

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

İŞ DOYUMU VE TÜKETİCİ TATMİNİ İLİŞKİSİ
KAMU VE ÖZEL KESİM SAĞLIK HİZMETLERİNDE
HEKİMLERİN İŞ DOYUMUNUN HASTA TATMİNİNE
ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

ARZU ŞENGÜL

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YARD. DOÇ. DR. AYLİN ÜNAL

MANİSA

2008

**YÜKSEKÖĞRETİM KURUL DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ FORMU**

Tez No:

Konu:

Üniv.Kodu:

Tezin Yazarının

Soyadı: ŞENGÜL

Adı: ARZU

Tezin Türkçe Adı: İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma

Tezin Yabancı Adı: Job Satisfaction and Consumer Satisfaction Relationship A Research on the Effects of Physician's Job Satisfaction on Patient Satisfaction in Public and Private Health Sector Services

Tezin Yapıldığı

Üniversite: CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ **Enstitü:** SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ **Yılı:** 2008

Diğer Kuruluşlar:

Tezin Türü: 1- Yüksek Lisans

2- Doktora

3- Tıpta Uzmanlık

4- Sanatta Yeterlilik

Dili: Türkçe

Sayfa Sayısı: 412

Referans Sayısı: 536

Tez Danışmanının

Ünvanı: YARD.DOÇ.DR.

Adı: AYLİN

Soyadı: ÜNAL

Türkçe Anahtar Kelimeler:

1- Hekimlerin İş Doyumu

2- Hasta Tatmini

İngilizce Anahtar Kelimeler:

1- Physician's Job Satisfaction

2- Patient Satisfaction

Tarih:

İmza:

ÖZET

Hizmet sektöründe, hizmet verenler ile müşteriler birebir yüzyüze bir ilişki içinde bulunmakta, hizmet süreci boyunca etkileşimleri devam etmekte, gerek hizmet verenin gerekse hizmet alanın tutum ve davranışları bu süreci olumlu veya olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Özellikle Sağlık Hizmetleri söz konusu olduğunda, sağlık hizmetleri “hizmet veren ve hizmet alan arasındaki ilişkinin/etkileşimin en yüksek olduğu” hizmetlerden olduğundan, ve bu etkileşim, hizmetin üretimi ve tüketimi boyunca devam ettiğinden, hizmet verenin davranışları, diğer iş kollarına göre çok daha fazla önemsenmektedir. Çünkü sağlık hizmeti alanlar, tıbbi müdahale gibi tedirginlik yaratan, karmaşık, belirsizlikler içeren, şahsi ve önemli bir hizmeti değerlendirirken, göremedikleri ve anlayamadıkları şeyler konusunda fikir sahibi olabilmek için normalden çok daha titiz bir dikkat sarfetmekte ve hekimin kendileri ile gerçekten ilgilenip ilgilenmediğini, sakin veya stresli olup olmadığını, veya meşgul, yorgun, telaşlı olup olmadığını hissedebilmektedirler. Yapılan literatür çalışmalarında da ortaya çıktığı üzere, hastaların, hekimin teknik yeterliliğine önem verdikleri, ancak bununla birlikte, hekimin teknik yeterliliğinin, hastaların aynı hekimi tekrar tercih etme eğilimlerini etkilemediği, hastaların aynı hekimi yeniden tercih etmelerinde ve hasta tatmininin sağlanmasında, hekimin hastaya ilgisinin ve hastaya yaklaşım tarzının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu durum ise sağlık hizmeti alan hastanın tatmin olabilmesi için, özellikle hizmet verenin iş doyumunu çok daha önemli bir konuma getirmektedir.

“İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” olan bu tezin amacı doğrultusunda; Birinci Bölümde, Modern İşletmecilik Bakış Açısından Hizmet ve Sağlık Hizmetleri ele alınmış, İkinci Bölümde İş ve İş Doyumu Kavramları, İş Doyumunu Etkileyen Faktörler incelenmiş, Üçüncü Bölümde Hekimlik Mesleğinde İş Doyumu ve Hekimlerin İş Doyumuna Etki Eden Faktörler ele alınmış, Dördüncü Bölümde, Müşteri Tatmini ve Hasta Tatmini Kavramları üzerinde durularak Hasta Tatmininde Hizmet Sağlayıcıların Kontrolünde Olan ve Olmayan Değişkenler belirtilmiş, Beşinci Bölümde ise İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma olarak, alan araştırmasına yer verilmiştir.

SUMMARY

In service sectors, customers on the one hand and service providers on the other enter into a face to face interaction that lasts throughout the duration of service provision process. This process can be negatively or positively affected by attitudes and behaviours of both customers and service providers. Especially in health services where “the interaction/interrelationship between customers and service providers is the highest” and where service provision continues throughout from its inception to its consumption, the importance of attitudes by those providing these services are much more emphasized in comparison to other service sectors. This is particularly so for those receiving health-care services who will be much more attentive and able to sense whether the service provider (the physician) is genuinely interested in his/her condition, calm or stressed out, busy, tired, hurried or not, because patients have all the good reasons to be anxious about every aspect of their health condition which may of course become a very personal, important, complicated and indeterminate kind of condition. As the literature on the subject has shown, patients value the professional abilities of physicians, but the professional technical ability of a physician alone does not affect the patient tendency to prefer one physician over another. It has been suggested, thus, that physician’s concern for and attitude towards the patient is very important for patient satisfaction and patient preferences in choosing their physician. This means that physician’s job satisfaction is especially important for patient satisfaction from the health service provided.

In accordance with the aims of this thesis on “Job Satisfaction and Consumer Satisfaction Relationship A Research on the Effects of Physician’s Job Satisfaction on Patient Satisfaction in Public and Private Health Sector Services”, the First Section studies Service Provision, and Health Services through a Modern Management Perspective. The Second Section analyzes the notions of Job and Job Satisfaction, and Factors Effecting Job Satisfaction. The Third Section deals with Job Satisfaction in Medical Profession and Factors Effecting Job Satisfaction of Physicians. The Fourth Section studies the notions of Customer Satisfaction and Patient Satisfaction and identifies those Variables that Can Be or Can Not Be Controlled by Health Service Providers. The Fifth Section, finally, presents the field work on the Effects of Physician’s Job Satisfaction on Patient Satisfaction in Public and Private Health Sector Services.

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../2008

Arzu ŞENGÜL

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü / / 2008 tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisans Üstü Öğretim Yönetmeliği'nin 8. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Arzu Şengül'ün “ İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” Konulu tezi incelenmiş ve aday / / 2008 tarihinde saat.....'da/de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra.....dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna

OYBİRLİĞİ

DÜZELTME yapılmasına *

OYÇOKLUĞU

RED edilmesine

**

ile karar verilmiştir.

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

** Bu halde adayın kaydı silinir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Evet

Hayır

*** Tez, burs, ödül veya Teşvik Prog. (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir.

☐☐

Tez, mutlaka basılmalıdır.

☐☐

Tez, mevcut haliyle basılmalıdır.

☐☐

Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.

☐☐

Tez, basımı gereksizdir.

☐☐

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin, ikame edilemez, ertelenemez, iptal edilemez olan özellikleri, sağlık hizmeti verenlerin ve bu hizmeti alanların eş zamanlı olarak tatminlerinin sağlanmasını daha da önemli hale getirmektedir. Sağlık hizmeti gibi yüksek etkileşimli bir hizmetin ortaya konulmasında, insan ihtiyaç ve beklentilerinin, sadece devasa yatırımlarla, sadece yüksek üretim kapasitesi ve yüksek karlılıkla karşılanması da mümkün görünmemektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine has dinamik ve karmaşık yapısına ilave olarak bu hizmeti tüketen geniş halk yığınlarının da, diğer hizmet alımlarında göstermiş oldukları davranışlardan oldukça farklı davranışlar ortaya koymaları, farklı değerlemeleri de dikkate almayı gerektirmiş ve yapılan alan araştırması sonucunda da bu durum ortaya konulmuştur.

Tezim ile ilgili tüm konularda şahsımdan yardımlarını esirgemeyen çok değerli bilim insanları, hocalarım, başta tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Sayın Aylin Ünal ve Prof. Dr. Sayın Canan Ay olmak üzere, Prof. Dr. Sayın Rezan Tatlıdil'e, Prof. Dr. Sayın Sevinç Köse'ye, Doç. Dr. Sayın Ayla Dedeoğlu'na, Prof. Dr. Sayın Serdar Korukoğlu'na, Doç. Dr. Sayın Jülide Kesken'e ve Öğr.Gör. Sayın Muzaffer Hiçyılmaz'a, çok derin sevgi ve saygılarımla, teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin her aşamasında, göstermiş oldukları manevi destek, büyük sabır ve anlayıştan dolayı, sevgili eşim Hüseyin Şengül'e, sevgili oğullarım, Orhan Şengül ve Selim Şengül'e, katlandıkları fedakarlıklardan dolayı, çok teşekkür ederim.

Ve esasen, varlık nedenimiz Yüce Atatürk'e ve Aziz Şehitlerimize sonsuz minnettarlıklarımla...

Arzu Şengül

İÇİNDEKİLER

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU.....	i
TÜRKÇE ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iii
YEMİN METNİ.....	iv
TUTANAK.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR.....	xiv
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xxi
GİRİŞ	xxii

1. BÖLÜM : MODERN İŞLETMECİLİK BAKIŞ AÇISINDAN HİZMET,HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1. 1. HİZMET	1
1. 1. 1. HİZMETİN ÖZELLİKLERİ	2
1. 1. 2. ÜRÜN İLE HİZMET ARASINDAKİ FARKLAR	3
1. 1. 3. HİZMETLERİN GRUPLANDIRILMASI	3
1. 2. KALİTE KAVRAMI VE HİZMET KALİTESİ	6
1. 2. 1. KALİTE KAVRAMI	7
1. 2. 2. HİZMET KALİTESİ	8
1. 2. 3. ALGILANAN HİZMET KALİTESİ	9
1. 2. 4. BEKLENTİLER VE KAYNAKLARI	10
1. 2. 5. BEKLENTİ KAVRAMININ HİZMET KALİTESİ VE MÜŞTERİ TATMİNİ LİTERATÜRÜNDEKİ FARKI	11
1. 2. 6. İLİŞKİLERİN KALİTESİ	12
1. 2. 7. HİZMET KALİTESİNİN BOYUTLARI	16
1. 2. 8. HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLAR	17
1. 2. 8. 1. NİTELİK YAKLAŞIMI	17
1. 2. 8. 2. MÜŞTERİ TATMİNİ YAKLAŞIMI	17
1. 2. 8. 3. ETKİLEŞİM YAKLAŞIMI	18
1. 2. 9. HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	18
1. 2. 9. 1. MÜŞTERİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	18

1. 2. 9. 2. HİZMET VEREN PERSONELİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	19
1. 2. 9. 3. HEM MÜŞTERİYİ HEM DE HİZMET VEREN PERSONELİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	20
1. 3. SAĞLIK HİZMETLERİ	21
1. 3. 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	23
1. 3. 2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEP	26
1. 3. 2. 1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ	26
1. 3. 2. 2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI	28
1. 3. 3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU VE ÖZEL SEKTÖR AYRIMI	29
2. BÖLÜM :	
İŞ VE İŞ DOYUMU, İŞ DOYUMUNU AÇIKLAYAN TEORİLER, İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER, İŞ DOYUMSUZLUĞUNUN SONUÇLARI	
2. 1. İŞ KAVRAMI VE BİREY İÇİN ÇALIŞMANIN ÖNEMİ	35
2. 2. İŞ DOYUMU İLE İLGİLİ KAVRAMLAR	37
2. 2. 1. İHTİYAÇ VE İSTEK KAVRAMLARI	37
2. 2. 2. İŞ DOYUMU ARAŞTIRMALARININ ÖNEMİ	39
2. 2. 3. İŞ DOYUMU KAVRAMI	39
2. 3. İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİLİ DİĞER KAVRAMLAR	42
2. 3. 1. İŞ DOYUMU VE MOTİVASYON	43
2. 3. 2. İŞ DOYUMU VE PERFORMANS	44
2. 3. 3. İŞ DOYUMU VE YAŞAM DOYUMU	45
2. 3. 4. İŞ DOYUMU VE İŞ YAŞAMI KALİTESİ	46
2. 3. 5. İŞ DOYUMU VE ÖZNEL İYİ OLMA DURUMU	46
2. 4. İŞ DOYUMUNU AÇIKLAYAN TEORİLER	47
2. 4. 1. ÇİFT ETMEN TEORİSİ	48
2. 4. 2. EŞİTLİK TEORİSİ	48
2. 4. 3. SOSYAL ETKİ TEORİSİ	49
2. 4. 4. BAŞKALIK TEORİSİ	49
2. 5. İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER	49
2. 5. 1. İÇSEL FAKTÖRLER	50
2. 5. 2. DIŞSEL FAKTÖRLER	51
2. 5. 3. BİREYSEL FAKTÖRLER	57
2. 6. İŞ DOYUMSUZLUĞUNUN SONUÇLARI	60

2. 6. 1. ÖRGÜTSEL SONUÇLAR	60
2. 6. 1. 1. İŞGÜCÜ DEVRİ	61
2. 6. 1. 2. DEVAMSIZLIK	62
2. 6. 1. 3. SABOTAJ	63
2. 6. 2. PSİKOLOJİK SONUÇLAR	64
2. 6. 2. 1. İŞE YABANCILAŞMA	64
2. 6. 2. 2. STRES	65
2. 6. 2. 3. TÜKENME	66

3. BÖLÜM : HEKİMLİK MESLEĞİNDE İŞ DOYUMU

3. 1. HEKİMLİK MESLEĞİ	68
3. 2. TÜRKİYE'DE HEKİMLERİN DURUMU	71
3. 3. HEKİMLERİN İŞ DOYUMU	74
3. 4. HEKİMLERİN İŞ DOYUMUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLER	78
3. 4. 1. HEKİMLERİN ÇALIŞMA SÜRELERİ VE BİÇİMLERİ	78
3. 4. 1. 1. NORMAL ÇALIŞMA	79
3. 4. 1. 2. NÖBET, VARDİYA VE İCAPÇI GÖREVLER	79
3. 4. 1. 3. ZORUNLU HİZMETLER	80
3. 4.2. OTONOMİ İHTİYACI	81
3. 4. 3. İNSANLARLA İLİŞKİLİ ÇALIŞMA VE STRES	83
3. 4. 4. ZAMAN BASKISI VE AŞIRI İŞ YÜKÜ	89
3. 4. 5. ÖRGÜTSEL VE YÖNETSEL FAKTÖRLER	91
3. 4. 6. ROL KARMAŞASI	94
3. 4. 7. ÜCRETLER	97
3. 4. 8. EĞİTİM İHTİYACI	98
3. 4. 9. HASTANE ORTAMINDA ÇALIŞMA	99
3. 4. 10. PERFORMANSA GÖRE ÜCRETLENDİRME	103
3. 4. 11. MESLEKİ RİSKLER	106
3. 4. 12. TANINMA İHTİYACI	108
3. 4. 13. DUYGU İŞİ	110
3. 4. 14. MOTİVASYONEL DEĞERLER OBJEKTİF VE SUBJEKTİF BAŞARI KRİTERLERİ	115
3. 4. 15. KAMU VE ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞMA	119

4. BÖLÜM : MÜŞTERİ TATMİNİ VE HASTA TATMİNİ

4. 1. MÜŞTERİ KAVRAMI	130

4. 2. MÜŞTERİ TATMİNİ	133
4. 2. 1. İÇ MÜŞTERİ	139
4. 2. 2. DIŞ MÜŞTERİ	140
4. 2. 3. İÇ VE DIŞ MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	140
4. 2. 4. İÇ VE DIŞ MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ DESTEKLEYEN YAKLAŞIMLAR	141
4. 2. 4. 1. İÇSEL PAZARLAMA	141
4. 2. 4. 2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	145
4. 2. 4. 3. İLİŞKİSEL PAZARLAMA	148
4. 3. HASTA KAVRAMI	150
4. 4. HASTA TATMİNİ	151
4. 4. 1. HASTANIN BİLGİ/YETENEK AÇIĞI VE TÜKETİCİK ROLÜ	156
4. 4. 2. HASTA TATMİNİNİN BOYUTLARI	157
4. 4. 3. HASTA TATMİNİ ÖLÇÜMLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR ...	163
4. 5. HASTA TATMİNİNDE HİZMET SAĞLAYICILARIN KONTROLÜNDE OLAN VE OLMAYAN DEĞİŞKENLER	167
4. 5. 1. HASTA TATMİNİNDE HİZMET SAĞLAYICILARIN KONTROLÜNDE OLMAYAN DEĞİŞKENLER	167
4. 5. 1. 1. SAĞLIK HİZMETİNDEN YARARLANANLARIN YAŞ,CİNSİYET VE EĞİTİM DURUMLARINA GÖRE TATMİNLERİ	167
4. 5. 1. 1. 1. YAŞ FAKTÖRÜ	167
4. 5. 1. 1. 2. CİNSİYET FAKTÖRÜ	168
4. 5. 1. 1. 3. EĞİTİM FAKTÖRÜ	170
4. 5. 1. 2. HASTANIN SAĞLIK DURUMU	170
4. 5. 1. 3. HASTANIN RUH HALİ VE YAŞAM KALİTESİ	173
4. 5. 1. 4. HASTANIN STRES SEVİYESİ	176
4. 5. 1. 5. SAĞLIK SİSTEMİNİN KULLANIMINA BAĞLI OLARAK SİSTEMİN PERFORMANSININ ALGILANMASI	177
4. 5. 2. HASTA TATMİNİNDE HİZMET SAĞLAYICILARIN KONTROLÜNDE OLAN DEĞİŞKENLER	178
4. 5. 2. 1. HEKİM – HASTA İLETİŞİMİ	179
4. 5. 2. 2. HEKİM-HASTA İLİŞKİSİNDE MAHREMİYET UNSURU	191
4. 5. 2. 3. GÜVEN UNSURU	192
4. 5. 2. 4. HASTA BİLGİLENDİRME	201

4. 5. 2. 5.	HASTANIN MUAYENE SÜRESİ	203
4. 5. 2. 6.	HASTANIN BEKLEME SÜRESİ	203
4. 5. 2. 7.	BÜROKRATİK İŞLEMLER	205
4. 5. 2. 8.	HASTA YÖNLENDİRME	207
4. 5. 2. 9.	MEKANIN VE DIŞ GÖRÜNÜMÜN ETKİSİ	207
4. 5. 2. 10.	SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINA İLİŞKİN UNSURLAR	209
4. 5. 2. 11.	SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU VEYA ÖZEL SEKTÖRDEN ALINMASI VE HASTA TATMİNİ	212
4. 6.	HASTA TATMİNİ VE HASTA SADAKATİ	213
4. 7.	HASTANIN VE HEKİMİN HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ	215
4. 7. 1.	HEKİM HAKLARI	217
4. 7. 2.	HASTA HAKLARI	220
4. 7. 3.	HASTANIN HEKİMLİK SÖZLEŞMESİNDEN KAYNAKLANAN YÜKÜMLÜLÜKLERİ	224

