahip olma durumu ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,576 $p < 0,05$).

Tablo 30 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin özel sigortasına sahip olma durumu ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,675 $p < 0,05$).

4.3.2.9. Daha Önce Hastanede Yatma ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 31: Daha Önce Hastanede Yatma ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Evet	100	4,452	0,741	0,302
	Hayır		4,253	0,977	
güvenilirlik	Evet	100	4,727	0,508	0,175
	Hayır		4,500	0,827	
cevap verebilme	Evet	100	4,857	0,384	0,220
	Hayır		4,624	0,613	
güvence	Evet	100	4,893	0,330	0,093
	Hayır		4,667	0,586	
empati/iletişim	Evet	100	4,895	0,354	0,002
	Hayır		4,393	0,951	

Tablo 31 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce hastanede yatma durumu ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,302 $p < 0,05$).

Tablo 31 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce hastanede yatma durumu ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,175 $p < 0,05$).

Tablo 31 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce hastanede yatma durumu ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,220 $p < 0,05$).

Tablo 31 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce hastanede yatma durumu ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,093 $p < 0,05$).

Tablo 31 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce hastanede yatma durumu ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,002 $p < 0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde daha önce hastanede yatan katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu (4,895), daha önce hastanede yatmayan katılımcıların puan ortalamasının ise daha düşük olduğu (4,393) görülmüştür.

4.3.2.9.Daha Önce Çiğli Bölge Hastanesinde Yatma ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 32: Daha Önce Çiğli Bölge Hastanesinde Yatma ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Evet	100	4,486	0,717	0,159
	Hayır		4,271	0,899	
güvenilirlik	Evet	100	4,807	0,432	0,002
	Hayır		4,431	0,731	
cevap verebilme	Evet	100	4,900	0,311	0,042
	Hayır		4,644	0,597	
güvence	Evet	100	4,907	0,314	0,093
	Hayır		4,751	0,495	
empati/iletişim	Evet	100	4,913	0,331	0,003
	Hayır		4,550	0,808	

Tablo 32 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatma durumu ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,159 $p < 0,05$).

Tablo 32 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatma durumu ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,002 $p < 0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde daha önce hastanede yatan katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu (4,807), daha önce hastanede yatmayan katılımcıların puan ortalamasının ise daha düşük olduğu (4,431) görülmüştür.

Tablo 32 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatma durumu ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,042 $p<0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde daha önce hastanede yatan katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu (4,90), daha önce hastanede yatmayan katılımcıların puan ortalamasının ise daha düşük olduğu (4,644) görölmüştür.

Tablo 32 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatma durumu ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görölmektedir (0,093 $p<0,05$).

Tablo 32 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatma durumu ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,003 $p<0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde daha önce hastanede yatan katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu (4,913), daha önce hastanede yatmayan katılımcıların puan ortalamasının ise daha düşük olduğu (4,550) görölmüştür.

4.3.2.10. Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 33: Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir	100	4,465	0,713	0,271
	Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs) deneyimlidir.		4,767	0,304	
	Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir		4,099	1,107	
	Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.		4,598	0,650	
	Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.		4,263	0,878	
	Bu hastane evime daha yakındır		3,931	0,697	
güvenilirlik	Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir	100	4,750	0,456	0,151
	Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs) deneyimlidir.		4,950	0,158	
	Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir		4,563	0,907	
	Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.		4,375	0,821	
	Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.		4,692	0,630	
	Bu hastane evime daha yakındır		4,250	0,500	
cevap verebilme	Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir	100	4,840	0,417	0,484
	Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs) deneyimlidir.		4,980	0,063	
	Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir		4,742	0,417	
	Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.		4,675	0,577	
	Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.		4,842	0,405	
	Bu hastane evime daha yakındır		4,717	0,331	
güvence	Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir	100	4,890	0,337	0,235
	Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs) deneyimlidir.		4,983	0,053	
	Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir		4,845	0,402	
	Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.		4,833	0,419	
	Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.		4,780	0,430	
	Bu hastane evime daha yakındır		4,472	0,628	
empati/iletişim	Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir	100	4,846	0,460	0,399
	Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs) deneyimlidir.		5,000	0,000	
	Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir		4,694	0,917	
	Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.		4,781	0,497	
	Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.		4,683	0,648	
	Bu hastane evime daha yakındır		4,406	0,697	

Tablo 33 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,271 $p < 0,05$).

Tablo 33 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,151 $p < 0,05$).

Tablo 33 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,484 $p < 0,05$).

Tablo 33 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,235 $p < 0,05$).

Tablo 33 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin Çiğli Bölge Hastanesini Seçme Nedeni ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (0,399 $p < 0,05$).

4.3.2.11. Tavsiye Etme ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 34: Tavsiye Etme ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin

Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss
somut özellikler	Evet	100	4,427	0,779
güvenilirlik	Evet	100	4,697	0,560
cevap verebilme	Evet	100	4,828	0,428
güvence	Evet	100	4,861	0,384
empati/iletişim	Evet	100	4,804	0,548

Tablo 34 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin Çiğli Bölge Eğitim Hastanesini yakınlarına tavsiye edip etmeyeceklerine ilişkin olarak tamamının “Evet” dediği görülmektedir. Bu nedenle T-testi yapılamamıştır.