5.BÖLÜM

İŞ DOYUMU VE TÜKETİCİ TATMİNİ İLİŞKİSİ

KAMU VE ÖZEL KESİM SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİMLERİN İŞ DOYUMUNUN HASTA TATMİNİNE ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

5. 1.	ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI.....	228
5. 2.	ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	229
5. 2. 1.	ÖRNEKLEM VE VERİ TOPLAMA.....	229
5. 2. 2.	ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	230
5. 2. 3.	ANALİZ YÖNTEMLERİ.....	232
5. 2. 3. 1.	ANKETİN GÜVENİLİRLİĞİ.....	232
5. 2. 3. 2.	ARAŞTIRMANIN KISITLARI.....	233
5. 3.	ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE ANALİZİ.....	234
5. 3. 1.	HEKİMLER İLE İLGİLİ BULGULAR.....	234
5. 3. 1. 1.	HEKİMLER İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	234
5. 3. 1. 2.	HEKİM GRUPLARINDA LİKERT TİPİ SORULAR İÇİN Kİ- KARE BAĞIMSIZLIK TESTİ	238
5. 3. 1. 3.	HEKİM GRUPLARINDA İŞ DOYUMUNA ETKİ EDEN 11 FAKTÖR İÇİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	243
5. 3. 1. 4.	TÜM HEKİMLER İÇİN KORELASYON TABLOSU	246
5. 3. 1. 4. 1.	DEVLET HASTANESİ HEKİMLERİ İÇİN KORELASYON TABLOSU	248

5. 3. 1. 4. 2. ÖZEL HASTANE HEKİMLERİ İÇİN KORELASYON TABLOSU	250
5. 3. 1. 5. TÜM HEKİMLER İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ	251
5. 3. 1. 5. 1. DEVLET HASTANESİ HEKİMLERİ İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ	252
5. 3. 1. 5. 2. ÖZEL HASTANE HEKİMLERİ İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ	253
5. 3. 1. 6. HEKİM GRUPLARININ İŞ DOYUMLARININ HESAPLANMASI	255
5. 3. 1. 6. 1. MOOD MEDYAN TESTİ İLE HEKİM GRUPLARININ İŞ DOYUMLARININ HESAPLANMASI	255
5. 3. 1. 6. 2. TWO SAMPLE T-TEST İLE HEKİM GRUPLARININ İŞ DOYUMLARININ HESAPLANMASI	255
5. 3. 2. HASTALAR İLE İLGİLİ BULGULAR	256
5. 3. 2. 1. HASTALAR İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	256
5. 3. 2. 2. HASTA GRUPLARINDA LİKERT TİPİ SORULAR İÇİN Kİ-KARE BAĞIMSIZLIK TESTİ	259
5. 3. 2. 3. HASTA TATMİNİNE ETKİ EDEN 11 FAKTÖR İÇİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER.....	262
5. 3. 2. 4. TÜM HASTALAR İÇİN KORELASYON TABLOSU	263
5. 3. 2. 4. 1. DEVLET HASTANESİ HASTALARI İÇİN KORELASYON TABLOSU	265
5. 3. 2. 4. 2. ÖZEL HASTANE HASTALARI İÇİN KORELASYON TABLOSU	267
5. 3. 2. 5. TÜM HASTALAR İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ	268
5. 3. 2. 5. 1. DEVLET HASTANESİ HASTALARI İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ	269
5. 3. 2. 5. 2. ÖZEL HASTANE HASTALARI İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ	270
5. 3. 2. 6. HASTA GRUPLARININ TATMİNİNİN HESAPLANMASI	271
5. 3. 2. 6. 1. MOOD MEDYAN TESTİ İLE HASTA GRUPLARININ TATMİNİNİN HESAPLANMASI	272
5. 3. 2. 6. 2. TWO SAMPLE T-TEST İLE HASTA GRUPLARININ TATMİNİNİN HESAPLANMASI	272
5. 4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	273

5. 4. 1. HEKİMLER İLE İLGİLİ HİPOTEZLER.....	273
5. 4. 2. HASTALAR İLE İLGİLİ HİPOTEZLER.....	276
SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME	302
ÖNERİLER.....	323
KAYNAKÇA.....	337
EKLER.....	401

KISALTMALAR LİSTESİ

A.B.D. : Amerika Birleşik Devletleri

Bkz. : Bakınız

Çev : Çeviren

Ed : Editör

İ.İ.B.F. : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

s. : Sayfa

sd : Serbestlik Derecesi

ss : Sayfalar Arası

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TKY : Toplam Kalite Yönetimi

v.b. : Ve bunun gibi

v.d. : Ve diğerleri

Vol. : Volum

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Ürün ile Hizmet Arasındaki Farklar	3
Tablo 4.1. Müşteri Tatminsizliğini Önleyen ve Tatmine Katkıda Bulunan Etmenler	137
Tablo 4.2. Hastalar Tarafından Tanımlanan “İdeal Hekim Davranışları”	181
Tablo 5.1. Hekimlerin Aylık Ortalama Gelir Durumu	235
Tablo 5.2. Hekimlik Mesleğini Seçme Nedenleri	236
Tablo 5.3. Kuruma Göre Hekimlerin Günde Ortalama Hizmet Verdikleri Hasta Sayısı	236
Tablo 5.4. Çalışılan Kuruma Göre Hekimlerin Motivasyon Kaynakları	236
Tablo 5.5. Hekimlerin Hastaları ile İlişkilerde Karşılaştıkları Sıkıntılar	236
Tablo 5.6. Hekimlere Göre Daha Yüksek Beklenti İçinde Olan Hasta Grubu	237
Tablo 5.7. Kuruma Göre Hasta Kütlelerinin Sosyo-Ekonomik Durumu	237
Tablo 5.8. Hekim Gruplarında Likert Tipi Sorular İçin Ki-Kare Bağımsızlık Testi	238
Tablo 5.9. Hekim Gruplarının İş Doyumuna Etki Eden 11 Faktör İçin Tanımlayıcı İstatistikler	244
Tablo 5.10. Tüm Hekimler İçin Korelasyon Tablosu	246
Tablo 5.11. Devlet Hastanesi Hekimleri İçin Korelasyon Tablosu	248
Tablo 5.12. Özel Hastane Hekimleri İçin Korelasyon Tablosu	250
Tablo 5.13. Tüm Hekimler İçin Stepwise Regresyon Analizi	251
Tablo 5.14. Devlet hastanesi Hekimleri İçin Stepwise Regresyon Analizi	253
Tablo 5.15. Özel Hastane Hekimleri İçin Stepwise Regresyon Analizi	254
Tablo 5.16. Mod-Medyan Testi İle Hekim Gruplarının İş Doyumlarının Hesaplanması	255
Tablo 5.17. Two Sample T-Test ile (Bağımsız İki Örnek T Testi) ile Hekim Gruplarının İş Doyumlarının Hesaplanması	256
Tablo 5.18. Hastaların Eğitim Durumları	256
Tablo 5.19. Hastaların Hastane Öncesi Sağlık Ocağına Başvuru Düzeyleri	257
Tablo 5.20. Hastaların Ortalama Olarak Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı	258
Tablo 5.21. Hizmet Alınan Kurum ve Hastanın Hastalığı Hakkında Genellikle Kaç Hekimin Görüşüne Başvurduğu (Çapraz Tablo)	258
Tablo 5.22. Hasta Gruplarında Likert Tipi Sorular İçin Ki-Kare Bağımsızlık Testi	259
Tablo 5.23. Hasta Tatminine Etki Eden 11 Faktör İçin Tanımlayıcı İstatistikler	262
Tablo 5.24. Tüm Hastalar İçin Korelasyon Tablosu	263
Tablo 5.25. Devlet hastanesi Hastaları İçin Korelasyon Tablosu	265
Tablo 5.26. Özel Hastane Hastaları İçin Korelasyon Tablosu	266

Tablo 5.27. Tüm Hastalar İçin Stepwise Regresyon Analizi	269
Tablo 5.28. Devlet Hastanesi Hastaları İçin Stepwise Regresyon Analizi	270
Tablo 5.29. Özel Hastane Hastaları İçin Stepwise Regresyon Analizi	271
Tablo 5.30. Mod-Medyan Testi ile Hasta Gruplarının Tatmininin Hesaplanması	272
Tablo 5.31. Two-Sample T-Test (Bağımsız İki Örnek T-Testi) İle Hasta Gruplarının Tatmininin Hesaplanması	272
Tablo 5.32. Aşırı İş Yüğü Altındaki Hekimler ve Zaman Kısıtı Nedeni ile “Hastadan” Çok “Hastalığa” Odaklanma; Tanımlayıcı İstatistikler	273
Tablo 5.33. Aşırı İş Yüğü Altındaki Hekimler ve Zaman Kısıtı Nedeni ile “Hastadan” Çok “Hastalığa” Odaklanma; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)	273
Tablo 5.34. Aşırı İş Yüğü Altındaki Hekimler ve Zaman Kısıtı Nedeni ile “Hastadan” Çok “Hastalığa” Odaklanma; Anova Tablosu	273
Tablo 5.35. Hastanın Kendisi Kadar Hasta Yakını İle Uğraşma ve İş Stresi; Tanımlayıcı İstatistikler	274
Tablo 5.36. İş Doyumu yüksek Olan Hekimler ve Hastanın Duygusal Beklentilerine Karşılık Verme Durumu	275
Tablo 5.37. İş Doyumu Yüksek Olan Hekimler ve Hastaya İlgi ve Güleryüz	276
Tablo 5.38. Muayene Süresi ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	277
Tablo 5.39. Muayene Süresi ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	277
Tablo 5.40. Muayene Süresi ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova	277
Tablo 5.41. Doktoru Tarafından İlgili Bir şekilde Dinlenme ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	278
Tablo 5.42. Doktoru Tarafından İlgili Bir şekilde Dinlenme ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)	278
Tablo 5.43. Doktoru Tarafından İlgili Bir şekilde Dinlenme ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu	278
Tablo 5.44. İsteddiği Hekime Muayene Olma Şansı ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	279
Tablo 5.45. İsteddiği Hekime Muayene Olma Şansı ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)	279
Tablo 5.46. İsteddiği Hekime Muayene Olma Şansı ve Doktorun Tutum ve	

Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu	279
Tablo 5.47. Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Soramama ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	280
Tablo 5.48. Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Soramama ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)	280
Tablo 5.49. Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Soramama ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu	280
Tablo 5.50. Eğitim Düzeyi Düşük Olan Hastalar ve Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Sorabilme; Tanımlayıcı İstatistikler	281
Tablo 5.51. Eğitim Düzeyi Düşük Olan Hastalar ve Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Sorabilme; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	281
Tablo 5.52. Eğitim Düzeyi Düşük Olan Hastalar ve Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Sorabilme; Anova Tablosu	281
Tablo 5.53. Yüksek Eğitimli Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	282
Tablo 5.54. Yüksek Eğitimli Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	282
Tablo 5.55. Yüksek Eğitimli Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu	282
Tablo 5.56. Çok Sıra Bekleyen Hasta ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	283
Tablo 5.57. Çok Sıra Bekleyen Hasta ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	283
Tablo 5.58. Çok Sıra Bekleyen Hasta ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu	283
Tablo 5.59. Doktorları Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Başlıca Sorumlusu Gören Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler	284
Tablo 5.60. Doktorları Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Başlıca Sorumlusu Gören Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	284
Tablo 5.61. Doktorları Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Başlıca Sorumlusu Gören Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova	285
Tablo 5.62. Hastane Personelinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve	

Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler	285
Tablo 5.63. Hastane Personelinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	286
Tablo 5.64. Hastane Personelinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu	286
Tablo 5.65. Hastanede Evrak Takibi İçin Koşuşturmak Zorunda Kalan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler	286
Tablo 5.66. Hastanede Evrak Takibi İçin Koşuşturmak Zorunda Kalan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	287
Tablo 5.67. Hastanede Evrak Takibi İçin Koşuşturmak Zorunda Kalan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu	287
Tablo 5.68. Kendisini Muayene/Tedavi Eden Hekimin Adını Bilmenin Gerekmediğini Düşünen Hastaların Doktorun Sağlık Hizmeti Vermesini Yeterli Bulma; Tanımlayıcı İstatistikler	288
Tablo 5.69. Kendisini Muayene/Tedavi Eden Hekimin Adını Bilmenin Gerekmediğini Düşünen Hastaların Doktorun Sağlık Hizmeti Vermesini Yeterli Bulma; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	288
Tablo 5.70. Kendisini Muayene/Tedavi Eden Hekimin Adını Bilmenin Gerekmediğini Düşünen Hastaların Doktorun Sağlık Hizmeti Vermesini Yeterli Bulma; Anova	288
Tablo 5.71. Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha az Memnun Kalan Hastaların Hastalığı Hakkında Daha Fazla Hekimin Görüşüne Başvurma Durumu; Tanımlayıcı İstatistikler	289
Tablo 5.72. Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha az Memnun Kalan Hastaların Hastalığı Hakkında Daha Fazla Hekimin Görüşüne Başvurma Durumu; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	289
Tablo 5.73. Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha az Memnun Kalan Hastaların Hastalığı Hakkında Daha Fazla Hekimin Görüşüne Başvurma Durumu; Anova Tablosu	289
Tablo 5.74. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Grup İstatistikleri	290
Tablo 5.75. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından	

Memnuniyeti; Bağımsız Örneklem Testi	290
Tablo 5.76. Kadın Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Grup İstatistikleri	291
Tablo 5.77. Kadın Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha Az Memnuniyeti; Bağımsız Örneklem Testi	291
Tablo 5.78. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler	292
Tablo 5.79. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	292
Tablo 5.80. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu	292
Tablo 5.81. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Hastalıkları Hakkında Daha fazla Doktorun Görüşüne Başvurma Durumu; Tanımlayıcı İstatistikler	293
Tablo 5.82. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Hastalıkları Hakkında Daha fazla Doktorun Görüşüne Başvurma Durumu; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	293
Tablo 5.83. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Hastalıkları Hakkında Daha fazla Doktorun Görüşüne Başvurma Durumu; Anova Tablosu	293
Tablo 5.84. Hanehalkı Gelir Durumu Daha Düşük Olan Hastaların, Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler	294
Tablo 5.85. Hanehalkı Gelir Durumu Daha Düşük Olan Hastaların, Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	294
Tablo 5.86. Hanehalkı Gelir Durumu Daha Düşük Olan Hastaların, Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu	294
Tablo 5.87. Genel Olarak Hayatından Memnun olmayan Hastalar ve Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler	295
Tablo 5.88. Genel Olarak Hayatından Memnun olmayan Hastalar ve Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)	295

Tablo 5.89. Genel Olarak Hayatından Memnun olmayan Hastalar ve Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu	296
Tablo 5.90. Genel Olarak Hayatından Daha Az memnun Hastalar ve Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgilenmesini Bekleme; Tanımlayıcı İstatistikler	296
Tablo 5.91. Genel Olarak Hayatından Daha Az memnun Hastalar ve Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgilenmesini Bekleme; Varyansların Homojenlik Testi Levene	296
Tablo 5.92. Genel Olarak Hayatından Daha Az memnun Hastalar ve Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgilenmesini Bekleme; Anova Tablosu	296
Tablo 5.93. Ücretini Ödediği Zaman Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgileneceğine İnanan Hastaların Genel olarak Hayatlarından Memnuniyeti	297
Tablo 5.94. Ücretini Ödediği Zaman Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgileneceğine İnanan Hastaların Genel olarak Hayatlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	297
Tablo 5.95. Ücretini Ödediği Zaman Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgileneceğine İnanan Hastaların Genel olarak Hayatlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu	298
Tablo 5.96. Genel olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar Ve Doktorun Kendisini Daha Fazla Tahlil ve Tetkike Yollamasını Bekleme; Tanımlayıcı İstatistikler	298
Tablo 5.97. Genel olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar Ve Doktorun Kendisini Daha Fazla Tahlil ve Tetkike Yollamasını Bekleme; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	298
Tablo 5.98. Genel olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar Ve Doktorun Kendisini Daha Fazla Tahlil ve Tetkike Yollamasını Bekleme; Anova Tablosu	299
Tablo 5.99. Genel Olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar ve Doktorun Kendisini Farklı Uzman Doktorlara Sevk Etmesini Bekleme Durumu	299
Tablo 5.100. Genel Olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar ve Doktorun Kendisini Farklı Uzman Doktorlara Sevk Etmesini Bekleme Durumu; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)	300
Tablo 5.101. Genel Olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar ve Doktorun Kendisini Farklı Uzman Doktorlara Sevk Etmesini Bekleme Durumu; Anova Tablosu	300
Tablo 5.102. İşinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler	300
Tablo 5.103. İşinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)	301
Tablo 5.104. İşinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından	

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Hasta Tatmini ve Hastanın Hekimini Değiştirme/Değiştirmeme Kararı	153
Şekil 5.1. Hastaların Aylık Ortalama Gelir Durumu	257

GİRİŞ

Aralıksız hizmet veren, büyük ölçüde insan gücüne dayanan, hizmet veren ve hizmet alan açısından birebir yüzyüze ilişki gerektiren, satın alımı ertelenemeyen, iptal edilemeyen, ikamesi olmayan, yüksek etkileşimli hizmetlerden olan sağlık hizmetlerinin başarısı bütünü ile insan gücünün etkinliğine bağlı bulunmakta, bilim ve teknolojiye her türlü yeniliğe ve gelişime rağmen sağlık hizmetlerindeki insan unsurunun önemi ise fark yaratan bir değer olarak hiç azalmamakta, aksine artmaktadır.

Tüm çağdaş örgüt ve yönetim kuramlarının merkezinde insan unsuru yer almakta ve bütün örgütsel girdileri bir üretim unsuru olarak kullanan da yine insan unsuru olmaktadır. Diğer taraftan örgütsel yaşam, insana özgü beklenti ve gereksinimlerin belli kural ve ilkeler çerçevesinde karşılandığı bir yapılanma olarak karşımıza çıkmakta ve bu yapılanmanın bir yanında örgütsel amaçlar, diğer yanında ise bireysel gereksinimler yer almaktadır. Ancak bugün örgütsel amaçların gerçekleştirilebilmesi için, verimliliğin ve etkinliğin artırılabilmesi için yapı, teknoloji, politika ve prosedürler gibi unsurların yeterli olmadığı da artık görülmektedir. Gerek örgütsel verimlilik ve etkinliği arttırmak, gerekse müşteri tatmini yaratabilmek ise ancak örgütsel yaşamın vazgeçilmez unsuru olan çalışan insanın iş doyumunun sağlanması ile gerçekleştirilebilmektedir.