4.3.2.12. Genel Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 35: Genel Hizmet Kalitesi ile Hizmet Düzeyleri Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Düzeyler	Grup	N	Ort.	Ss	P
somut özellikler	Çok İyi	100	4,592	0,631	0,131
	İyi		3,899	0,812	
	Orta		3,667	0,707	
güvenilirlik	Çok İyi	100	4,842	0,382	0,000
	İyi		4,190	0,781	
	Orta		4,500	0,707	
cevap verebilme	Çok İyi	100	4,923	0,282	0,010
	İyi		4,516	0,601	
	Orta		4,400	0,566	
güvence	Çok İyi	100	4,945	0,241	0,001
	İyi		4,591	0,575	
	Orta		4,417	0,589	
empati/iletişim	Çok İyi	100	4,961	0,209	0,000
	İyi		4,373	0,875	
	Orta		4,333	0,707	

Tablo 35 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin genel hizmet kalitesi ile somut özellikler düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (0,131 $p < 0,05$).

Tablo 35 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin genel hizmet kalitesi ile güvenilirlik düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,000 $p < 0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde genel hizmet kalitesini çok iyi bulanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu (4,842), iyi olarak değerlendirenlerin ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (4,190).

Tablo 35 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin genel hizmet kalitesi cevap verebilme düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,010 $p < 0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde genel hizmet kalitesini çok iyi bulanların puan ortalamasının iyi ve orta cevabını verenlere göre daha yüksek olduğu (4,923) görülmektedir.

Tablo 35 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin genel hizmet kalitesi ile güvence düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,001 $p < 0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde genel hizmet kalitesini çok iyi bulanların puan ortalamasının iyi ve orta cevabını verenlere göre daha yüksek olduğu (4,945) görülmektedir.

Tablo 35 incelendiğinde araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin genel hizmet kalitesi ile empati/iletişim düzeyine ilişkin ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (0,000 $p < 0,05$). Bu farklılığın kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post-Hoc testinde genel hizmet kalitesini çok iyi bulanların puan ortalamasının iyi ve orta cevabını verenlere göre daha yüksek olduğu (4,961) görülmektedir.

4.3.3. Hizmet Kalite Düzeylerinin Korelasyon Analizi İle İncelenmesi

Tablo 36: Korelasyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

		Somut Özellikler	Güvenilirlik	Cevap Verebilme	Güvence	Empati, İletişim
Somut Özellikler	r	1,000				
	p	0,000				
Güvenilirlik	r	,575**	1,000			
	p	0,000	0,000			
Cevap Verebilme	r	,443**	,717**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000		
Güvence	r	,485**	,468**	,612**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	
Empati, İletişim	r	,516**	,605**	,665**	,782**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 36 incelendiğinde;

Somut Özellikler ile Güvenilirlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=575$ $p < 0,05$). Bu doğrultuda somut özelliklerde memnuniyet oranı arttıkça, güvenilirlik oranının da arttığı söylenebilir.

Somut Özellikler ile Cevap Verebilme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,443 $p < 0,05$). Bu doğrultuda somut özelliklerde memnuniyet oranı arttıkça, Cevap Verebilme oranının da arttığı söylenebilir.

Somut Özellikler ile Güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,485 $p < 0,05$). Bu doğrultuda somut özelliklerde memnuniyet oranı arttıkça, Güvence oranının da arttığı söylenebilir.

Somut Özellikler ile Empati/İletişim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,485 $p<0,05$). Bu doğrultuda somut özelliklerde memnuniyet oranı arttıkça, Empati/İletişim oranının da arttığı söylenebilir.

Güvenilirlik ile Cevap Verebilme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,717 $p<0,05$). Bu doğrultuda Güvenilirlik oranı arttıkça, Cevap Verebilme oranının da arttığı söylenebilir.

Güvenilirlik ile Güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,468 $p<0,05$). Bu doğrultuda Güvenilirlik oranı arttıkça, Güvence oranının da arttığı söylenebilir.

Güvenilirlik ile Empati/İletişim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,605 $p<0,05$). Bu doğrultuda Güvenilirlik oranı arttıkça, Empati/İletişim oranının da arttığı söylenebilir.

Cevap Verebilme ile Güvence arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,612 $p<0,05$). Bu doğrultuda Cevap Verebilme oranı arttıkça, Güvence oranının da arttığı söylenebilir.

Cevap Verebilme ile Empati/İletişim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,665 $p<0,05$). Bu doğrultuda Cevap Verebilme oranı arttıkça, Empati/İletişim oranının da arttığı söylenebilir.

Güvence ile Empati/İletişim arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,782 $p<0,05$). Bu doğrultuda Güvence oranı arttıkça, Empati/İletişim oranının da arttığı söylenebilir.

SONUÇ

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite algısının her geçen gün artmaya başladığını ve sağlık hizmeti sunan kurumların sağlık hizmetlerinin daha kaliteli nasıl yapılabileceğine yönelik çeşitli politikalar yürüttüğü görülmektedir. Bu çalışmaların temelinde, toplumun sağlık hizmetlerinden daha kaliteli faydalanma arzusu yatmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite artışının insan sağlığına olumlu birçok etkisinin olacağı gibi, herhangi bir ihmal veya kusur durumunda ise etkilenecek ilk kişinin sağlık hizmeti alan kişiler olduğu kaçınılmaz bir gerçektir.

Engellilik, geçmişten günümüze kadar insanlık için önemli bir sorun olarak göze çarpmaktadır. Normal insanlardan birçok konuda farklı bir hayat süren engelli insanlar için hayat şartları hali hazırda yeterince zor durumda iken, sağlık hizmetlerinin de kötü olması hayatlarını daha zor bir duruma sokmaktadır. Bu nedenle engelli insanların sağlık hizmetlerinden kalite beklentisi normal insanlara göre daha yüksektir. Bu çalışma ile Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi'ne başvuran engelli vatandaşların hastane hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmeleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda aşağıda belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmada Çiğli Bölge Hastanesine başvuran 100 adet engelli vatandaşa anket uygulanmıştır. Araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin yaş ortalamalarının yüzdelik olarak birbirine yakın olduğu görülmektedir. 19-40 yaş aralığında bulunan katılımcıların oranı %58, 40 ve 60 üzeri aralığında olan katılımcıların oranı ise %42'dir. Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımının ise %56 kadın, %44 erkek olduğu, katılımcıların %49'unun lise mezunu olduğu, kümülatif olarak %84'ünün ise lise ve daha üstü bir okul mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %60'ının evli, %40'ının ise bekar olduğu, %58'inin çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Katılımcıların %30'unun memur olduğu, kümülatif olarak ise %64'ünün belirli bir zaman diliminde aktif olarak bir işte çalıştığı görülmüştür. Bu engelli vatandaşların toplumsal hayata katılımı açısından önemli bir durumdur. Katılımcıların aylık gelir oranlarına bakıldığında %75'inin aylık 3000 tl ve üstü gelir elde ettiği görülmüştür. Bu durumun da ülkemizde engellilere yönelik uygulanan vergi politikaları doğrultusunda gelişmiş olabileceği düşünülmektedir. Araştırmaya katılanların %83'ünün özel sağlık sigortasına sahip olmadığı ve %86'sının daha önce hastanede yatığı görülmüştür. Katılımcıların %70'inin ise daha önce Çiğli Bölge Eğitim

Hastanesinde yattığı ve hastaneyi seçme nedenlerine önem sırasına göre en fazla hastanedeki doktorların bilgi ve deneyimlerine güvendikleri (%56), sağlık güvencesinin geçtiği hastane olduğunu ikinci sırada değerlendirdikleri (%13) görülmüştür. Hastaneyi yakınlarına tavsiye edebileceklerini düşünen katılımcılar %100 ile evet cevabı vermiştir. Bu da araştırmaya katılanların tamamının hastaneyi yakınlarına tavsiye edeceğini göstermektedir. Katılımcılar hastanede verilen hizmeti genel anlamda %77 ile çok iyi, %21 ile iyi ve %2 ile orta derecede değerlendirmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların hastanede verilen hizmetleri genel anlamda oldukça iyi derecede değerlendirdikleri söylenebilir.

Hastanenin hizmet kalitesinin ölçülmesi adına belirlenen ölçekte hizmet düzeyleri olarak 5 gruba ayrılmış olup; bu gruplar bazında değerlendirmeler aşağıdaki şekilde yapılmıştır.

Somut Özellikler düzeyi sonuçları;

1. Bu hastanedeki ve hasta odasındaki eşyalar göze hoş görünmektedir.
2. Bu hastane ortamı huzur verici ve sessizdir.
3. Bu hastane odası temizdir.
4. Bu hastanenin tuvaletleri temizdir.
5. Bu hastanenin personeli (doktor, hemşire, hasta bakıcı) temiz ve iyi giyimlidir.
6. Bu hastanede araba park edecek uygun yer vardır.

6 ifadeden oluşan somut özellikler düzeyi sonuçlarına göre hastane odasındaki eşyaların göze hoş görünmesi (n=68), hastane ortamının huzur verici ve sessiz olması (n=54), hastane odasının temiz olması (n=43), hastane tuvaletlerinin temiz olması (n=56), hastane personelinin temiz ve iyi giyimli olması (n=89), ve hastanede araba park edecek uygun yerin olması (n=46) en yüksek oranlarla cevaplanmıştır. Bu da araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin somut özellikler düzeyinde sunulan hizmetlerden son derece memnun olduklarını göstermektedir. Ancak hastane da otopark ile ilgili bir takım çalışmalar ile hastane odalarının temizliğine daha fazla özen gösterilmesinin somut özellikler düzeyinde hizmet kalitesini artıracığı söylenebilir.