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda ise iş doyumunun ve hasta tatmininin önemi daha fazla bir anlam ifade etmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin bilimsel bir girişim olduğu kadar sanatsal bir yönünün de olduğu yadsınamamakta ve özellikle yardıma yönelik mesleklerde çalışanların iş doyumlarının olmamasının, hizmet alanlar ile ilişki kurmayı ve onlara gerekli yardımda bulunmayı zorlaştırdığı, mutsuz olan bir kimsenin, bir başkasını mutlu etmesinin mümkün olmadığı, ancak mutlu çalışanların mutlu müşteriler yaratabileceği de pek çok yazar tarafından özellikle vurgulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde konuya hekim cephesinden bakıldığında, hekimin, meslek içi eğitimi hariç tutulduğunda bile, eğitimi ve geliştirilmesi, mesleki uzmanlaşma da dahil olmak üzere ortalama bir insan ömrünün neredeyse yarısını kapsamakta ve gerek birey, gerekse devlet açısından yüksek maliyetli bir eğitim yatırımı gerektirmekte, bu durum ise hekimler için iş doyum kavramının önemini daha da arttırmaktadır. Özellikle en zayıf anında ve en çok yardıma ihtiyaç duyduğu bir anda hizmet talep eden bir kitle ile hergün baş başa kalan hekimin iş doyumunun olmaması, hekimin, kendisini hastaya tam olarak adayabilmesine

engel olabilecek, motivasyonlarını yitirmelerine neden olabilecek ve sonuçta hizmetin hasta beklentilerine uygun olarak yerine getirilememesine yol açabilecektir. İş doyumsuzluğunun en arzu edilmeyen sonuçlarından olan, sadakatsizlik, sorunu görmezden gelme, çabaların azaltılması gibi pasif davranışlar ve kişinin yaptığı işe yabancılaşması gibi bulguların neticesi söz konusu olduğunda ise bu durum hasta tatminsizliği ile sonuçlanabilecektir.

Diğer taraftan, hasta açısından, rutin olarak yapılan check-up'lar dışında, ister ani, ister yavaş gelişen hastalık durumları olsun, kişinin önceden planlanmış bir isteği ya da talebi olmaksızın ortaya çıkan, sağlık hizmetine olan “ihtiyaç” durumu, aslında hasta ve yakınları açısından bir “kriz” durumunu daha fazla hatırlatmakta, bu durum ise hastayı gerek manevi gerek maddi ve gerekse sosyal açıdan rahatsız etmekte ve diğer hizmet alımlarında gösterdiği davranıştan daha farklı davranışlar ortaya koymasına ve daha duygusal ve hassas davranmasına neden olabilmektedir. Sadece bu neden bile, hasta tatmininin sağlanmasının, müşteri tatmininin sağlanabilmesinden çok daha zor ve karmaşık olduğunu göz önüne sermeye yetebilmektedir. Aldığı sağlık hizmetinden tatmin olmamış bir hasta ise tatmin olana dek, sürekli olarak hastane ve/veya hekim değiştirebilmekte, böylelikle hem kendisinin, hem hekimlerin, hem de sistemdeki diğer hastaların vaktinden almakla kalmayıp, ülke ekonomisine de ek yükler getirebilmektedir. Buna paralel olarak da, her bir sağlık kuruluşunun ve/veya hekimin kendisinden istediği benzer tetkik ve tahliller için ayrı ayrı vakit ve/veya nakit harcamakta, bu durum ise zaten hasta veya rahatsız olan kişinin hem fizyolojik hem psikolojik hem de sosyal sağlığını daha fazla tehdit eden bir riski de beraberinde getirebilmektedir.

Halk arasında sıkça söylendiği şekli ile “hasta, hekimi görünce iyileşti” sözü ise aslında bir gerçeği de ifade etmekte, hekimin herhangi bilimsel bir girişimi başlatmadan önce bile hastanın iyileşmesinin veya iyileşmiş görünmesinin, aslında hekimliğin sanatsal yönünün hasta üzerinde ne kadar etkili olduğunu da göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır. Bir sanatın icra edilebilmesi için öncelikle içten gelen bir motivasyonun, bir yeteneğin veya isteğin şart olduğu inkar edilemese de, bu sanatın yok edilmemesi, yaşatılması için de kişinin desteklenmesi ve güçlendirilmesi, en önemlisi kişinin yaptığı işten doyumunun sağlanması gerekmektedir. Aksi halde bilimsel yönü ne kadar kuvvetli olursa olsun sanatsal yönü eksik kalmış bir sağlık hizmeti, hasta tatmininin yaratılmasında tam olarak yeterli gelemeyebilecektir.

Hasta tatminsizliğinin ekonomik, psikolojik ve sosyal sonuçlarının ve bağlantılarının da bulunduğu gözönünde bulundurulduğunda ise sağlık hizmeti veren ve sağlık hizmeti alanlar açısından tatminin önemi daha da artmaktadır.

İster İnsan Kaynakları Yönetimi araçlarına yardımcı olarak, ister ayrı olarak pazarlama benzeri bir yaklaşımla, çalışanların iş doyumuna özen gösterilerek müşteri tatmininin sağlanması, günümüz işletmeleri için ihmal edilmemesi gereken bir fırsat olarak karşımıza çıkmakta, özellikle sağlık hizmetlerinde hekimlerin iş doyumuna ve hasta tatmini, sadece bir rekabet avantajı olarak değil, aynı zamanda toplumsal bir zorunluluğa da işaret etmektedir. Konunun öneminden dolayı da bu tezin amacı; “İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” olarak belirlenmiştir.

Sonuçta dünya üzerindeki hiçbir ülkenin kaynakları sonsuz değildir. Özellikle gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye’imizin her bir kuruşu harcarken hesaplı olmak zorunluluğu ortadadır. Sağlık hizmetlerinde hekimlerin iş doyumunun ve hasta tatmininin önemi de esasen burada yatmaktadır.

1. BÖLÜM

MODERN İŞLETMECİLİK BAKIŞ AÇISINDAN HİZMET, HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1. 1. HİZMET

Son otuz, kırk yıldır, dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde refahın artması ve daha çok boş zamanın olması sonucu imalat sektörünün büyüme hızı azalmaya başlamış ve hizmet sektörü gittikçe daha çok önem kazanmaya başlamıştır.

1950-1979 arası yıllarda, hizmetlerin mallardan farklı özellikler gösterdiğinin ve hizmetlerin “hizmet pazarlaması” şeklinde farklı ele alınmasının zorunluluğu ortaya konulmuş, 1980-1985 arası yıllarda ise bu farklı özelliklerin netleştirilmesi ile hizmet pazarlaması anlayışının yaygınlaştırılmasına ağırlık verilmiş, 1986 ve sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise kalite yönetimi ve hizmet kalitesi anlayışı egemen olmuştur (Karatepe, 1997; 87).

Kotler, hizmeti, herhangi birşeyin sahiplenmesiyle sonuçlanmayan, temelde maddi olmayan, bir tarafın diğer tarafa sunduğu iş (fayda) veya faaliyetler şeklinde tanımlamış, hizmetin, bir eylem, bir çaba, bir performans olduğunu belirtmiştir (Kotler, 1997; 467). Bu nedenle soyut bir özellik olan hizmeti değerlendirmek somut bir özellik olan mali değerlendirmekten daha zor olmaktadır.

Grönroos’a göre hizmet işletmelerinin yönetimi konusunda bilgi birikimini engelleyen faktörlerden biri hizmetin iyi tanımlanmış kavram olmamasıdır (Grönroos, 1982; 7). Harrington vd. hizmeti, “diğerlerinin refahına temel katkısı, elle tutulamayan bir ürün sunulan süreç” olarak tanımlamışlardır (Harrington vd. , 1995; 381). Kotler ve Armstrong ise hizmeti; “Esasen elle tutulamayan ve hiçbir şeyin mülkiyeti ile sonuçlanmayan faaliyet, fayda ve tatminden oluşan, satılmak üzere sunulmuş bir ürün şekli” olarak tanımlamaktadırlar (Kotler ve Armstrong, 2001; 291).

Ekonomistler, hizmeti sınıflandırarak, pazarlama uzmanları ise hizmeti karakteristik özellikleri ile tanımlamışlardır. Hizmet paketi veya toplam hizmet kavramını ise daha çok yönetim bilimi ile uğraşanların benimsediği görülmektedir. Bu anlayışa göre, müşteriler hizmet değil, tüm hizmet paketini satın almaktadırlar ve hizmet, müşteriye sağlanan yararların bir bütünüdür.

1. 1. 1. HİZMETİN ÖZELLİKLERİ

Hizmeti mallardan ayıran bazı özellikler vardır. Bunlar (Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1985; 33-34);

1. Hizmetler elle tutulamayan, gözle görülemeyen, hissedilmeyen soyut etkinliklerdir. Hizmetlere fiziksel olarak dokunmak ve sahip olmak mümkün olmadığı gibi faydası, ancak hizmet tüketildikten sonra değerlendirilebilmektedir. Bu durum ise hizmetlerin depolanamamasına, teşhir edilememesine, patent aracılığı ile korunamamasına ve fiyatlandırılmasındaki güçlüklereden neden olmaktadır
2. Hizmetler kullanılmadıkları zaman heba olmaktadır.
3. Hizmetler homojen bir özellik göstermezler. Hizmetin kalitesi, hizmeti sunan kişiden kişiye, müşteriden, müşteriye ve hatta saate göre değişebilmektedir. Hizmet üretimi insan unsuruna dayandığı için, hizmetlerin standartlaştırılması çok zordur (Dalrymple ve Parsons, 1995; 215).
4. Hizmetin üretimi ile tüketimi aynı anda gerçekleşmektedir. Hizmeti sunan ile müşteri, süreç boyunca etkileşim halindedirler ve müşterinin kendisi de üretim sürecine katılmaktadır. Dolayısıyla, müşterinin, gerek hizmet sunumunda, gerekse satınalma karar sürecinde, hizmeti sunan kişiden etkilenme olasılığı daha yüksektir (Bitran ve Lojo, 1993; 274).
5. Hizmet üretimi, emek-yoğun bir şekilde gerçekleşmekte, işlem sonrasında hizmetin sonucu elde edilebilmektedir. Ürünler genellikle satılmadan önce üretilmekte, hizmetler ise ürünlerin aksine üretilmeden önce satılmaktadır.

Bu kapsamda ürün ve hizmet arasında birçok farklılıklar mevcuttur.

1. 1. 2. ÜRÜN İLE HİZMET ARASINDAKİ FARKLAR

Hizmetin fiziksel mallardan farklı olarak, maddi olmaması, sahiplenemezliği, üretimin ve tüketimin aynı zamanda olması (eşzamanlılık), değişkenliği, dayanıksızlığı, bekletilememezliği ve mülkiyetinin devredilememesi gibi özelliklere sahiptir. Aşağıdaki tabloda ürün ile hizmet arasındaki farklar sıralanmıştır.

Tablo 1.1. Ürün ile Hizmet Arasındaki Farklar

ÜRÜN	HİZMET
Ürüne dokunulabilir	Hizmete dokunulamaz
Sahiplik satın alma ile değişir	Sahiplik genel olarak değiştirilemez
Ürün tekrar satılabilir	Hizmetin tekrar satışı mümkün değildir
Ürün satıştan önce denenebilir	Hizmet satıştan önce mevcut değildir
Ürün stok yapılabilir	Hizmet stok yapılamaz
Üretim tüketimden önce olmaktadır	Üretim ve tüketim eş zamanlıdır
Üretim ve tüketim ayrı yerlerde yapılmaktadır	Üretim ve tüketim aynı yerde yapılmaktadır
Ürün taşınabilir	Hizmet taşınamaz
Satışı bayii yapar	Müşteri üretim sürecinden direkt alışveriş yapar ve üretimin bir parçasıdır
İşletme ile müşteri arasında dolaylı bir ilişki olasıdır	İşletme ile müşteri arasında daha çok dolaysız bir ilişki vardır

Kaynak: Bütün H. , “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesi”, Mimar Sinan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2000, s, 76

1. 1. 3. HİZMETLERİN GRUPLANDIRILMASI

Hizmetler literatürde çok farklı şekillerde sınıflandırılmaktadırlar. Hizmetin insana ya da araç gerece dayalı olmasına göre, bireysel ya da işletme müşterisinin ihtiyaçlarını karşılamasına göre, hizmetin fonksiyonuna göre, müşterinin hizmet anında orada hazır bulunup bulunmamasına göre, işletmenin özel ya da kamu işletmesi olup olmamasına

göre, satın alma özelliğine göre, aktarılışına göre, üretim kapasitesine göre, talebin yapısına göre farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır (Özer, 1998; 60-61). Hizmetler, üretim biçimine ve hizmeti veren insan ve teçhizata göre de sınıflandırılmaktadır (Uyguç, 1998; 19). Buna göre; Hizmet üretimi esnasında teknik araç ve gereçlerin kullanıldığı hizmetler kendi aralarında; otomatik makineler vasıtasıyla sunulan hizmetler, nitelsiz işgücü tarafından kullanılan makinelerle sunulan hizmetler ve nitelikli işgücü tarafından kullanılan makinelerle sunulan hizmetlerdir. Hizmet üretimi esnasında insan gücünden yararlanılan hizmetler ise kendi aralarında; nitelsiz insan gücü gerektiren hizmetler, nitelikli insan gücü gerektiren hizmetler ve profesyonel insan gücü gerektiren hizmetler olmak üzere üç temel grupta toplamak mümkündür.

Martin ise, hizmetleri birbirinden farklı kılan özellikleri şöyle sınıflandırmaktadır (Martin, 1997; 15-17).

1. İnsan / Eşya Yönelimi

Sunulan hizmetin daha çok insana mı, yoksa eşyaya mı (makine teknoloji vs.) yönelik olma özelliğini belirtmektedir

2. Yüksek Teknoloji /Düşük Teknoloji

Hizmet sunumunda teknoloji gerekiyorsa bu yeni, gelişmiş bir teknoloji mi, yoksa geleneksel düşük teknolojiye sahip araçlar veya sistemler mi kullanılıp kullanılmadığına yönelik bir özelliği belirtmektedir.

3. Kişisel Etkileşim

- Fiziksel Etkileşim: Hizmet sürecine katılan tarafların birbirlerini görmelerinin gerekip gerekmediğinin, gerekiyorsa ne boyutta iletişim kurmalarının ve ne tür bir ilişki gerektiğinin belirlenmesini açıklayan bir özelliktir
- Ussal Etkileşim: Hizmet sürecinde gerçekleşen bu etkileşimin, sürece katılan tarafların düşünce, kavrama ve çözümleme güçlerini ne derece harekete geçirdiğini belirten bir özelliktir.
- Duygusal Etkileşim: Taraflar arasında gerçekleşen etkileşimin, ne derecede duygusal tepki ve/veya ilişki gerektirdiğini belirten bir özelliktir.

4. Zaman İhtiyacı

Hizmete olan ihtiyacın ne sıklıkta ortaya çıktığına ve hizmetin verilmesi için ne kadarlık bir süre gerektiğine yönelik bir özelliktir.

5. Konum

Hizmetin nerede verildiğine (müşterinin yerinde mi, kendi yerinde mi yoksa başka bir yerde mi) ilişkin bir özelliği belirtmektedir.

6. Karmaşıklık

- Gerçekte: Sunulan hizmetin ve sunum araçlarının karmaşık olup olmadığını, eğer karmaşıksa karmaşıklık düzeyini belirten bir özelliktir
- Görünürde: Sunulan hizmetin müşteri gözünde karmaşıklık düzeyini belirtmesi yanında karmaşık olduğu halde müşteri tarafından çok basit olarak görünüp görünmediğini ortaya çıkarmaya çalışan bir özelliği belirtmektedir.

7. Esneklik

Hizmet sunum sistemlerinin ne ölçüde esnek ve uyarlanabilir olup olmadığını ve farklı ve bireysel müşteri ihtiyaç ve isteklerini karşılamada ne düzeyde ayarlanabileceğini belirtmektedir.

8. İşlem Başına Sunulan Hizmet Sayısı

Bir tek işlemle kaç müşteriye (bir mi, iki mi, küçük bir gruba mı, yüzlercesi veya binlercesine mi) hizmet sunulmakta olduğunu belirten bir özelliktir.

9. Eğitim

Hizmet sunumu için gerekli eğitim, öğretim ve uzmanlık düzeylerinin yanında özel bir eğitim faaliyetine ihtiyaç gösterip göstermediğini ifade eden bir özelliktir.

10. Gözetim

Verilen hizmetin gözetim gerektirip gerektirmediği, gözetim gerektiriyorsa bunun derecesini ifade eden özelliği belirtmektedir.

Hill (1977), hizmeti, bir kimsenin kendi durumunda veya sahip olduğu mal ya da eşyada, diğer bir kişi tarafından yaratılan değişiklik olarak tanımlamış ve hizmetleri sınıflandırırken, hizmet etkinliklerinden yarar sağlayanlar ve bu yararların niteliği üzerinde durarak, hizmetleri şu şekilde sınıflandırmıştır ;

1. Hizmetten yararlanan kişi veya mala göre;
 - a. Kişileri etkileyen hizmetler,
 - b. Malları etkileyen hizmetler,
2. Hizmetin kişi veya mal üzerinde yarattığı etkiye göre;
 - a. Geçici hizmetler,

- b. Kalıcı hizmetler,
- 3. Etkinin veya değişimin tersine çevrilebilmesine göre;
 - a. Tersine çevrilebilir hizmetler,
 - b. Tersine çevrilemeyen hizmetler,
- 4. Etkinin veya değişimin niteliğine göre;
 - a. Fiziksel durumda değişme,
 - b. Ussal durumda değişme,
- 5. Hizmetten yararlanan kişi sayısına göre;
 - a. Bireysel hizmetler,
 - b. Kolektif hizmetler.

Mills ve Margulies (1980) ise hizmetleri ve hizmet işletmelerini, müşteri ile personel arasındaki etkileşimin amacını esas alarak, üç grupta irdelemektedir.

1. Etkileşimde güven sağlamanın esas olduğu hizmetler: Bu hizmet işletmelerinde hizmet karşılıklı güvene dayanmaktadır (örnek; bankalar, sigorta şirketleri, finansal kurumlar).
2. Etkileşimde görev yapmanın esas olduğu hizmetler: Etkileşimde müşterinin ne istediğinin fazla bir önemi yoktur. Çeşitli tekniklerin kullanılarak görevin yerine getirilmesi, sorunun çözülmesi, gereksinimlerin karşılanması önemlidir (örnek; mühendislik hizmetleri).
3. Etkileşimde kişinin içsel mutluluğunu ve huzurunu sağlamanın esas olduğu hizmetler: Müşteri ile hizmet veren arasındaki etkileşimde müşterinin iç mutluluğunu ve huzurunu sağlamak esas amaçtır (örnek; sağlık hizmetleri, hukuk, danışmanlık hizmetleri).

1. 2. KALİTE KAVRAMI VE HİZMET KALİTESİ

Taylorist yaklaşımdan bugüne dek “ölçekten hedef kitleye” ve “maliyetten kaliteye doğru” bir değişim gözlenmektedir (Murray, 1995, 56). Bir hizmet işletmesini diğer bir işletmeden farklı kılan en önemli unsurlardan birisi, rakiplerinden daha yüksek kalitede hizmet üretmesi ve sunmasıdır. Ancak özellikle hizmet işletmelerinde kalite; anlaşılması,

uygulaması ve kontrolü açısından daha büyük bir karmaşıklık ve belirsizlik taşıdığından kalite kavramı ve hizmet kalitesi kavramlarının önemi daha da artmaktadır.

1. 2. 1. KALİTE KAVRAMI

Kalite, yakın zamana kadar, firmanın ürününden beklediği belirli bir hata miktarının, beklenenden daha az olması ile tanımlanırken, yoğun rekabet ortamında ise müşteri tatminine önem verilmesi, kalite tanımının üretici yerine müşteri odaklı olması ve çıktı kalitesinin artırılması üzerine yoğunlaşmaktadır. Kalite, farklı kişi ve kurumlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmakla beraber, üretici için kalite, ürünün belirlenmiş özelliklere ne derece uyduğu, müşteri için ise, ihtiyaç ve isteklerinin ne derece karşılandığı şeklinde ele alınmakta ve literatürde daha çok müşteri odaklı tanımlamalar yer almaktadır.

Amerikan Kalite Kontrol Derneğinin yapmış olduğu tanıma göre kalite; “mal veya hizmetin belirtilen ihtiyaçları karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerinin toplamıdır”. Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC) kaliteyi “bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi” şeklinde, Japon Sanayi Standartları Kurumu (JIS) ise “ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine yanıt veren bir üretim sistemi” şeklinde ifade etmektedir (Bozkurt, 1993; 107). ISO tarafından belirlenen tanıma göre ise kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerinin toplamıdır (Bağrıaçık, 1995; 17).

Juran ise kaliteyi, “kullanıma uygunluk biçiminde ele almakta, üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi olarak tanımlamaktadır (Morgil ve Küçükçirkin, 1996; 29). Kalite; ekonomik gereksinim dışında, kullanılabilirlik veya kullanım kolaylığı, ihtiyaç ve istekleri karşılayabilme kapasitesi, kolay bakım, güvenilirlik, tasarım ve diğer gereksinimlere ilişkin özellikleri de kapsamakta, performans kalitesi ve uygunluk kalitesi olarak iki ayrı şekilde ele alınmaktadır. Performans kalitesi; ürünün fonksiyonlarını yerine getirdiği düzeyi, uygunluk kalitesi ise hatalardan uzak olmayı ve ürünün belirlenen bir düzeyde ne derece istikrarlı olarak performans gösterdiğini ifade etmektedir (Kotler, Armstrong, 1994; 567).

1. 2. 2. HİZMET KALİTESİ

Ürün tasarımı, geliştirilmesi ve kontrol edilmesi imalat işletmelerinde daha rahat yapılabilmesine karşılık, hizmet sektöründe mal olarak sunulan ürünün soyut olması, hizmetin, bir “nesne” olmayıp daha çok “performansa” dayalı olması ve hizmet için aynı kaliteyi sağlayan üretim standartlarının oluşturulmasının ve insan davranışlarına standartlar getirilmesinin zorluğundan dolayı, hizmetlerin standart olarak üretilmesi çok zordur. Üretilen hizmetin kalitesinin nasıl olduğu, üreticilerden ziyade o hizmeti alan tüketiciler tarafından belirlenmekte ve hizmet kalitesi, hizmet yerine giriş kolaylığı, haberleşme araçlarının açıklığı, hizmet sunanların nezaketi, görevlilerin uzmanlıkları ve empatik tutumları, müşteri ihtiyaçlarına ne ölçüde cevap verildiği, hizmetin sonuçlarının kalitesi ve çabukluğu ile ilgili olmaktadır (Yıldız, 1994; 4). Ancak, hizmet kalitesinin zayıf ya da iyi olması, sadece davranışlarla ilişkili değildir (Bitner vd. , 1990; 72).

Parasuraman, hizmet kalitesini, tüketicilerin beklentileri ile onların hizmetlerin yerine getirilmelerini algılaması arasındaki boşluk/farklılığın derecesi olarak tanımlamaktadır (Walker ve Baker, 2000; 412). Müşteri tatmini araştırmaları da, müşterinin kararlarının, onların beklentileri ile performansın algılanmasının karşılaştırılması sonucu oluştuğunu bulgulamaktadır. Bazı araştırmacılar müşteri tatmini ile hizmet kalitesinin aynı şeyi ölçtüğünü iddia etmelerine rağmen, çoğunluk tatmin ve hizmet kalitesinin farklı şeyleri ölçtüğüne inanmaktadırlar (Walker ve Baker, 2000; 413). Rust ve Oliver (1994), tatmin ile kalitenin sadece farklı olduğunu değil, aynı zamanda kalitenin tatminden daha az önemli olduğunu, kalitenin tüketicinin memnuniyet kararlarının içinde özel bir hizmet faktörü olduğunu belirtmişler, Walker ve Baker ise hizmet kalitesi ile tatmin arasındaki tek önemli farklılığın “beklenti” ögesinin müşterinin yorumları içinde bulunmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Walker ve Baker, 2000; 413). Bazı araştırmacılar ise beklentilerin kalite ile ilgisi olmadığını, hatta görünen hizmet kalitesi için tasarlanmış modellerde kullanılmasının yanlış yönlendirici nitelikte olduğunu, bu konudaki tek ölçütün sadece müşteri algılamaları olduğunu ileri sürmektedirler (Robledo, 2001; 23). Parasuraman, Zeithaml ve Bery tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli aracılığı ile müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmesinde spesifik kriterlerin belirlenmesi mümkündür. Bunlar; somut ögeler, cevap vericilik, yetenek, güvenilirlik ve empatidir

(Robledo, 2001; 25). Bu özelliklere sahip olan hizmetlerin aynı zamanda kaliteli olduğu, tüketiciye karşı gösterilen özenin ve saygının da göstergesi olduğu kabul edilmektedir.

1. 2. 3. ALGILANAN HİZMET KALİTESİ

Hizmet Pazarlaması literatüründe “algılamalar”, alınan hizmet deneyimlerini içeren müşteri inancı şeklinde tanımlanmaktadır. Hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahiptir ve dolayısıyla algılanan hizmet kalitesi de subjektif bir kriterdir . Hizmeti alanlar bazen hizmetin dışsal görünümüne ve fiziksel özelliklerine bakarak değerlendirme yapmakta bazen de o hizmete yükledikleri anlamlara göre hizmeti değerlendirmektedirler.

Algılanan kalite ile gerçek kalite birbirinden çok farklı olabilmekte, bu nedenle, hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmakta ve şöyle tanımlanmaktadır (Uyguç, 1998; 28); Algılanan hizmet kalitesi; müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algılanan hizmeti ya da algılanan performansı) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Müşteri beklentileri karşılandığında algılanan hizmet kalitesi de müşteri için doyurucu olacaktır. Algılanan hizmet kalitesi, müşteri memnuniyetini birincil ve esas olarak etkileyen unsur olduğu gibi iş doyumunu ile algılanan hizmet kalitesi arasında da çok yakın bir ilişki bulunmaktadır (Korunka vd. , 2003; 55). Korunka vd., iş doyumunu ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiye dikkat çekilmekte, iş doyumunu yüksek olan işgörenen alınan hizmetin, müşteri için daha doyurucu olduğu, bu nedenle de müşterinin almış olduğu hizmetin kalitesini daha yüksek olarak algıladığı belirtilmektedir.

Hizmetin algılanan karakteri birçok elemandan oluşmakta (örneğin, hizmetin maliyeti, müşteri için taşıdığı önem, müşteri için algılanan risk, tersine çevrilme durumu gibi) ve beklentileri etkilemektedir (Uyguç, 1998; 64). Örneğin, bir hizmeti alabilmek için harcayacağı parayı zar zor elde edebilen birinin o hizmeti alırken ona atfettiği önem, o hizmeti maddi olanakları bakımından daha rahatlıkla alabilen bir diğerine göre çok daha fazla olacaktır. Algılanan hizmet kalitesinin belirlenebilmesi için müşteriye fikirlerinin

sorularak onların sunulan hizmetin kalitesi hakkındaki, göreceli beklentilerinin neler olduğu hakkında bilgi edinilebilir.

1. 2. 4. BEKLENTİLER VE KAYNAKLARI

Beklentiler, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde ve müşteri memnuniyetinin sağlanmasında temel bir unsur olduklarından, bu beklentileri daha iyi anlamaya çalışmak gerekmektedir (Srivastava vd. , 1999; 168). Müşteri beklentileri ve müşteri beklentilerinin hangi düzeyde gerçekleştirilebileceği belirlense, ve bu beklentilerin karşılanabilmesi için yeterli performans gösterilse bile, müşterilerin bu performansı algılama düzeyleri yine de farklı olabilmektedir. Yani performans yeterli olduğunda bile müşteri tatmin olmayabilmektedir. Bu yüzden işletme, müşteri beklenti düzeyini hiçbir zaman tam olarak belirleyemeyebilecek ve müşteri beklentileri ile performans düzeyini eşleştirmeyi başaramayabilecektir.

Beklentiler, kişinin gelecekte gerçekleşeceğini tahmin ettiği olgu, olay ve inançlardır. Kişinin geleceğe yönelik ümitleri, geçmişte yaşadığı hayal kırıklıkları ve korkuları, geleceğe yönelik tahminleri beklentileri oluşturmaktadır (Barsky 1995; 19). Beklentilerin kaynağı olarak Zeithaml vd. (1990; 22-25) beş unsurun varlığına dikkat çekmektedirler. Bunlar; birebir ilişkiler, promosyon, fiyat, kişisel ihtiyaçlar ve geçmiş tecrübelerdir. Sadece hizmet sağlayıcısı ile olan birebir ilişkiler değil, rakip ve diğer sektördeki firmalardan müşterinin edindiği geçmişteki tecrübeleri de önemlidir fakat, müşterinin önceden herhangi bir deneyimi söz konusu değilse birebir ilişkiler, promosyon, fiyat, kişisel ihtiyaçlar daha fazla etkili olmaktadır. Ayrıca informal ve sözlü iletişimle aktarılan tavsiyeler ve reklamlar da, beklentilerin kaynağı üzerinde etkili olacaktır (Teboul, 1991; 172-173). Kişinin neye ihtiyacı olup olmadığı (Zeithaml vd. , 1990; 229), işletmenin imajı (Grönross, 1982, 1984; Hansen, 2003; 575) ve kişinin kendi duygularının da (Barsky, 1995; 19-20) beklentilerin belirlenmesinde, müşteri için bilinçli veya bilinçsiz olarak, değerlemeye alınması beklenmelidir. İşletmenin kontrol edemediği bir takım faktörler de beklenti oluşumunda söz konusu olabilmektedir. Bunlar rakip mal ve hizmetler, rakiplerin fiyat politikaları, kulaktan kulağa dolaşan bilgi, tüketici tercihlerinin değişmesi, tüketici satın alma gücünün yükselmesi ve/veya düşmesidir. Müşteri

beklentilerini ve önceliklerini tanımlayabilmek için müşterinin hangi nitelikte ürün ve hizmet istediği, hangi performans düzeyinin müşteri beklentilerini tatmin ettiği, hangi niteliklerin müşteri için diğerlerine kıyas ile daha önemli olduğu ve mevcut performans düzeyi ile müşteri tatmininin nasıl gerçekleştirileceği sorularına cevap bulunmalıdır (Tenner ve Detero, 1992; 60). Bununla birlikte, beklenti kavramının, hizmet kalitesi literatüründe ve müşteri tatmini literatüründe farklı farklı ele alındığı görülmektedir.

1. 2. 5. BEKLENTİ KAVRAMININ “HİZMET KALİTESİ” VE “MÜŞTERİ TATMINİ” LİTERATÜRÜNDEKİ FARKI

Müşterinin arzu ve istekleri olarak tanımlanan “beklentiler” “müşteri tatmini literatüründe” farklı, “hizmet kalitesi literatüründe” farklı olarak ele alınmaktadır (Parasuraman vd. , 1988; 17). Müşteri tatmini ve hizmet kalitesi ilişkisini ilk araştıran Bolton ve Drew (1991)un çalışmalarından, hizmet kalitesinin, hizmet performansının şimdiki derecesi ile müşterinin ilk dönemdeki memnuniyet veya memnuniyetsizliğinin ilave edildiği, bunun, müşteri algılamalarında artı kalanının bir fonksiyonu olduğu belirtilmiştir (Taylor ve Cronin, 1994; 35). Müşteri tatmini daha ziyade, kısa dönemde spesifik iş görme ölçümlerini gösterirken, hizmet kalitesi ise tutum göstergelerinin toplam değerlendirmesini yansıtmaktadır. Müşteri tatmini, müşterinin hizmet kalitesini yargılaması aracılığı ile hizmet satın alma niyetini ortaya koymaktadır (Taylor ve Cronin, 1994; 35-36; Webb, 2000; 101). Ürün ya da hizmete ilişkin belirsizlikler arttıkça, veya ilk defa kullanılan bir ürün veya hizmette ise, bu ürün veya hizmetin performansının, tatminin belirleyicisi olduğu söylenebilir.

Hizmet üretimi sırasındaki işlemler, müşteri tatmini açısından büyük önem taşımakta ve hizmet kalitesini belirlemektedir. Zira müşteriyle bir diyalog, kapsamlı yüz yüze bir iletişim söz konusu olmakta ve hizmetin üretimi, müşteriye sunumu, yansımanın alınması kesintisiz ve kısa süreli bir etkileşim sürecini oluşturmaktadır. Örgütteki üst yönetimin az sayıda olması, örgütte genel olarak uzman personelin çalışıyor olması, hiyerarşik kademelerin az olması dolayısıyla iletişim kanallarının kısa olması ve müşteriler ile daha yakından ilgilenme olanağının bulunması, yüksek derecede yetki devrinin olması ve dolayısıyla kararların daha hızlı ve etkin alınması, insana yönelik çağdaş bir yönetim

felsefesi ile iş görölmesi, özellikle hizmet kalitesinin yükseltilmesinde anahtar rol oynayacaktır.

1. 2. 6. İLİŞKİLERİN KALİTESİ

Çoğu hizmetler, doğrudan müşteri ile işletme personeli arasındaki sosyal davranışların bir sonucu olmakta, dolayısıyla müşteri ve işgören etkileşiminin yüksek olduğu hizmetlerde ilişki kalitesi, müşteri tatmini için temel bir faktör olmaktadır. Etkileşimin niteliği ise algılanan hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisi durumunda bulunmaktadır (Uyguç, 1998; 56; Yoon ve Suh, 2003; 97).

Nihai müşteriler ve işletme arasındaki ilişki kalitesi, genel itibariyle “müşterinin ilişkiye bağlı bütün ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olan ilişkinin uygunluk düzeyi” şeklinde ele alınmaktadır (Henning-Thurau ve Klee, 1997; 751). İlişkilerin kalitesi, müşterinin, hizmet sağlayıcısının davranış ve iletişimini algılayışına ve değerlemesine yön vermektedir. Ancak ilişki kalitesi hizmet kalitesinde olduğunun aksine ne hizmet sunumunun mekanikleri ile ne de hizmet sunum sisteminin içinde yer almaktadır. Bunun yerine, müşteri-işgören etkileşimi yoluyla müşterinin ruh halini ve duyumlarını içermektedir. Bununla beraber “İlişkiler” açısından kalite kavramı, önceki çalışmalarda araştırılmamıştır. Bu nedenle ilişkilerin kalitesi kavramı tanımlanmamış, ancak yine de pazarlama literatüründe, ilişkilerin kalitesinin, çalışanlar ve müşteriler arasındaki beklenen sonuçları, ürün veya hizmet çoğaltımında, gözle görölmeyen, elle tutulmayan değeri tartışılmaktadır (Holmlund, 2001; 13; Thomas, 2003; 42).

İşletmelerin müşteri ile olan ilişkileri, müşterilerin hizmet kalitesi ile ilgili algılamalarını etkileyecektir. Müşteri ile ilişkilerin olumlu sonuçlar vermesi ve daha iyi algılanması ise ilişki kalitesine bağlı bulunmaktadır. İlişki kalitesi, bir ilişkinin gücünün değerlendirilmesi olarak düşünölmekte ve tatmin, güven ve vaat olmak üzere üç boyut üzerinden değerlendirilmektedir (Kılıç ve Göksel, 2007; 10-11). Buna göre; ilişki kalitesinin tatmin boyutu, alıcı-satıcı ilişkisinin önemli bir çıktısı olarak görölmektedir. İlişki tatmini, bir müşterinin işletmeyle olan ilişkisini değerlendirmesi sonucunda, müşterinin etkilendiği durum olarak tanımlanabilir. Böylelikle ilişki tatmini, müşteri ilişki yatırımının algılanmasını etkileyici bir durum olarak ifade edilebilir. Ayrıca ilişki tatmini

her bir ticari işleme özel olmaktadır. İlişki kalitesinin güven boyutu, müşteri ve hizmet veren arasındaki ilişkiye yapılan yatırımın önemli bir sonucu olarak gelişme göstermektedir. Güven, işletmenin güvenilirliği ve dürüstlüğü konusunda müşterinin ikna olmasıdır. İlişki kalitesinin vaad boyutu incelendiğinde, işletmenin vaadlerinin, hizmet veren tarafından sağlanması ve müşterilerin bunu algılamasının bir sonucu olduğu görülmektedir. Vaad, iyi bir ilişkide, karşılıklı etkileşimlerin önemli bir sonucunu ifade etmektedir. İlişkisel vaad, müşterilerin işletmeleri ile ilişkilerini devam ettirmeye istekli olmalarını belirtir. Müşteriler hem işletmeleriyle ilişkilerini devam ettirmek arzusundaırlar hem de işletmelerinin kendilerine sundukları çabaları devam ettirmelerini istemektedirler. Dolayısıyla müşteriler, kendilerine sunulan müşteri ilişki yatırımlarını daha yüksek düzeyde algıladıkları zaman ilişki kalitesi de yükselmiş olacak ve müşterinin kaliteyi algılaması ve dolayısıyla tatmini de yükselecektir

Wong'a göre ilişkilerin kalitesi; ilişkilerdeki derinlik ve ilişkinin iklimi olarak ele alınmakta ve müşterinin, ilişkilerden beklentilerinin, amaçlarının, arzularının ve işletme ile tüm ilişkilerinin, nasıl daha iyi olacağının, müşteri algılamaları açısından değerlendirilmesini içermektedir (Wong, 2004; 367). Müşteri hizmet satın alırken, aynı zamanda bir deneyim satın almakta ve tüketim deneyimi esnasında, çeşitli tipte duygular açığa çıkabilmektedir. Hizmet karşılaşmasında ve hizmet satın alma sonrasında müşteride ortaya çıkan bu duygular, müşterinin, ilişki kalitesini nasıl ve ne şekilde değerlendirdiğini belirlemekte ve büyük önem taşımaktadır (Wong, 2004; 367). Örneğin Hayat Sigortası sektöründe müşterilerin tedarikinde, müşterinin karşılıklı ilişkide bulunduğu personelden memnun olması, onun tüm hizmetten memnun kalmasının belirleyicisi olduğu ortaya konulmuştur (Crosby ve Stephens, 1987; 410). Eğer müşteri, hizmet karşılaşmalarında olumlu duygular sergiliyorsa, onun, ilişkinin kalitesini pozitif olarak algıladığı beklenebilir ve müşteride mutluluk hissi yaratan bir hizmet sunumu, ilişkinin kalitesini gösteren en iyi belirleyici olmaktadır (Wong, 2004; 370). Ancak hizmet işletmelerinin ilişkisel faaliyetlerinin başarı değerlemesi olan müşteri ile ilişkilerinin kalitesini ölçmeyi amaç edinen araştırmaların oldukça sınırlı olduğu görülmekte, oysa hizmet işletmesi ve müşterileri arasındaki ilişkinin kalitesini araştırma ihtiyacının çok önemli nedenleri bulunmaktadır (Roberts vd. , 2003; 172). Örneğin Bitner, müşteri memnuniyetsizliğinin %42.9 unun, hizmet sistem hatalarından bağımsız bir şekilde ortaya çıkan, çalışanların,

isteksizce verdikleri cevaplardan ve tavırlardan kaynaklandığını ortaya koymakta, ilişkilerin kalitesine gereken önemi verilmesi ve bu konuda bir farkındalığın yaratılması için ise şu soruların cevaplandırılması gerektiğini belirtmektedir (Bitner vd. , 1990; 71-72).