Güvenilirlik düzeyi sonuçları;

1. Bu hastanede testler hasta bekletilmeden yapılmaktadır.

2. Bu hastanede yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine getirilmektedir.

2 ifadeden oluşan güvenilirlik sonuçlarına göre hastaya uygulanacak testlerde hastaların bekletilmediğine yönelik kesinlikle katılıyorum (n=71) diyenler ile katılıyorum (n=24) diyenlerin kümülatif olarak %95 olduğu, bunun yanında hastanede yapılması gereken hizmetlerin ilk seferde ve eksiksiz yerine getirildiğine katılıyorum (n=19) ve kesinlikle katılıyorum (n=76) diyenlerin kümülatif olarak %95 olduğu görülmüştür. Araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvenilirlik düzeyinde memnuniyet oranlarının oldukça yüksek olduğu ve hastane sunulan testler ile sunulan hizmetlerin hızlı ve eksiksiz yerine getirilmesi hizmetlerinin aynı kalitede devam etmesinin memnuniyet oranının kalıcı olması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Cevap Verebilme düzeyi sonuçları;

1. Bu Hastaneye Kabulüm Ve Girişim Zamanında Ve Çok Kolay Oldu.
2. Bu hastanede refakatçilere ve hastanın yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmektedir.
3. Bu hastanede hizmetlere her an ulaşılabilir ve hastalara uygun zamanda verilmektedir.(İstediğim tüm branşlarda deneyimli doktor vardır.)
4. Bu hastanede hizmetler, hastalar için uygun olan yerde verilmektedir.
5. Bu hastaneden çıkışımda (taburcu olmamda) hiçbir sorun yaşamadım.

5 ifadeden oluşan cevap verebilme düzeyi sonuçlarına göre hastaneye kabul ve girişin zamanında ve kolay olması ifadesine katılıyorum (n=12), kesinlikle katılıyorum (n=86) olmak üzere kümülatif olarak %98, refakatçi ve hasta yakınlarına beklenen hizmetin verilip verilmediğine ilişkin katılıyorum (n=13), kesinlikle katılıyorum (n=73) olmak üzere kümülatif olarak %86, talep edilen her branşta doktor bulunması ve sunulan hizmetlere istenilen zamanda ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin olarak katılıyorum (n=17), kesinlikle katılıyorum (n=80) olmak üzere kümülatif olarak %97, hastanede sunulan hizmetlerin uygun olan yerde verilip verilmediğine ilişkin olarak katılıyorum (n=9), kesinlikle katılıyorum (n=90) olmak üzere kümülatif olarak %99 ve son olarak taburcu olma sırasında sorun yaşanıp yaşanmadığına ilişkin olarak katılıyorum (n=3), kesinlikle katılıyorum (n=93) olmak

üzere kümülatif olarak %96 oranında cevaplar verildiği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin cevap verebilme ile ilgili ifadeler olumlu yönde görüş bildirdiği ve memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir. Ancak; diğer ifadeler oranla refakatçilere ve refakatçi beklentilerine yönelik olarak memnuniyet oranının daha düşük olması (%86) nedeniyle bir takım düzenlemeler yapılarak memnuniyet oranının daha da yükseltilmesinin mümkün olduğu söylenebilir.

Güvence düzeyi sonuçları;

1. Bu hastane çalışanları kişisel mahremiyetimize saygı göstermektedir.
2. Bu hastanenin personeli (doktor, hemşire, müstahdem) hastalara karşı nazik, güler yüzlü, ve saygılıdır.
3. Bu hastanede ziyaretçilere olumlu davranılmaktadır.
4. Bu hastanede hastalara sadece gerekli test ve tedaviler uygulanmaktadır.
5. Bu hastanedeki hemşireler hastada güven duygusu uyandırmaktadır.
6. Bu hastanedeki doktorlar hastada güven duygusu uyandırmaktadır.

6 ifadeden oluşan güvence düzeyi sonuçlarına göre hastane çalışanların kişisel mahremiyete saygı gösterdiği ifadesine katılıyorum (n=10), kesinlikle katılıyorum (n=90) olmak üzere kümülatif olarak %100, hastane personelinin nazil olduğuna dair ifadeye katılıyorum (n=13), kesinlikle katılıyorum (n=87) olmak üzere kümülatif olarak %100, ziyaretçilere olumlu davranıldığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=16), kesinlikle katılıyorum (n=78) olmak üzere kümülatif olarak %94, hastanede sadece gerekli test ve tedavilerin yapıldığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=9), kesinlikle katılıyorum (n=90) olmak üzere kümülatif olarak %99, hemşirelerin hastalarda güven duygusu uyandırdığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=9), kesinlikle katılıyorum (n=89) olmak üzere kümülatif olarak %98 ve son olarak doktorların hastalarda güven duygusu uyandırdığına ilişkin ifadeye katılıyorum (n=8), kesinlikle katılıyorum (n=89) olmak üzere kümülatif olarak %97 oranında cevaplar verildiği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin güvence ile ilgili ifadeler olumlu yönde görüş bildirdiği ve memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir.

Empati/İletişim düzeyi sonuçları;

1. Hastanedeki doktoruma kolayca ulaşabilmekteyim.
2. İstedğim tüm soruları rahatlıkla doktoruma sorabilmekteyim.
3. Bu hastanedeki prosedürler (hastanenin belli kuralları) ve ortalama kalacağım süre bana ve aileme detaylı olarak açıklanmaktadır.
4. Bu hastanede uygulanacak tüm test ve tedaviler bana uygun bir şekilde anlatılmaktadır.
5. Bana uygulanacak işlemlerle ilgili onayım alınmaktadır.
6. Bu hastanede her an durumumla ilgili bilgi alabilmekteyim.
7. Bu hastanede çalışanlar hastanın problemlerine ilgiyle yaklaşmakta ve çözmek için çaba sarf etmektedirler.
8. Bu hastanede hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmaktadır.

9 ifadeden oluşan empati/iletişim düzeyinde ifadenin birisi açık uçlu olduğundan ve araştırmaya katılanlar tarafından herhangi bir şekilde bilgi girişi yapılmayan ifade olması nedeniyle 8 ifade üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlara bakıldığında doktoruna kolayca ulaşabildiğini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %92, doktoruna istediği soruları rahatlıkla sorabildiğini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %92, hastanedeki kurallar, prosedürler ve hastanedeki kalacağı süreyi detaylı olarak kendisine anlatıldığını düşünenlerin oranı kümülatif olarak %94, hastanede uygulanacak tüm test ve tedavilerine kendisine uygun bir şekilde anlatıldığını düşünenlerin oranı kümülatif olarak %96, kendisine uygulanacak işlemlerde rızasının alındığını düşünenlerin oranı kümülatif olarak %96, kendisine uygulanan tedavi hizmetleri hakkında istediği zaman bilgi alabildiğini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %98, hastane çalışanlarının problemlerine ilgiyle yaklaştığını ve bu problemlerin çözümü için çaba sarf ettiklerini düşünenlerin oranı kümülatif olarak %98 ve hastanede sunulan hizmetlerin kendi beklenti, istek ve ihtiyaçları doğrultusunda planlandığını düşünenlerin kümülatif olarak %97 oranında cevap verdiği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmada katılımcı olan engelli bireylerin empati/ iletişim ile ilgili ifadelere olumlu yönde görüş bildirdiği ve memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir.

Hizmet kalite düzeylerinin ortalamalarına bakıldığında somut özellikler 4,434, güvenilirlik 4,696, cevap verebilme 4,827, güvence 4,86 ve empati/iletişim

4,803 bulunmuştur. 1 en düşük ve 5 en yüksek olmak üzere değerlendirme yapıldığından düzeyler bazında elde edilen ortalamaların oldukça yüksek olduğu ve engelli vatandaşların Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi'nde sunulan sağlık hizmetinin kalitesinden memnun olduklarını göstermektedir.

Demografik özellikler ile hizmet kalite düzeylerinin karşılaştırılması için Anova, T-Testi, Post-Hoc ve Korelasyon testleri yapılmış olup; bu testler sonucunda elde edilen bulgulara bakıldığında;

Daha önce hastanede yatma ile empati/iletişim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni incelendiğinde daha önce hastanede yatan engelli vatandaşların empati/iletişim düzeyi ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu da empati/iletişim düzeyinde daha önce hastanede yatan engelli vatandaşların daha önce hastanede yatmayan engelli vatandaşlardan daha fazla memnuniyet oranına sahip olduğunu göstermektedir.

Daha önce Çiğli Bölge Eğitim Hastanesinde yatma ile güvenilirlik, cevap verebilme ve empati/iletişim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılıkların nedeni incelendiğinde daha önce adı geçen hastanede yatan hastaların güvenilirlik, cevap verebilme ve empati/iletişim ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu da güvenilirlik, cevap verebilme ve empati/iletişim düzeylerinde daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatan engelli vatandaşların daha önce Çiğli Bölge Hastanesinde yatmayan engelli vatandaşlardan daha fazla memnuniyet oranına sahip olduğunu göstermektedir.

Genel hizmet kalitesi ile cevap verebilme, güvence ve empati/iletişim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılıkların nedeni incelendiğinde genel hizmet kalitesini “çok iyi” olarak değerlendirenlerin cevap verebilme, güvence ve empati/iletişim ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu da cevap verebilme, güvence ve empati/iletişim düzeylerinde genel hizmet kalitesin yüksek bulan engelli vatandaşların daha fazla memnuniyet oranına sahip olduğunu göstermektedir.

Hizmet kalite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını anlamak adına yapılan korelasyon testinde, hizmet kalite düzeylerinin tamamının birbiri ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da; hastanede sunulan hizmet kalitesinde en küçük bir aksaklığın bütün algıyı değiştirebileceği gerçeğini ortaya

ıkarmaktadır. Bu nedenle Çiğli Bölge Eğitim Hastanesinde bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda mevcut olarak sunulan sağlık hizmet kalitesinin aynı şekilde sürdürölmesi ve memnuniyet oranının daha da artırılması için çalışmalar yürütölmesi son derece etkili olacaktır.