- Hizmet sunumu esnasında, müşteri açısından, memnuniyete neden olan özel olaylar ve davranışlar nelerdir? Bu olayın gerçekleşmesinde, çalışan ne yapmıştır?
- Hizmet sunumu esnasında, müşteri açısından, memnuniyetsizliğe neden olan özel olaylar ve davranışlar nelerdir? Bu olayın gerçekleşmesinde, çalışan ne yapmıştır?
- Bu iki olay ve davranış, birbirinin gerçekten zıddı mıdır, yoksa birbirinin aynısı mıdır?

Bitner (1990), hizmet sunumu esnasında, ilişkilerin kalitesini belirleyebilen önemli olay ve davranışları ortaya koyan çalışmasında gruplandırmalar yaparak konuya açıklık getirmeye çalışmıştır. Buna göre;

- Grup 1. Hizmet Esnasında, Sistem Hatasına, Çalışanın Cevabı:Hizmet esnasında sistemde bir hata oluştuğunda, müşterinin şikayet ve hayal kırıklıklarına personelin cevap vermesi gerekir. Personelin cevabı ve cevap verme konusundaki istekliliği, hatayı ele alış şekli, müşterinin algıladığı memnuniyet ve memnuniyetsizliğin belirleyicisi olacaktır. Örneğin,
 - a. Hizmetin verilememesinin açıklanması,
 - b. Yavaş hizmet verilmesinin açıklanması,
 - c. Diğer temel hizmet yetersizliklerine verilecek açıklamalar belirleyici olacaktır.
- Grup 2. Müşteri İhtiyaç ve Gereksinimlerine Personelin Cevabı:Müşterinin biricik ihtiyacına, ilişkide bulunan personelin cevap verme tarzı, tutum ve davranışları, müşterinin memnun olup olmadığını belirler. Müşterilerin özel ihtiyaç olarak algıladıkları istekler, aslında firma tarafından rutin olarak algılanan bir hizmet veya yasal olarak yapmak zorunda olduğu bir hizmet de olabilir. Burada önemli olan, müşterinin kendi “özel” isteklerinin karşılanıp karşılanmadığını düşünüp düşünmediğidir. Buna göre;

- a. Özel ihtiyacı olan müşterilere veya müşteri tercihlerine verilecek karşılık (tepkiler, tavırlar ve müşteri perspektifinden “özel” isteklerin gerçekleştirilmesi),
 - b. Müşterinin hatasından kaynaklanan hizmet aksamalarında, hatasını kabul etmiş müşteriye verilecek cevap (tepkiler,tavırlar),
 - c. Potansiyel olarak ortamı bozabilecek olan diğer müşterilere karşı tavır ve davranışlar önemli olmaktadır.
- Grup 3. Müşteri Tarafından Talep Edilmemiş, Personel Eylemleri:Müşterinin beklemediği, talep etmediği davranışları ve hoş sürprizleri, personelden görmesi, müşteride memnuniyetle sonuçlanır. Personelin müşteriyi görmezden gelmesi, kaba davranması vs. ise memnuniyetsizliği doğurur. Ancak burada esas olan, temel hizmetlerde bir hata olmaması gerekmektedir.

İşletmeler ve müşterileri arasında yaşanan ilişki kalitesinin yüksek olması, davranışsal bağlılığın da oluşmasını sağlayacaktır (Kılıç ve Göksel, 2007; 10-11). Buna göre, davranışsal bağlılık, müşterilerin satın alma sıklığına ve rakip perakendecilerden satın aldıkları miktarlara dayalı olarak belirlenmektedir. Örneğin hızlı satın alma davranışı ilişki kalitesinin düzeyinin yüksek olduğunu ve müşterilerin ilişkide bulundukları işletmeden memnun kaldıklarını ve işletmenin fırsatçı olmadığına dair güven duygularının oluştuğunu ve dolayısıyla davranışsal bağlılığın da oluşturulmuş olduğunu göstermektedir.

Kişisel yaklaşımların ve tarzların, kurumların başarı faktörlerini etkilediği bilinmektedir. Özellikle çalışanın, kendisinden talep edilmediği halde gönüllü olarak yerine getirdiği rol davranışları, bireyin iş ortamına sağladığı katkılardır ve çalışanlar bu tarz davranışları hem yöneticilerine olan güvenin hem de iş doyumunun sonucu olarak ortaya koymakta, bu durum ise hem hizmet kalitesinin artmasına hem de müşteri tatminine yol açmaktadır (Yoon ve Suh, 2003; 597-600). Ancak ilginç olan durum, mevcut hiçbir örgütsel davranış teorisinin direkt olarak hizmet karşılaşmasıyla ilgilenmemiş olmasıdır (Örs, 2007; 55). Motivasyon ve personel yönetimini içeren geleneksel yönetim modelleri de, ilişki kalitesi aracılığı ile müşteri tatminine ulaşma konusunda tam anlamı ile yeterli olamamaktadır (King ve Garey, 1997; 40). Pazarlama literatüründe özellikle dağıtım zinciri çerçevesinde

Üretici-satıcı veya satış elemanı ile müşteri arasındaki ilişki kalitesini ölçmeye yarayan birçok araştırma mevcuttur (Kumar vd. , 1995; Dorsch vd. , 1998).

1. 2. 7. HİZMET KALİTESİNİN BOYUTLARI

Hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesi ve müşterilerin hizmetin hangi unsurlarından tatmin olduğunu anlaşılabilmesi için hizmet kalitesi boyutlarının tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Bazı yazarlar hizmet kalite boyutlarını, personel düzeyinde, tesisler düzeyinde ve kullanılan malzemeler düzeyinde olmak üzere üç düzeyde ele alırken, Grnross, teknik kalite ve işlevsel kalite olmak üzere ikiye ayırarak incelemiş, Lehtinen, hizmet kalitesini süreç ve çıktı kalitesi olarak ele almış, Lehtinen ve Lehtinen ise hizmet kalitesini, fiziksel kalite, şirket kalitesi ve etkileşimci kalite olarak boyutlara ayırarak incelemişlerdir (Uyguç, 1998; 36-42). Ancak araştırmalar, müşterilerin hizmeti ve hizmet kalitesini değerlendirirken aşağıdaki on kriteri dikkate aldıklarını göstermektedir (Lovelock, 1991; 368). Bunlar;

1. Erişilebilirlik
2. İletişim
3. Yetenek
4. Nezaket
5. İnanılrlık
6. Güvenilirlik
7. Cevap Vericilik
8. Güvenlik
9. Somut kısımların hizmet kalitesini doğru yansıması
10. Müşteriyi anlamak

Erişilebilirlik; müşterinin, hizmete ihtiyacı olduğu en kısa zamanda ve ucuz olarak yararlanabilmesini, yetenek; işęrenin gereken mesleki bilgi, tecrübe ve yeteneğe sahip olarak hizmette bulunmasını, nezaket; işęrenin, müşteriye hizmet sunarken, gerekli sayęı ve kibarlık ölçüleri çerçevesinde muamelede bulunmasını, güvenilirlik; hizmetin tek seferde tam ve doğru olarak ifa edilmesini, iletişim; işęrenin müşteriye, alacağı hizmetle ilgili olarak, onun anlayacağı şekilde ve düzeyde bilgi vermesini, inanılrlık;

personelin kişilik özelliklerinden de etkilenen bir unsur olarak, personelin, kendisini müşteriye inandırmasını, içten davranışlarda bulunmasını, somut kısımların hizmet kalitesini doğru yansıtması; müşterinin gözünü boyayacak şekilde değil de, hizmetin görünen öğeleriyle, hizmetin kendisinin uyumlu olmasını, güvenlik; verilen hizmetten müşterinin herhangi bir şekilde tehlikeye maruz kalmamasını, müşteriye anlama ise müşteriye onore edici davranışlar göstermeyi ve ona empatik yaklaşabilmeyi ifade etmektedir.

Bu boyutların bilinmesi ve hizmetten yararlananların tatminsizliğinin nedenlerinin ortaya çıkarılması, ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmasını mümkün kılacaktır ve hizmetin etkinliğini arttıracaktır.

1. 2. 8. HİZMET KALİTESİ İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLAR

Hizmet kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar üç yaklaşım altında değerlendirilebilir. Bunlar (Uyguç, 1998; 53-55);

1. Nitelik yaklaşımı,
2. Müşteri tatmini yaklaşımı
3. Etkileşim yaklaşımı

1. 2. 8. 1. NİTELİK YAKLAŞIMI

Bu yaklaşıma göre, hizmet kalitesi örgüt içi değişkenlerle sağlanmaktadır. Örgüt dışı değişkenler, örneğin müşteri faktörü dikkate alınmamakta, kaliteye “hizmeti veren” açısından bakmaktadır. Üretim girdi ve süreçleri üzerinde tam bir kontrolün gerekli olduğu bu yaklaşımın standart veya rutin hizmetlere uygulanabilirliği yüksek olmakta, standartların geliştirilmesine hizmet edebilmekte ve ölçümü kolay olmaktadır.

1. 2. 8. 2. MÜŞTERİ TATMİNİ YAKLAŞIMI

Bu yaklaşımda ise müşteri merkezi bir konumda bulunmakta, üretim ve tüketim süreçlerinin ayrılmazlığını ve müşterinin üretime katılmasını hizmetin karakteristiği olarak gördüğünden, müşteriye temel değişken olarak ele almaktadır ve kaliteye “hizmeti

alan” açısından bakmaktadır. Hizmet kalitesinin nasıl geliştirileceği konusunda yönetime bir kuram önermediği gibi ölçümlenmesi de zordur.

1. 2. 8. 3. ETKİLEŞİM YAKLAŞIMI

Bu yaklaşıma göre hizmet karşılaşmalarında hizmeti veren ile müşteri arasında birbirleri ile etkileşimlerinden sağladıkları ortak yararlar çerçevesindeki “dinamik süreçte” hizmet kalitesi belirlenmektedir. Buna göre; müşterinin hizmet karşılaşmasındaki deneyimleri hizmet veren personelin deneyimleri ile karşılıklı ilişkilidir ve hizmette kaliteye ulaşılabilmesi için hem müşterinin hem de hizmet veren personelin karşılıklı gereksinmelerinin karşılanması gerekmektedir. Müşteri tatmini yaklaşımında gözard edilen, hizmet üretimi ile müşterinin kalite algılaması üzerinde önemli etkileri olan durumsal değişkenlerin ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1. 2. 9. HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hizmetlerin karakteristik özelliklerinden dolayı, bir çok değişken hizmet kalitesini etkilemekte aynı zamanda bu değişkenler hizmetten hizmete farklı etkiler yapmaktadır. Hizmetlerin üretim ve tüketimlerinin aynı anda olması, müşterinin yalnız hizmet tüketiminde değil, hizmet üretimine de katılması, hizmet üretiminin iletişim ağırlıklı olması ve yüzyüze ilişkilerin fazla olması bu duruma neden olarak gösterilebilir örneklerdir. “Hizmet kalitesini etkileyen değişkenler, etkileşim yaklaşımına göre “insan-insan etkileşimi”ne dayanan (örneğin, hasta-hekim; öğretmen-öğrenci; müşteri-banka memuru gibi) hizmetlerde incelenmekte” ve hizmet kalitesini etkileyen faktörler üç ana başlık altında toplanmaktadır (Uyguç, 1998; 60). Bunlar; müşteriyi etkileyen faktörler, hizmet veren personeli etkileyen faktörler ve hem müşteriyi hem de hizmet veren personeli etkileyen faktörlerdir.

1. 2. 9. 1. MÜŞTERİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Müşterinin kendisi, hizmet üretimi ve tüketimi esnasında sürece dahil olacağından müşterinin kişiliği, hizmet kalitesini etkileyecektir. Müşterinin eğitim seviyesi, deneyimleri, algılamaları, beklentileri, çekingen veya girişken bir kişi olup olmadığı, kendine olan güveni, kendisini rahat ifade edip edemediği, sosyal statüsü, hayat görüşü,

anlık ruh hali ve duyguları, sosyo ekonomik ve sosyo kültürel boyutu hizmet esnasında davranışlarına yansiyarak iletişime etki edecek ve hizmet kalitesini de etkileyecektir. Oliver (1997), Wong (2004), ve Grönroos (2001) duyguların rolünün, hizmet kalitesinin yönetiminde merkezi bir unsur olarak önem kazanmış olmasına rağmen literatürde bu konu ile ilgili henüz yeterince açıklanmış modeller bulunmadığını bildirmektedirler. Epstein, insan davranışlarının, doğru olmayan bir şekilde, “sebepler” tarafından güdüldüğünün düşünüldüğünü, oysa, duygusal değişkenler tarafından belirlenen, deneyim sisteminin otomatik bir şekilde davranışları nasıl yönlendirdiğini açıklamaktadır (Humphreys vd. , 2005; 122). Müşterilerin hem duygularının hem de fikirlerinin, algılamalarını etkileyeceği öne sürülmüş (Wong, 2004; 368), müşterilerin duygusal durumlarının, hem davranışlarına hem de hizmet veren personel ile olan ilişkilerine yansıdığı ortaya konulmuştur.

Fiziksel veya ussal olarak karmaşıklık içeren hizmetlerde, örneğin, büyük bir hastaneden hizmet alan bir müşterinin, tedavi olabilmek için birimler arasında koşuşturmak zorunda kalıp kalmaması veya özellikle yaşlı müşteriler için kullanılması zor olan teknik cihazlar gibi (örneğin bankaların ATM hizmeti) zihnen karmaşıklık içeren faaliyetler içerip içermemesi veya çok modern donanımlara sahip, kişiye güven veren teknolojiler kullanılıp kullanılmaması, hizmet aldığı kurumun fiziksel görünümü, düzenli ve temiz olup olmaması, müşterinin hizmet aldığı kurum haricinde aynı hizmeti veren diğer kurumların varlığı ve müşterinin bunlar arasındaki kıyaslamayı yapabilme olanağının olup olmadığı veya acil hastada olduğu gibi kıyaslama olanağını kullanabilme durumunun olup olmadığı gibi unsurlar özellikle algılanan hizmet kalitesini etkileyecektir.

Müşteri beklentileri de, hizmetin algılanan niteliğini etkileyecektir (Taylor ve Cronin, 1994; 40). Beklentiler, hizmetin algılanan niteliği ve müşterinin kişiliğinin etkileşimi sonucunda belirlendiğinden, müşterinin davranışlarını yönlendirebilecek, davranışlar ise iletişime yansiyarak, hizmet kalitesini etkileyecektir.

1. 2. 9. 2. HİZMET VEREN PERSONELİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Özellikle müşteri ile personelin karşı karşıya geldiği hizmet sektöründe, hizmet veren personelin kişiliği, motivasyonu, eğitimi, deneyimi, insan ilişkilerindeki becerileri, empati sahibi olup olmaması, duygusal zekası, duygusal durumu, pratik zekası ve hızlı çözüm üretebilme becerisi, farklı ve değişen şartlar karşısında gösterdiği davranış esnekliği, performansı, iş doyumunun olup olmaması hizmet kalitesini etkileyecektir. Bu yüzden özellikle hizmet işletmelerinin personel seçim aşamasında adayın teknik bilgi ve becerilerinin yanı sıra bu özelliklerinin de dikkate alınması, ayrıca mevcut personele bu konuda eğitimler verilmesi gerekmektedir. Çünkü, müşterinin hizmet esnasındaki hizmet veren personel ile gerçekleşmiş olan olumsuz deneyimleri, önceki iyi duygularını etkisizleştirecek ve olumsuz duyguların açığa çıkmasına neden olacaktır (Wong, 2004; 370).

Hizmeti veren personeli etkileyebilecek, dolayısıyla hizmet kalitesine etki edebilecek bir diğer faktör de örgütsel ve yönetsel faktörlerdir. Örneğin, örgütün değerleri ve kültürü ile hizmet veren personelin değerleri uyum içinde değilse, personel açısından bir içsel çatışmanın yaşanması ve bunun müşteriye ve hizmet kalitesine de yansısı kaçınılmazdır. Zeithaml vd., örgütteki kontrol süreçlerinin, iletişimin, rol belirsizliği ve rol çatışmasının hizmet veren personel üzerindeki etkilerinden bahsetmektedirler (Zeithaml vd. , 1988; 38-40). Örgütlerde rol belirsizliğinin, iletişim kopukluğundan ortaya çıktığı gibi, işe yeni girenler bu rol belirsizliğinin, eksik eğitim almış olmalarından kaynaklandığını düşünecekler, ilerleyen yıllarda ise sorumluluk sınırlarını tanımlayamadıklarını görerek iş doyumları düşecek bu durum ise hizmet veren personelin müşteri ile olan ilişkilerine yansıyacaktır. Rol sorunları, kişinin ruhsal dünyasında yaşansa da etkileri diğer bireylerle olan ilişkilerine de yansıyacağından, iletişimde anlaşmazlıkların çıkması ve bunun müşteriye yansısı kaçınılmaz olacaktır. Örgütsel iklim, yetki devrinin derecesi, yönetimin çalışanlara gösterdiği özen ve insani ilişkilerin kalitesi, personelin müşterilere karşı tutumunda etkili olacaktır.