KAYNAKLAR

- Ada, A. (2009) Guide To Disability Rights Law. Department Of Justice Civil Rights Division, Pennsylvania.
- Areheart, B. A. (2008). When Disability Isn't "Just Right": The Entrenchment Of The Medical Model Of Disability And The Goldilocks Dilemma, Selected Works. Knoxville.
- Arıcı, S. (2010). Bedensel Engellilerin Turizm Sektöründen Beklentilerinin Tespitine Yönelik Bir Çalışma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Arpat B, Şaşamaz N ve Yürekli E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(3): 313-332.
- Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M ve Erdem R. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi Örneği. 11. Ulusal/Uluslararası Hemşirelik Kongresi.
- Bardakçı A. (2002). Toplam Kalite Yönetiminde Hedef Müşteri Tatmini: Ama Müşteri Kim?. *Review Of Social, Economic & Business Studies*, 2, 207-218.
- Beylik U. ve Kayral İ. (2016). Kurumsal Yönetim Standartları Ağırlıklandırılmış Kalite Analizi. *İşletme Araştırma Dergisi*, 8(1): 208-222.
- Biçkes M. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. *Standard Ekonomik Ve Teknik Dergisi*, 39(458): 30.
- Buhalis, D. And Darcy, S. (2011). "Introduction: From Disabled Tourists To Accessible Tourism", In *Accessible Tourism Concepts And Issues*, Eds: Buhalis, D. And Darcy S., 1-42, Channel View Publications, Bristol
- Çavuş M. ve Gemici E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 238-257.
- Darcy, S. And Pegg, S. (2011). "Towards Strategic Intent: Perceptions Of Disability Service Provision Amongst Hotel Accommodation Managers", *International Journal Of Hospitality Management*. No:30, 468-476.
- DDA, Equality Act 2010, 2010, [Http://Www.Legislation.Gov.Uk/Ukpga/2010/15/Section/6](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/section/6) (14.10.2018).
- Diken A. (2009). Toplam Kalite Yöntemi. 2. Baskı, Konya, Damla Ofset Aş, 33-88.

Doğan S, Kaya S. (2004). Aksaray“daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1): 66-83.

Eraslan N. (2014). İstanbul İlindeki Kamu Ve Özel Hastanelerde Kalite Yönetim Sisteminde Sürekli İyileştirme (Kaizen)’ Nin, İnsan Kaynakları Yönetimi Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Finkelstein, V. “Modelling Disability”, 1996, [Http://Disability-Studies.Leeds.Ac.Uk/Files/Library/Finkelstein-The-Social-Model-Of-Disability-And-The-Disability-Movement.Pdf](http://Disability-Studies.Leeds.Ac.Uk/Files/Library/Finkelstein-The-Social-Model-Of-Disability-And-The-Disability-Movement.Pdf) (04.11.2018)

Gürbüz F. (2014). Toplam Kalite Yönetimi Algısının Bireysel Performansa Etkileri Üzerine Sağlık Çalışanları Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gürbüz F.(2014). Toplam Kalite Yönetimi Algısının Bireysel Performansa Etkileri Üzerine Sağlık Çalışanları Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gürbüz, E. Ve Ergülen, A. (2008). *Yüksek Öğretim Kurumlarında Hizmet Kalitesi Ölçü Ve Modelleri*. (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Hughes, B. and Paterson, K. (1997). The Social Model Of Disability And The Disappearing Body: Towards A Sociology Of Impairment. *Disability & Society*, No:12(3): 325-340.

Imrie, R. (1996). Disability And The City, Baskerville Press, London

Işık G. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Çalışan Memnuniyeti (Diyarbakır Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

İlğan A, Erdem M., Taşdan M. ve Memduhoğlu H. (2008). Örgütsel Gelişim Aracıları Olarak Toplam Kalite Yönetimi İle Stratejik Yönetim Ve Planlama Yaklaşımları. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3 (35): 72-92.

İşeri, H. E. ve Kanbur Y. (2008). “İnsan Hakları Ve Özgürlükleri Bağlamında Engelliler Ve Örgütlenmesi”, Birikim Dergisi, No:229,1.

John J. (1991). İmpoving Quality Though Patient-Provider Communication. Journal Of Health Care Marketing, 11(4): 51-66

Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. (2010). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetim. 2. Baskı, Ankara, Siyasal Yayın-Dağıtım, 451-469.

Kaya S., Temgilimoğlu D., Işık O, Akbolat M. ve Yıldırım A. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. 1. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, 2-184.

Kayral İ. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli. Verimlilik Dergisi, 65-81.

Kılçar A. (2013). Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Uygulamalarının Hastalar Tarafından Algılanması Ve Bir Örnek. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Kırgır S. (2006). Toplam Kalite Yönetimi, Ankara.

Kibar E. (2014). Kalite Ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği).Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Mitchell, D. and Snyder S. (2003). “The Eugenic Atlantic: Race, Disability, And The Making Of An International Eugenic Science, 1800–1945”, *Disability & Society*. No:18(7): 843-864.

Mohammad G. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi Ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Oliver, M. (1996). Understanding Disability:From Theory To Practice, St. Martin’s Press, New York

Omachanu V. (1990). Quality Of Care: New Criteria For Evaluation. Health Care Management Review, 15(4): 43-50.Organizations, 264.

Özgökçeler, S. ve Alper, Y. (2010). “Özürlüler Kanunu’nun Sosyal Model Açısından Değerlendirilmesi”, Business And Economics Research Journal. No:1(1), 33-54.

Öztürk, A. (2009). Kalite Yönetimi Ve Pazarlaması. Bursa: Ekin Yayınevi.

Parmenter, T. (2008). “The Present, Past And Future Of The Study Of Intellectual Disability: Challenges İn Developing Countries”, Salud Publica Mex. No:50(2): 124-131.

Patır, Ç. (2012). Özürlülük Olgusunun Tarihsel Sürecinde 1980 Sonrası Söylem Ve Politikaların Küreselleşme Ortamında Hayata Geçirilebilirliği Üzerine Bir Tartışma: Türkiye Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul

Resmi Gazete, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 2008, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:Engeller-Haklarina-K-Slee&catid=6:Uluslararasılg&Itemid=36(14.10.2018).