1. 2. 9. 3. HEM MÜŞTERİYİ HEM DE HİZMET VEREN PERSONELİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yoğun kuyrukların oluştuğu, hizmet almak için beklemeyi gerektiren ve hizmet alımı süresinin kısıtlı olduğu, hizmet veren personelin zaman kısıtı nedeni ile müşteri ile yeterince ilgilenemediği, müşterinin hizmet veren personel ile etkileşiminin yetersiz ve eksik kaldığı, kalabalık ve gürültünün hakim olduğu bir sistem içerisinde, hem hizmet veren personel hem de müşteri açısından doyumsuzluklar ortaya çıkacak ve bu durum hizmet kalitesini de olumsuz etkileyecektir.

1. 3. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, son derece karmaşık yapısı, yüksek karşılıklı bağımlılık kalıpları, kullandığı teknoloji, çok sayıda ve değişik alanlarda uzmanlaşmış çalışanları ile kendisine has dinamiklerin hüküm sürdüğü hizmetler niteliğinde olup, ülkelerin sosyo-ekonomik bakımdan gelişmişlik düzeylerinin en önemli göstergelerindendir. Sağlık hizmetleri aynı zamanda, gerek birey bazında gerekse toplum bazında nitelik arttırıcı “insana yatırım” anlamına geldiğinden (Mazgit, 2006; 7), toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmak büyük önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmetlerini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak, toplumun gereksinim ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistemdir şeklinde tanımlamaktadır. Bir diğer tanıma göre sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı konularak tedavi etmek ve böylece kişinin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan toplumsal bir hizmettir (Dirican ve Bilgel, 1993; 51-52). Bu hizmetlerin, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak üç bölümde ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gereklidir.

Ülkemizde 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki” yasa, sağlık hizmetlerini, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruh kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlamıştır (Madde 2). Bu tanıma göre çağdaş sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri; eşitlikçi, katılımcı, öncelikli, sürekli, entegre, kademeli, ekibe dayalı, denetlenen, uygun ve nüfusa göre hizmet olarak sıralanabilir (Yenimahalleli, 1999; 3).

Sağlık hizmetleri, üretim sürecinde müşterilerin de yer aldığı, kişileri etkileyen, bireysel bazda verilen, insan yönelimli, ihtiyacın hangi sıklıkla ortaya çıkacağı belli olmayan, kalıcı, tersine çevrilme olanağı çok az veya hiç olmayan, hizmet alan kişide hem fiziksel hem de ussal değişme yaratabilecek, profesyonel insan gücü gerektiren, nitelikli işgücü tarafından kullanılan makinelerle sunulan, hizmet alan kişinin tüm yaşamını etkileyebilecek sonuçlar üretebilen, yüksek etkileşimli, fiziksel, ussal ve duygusal etkileşim gerektiren, etkileşimde hem güven sağlamanın, hem görev yapmanın hem de içsel mutluluğu sağlamanın esas olduğu hizmetler olduğundan, çok özel bir konumdadırlar.

Sağlık hizmetlerinde çok farklı işlevleri yerine getiren çalışanların bir ekip halinde proje bazında birlikte çalışmaları gerekmekte, sağlık hizmetleri ile ilgili işlevlerin birbirinden bağımsız yürütülmeleri de mümkün olamamaktadır. Hastanelerde sunulan hizmetlerin her birey için ayrı ayrı tasarlanmak zorunluluğu, hizmetin yönetimini karmaşıktırmakta; sağlık ve tıbbi bakım sisteminin çok çeşitli örgütleri kapsayan çoğulcu yapısı ve bu örgütlerin yönetimlerinin diğer uzmanlık alanlarında benzeri görülmeyen bir çeşitlilik gerektirmesi ve sağlık yöneticilerinin çok farklı özelliklere sahip sağlık profesyonelleri ile ekip çalışması içinde bulunması ve üretim sürecinin sorumluluğunu onlarla paylaşmak durumunda olması (Sarvan, 1995; 1-29), sağlık hizmetlerinin yönetimi işini daha da karmaşıktırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynaklar; hekim, hemşire, sağlık teknisyeni gibi sağlık meslek mensupları yani “sağlık profesyonelleri”, manyetik rezonans, röntgen, ultrasound, EKG gibi “tıbbi cihazlar”, ilaç, serum, aşı gibi “tıbbi malzemeler”, sağlık ocağı, hastane

gibi “sağlık binaları” şeklinde gruplandırılabilir. Bunların dışında diğer sektörlerden çok daha fazla önem taşıyan bir diğer kaynak ise “zaman”dır (Mazgit, 2006; 6). Sağlık hizmetlerinde “zaman” iki açıdan, diğer sektörlerden farklı olarak ele alınabilir. Bunlardan biri, özellikle acil hastalara derhal müdahale gerektirmesi “zaman” faktörünün hayati önemini belirlerken, talep açısından ise sürekli bir belirsizlik olduğundan atıl kapasite bulunmasının bu sektörde doğal karşılanması gerektiğidir.

Sağlık hizmetleri piyasası yapı ve işleyiş yönünden diğer mal ve hizmet piyasalarından büyük çapta farklılık göstermektedir. Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin (tüketici) kendi eğilimine ve ihtiyacına göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alma özgürlüğü sınırlıdır. Hizmeti sunan hekim ile hizmeti alan hasta arasında var olan bilgi asimetrisi (Donaldson ve Gerard 1994; 27) nedeni ile hasta, kendisi adına bir hekimin görüşüne başvurmak durumundadır. Hekim kendine göre bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın baş vurması gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirlemekte ve hasta, hekimin verdiği kararlara güvenmek durumunda kalmaktadır. Kişi pazarlık etme, erteleme veya ikame etme, iptal etme gibi özgürlüklere sahip olmadığı gibi, hastalar kurumdan çok kendisine hizmet veren çalışana bağlılık göstermektedir.

1. 3. 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinin çok dinamik ve kompleks bir yapıya sahip olması kalitenin başarılmasında büyük zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Mevcut imkanlarla, elde edilebilecek en fazla gelişmenin sağlanması (etkililik), en düşük maliyetle en fazla faydanın sağlanması (verimlilik), fayda ve maliyetler arasındaki en iyi dengenin sağlanması (optimallik), hasta ve yakınlarının beklentilerinin belirlenmesi, kolay ulaşılabilirliğin sağlanması, hizmet sunanların ilgisi, davranışları ve hastayı bilgilendirmesi (kabul edilebilirlik), değerler, normlar, ahlaki prensipler, hukuki düzenlemeler konusunda süreklilik kazandırılması (yasallık), toplumun tüm üyeleri arasında adil bir sağlık hizmeti verilmesi (eşitlik) Donabedian’ın sağlık hizmetlerinde kalite yaklaşımını yansıtmaktadır (www.sciencemag.org/cgi/reprint/200/4344/856pdf).

Kalite iyileştirmelerinin odak noktası müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır (Torres ve Guo, 2004; 334). Bazı yazarlar sağlık hizmetlerinde kalite ile hasta tatminini aynı anlamda kullanmışlar, bu iki terim arasında fark gözetmemişlerdir (Kleinsorge ve Koenig, 1991). Ancak hizmet kalitesi, uzun dönemli bir tutumu işaret ederken, hasta tatmini spesifik iş ölçümlerini ve hasta yargılarını da kapsayan kısa dönemli bir tutumu ifade etmektedir (Taylor ve Cronin, 1994; 36).

Kalite, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanabilir. Amerika Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesinin tanımına göre kalite; günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir (Erefe, 1994; 22). Üretilen sağlık hizmetinin sonuçlarının “hemen” alınabilmesi her zaman mümkün olamamakta, hastalar anında bir değerlendirme yapamamakta, aldıkları hizmetin sadece görünen kısımlarına bakarak kendilerince bir değerlemede bulunabilmektedirler. Alınan sonuçlarda veya hizmetin görünebilen kısmında yani kalitenin algılanan kısmında sorun çıktığında sağlık hizmetinin kalitesi gündeme gelmektedir.

Sağlık sektöründe kaliteli bir hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin göz önüne alınması gereken önemli bir nokta; bu sektörde kalitenin, farklı gruplarca farklı anlamlar taşımasıdır. Bu gruplar ise hastalar, hekimler ve yöneticilerden oluşmaktadır (Özgen, 1995; 51). Hekim açısından kalitenin anlamı bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve hastanın, mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesidir (Özgen, 1995; 51-52). Bunun anlamı kalitenin tanımlanmasında hekimin ilgi alanının teknik bakım boyutu olduğudur. Kısaca mevcut kaynaklar arasından etkin olanının seçimi ya da kaynakların etkili ve verimli kullanımı hekim için genellikle öncelik taşımamaktadır. Yönetim ise hizmet üretimini hasta gereksinimini karşılayabilecek en az girdi kullanımı yoluyla gerçekleştirmek isteyecektir. Hekim ile yönetim arasında sağlık hizmet kalitesi açısından ortaya çıkabilecek bu tarz bir algılama farklılığı hasta açısından tatminsizlik yaratabilecektir.

Birçok mal ve hizmet için tüketicinin kalite ve hizmetin uygunluğu konusunda bir fikri varken, sağlık hizmetlerinde tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi vardır (Donaldson ve Gerard 1994; 27). Hastalar sağlık hizmetlerinin kalitesini aşağıdaki unsurları göz önünde tutarak değerlendirmektedirler (Çakırer, 2006; 3);

- Hastane çalışanlarının hastalara karşı kibar ve saygılı davranıp davranmaması,
- Hastaların çalışanlara güven duyması,
- İhtiyaçlarının zamanında giderilip giderilmediği,
- Kullanılan cihaz ve teçhizatın modern olup olmaması,
- Yemeklerin kaliteli ve yeterli olup olmadığı,
- Fiziki mekanın temiz olup olmadığı,
- Bekleme odalarında yeterli oturma yerlerinin olup olmadığı,
- Gürültü ve kalabalık gibi rahatsız edici unsurların olup olmadığıdır.

Kalite genellikle müşteri tarafından belirlenen bir kavram olarak kabul edildiğine göre, sağlık hizmetlerinde farklı müşteri gruplarını (iç müşteri, dış müşteri) tanımladıktan sonra bunların her birinin ihtiyaçlarını, kalite beklentilerini ve kriterlerini anlamak, gerek süreç iyileştirme gerekse kaynak dağılımı kararlarının müşterilerin önceliklerine göre verilebilmesi açısından çok önemlidir. Kaliteyi etkileyen en önemli üç öge; “donanım” (teknoloji, araç, gereç, malzeme vb.), “yöntem” (politikalar, ilkeler, kurallar, iş talimatları vb.) ve “insandır” (Kavrakoğlu, 1996; 21). Sağlık kuruluşları ve hastanelerde kalite kavramı bir sistem yaklaşımı (yapı-süreç-çıktı) içinde ele alınmalıdır (Sarvan ve Berk, 1995; 27). Buna göre; sağlık hizmetlerinde alt yapıyı oluşturan yapısal unsurlar; fiziksel yapı ve olanaklar, donanım, yönetim yapısı ve karar alma mekanizmaları, personel organizasyonu, finansal kaynaklar ve coğrafi unsurları kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki süreç ise tıbbi ve diğer hizmetlerin sunumu, hizmetin kontrolü ve değerlendirilmesidir. Sistemin çıktısı ise verilen hizmetin hastalarda ve toplumun sağlık düzeyindeki etkileridir. Süreçte sürekli bir iyileştirme ile birlikte, iyi bir yapının eşlik edeceği bir sistemde çıktının kalitesi de yüksek olacaktır. Sağlık hizmetlerindeki tüm işlevler karşılıklı ilişkilere dayanan bir sistem içerisinde çalıştığından, sadece bir kişi /birim veya bölümün iyileştirilmesi, verilen sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesini sağlamayacaktır. Bir örgütün (sistemin) ne kadar iyi çalıştığı her bir parçanın (alt sistem)

kendi görevini ne kadar iyi yaptığına, her bir alt sistemin ne kadar kaliteli çıktı ürettiğine ve bu alt sistemler arasındaki karşılıklı bağımlılıkları çerçevesinde görevlerini ne derece iyi başardığına bağlıdır. Parçalar arasındaki karşılıklı ilişkilerin geliştirilmemesi, her bir alt sistemin istenen çıktıyı üretmemesi, sadece tek bir alt sistemin iyi işleyip diğerlerinin aksaması, sistemde herhangi bir iyileşmeyi de sağlamayacaktır. Sağlık hizmetlerinin yoğun işgücü gerektirmesi, çalışanların farklı farklı eğitimlerden gelmesi, bazen bu farklılıklardan kaynaklanan kalite problemlerinin yaşanmasına da neden olacaktır.

Müşteri tatmini “özel davranış”, hizmet kalitesi ise “küresel davranış” ı ifade etmektedir (Bitner vd. , 1990; 72). Taylor ve Cronin, sağlık hizmetleri tüketicilerinin, hizmet kalitesi ve müşteri tatmini arasındaki farkı algılamadıklarını, her ikisini de aynı şeylermiş gibi algıladıklarını, ancak, hizmet kalitesi, müşteri tatmini ve çalışanın iş doyumunun, karşılıklı ilişki içinde olduklarını belirtmektedirler (Taylor ve Cronin, 1994; 42). Bu nedenle, bir işletmenin ürün/hizmet kalitesinin, o işletmenin yönetim kalitesi olduğu unutulmamalıdır.

1. 3. 2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEP

Sağlık hizmetlerine olan talep ve sağlık hizmetlerinin arzı diğer hizmetlerin arz ve talebinden farklı özellikler içermektedir.

1. 3. 2. 1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

Sağlık hizmeti talebinin ekonomideki diğer mal ve hizmetlere olan talepten çok farklı özellikler taşıması son 20-30 yılda hemen bütün ülkelerde sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payının artmasına neden olmuştur (Mazgit, 2006; 3). Bilgi toplumunun getirdiği yapılanma, uzmanlık gerektiren alanlarda dahi bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmakta, bu durum ise kişilerin sağlık hizmetleri talebini arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin temel özellikleri şöyle sıralanabilir (Tokgöz, 1979; 4-6);

- A) Sağlık Hizmetlerine Olan Talep Düzensizdir. Diğer zorunlu ihtiyaçlara cevap veren malların talebindeki süreklilik söz konusu değildir. Koruyucu hekimlik hizmetleri dışında kişi ancak hasta olduğunda hizmet talep etmektedir. İnsanların ne zaman, hangi düzeyde hastalanacağını önceden kestirme olanağı yoktur. Bu

- nedenle tedavi hizmetlerini nicel ve nitel yönden önceden planlama olanağı kısıtlıdır.
- B) Sağlık Hizmetleri İkame Edilemez. Kişi bir hekimin hizmeti yerine avukatın hizmetini ikame edemez. Diğer mal ve hizmetler piyasasında tüketici o mal ve ya hizmeti tanımlayan ön bilgilere sahiptir. Oysa sağlık hizmetleri alanında konunun karmaşıklığı nedeniyle kişinin bilgi sahibi olması ve seçenekleri araştırması çok zordur, kısıtlıdır ve zaman almaktadır.
- C) Sağlık Kesiminde Talep Gelirin Fonksiyonudur. Talebin gelir esnekliği yüksektir. Ancak Yeşil Kart gibi uygulamalar bu kuralın dışındadır. Diğer önemli bir nokta, yüksek gelir sahibi kişilerin bazı hastalıklara yakalanma olasılıklarının düşük veya bazı hastalıklardan kurtulma olanaklarının ise bugün hala sınırlı olmasıdır.
- D) Sağlık Hizmetleri Talebi “Bağımlı” ve “Bağlı”dır. Tüketici (hasta) hizmet talep ettiği hekim veya hastaneye bağlanarak istenilenleri yerine getirmek durumundadır. Bu bağımlılık sonucu hastanın hekimlik hizmetlerine bağlı olarak laboratuvar hizmetleri, sağlık personeli hizmetleri ve ilaç talep etmesi gerekli olabilmektedir. Hasta ile hekim arasında kurulacak sürekli ve iyi ilişkiler bağımlılık ve bağlılık noktasında, hizmetten maksimum yararı sağlamak açısından özellikle önemli olmaktadır.
- E) Sağlık Tesisi Kurulduğu Yerde Talep Yaratmaktadır. Tüketicinin oturduğu yer ile sağlık tesisinin bulunduğu yer arasındaki uzaklık büyüdükçe talep düşmektedir. Hastane hizmetleri arzının bu hizmetlere olan talebi belirleyen etkenlerden biri olduğu söylenebilir.
- F) Sağlık Hizmetleri Talebinin Fiyat Esnekliği Düşüktür veya Yoktur. Fiyat değişimleri karşısında tüketicinin talep ettiği hizmet miktarında değişiklik yapma olanağı son derece sınırlıdır. Fiyat yükseldiğinde daha az, fiyat düştüğünde daha çok hizmet talep edilmesi söz konusu değildir.

Toplam sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesinde, genellikle ya “hasta sayısı” ya da “hasta-gün” sayısı kullanılmaktadır. Uygulamada her ikisinin de birlikte kullanılması zorunlu olmaktadır. Bir hastaneden hizmet talebinde bulunacakların sayısını; hastanenin hizmet sunduğu bölgenin genişliğine, bölgenin nüfus yoğunluğu ve nüfus artış oranına,

nüfusun yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre dağılımına, bölgenin temel ekonomik faaliyeti ve gelir düzeyine, uygulanan ücret tarifesinin özelliğine göre açıklamak mümkündür.

1. 3. 2. 2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Sağlık hizmetleri kişiye yönelik olmakla beraber, kamu hizmetleri içinde yer almaktadır. Bu yönüyle sağlık hizmetlerinin arzı diğer mal ve hizmetlerin arzından farklı özellikler taşımaktadır. Buna göre (Tokgöz, 1979; 7-8) ;

- A) Sağlık Hizmetleri Arzını Birinci Derecede Belirleyen Hekim Sayısıdır. İstatistikler, bir ülkenin sahip olduğu hekimlerin sayısı ile o ülkenin sağlığını arasında işlevsel ilişki olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, bir bölgede veya ülkede hekim sayısı arttıkça, ortalama yaşam süresi uzamaktadır.
- B) Sağlık Hizmetleri Arzını Oluşturan Ögeler Birbirini Tamamlayıcı Özellik Gösterirler. Sağlık kesiminde üst düzeyde hizmet üretmek kendi alanlarında uzmanlaşmış kişilerin bir araya gelmesiyle, ekip çalışmasıyla mümkün olmaktadır. Bir ameliyat hizmeti sunan cerrahın ameliyat sırasında ve sonrasında yardımcı personele ihtiyacı vardır. Başarılı bir operasyondan sonra yeteneksiz bir bakım personeli verilen hizmetteki tüm çabaları boşa çıkarabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan her üretim biriminde görev alanların kişisel bilgi ve becerileri yanında, belli bir yönetim düzeni ve ayrıca tam bir bütünleşme içinde olmaları gerekmektedir.
- C) Sağlık Hizmetleri Üretiminde Sürekli Değişen İleri Teknoloji Egemendir. Geleneksel olarak, emek-yoğun bir sektör olan sağlık sektörü, günümüzde ileri teknolojinin gereklerini yerine getirebilmek için sermaye yoğun bir nitelik kazanmıştır. Bunun sonucu olarak bazı sağlık hizmetlerinde kalitenin hızla yükselmesi ve bazı temel mal ve hizmetlerin üretim maliyetlerinin düşmesi beklenen bir durumdur.
- D) Sağlık Hizmetleri Üretici Piyasasına Giriş Zordur. Hekimlik, diş hekimliği, hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu gibi meslekleri yürütmek izne bağlanarak kamu denetimine alınmıştır. Bu mesleklere girmek için belli bir öğrenim görmek

ve başarılı olmak zorunluluğu vardır. Ayrıca büyük sermaye gerektiren yatırımlara ihtiyaç olduğundan, arzın istendiğinde yeterince arttırılması zordur. Sağlık hizmetlerinde nitelikli işgücü talebi çok yüksektir. Hizmetin kalitesini, birinci derecede, uzman işgücü sayısı ve dağılımı belirlemektedir.