Ronen B, Pliskin Js, Pass S, 2006. Focused Operations Management For Health Services

Sachs, R. (2012). Disability Studies, <http://Www.Montgomerycollege.Edu/Dss/Diversity.Htm> . (16.10.2018).

Sarıca C. (2014). Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Sarıduman M. (2016). Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Akreditasyon Uygulamalarının Ve Kalite Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Örnek Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Smart, J. F. and Smart, D. W. (2006). “Models Of Disability: Implications For The Counseling Profession”, Journal Of Counseling & Development, No:84, 29-40.

Şahin H. (2012). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller Ve Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

Şahin H., Çildağ S ve Çelebi M. (2016). Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, 12, 27-51.

Şahin, H. (2012). Engelli Bireylerin Konaklama Tesislerinden Memnuniyet Durumlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

Şimşek M. (2002). Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü. İstanbul, Babıali Kültür.

Tan M. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü Ve Değerlendirmesi Bingöl Devlet Hastanesi’nde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bingöl.

TBMM, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, <http://Www.Tbmm.Gov.Tr/Anayasa.Htm> (14.11.2018).

Tekin M. (1999). Toplam Kalite Yöntemi. 1. Baskı, Konya, 2-267.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. Ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

TUİK, 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması, 2004, <http://Www.Eyh.Gov.Tr/Tr/8240/Turkiye-Ozurluler-Arastirmasi-2002> (04.11.2018).

United Nations, Optional Protocol To The Convention, 2006, [Http://Www.Un.Org/Esa/Socdev/Enable/Rights/Convtexte.Htm#Convtext](http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm#convtext) (14.10.2018).

Uslu B. ve Aydın S. (2007). Kamu Sağlık Kuruluşlarında Performans Ölçümü Ve Kalite Geliştirme Çalışmalar. Uluslararası Sağlık Ve Hastane Yönetimi Kongresi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, Kıbrıs.

Ustaşüleyman T. (2011). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Firma Performansı Üzerine Etkisi: Türkiye'nin 500 Büyük Firmasına Yönelik Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(2), 67-96.

Wilson D. (1994). The Relationships The Dimensions Of Health Care Quality And Price: The Case Of Eye Care. Medical Care, 32(2): 175-182.

World Health Organization, World Report Of Disability Summary, Who Library Cataloguing-In-Publication Data., Malta, 2011b.

World Health Organization, World Report Of Disability, Who Library Cataloguing-In-Publication Data., Malta, 2011a.

Yağmurcu F. (2015). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Ve Mardin Devlet Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yenişehirlioğlu, E. (2013). Engelli Turistlerin Konaklama İşletmelerinde Kabul Görme Düzeyine Yönelik Algılama Ve Sorunlar: Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya

Yıldız G. (1994). İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi. Sakarya Üniversitesi, 10, 4.

EKLER

Ek 1: Anket Formu

1.BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİLER

Sayın Katılımcılar,

Bu çalışma; Dokuz Eylül Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programında, gerçekleştirilmekte olan “Hastane Hizmet Kalitesinin Engelli Bireyler Açısından Araştırılması” konulu tez çalışmasının uygulama kısmı ile ilgilidir. Yapılan araştırma tamamıyla akademik nitelikli olup çalışmadan elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve alınan cevaplar isim verilerek asla yayınlanmayacaktır. Hizmet kalitesi ölçeği “Servqual Hizmet Kalitesi Ölçeği” ve ilgili literatürden faydalanılarak oluşturulmuştur.

Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Ali HİSAR
Dokuz Eylül Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Lütfen aşağıda yer alan kişisel bilgilerinizi (X) işareti ile belirtiniz.

1.Yaşınız:

- | | |
|-------------|------|
| 19 ve altı | [1] |
| 20-29 | [2] |
| 30-39 | [3] |
| 40-49 | [4] |
| 50-59 | [5] |
| 60 ve üzeri | [6] |

2.Cinsiyetiniz:

Kadın [1] Erkek [2]

3.Eğitim durumunuz:

- | | |
|-------------------|-----|
| Okur-yazar değil | [1] |
| İlköğretim | [2] |
| Lise | [3] |
| Üniversite | [4] |
| Y. Lisans/Doktora | [5] |

4.Medeni haliniz:

Bekar [1] Evli [2]

5.Çocuğunuz var mı?

Hayır [1] Evet [2]

6.Mesleğiniz

Serbest Meslek [1]

Emekli [2]
Memur [3]
İşçi [4]
Çalışmıyorum [5]

7. Ailenizin ortalama aylık geliri

1001 tl altı [1]
1001-2000 [2]
2001-3000 [3]
3001-4000 [4]
4000 tl üstü [5]

8. Özel sağlık sigortanız var mı?

Evet [1] Hayır [2]

9.Daha önce hastanede yattınız mı?

Evet [1] Hayır [2]

10.Bu hastanede daha önce yattınız mı?

Evet [1] Hayır [2]

11.Bu hastaneyi seçme nedeniniz (Bir veya bir kaçını seçebilirsiniz) ?

[1] Bu hastanedeki doktorlar bilgili ve deneyimlidir.
[2] Bu hastanede diğer sağlık çalışanları (hemşire, laborant vs)
bilgili ve deneyimlidir.
[3] Hastanenin fiziksel görünümü, odalarının rahatlığı iyidir.
[4] Bu hastanenin temizliği (hijyen) iyidir.
[5] Sağlık güvencem bu hastanede geçerlidir.
[6] Bu hastane evime daha yakındır
[7] Diğer
(Belirtiniz).....
.....

12.Bu hastaneyi yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?

Evet [1] Hayır [2]

13.Bu hastanede size verilen hizmetleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi [1] İyi [2] Orta [3] Kötü [4] Çok kötü [5]

2.BÖLÜM: HİZMET KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak, mevcut duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.

1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum

SORULAR	1	2	3	4	5
SOMUT ÖZELLİKLER					
Bu hastanedeki ve hasta odasındaki eşyalar göze hoş görünmektedir.					
Bu hastane ortamı huzur verici ve sessizdir.					
Bu hastane odası temizdir.					
Bu hastanenin tuvaletleri temizdir.					
Bu hastanenin personeli (doktor, hemşire, hasta bakıcı) temiz ve iyi giyimlidir.					
Bu hastanede araba park edecek uygun yer vardır.					
GÜVENİLİRLİK					
Bu hastanede testler hasta bekletilmeden yapılmaktadır.					
Bu hastanede yapılması gereken hizmetler ilk seferde ve eksiksiz yerine getirilmektedir.					
CEVAP VEREBİLME					
Bu hastaneye kabulüm ve girişim zamanında ve çok kolay oldu.					
Bu hastanede refakatçilere ve hastanın yakınlarına bekledikleri hizmetler verilmektedir.					
Bu hastanede hizmetlere her an ulaşılabilir ve hastalara uygun zamanda verilmektedir.(İstediğim tüm branşlarda deneyimli doktor vardır.)					
Bu hastanede hizmetler, hastalar için uygun olan yerde verilmektedir.					
Bu hastaneden çıkışımda (taburcu olmamda) hiçbir sorun yaşamadım.					
GÜVENCE					
Bu hastane çalışanları kişisel mahremiyetimize saygı göstermektedir.					
Bu hastanenin personeli (doktor, hemşire, müstahdem) hastalara karşı nazik, güler yüzlü, ve saygılıdır.					
Bu hastanede ziyaretçilere olumlu davranılmaktadır.					
Bu hastanede hastalara sadece gerekli test ve tedaviler uygulanmaktadır.					
Bu hastanedeki hemşireler hastada güven duygusu uyandırmaktadır.					
Bu hastanedeki doktorlar hastada güven duygusu uyandırmaktadır.					
EMPATİ / İLETİŞİM					
Hastanedeki doktora kolayca ulaşabilmekteyim.					

İstediğim tüm soruları rahatlıkla doktoruma sorabilmekteyim.					
Bu hastanedeki prosedürler (hastanenin belli kuralları) ve ortalama kalacağım süre bana ve aileme detaylı olarak açıklanmaktadır.					
Bu hastanede uygulanacak tüm test ve tedaviler bana uygun bir şekilde anlatılmaktadır.					
Bana uygulanacak işlemlerle ilgili onayım alınmaktadır.					
Bu hastanede her an durumumla ilgili bilgi alabilmekteyim.					
Bu hastanede çalışanlar hastanın problemlerine ilgiyle yaklaşmakta ve çözmek için çaba sarf etmektedirler.					
Bu hastanede hizmetler hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerine göre planlanmaktadır.					
28.Bu ankette yer almayan sorularla ilgili açıklamak istediğiniz hususlar varsa lütfen belirtiniz					
.....					
.....					
.....					

Teşekkür Ederim
Ali HİSAR

Ek 2: Özgeçmiş

10 Haziran 1979 tarihinde İzmir’de dünyaya geldim. İlk ve Orta Öğretimimi İzmir’in Çiğli ilçesinde okuduktan sonra Lise eğitimi için İzmir’in Torbalı ilçesindeki Sağlık Meslek Lisesi Çevre Sağlık Teknisyeni bölümünü yatılı olarak okudum.2001 Yılında Devlet Memurluğu Sınavı (DMS) ile Ordu-Ulubey Sağlık Grup Başkanlığına Çevre Sağlık Teknisyeni olarak atanarak ilk memuriyet hayatıma başladım. 2001 yılı sonunda Kocaeli Üniversitesi İhsaniye Meslek Yüksek Okulu Çevre Koruma Ön lisans bölümünü kazanarak Kocaeli Gölcük Sağlık Grup Başkanlığında göreve başladım.2003 Yılında Ön lisans Eğitimimi bitirdikten sonra Askerlik vazifemi Van’da yaptım.2005 yılında İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne tayin olarak şu ana kadar çeşitli kurum ve görevlerde çalıştım.2012 Yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümünü bitirdikten sonra 2014 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yüksek Lisans programına başladım.

Halen İzmir İl Sağlık Müdürlüğü kadrosuna bağlı olarak İzmir Çiğli Bölge Eğitim Hastanesinde Satın Alma Biriminde çalışmakta olup evli ve 2 Erkek çocuk babasıyım.