- E) Sağlık Kesimindeki Arz Yetersizliği Toplumsal Sorunlara Yol Açar. Kamu, düşük gelir sahibi kişilere hizmet sunmak için doğrudan piyasaya girer. Büyük kentler dışına çıkmayan özel girişimin yerine, kamu ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürmeyi toplumun çıkarları açısından görev saymakta ve maliyetin çok altında hizmet vermektedir. Buna rağmen sağlık hizmetleri arzı hemen her ülkede yetersiz görünmektedir. Batı Avrupa ülkelerini kapsayan bir araştırmaya göre, gelir düzeyinin ülke ortalamasının altına düştüğü bölgelerde, sağlık hizmetleri düzeyi de ortalamanın altına düşmektedir.

1. 3. 3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU VE ÖZEL SEKTÖR AYRIMI

Kamu Hizmeti “sosyal hizmet” anlayışı ile kurulmuş, kolektif ihtiyaçların karşılanması, kamu yararının sağlanması için devamlı ve düzenli faaliyetleri kapsayan ve temel amacı “kar” elde etmek olmayan, devlet veya diğer kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim ve denetimleri altında kurulmuş teşebbüslerdir (Kavruk, 1993; 139-161). Özel sektör ise “hür teşebbüs” anlamında kullanılmakta olup, sermayenin tedarikinin ve kullanımının hür bir şekilde yönetilmesi ve denetlenmesi anlaşılmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından verilmektedir. Kamu sektöründe sağlık hizmeti veren en belli başlı kurumlar; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (19 Şubat 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığına devredilmiştir) ve Üniversite hastaneleridir. Bunun dışında küçük çaplı olarak, Belediyelere, Türk Silahlı Kuvvetlerine, Milli Eğitim Bakanlığına ve Kamu İktisadi Teşekküllerine ait hastaneler bulunmakla beraber kapasite bakımından çok sınırlı imkanlara sahiptirler.

Türkiye’deki hastanelerin %24 ü özel sektöre ait olmakla birlikte yatak kapasitesi bakımından özel hastaneler, toplam yatağın %8 ine sahip bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin büyük bölümü (%71) kamu hastaneleri tarafından sağlanmakta, kar

amacı gütmeyen hastane oranı %78, özel hastane sayısı ise 300 civarında bulunmaktadır¹.

Özel hastaneler, gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olan, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğerk tedavi hizmeti veren ve en az on yatak kapasitesine sahip tedavi kuruluşlarıdır (Demirdöğen, 2005; 58). Son yıllarda özel hastane işletmeciliğine olan talebin artışında, devletin özel sektörden daha fazla sağlık hizmeti satın almasının payı büyüktür. Özel hastaneler ve özel sağlık merkezleri ile anlaşma yapan Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur, hastalarının muayene dahil pek çok sağlık hizmetini özel sektörden almasına imkan tanımıştır. Devlet hastanelerindeki hasta yığılmalarının önüne geçebilmek, kuyrukları azaltabilmek ve daha fazla sayıda insana daha kolaylıkla ulaşabilecekleri hizmeti sağlamak, daha fazla hasta tatmini yaratmak amaçlanarak yapılmış bu uygulama ile ve devletin özel sektöre verdiği teşvik kredileri ile, sağlık sektörüne uzak duran pek çok büyük holding de hem sağlık sektöründe hem de sağlık turizminde dev yatırımlara girişmeye başlamıştır. Ancak bu durum devletin sağlığa ayırdığı pay ile sınırlı kalmayacak ise, teşhis ve tedavi masraflarında çok büyük israflara yol açacağı beklentisini de beraberinde getirmektedir.

Sağlık alanında faaliyet gösteren özel şirketler, başka herhangi bir alanda faaliyet gösteren şirketlerden farklı olarak çok sınırlayıcı kurallara uymak zorundadırlar. Bu durum, konunun doğrudan “insan sağlığı” ile ilgili olmasından kaynaklanmakta, rneğin, Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları arasında fark gözetilmeksizin “reklam”, “müşteri yaratma” ve “sağlık alanında ticari görünümü” yasaklamaya yönelik bazı sınırlamalar söz konusu olmaktadır. Bireysel hekimlikte “meslektaşlar arası”, sağlık kuruluşlarında “alışanlar arası”, özel hastanelerde “diğerk hastaneler aleyhine” haksız rekabet yaratan davranışlardan sakınılması söz konusu edilmektedir. Burada yapılmaması gereken tanıtımların “müşteri yaratmaya yönelik” daha da ötesi “insanlarda fobi yaratmaya yönelik” olmaması gerektiğidir. Ancak uygulamalarda “kampanya” şeklinde check-up yapılacağı gibi yasal olmayan, veya bazı kredi kartı hamillerine “indirim” yapılacağının ilan edilmesi gibi yaklaşımlar yürürlükteki sağlık mevzuatına aykırı bulunmasına rağmen uygulanmaktadır. Diğerk hizmetlerden farklı olarak sağlık hizmetlerinde esas olan, insan

* Bkz. Sağlik.gov.tr ,Sağlık Bakanlığı İstatistikleri

sağlığının, üzerinde rekabet edilebilir bir ticari meta haline dönüştürülmesinin engellenmesi ve bu yolla kamu sağlığının korunmasıdır.

Kamu Yönetimi ve Özel Sektör Yönetimi arasındaki farklar, verilen sağlık hizmetlerinin de farklılaşmasına neden olabilmektedir. Burada, konu ile ilgili olanlarına kısaca değinmek gerekirse;

- Kamu hizmetlerinde “sosyal fayda”, özel sektörde ise “kar” amacına yönelik olarak hizmet sunumu söz konusudur.
- Kamu yönetimi, siyasal iradeye uygun olmak durumundadır. Karar ve eylemlerinde özel sektördeki işletmeler kadar özgür değildir. Özel sektörün günün şartlarına uygun davranma, çabuk karar verme gibi avantajlarına karşın, kamuda işler daha hantal olarak işlemekte ve sistemden fayda sağlayanlar için bir tatminsizlik kaynağı söz konusu olabilmektedir.
- Kamu hizmetleri “devamlı” “sürekli”dir ve müşteriye göre farklılık arzetmemekte, müşteriye göre fiyatlandırılmamakta, hizmete ilişkin fiyatı ödeyemeyenler bu hizmetten mahrum edilmemektedir. Dolayısıyla, kamu sağlık hizmetlerinde, eşit ve adil bir hizmet sunumu daha fazla öncelikli bir konudur. Özel sektörde ise fiyatı ödeyemeyenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanması mümkün değildir.
- Siyasi iktidarların sık değişimi ile bağlantılı olarak sık değişen politikalar, özel sektörde söz konusu olmamakta, özel sektördeki politikalar daha az değişkenlik göstermektedir.
- Kamu ve özel kişiler arasındaki ilişkilerde çoğu kere eşitlik yoktur, kamu gücü baskındır (Eryılmaz, 1999; 34-39). Özel sektörde ise ilişkiler eşitlik esasına göre düzenlenir. Kamu yönetimi kendini toplumun üzerinde gördüğünde halktan uzaklaşma eğilimine girer, ki, bu durum ise kamudan sağlık hizmeti alanlar için bir tatminsizlik kaynağı olarak ortaya çıkabilmektedir.
- Kamu Sektöründe kuralların çok fazla ve yoğun olması; örneğin kamu kurumlarının mal ve hizmet satın almaları çok sayıda yasal düzenlemenin konusunu oluşturduğundan, bu durum, sağlık hizmeti alanların tatminlerini olumsuz etkilemektedir. Özel sektördeki yasal düzenlemeler genel nitelikte ve fazla ayrıntılı olmadıklarından müşteri istek ve ihtiyaçlarına kendilerini daha çabuk adapte edebilmelerine ve daha kolaylıkla müşteri tatmini yaratılmasına olanak sağlamaktadır.

- Özel sektörün ayakta kalabilmesi müşteri ihtiyaç isteklerini karşılayabilmesine, müşteri tatmini yaratabilmesine bağlıdır.
- Kamu hizmetlerinde fiyat “siyasi fiyattır”, özel sektörde ise fiyatlar “piyasa fiyatını” temsil etmektedir.
- Kamu hizmetlerinin halkın çıkarına uygun olması gerekmekte iken, özel sektör başkalarının değerlerine özen gösterip göstermemekte tamamı ile serbesttir. Bununla beraber özel sektör daha fazla kar edebilmek için kamuda olumlu bir imaj bırakmak istemektedir (Eryılmaz, 1999; 34-39).
- Kamu hizmetlerinde verimlilik en çok dikkat edilen hususların başında yer almamakta özel sektörde ise verimlilik ve etkinlik başarı için en önemli kriteri teşkil etmektedir.
- Özel sektörde başarı ya da başarısızlık son derece önemlidir. Kamu yöneticisinin mülkiyet hakları bulunmadığından yani kar ya da zarar her durumda, devlete fatura edileceğinden, başarı veya başarısızlık da kamuya ait olmaktadır. Dolayısı ile kamu sektörünün etkin çalışma ihtiyacı özel sektöre kıyasla eksik kalmaktadır.
- Özel sektör kuruluşları “sosyal maliyet” sorunu ile pek ilgilenmek istememekte, bunu daha çok ek bir yük olarak görme eğilimindedirler. Örneğin, röntgen ışınlarının zararlı etkilerinden çevredekilerin korunması amacıyla röntgen odalarının kurşun kaplanması, kamu yönetiminin yaptırım gücü ile olabilmektedir. Özel sektörün, başkalarını da düşünmek gibi bir hata işlemesi sonucunda veya kendi çıkarını gereği gibi koruyamadığı durumlarda ayakta kalmasının söz konusu olamayacağı yönünde hatırlatmalar ve eleştiriler de mevcuttur (Savaş, 1978; 52).

Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektör ayrımı, kamu hastanelerinin de başlıca sorunlarını ele almayı gerektirmektedir. Bunlardan başlıcaları ise şöyle özetlenebilir (Özsarı, 2006; 2);

- Hastane hizmetlerinin planlanması ve kaynak yönetimi, merkezi otoritenin yetkisi ve sorumluluğunda olmakta, tüm hastaneler için tek tip organizasyon ve finans yapısı bulunmakta ve tek bir merkezden, Ankara’dan yönetilmektedir. Organizasyon yapısı bakımından en üst yönetici başhekimler olup, hem yöneticilik hem de klinik görevlerini sürdürmeye çalışmakta ve hastaneler profesyonel olmayan yöneticiler tarafından idare edilmeye çalışılmaktadır .

- Kamu hastanelerinin finansman kaynağı; genel bütçe, döner sermaye ve varsa vakıf veya derneklerden elde edilen gelirlerden karşılanmakta, Maliye Bakanlığının personeli olan döner sermaye saymanları, Döner Sermaye işlemlerinin yürütülmesinden sorumlu olmakta, farklı gelir grupları için farklı muhasebe kayıtları tutulup bütçeler hazırlanmakta ve kontrolleri de farklı organizasyonlar tarafından yapıldığından, hizmet birim fiyatları merkezi olarak belirlenmekte olup, maliyet muhasebesi esasına dayanmamakta ve gerçek maliyetleri de yansıtmamakta, bu durum ise kamuya ait hastanelerin etkin bir şekilde yönetilmesinin önünde bir engel teşkil etmektedir.

- Sağlık politikasında olduğu gibi, hastanecilik hizmetlerinde de çok sayıda kurum ve kuruluş tarafından hem politika belirlenmekte hem finanse edilmekte hem de hizmet sunulmakta, aşırı merkeziyetçilik ve çok başlılık bir kaos ortamı oluşturmaktadır. Örneğin; Sağlık Bakanlığımız, eğitim veren okullara, Milli Eğitim Bakanlığımız da sağlık hizmeti veren hastaneye sahip görünmektedir.

- Birinci basamak hizmete önem verilmediğinden, sağlık hizmetleri hastane ağırlıklı olmakta, sevk zinciri de bulunmadığı için; bademcik iltihabı olan hasta ile, çene kemiği kanseri olan hasta aynı üniversite hastanesinin aynı polikliniğinde sıra beklemek zorunda kalmaktadırlar. Sağlık Bakanlığının görüşü, sağlık sorunlarının %90 ının ilk kademedeki sağlık merkezlerinde çözümleneceği yönündedir. Yapılan araştırmada, hastaların % 59.9 unun daha alt basamaklarda sağlık merkezlerinde (sağlık ocaklarında) iyileştirilebileceklerine rağmen, direkt olarak II. basamaktaki sağlık merkezlerine yönlendikleri ortaya konulmuştur (Ay, 1994; 419). Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Temel Esaslar bölümü 3. Maddesi d bendinde ise “Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir” denmektedir (www.turkhemşirelerderneği.org.tr). Sevk zincirinin etkin bir şekilde işlememesi, hastanelerdeki hasta yığılmalarının, dolayısıyla hekim ve hasta tatminsizliğinin oluşmasında büyük rol oynamaktadır.

- Sağlık insangücünün ülke çapında dengesiz dağılımı, hatta aynı kurumun veya hizmet biriminin bünyesinde dahi yanlış bir şekilde istihdam edilmesi, hizmet sunumunda çok başlılıklar, standartların yokluğu, etkili bir enformasyon sisteminin olmaması, kapasite ve yer seçimindeki yanlışlıklar, döner sermaye işletmeleri yönetiminin verimsizliği, bir taraftan kuyruklarda bekleyen veya ameliyat olmak için yatak bekleyen hastalar diğer

tarafından yataklı tesislerin atıl kalması, nüfusun tamamını kapsayacak bir sağlık sigortası sistemine geçilememiş olması, sağlık hizmetlerinde modern işletmeciliğin gereği olan etkin ve verimli bir örgütlenmenin gerçekleştirilememiş olduğunu göstermektedir.

- Kamu hastanelerinde kaynakların verimsiz kullanımına örnek olarak gösterilen bir diğer olgu ise, kapasite kullanım oranlarının düşüklüğü ve bu oranın Türkiye’de %60 lar civarında olmasıdır. Bu oran, arzulanan etkinlik düzeyinin çok altında olduğuna dair eleştiriler mevcutsa da, sağlık hizmetlerinin talebindeki düzensizliklerin ve kamu hizmetlerinin icabı gereği olarak pek çok beklenmedik afetlerin de göz önünde bulundurulması işlevinin kamuya ait olmasından dolayı, kamu hastanelerinde atıl kapasite bulunmasına yönelik olarak getirilen bu eleştiriler pek makul görünmemektedir.

- İşgücü yetersizliği ve eskimiş ya da düzgün çalışmayan ekipmanlar nedeniyle sıralanmış olan sorunlar da (Dünya Bankası, 2003), devletin bütçeden sağlığa ayırdığı “önem” ile yakından ilişkilidir. Türk sağlık sistemi en fazla finans, kaynakların etkin ve verimli kullanılamaması ile dağıtım konularında sıkıntılar yaşamakta; 2000-2004 yılları ortalaması itibarıyla Sağlık Bakanlığına bütçeden ayrılan pay % 2.58 civarında olup, bunun %90 lık kısmı ise personel giderlerine ayrılmakta, personel maaşları ise gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında oldukça düşük seviyede kalmakla beraber en büyük gider kalemini oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 2004). Dünya Sağlık Örgütü’nün, Ulusal bütçeden sağlığa ayrılmasını önerdiği oran ise %5 ila %7 dolayında bulunmaktadır.

2. BÖLÜM

İŞ VE İŞ DOYUMU, İŞ DOYUMUNU AÇIKLAYAN TEORİLER, İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER, İŞ DOYUMSUZLUĞUNUN SONUÇLARI

2. 1. İŞ KAVRAMI VE BİREY İÇİN ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Yıllar boyunca, iş yapmanın, çalışmanın, ekonomik ve toplumsal işlevleri üzerinde durulmuş, iş ve işyerinin, aynı zamanda sosyo-psişik ihtiyaçlara cevap veren, kişiliğin gelişmesine katkı sağlayan bir merkez hüviyetinde olduğu unutulmuştur. Freud, “insan ile realite arasındaki en kuvvetli bağın iş olduğunu” belirtmekte, Mayo ve arkadaşları ise insanların kendilerini sosyal bir bütün olarak görüp, kimliklerini, ancak işlerinde kazanabildiklerini ileri sürmektedir. Diderot, insanoğlunun, yaptığı iş ve verdiği emek sayesinde kendisiyle barışık hale geldiğini, Voltaire ise yaşamı katlanılır kılmamanın tek yolunun çalışmak olduğunu vurgulamıştır (Sennett, 2002; 10, 35). Bireyin çalışma amacını 3 temel yaklaşıma dayandırmak mümkündür. Bunlar (Baysal, 1992; 8) ;

1. Araçsallık Yaklaşımı
2. Sosyal Olgu Yaklaşımı
3. Kendini Gerçekleştirme Yaklaşımı

Araçsallık Yaklaşımına göre, birey, çalışmayı, kendisi için fayda elde edeceği, özellikle ücret, maaş vb. dışsal ödül olarak görür. Bireyin örgüte yaptığı katkılara karşılık olarak, hem maddi hem de sosyal açıdan takdir edilmesini ifade eden ödül, bireylerin çoğunluğu tarafından çalışmanın anlamını ifade etmektedir. Çünkü birey, çalışarak birtakım gereksinimlerini karşılayacaktır. Sosyal Olgu Yaklaşımına göre ise, çalışmak, birey açısından, sosyal kabul gören bir davranıştır ve sosyal kontrat özelliği taşımaktadır. Kendini Gerçekleştirme Yaklaşımına göre, çalışmanın, bireyin tüm beceri ve ilgilerini kullanabilmesine olanak tanınması, diğer bir ifade ile içsel ödül görevi görmesi anlatılmak istenmektedir. Bu maddeler Maslow’un motivasyon kuramında yer alan “ihtiyaçlar hiyerarşisi” ile de paralellik arz etmekte, yani bireyler için yaşamlarını devam ettirebilmek, maddi (ekonomik) ve manevi (sosyal) gereksinimlerini elde edebilmeyi

ifade etmektedir. Dolayısıyla bireylerin çalışma amaçları temelde maddi ve manevi gereksinimlerine cevap bulmaktır şeklinde ifade edilebilir.

Jevons'a göre insanların çalışma isteğini açıklayan iki temel unsur "katlanılan maliyet" ve "elde edilen fayda"dır. Katlanılan maliyet acının, fayda ise zevkin temsilcisi olduğundan emek, "gelecekte bir gelir elde etmek amacıyla düşüncenin veya vücudun kısmen veya tamamen katlandığı acı veren bir eylem" olarak ele alınmakta ve çalışmanın faydası üretim miktarı ile karşılaştırıldığında sürekli azalan bir seyir izlerken emeğin zahmeti ise ters "U" biçiminde ilerlemekte ve çalışmanın acısının faydaya eşit olduğu noktada ise kişi çalışmaya son vermektedir (www.ceterisparibus.net). Bireyleri motive eden faktörler birbirinden farklı olabildiği gibi, her bir işgörenin iş ortamına karşı tutumunu belirleyen faktörler de farklı olacaktır (Erdoğan, 1994; 376).

Çalışma yerinin bir sosyal kurum olması hem sosyalleşme açısından hem de bireyin yaptıklarının başkaları ile kıyaslanması ve değerinin takdir edilmesi açısından önemlidir. Kısaca özetlemek gerekirse (Keser, 2004, 2);

- Çalışma yaşamı, insanın belirli bir düzen içinde yaşama ihtiyacına cevap vermekte ve zamanın periyodik olarak algılanmasını sağlamaktadır,
- İş, sağladığı gelir ile iş dışı yaşamın maddi temelini oluşturmakta, özel yaşamın şekli ve boş zamanları şekillendirme biçiminin de önemli bir belirleyicisi olmaktadır; bu bağlamda yapılan işin içeriği ve mesleki sosyalleşme olgusu büyük önem taşımaktadır.
- İnsanın bir aidiyet ve kimlik duygusu oluşturmada işin rolü çok büyüktür. Bir işin yapılabilmesi için gerekli bilgi, beceri ve yeteneklere sahip olma deneyimi, bireysel kimliğin gelişmesi için çok önemli bir zemin oluşturmaktadır.
- İş, insanın kendisine saygısının, toplum için yararlı bir şeyler gerçekleştirme duygusunun önemli bir kaynağı durumundadır.
- İş, çalışan insana ve onun ailesine bir sosyal statü sağlamaktadır.
- İşyeri başka insanlarla tanışılan, yeni arkadaşlıkların ve sosyal iletişimin kurulduğu bir mekandır; bu özelliğiyle işbirliği kurma, dayanışma, paylaşma gibi sosyal yeteneklerin gelişmesine aracılık etmektedir.

2. 2. İŞ DOYUMU İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

İş ve iş doyumu insan ihtiyaç ve istekleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle ihtiyaç ve istek kavramları açıklanarak, iş doyumunun önemine değinmek gerekmektedir.

2. 2. 1. İHTİYAÇ VE İSTEK KAVRAMLARI

Gereksinimler, insanın temel ihtiyaçlarından doğmakta, başkaları tarafından yaratılmamakta ve ihtiyaçların insan davranışları ve çalışanlar üzerindeki etkileri farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır. İhtiyaçlar; kişilerarası ilişkiler, akademik başarı, yaşam stili tercihi, iş performansı, bireylerin amaçları, görevin güçlüğü, örgüt iklimi ve roller karşısındaki tepkileri üzerinde etkilidirler (Heckert vd. , 1999; 122). İstekler ise kişinin içinde yaşadığı kültür, coğrafya, sosyo ekonomik pozisyonundan ve kişilik özelliklerinden şekillenerek ortaya çıkmaktadır. İstekler bir ihtiyacı karşılayacak objeler biçiminde tanımlanmakta (Kotler, 1997; 9), bireyin tatmin sağlayacağını hissettiği şeylere ve koşullara karşı bilinçli arzularını oluşturmaktadır. İhtiyaçlar, belirli sayıda ve sabitken, istekler sonsuzdur ve çevreden etkilenirler. Odabaşı ise ihtiyacın kişiyi harekete geçiren temel bir güç olduğunu, isteğin ise tatmin edilmeyen ihtiyaçların var olması durumunda ortaya çıktığını ve ihtiyacın nasıl tatmin edileceğini belirlediğini vurgulamaktadır (Odabaşı, 1996; 47). Ancak kişi bir ihtiyacı hakkında herhangi bir eksiklik hissetmiyorsa, veya bu eksikliğin farkında değilse, ihtiyaç da söz konusu olmayacaktır.

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde en temel ihtiyaçlar olarak kişinin yaşamını devam ettirebilmesi için gerekli olan, yeme, içme, barınma, giyinme gibi ihtiyaçlarıdır. İkincil yada sosyal ihtiyaçlar ise kişinin sosyal çevresi ile ilişkilerinden doğan sevmek, sevilme, statü, prestij, takdir edilmek, tanınmak, kendini gerçekleştirmek gibi ihtiyaçlardır. İnsanların temel ihtiyaçları aynıdır fakat bu ihtiyaçların öncelik sıralaması kişiden kişiye de farklılık gösterebilmektedir (Schiffman ve Kanuk 1997; 95).

İnsanlar öncelikle fizyolojik ihtiyaçlarını giderdikten sonra sırasıyla diğer ihtiyaçlar ortaya çıkmakta, örneğin, ağır bir hastalık veya parasızlık nedeniyle temel fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamayan bir insanın statü ihtiyacı söz konusu olmamakta, kişi bu durumda en temel ihtiyacına geri dönebilmektedir.

Bir sonraki ihtiyacın ortaya çıkması için bir önceki ihtiyacın tamamen karşılanmış olması da şart değildir (Schiffman ve Kanuk 1997; 95-102). Ancak, bir ihtiyaç tatmin edildikten sonra daha üst düzeyde bir başka ihtiyacın onun yerini alması beklenen bir durumdur.

İnsanların istek ve ihtiyaçları onların motivasyonu üzerinde etkilidir. Motivasyon kavramı; bireylerin beklenti ve gereksinimlerinin karşılanarak örgütsel hedefler doğrultusunda yönlendirilmesi olarak tanımlanabilir. İnsanların gereksinimlerinin neler olduğu ne kadar iyi anlaşılırsa, insanlar o derece etkin şekilde motive edilebilirler. Çünkü motivasyonun özü gereksinimlerin karşılanmasıdır (Hanks, 1999; 139). Çalışanlar doğru ve etkin bir şekilde motive edildikleri takdirde, enerjilerinin belirli hedeflere yönlendirilmesi mümkün olur. Motivasyon sürecinin oluşumunda dört önemli aşama vardır. Bunlar;

Gereksinme →→→ Uyarılma→→→Davranış→→→Doyuma Ulaşma

Her davranışın arkasında bir istek, önünde ise bir amaç vardır. Amaçlarına varmak için, birey isteklerinin doyurulması gerekir ancak, bireyi sürekli mutlu kılan bir doyum noktası da bulunmamaktadır. Bir gereksinimin bittiği yerde başka bir gereksinim başlar ve motivasyon her defasında aynı yolu izlemektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 1996; 88).

İş doyumunu sağlayan etmenlerin bireylerin motivasyonunda kullanılan araçlarla benzerlikler bulunmakla beraber, iş doyumunu ile motivasyonun aynı olduğunu söylemek mümkün değildir. Kişinin, iş doyumunu yüksek olduğunda bile motivasyonu düşük olabilmekte, bu durum ise onun beklentileri, istek ve ihtiyaçları ile bağlantılı bulunmaktadır. Ancak motivasyon ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin karşılıklı etkileşim halinde olduğunu da belirtmek gerekmektedir. Çünkü kişi ihtiyaç ve isteklerini karşılamak için daha çok motive olduğunda ve bu ihtiyaç ve isteklerini gerçekleştirebildiği oranda, iş doyumunu da yükselecektir. Ayrıca, çalışanın iş doyumunu ölçmek mümkün iken, motivasyonunu ölçmek mümkün değildir. Bununla beraber literatürde “iş doyumunu” ele alınırken “iş doyumunu teorileri” olarak değil “motivasyon teorileri” şeklinde konu ele alınmakta ve iş doyumunu açıklanmaya çalışılmaktadır.

2. 2. 2. İŞ DOYUMU ARAŞTIRMALARININ ÖNEMİ

Çağdaş yönetim düşünce sistemine göre, bir işletmenin başarısı, karlılık, pazar payı vb. değişkenler kadar, işgörenlerin iş doyumuna bağlıdır. Bu nedenle “iş doyumunu” 1940 lı yıllardan beri yönetim alanında üzerinde en fazla araştırma yapılan konulardan biri olmuş, hatta son 70 yıldır konu ile ilgili 4000 in üzerinde çalışma yapıldığı çeşitli yazarlar tarafından dile getirilmiştir. İş Doyumu araştırmaları, aşağıda ele alınan konularla olan ilgisi nedeni ile özellikle önemlidir. Bunlar kısaca;

- Çalışanların motivasyon düzeylerini belirlemek,
- İnsan Kaynakları uygulamalarının etkinliğini ölçmek,
- Çalışanların kurum kültürüne olan bağlılığını tespit etmek ,
- Çalışanların çalışma koşulları, yönetim tarzı konularındaki görüşlerini elde etmek,
- Gerek duyulan iyileştirme fırsatlarını belirlemek,
- Çalışanların değişime olan bakışlarını belirlemektir.

İş doyumunu ölçümleri sayesinde ise;

- Şirket içinde çalışanların sesine kulak verip, onları daha yakından tanıyabilir,
- Olası krizler öngörülebilir,
- Yetişmiş insan kaybını engelleyebilir ve aynı zamanda yeni çalışan bulma ve yetiştirme masraflarını en aza indirmenin yollarını belirleyebilir,
- Çalışan-müşteri iletişiminin daha sağlıklı yürümesini sağlayabilir,
- Ekip ruhunu güçlendirir,
- Çalışan memnuniyetsizliğini yaratan unsurları tespit etmek mümkün olmaktadır.

2. 2. 3. İŞ DOYUMU KAVRAMI

Geleneksel “verimlilik” anlayışı, yani en az maliyet ile en fazla çıktı elde edilmesi anlayışının yerini günümüzde; “etkililik” “etkinlik” kavramları almaktadır. Etkililik, özünde çalışanların benlik gereksinmelerinin karşılanmasını, örgütün amaçlarına ulaşmasında birinci dereceden önemli faktör olarak gören yönetim anlayışı olduğundan, çalışanların yaptıkları işten ne derecede doyum sağladıkları büyük önem kazanmaktadır (Kasapoğlu, 1999, 358).

İş doyumu, çalışanın işini ve iş ortamını değerlendirmesi yoluyla oluşturduğu duygusal bir tepki olarak tanımlanmakta ve kişinin gereksinimleri ile deneyimlerinin iş ortamı ile etkileşerek iş doyumunu ya da doyumsuzluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bireyin çalışma hayatı boyunca gördüğü, yaşadığı, elde ettiği, sevinç ve üzüntüler gibi bilgi ve duygu birikimleri sonucu, işlerine veya işletmelerine karşı tutumları oluşmaktadır. İş doyumu ise bu tutumun genel yapısıdır (Rue ve Byars, 1995; 63; Söylemez, 2002; 5). Kişinin işine karşı tutumu olumlu veya olumsuz olacağına göre, iş doyumunu kişinin iş deneyimlerinin sonucunda ortaya çıkan olumlu ruh halidir şeklinde tanımlamak, işgörenin işine karşı olumsuz tutumuna ise iş doyumsuzluğu demek doğru olacaktır (Erdoğan, 1996; 231). İş doyumu, çalışanın işine karşı olan iş değerleri ve işten kazandıklarının etkileşimi sonucu oluşan duygusal bir cevap olduğuna göre; kişilerin işbirliği düzeyi, bilgi yorumu, vizyon alanı, kişiler arası ilişkisi, başarı beklentisi, baskı ve amaçları kabul ya da reddetme derecesi, örgütsel sorumluluğu, işe gösterdiği uyumu, karar verme stili, grup davranışı, iletişim, liderlik ve çatışma düzeyi gibi strateji ve davranış biçimleri sahip olduğu değerlere göre oluşmakta, kişiyi harekete geçiren düşüncenin altında yatan temel inanç olarak, iş yaşamından duyulan tatmini de etkileyeceği anlaşılmaktadır (Naktiyok, 2002; 166).

İş doyumu, bireyin sahip olduğu işten ne beklediği ile o işten gerçekte ne aldığı arasındaki algılanan ilişkinin ve bireyin işine ne kadar önem veya değer yüklediğinin bir fonksiyonu olarak ele alınabilir (Avcı ve Karatepe, 2000; 544). Luthans'a göre iş doyumu bir iş durumuna karşı duygusal bir yanıt olduğundan gözle görülememekte ve yalnızca ifade edilebilmekte, beklentilerin ne ölçüde karşılandığını, kazançların ne ölçüde aşıldığını ifade etmekte, işin kendisi, ücret, terfi imkanları, yönetim tarzı, çalışma arkadaşları, tanınma ihtiyacı gibi birbiri ile ilişkili çeşitli tutumları temsil etmektedir (Luthans, 1989; 170-172). İş doyumu ve doyumsuzluğu farklı faktörler tarafından etkilenmekte, işte kazanılan başarı, sorumluluk, özerklik, saygı görme gibi koşulların var olup olmaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Çalışma ortamının şartlarının mükemmel hale getirilmesi ise iş doyumuna yol açmayabilmekte ancak doyumsuzluğu giderebilmektedir.

Sahip olunan işin insan için ne anlam ifade ettiği, birey-iş ilişkisinin temelinde ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz tutumlar, çalışan kişinin işinden alacağı doyumu da

etkilemektedir. Çalışma koşullarının yanı sıra bireyin yaptığı işin niteliği, örneğin işin yaratıcılık istemesi, monoton olması, aşırı yorucu olması, sorumluluk yüklemesi vb. gibi özellikler işin niteliği hakkında bilgi vermekte, ayrıca işin sevilerek yapılması, işe duyulan ilgi, bireylerin işiyle ilgili olumlu ya da olumsuz duygular yüklemesine neden olmaktadır (Kuşdil vd. , 2004; 1).

Bireyin işe karşı olumlu tepkisini ortaya koyan iş doyumu, değerler çerçevesinde şekillenen ve iş durumuna karşı duyguyu, tutumu ve tepkiyi yansıtan olumlu hissel bir ifade veya psikolojik bir kontrol ve revizyon işlemi görmektedir. Covey e göre doyum, gerçek kadar, beklentilerle ilgili bir fonksiyondur ve kişinin gereksinimleri ve sahip olduğu değer yargıları yaptığı iş ile uyumlu ise, ortaya iş doyumu çıkacak, yüksek düzeyde iş doyumuna sahip olan bir birey, işine karşı olumlu tutumlar geliştirirken, işine karşı olumsuz tutumlara sahip bir birey ise işinden doyumsuz olacaktır (Budak, 1999; 46). Lam, Pine ve Baum (2003), kişinin “subjektif normlarının” ve sosyalleşme sürecinde oluşmaya başlayan, daha sonra da devam eden “uygun olmayan beklentilerinin” de iş doyumunu etkilediği ve işten ayrılma davranışı üzerinde etkili olduğu sonucuna varmışlardır.

İş doyumu, bireyin normlar, değerler, beklentiler sisteminden geçerek yapılan iş ve iş koşullarına ilişkin algılarına karşı geliştirdiği içsel tepkilerden oluşmaktadır. İnsanlar işlerine karşı, “iş yönelimli, kariyer yönelimli ve tutku yönelimli” olmak üzere ağırlıklı olarak birbirinden farklı üç yönelimden birisini gösterebilirler (Heslin, 2005; 379-380). Buna göre, iş yönelimli kişiler, işlerinden elde ettikleri finansal getiriler üzerine odaklanarak, yapılan işin kendi başına bir amaç olmasından ziyade, iş dışındaki zamanın iyi geçirilmesi için gereken maddi kaynakların elde edilmesinden fazla bir beklentileri olmayabilir. Kariyer yönelimli kişiler ise iş’de gelişmeye ve bununla birlikte gelen sosyal statü, güç ve prestij üzerine odaklanarak işlerine daha derin anlamda kişisel yatırım yaparlar ve beklentileri de sadece bu doğrultuda olabilir. Tutku yönelimli kişiler ise yaptıkları işi, “dünyayı daha iyi bir yer yapma” vasıtası olarak algılamakta ve daha büyük “toplumsal katkı yaratma” gayretleri ile görev ve sorumluluk alma hislerinin yoğun olduğu görülmektedir. Örneğin tutku yönelimli kişilerin, iş ve kariyer yönelimi ağır basan kişilerden daha fazla iş ve hayat tatmini elde ettikleri ve daha az işe devamsızlık

gösterdikleri ortaya konulmuş, tutku yönelimli kişilerin yapılan işin niteliğinden ziyade, “yaptıkları işe nasıl bir anlam yükledikleri” konusu dikkati çeker bulunmuştur (Heslin, 2005; 380). Örgütsel özellikler ile bireysel özelliklerin etkileşim içinde olduğu göz önüne alındığında, bu ikisi arasındaki uyum, çalışanların iş doyumuna da yansiyacaktır. Maddi ve diğer dışsal ödüllere olan yönelimden dolayı “İş ve Kariyer yönelimli” kişilerin, sonuç odaklı, rekabetçi, açık belirgin performans hedeflerinin mevcut olduğu, bağımsızlık ve bireysel başarının vurgulandığı “Piyasa Kültürü” içinde daha fazla iş doyumunu elde edecekleri, “Tutku yönelimli” kişilerin ise manevi değerlerin, geleneklerin, katılımcılığın, yoğun insan odaklılığın ve ebeveynlik tarzı bir liderlik tarzının ve adanma duygularının ağır bastığı “Klan Kültürü”ne yakın bir yönetim tarzında daha fazla iş doyumunu elde edecekleri de söylenebilir (Heslin, 2005; 380).

Kişisel yargılar ve inançlar da, kişinin işi hakkındaki genel değerlendirmelerini etkilemektedir (Weiss, 2002; 174-176). İş doyumunu kişinin işine karşı tepkisidir şeklinde tanımlandığında, tepki bir yargılamayı da içinde barındırmakta ve bu tepkinin, etki eden şeyden kaynaklandığı akla gelmektedir. Davranışları, inançları tarafından yönlendirilen insanlar için, işini değerlendirmesi, dolayısıyla da yargılaması farklı olacaktır. Örneğin Lin ve Fu (1990), toplulukçu kültürün egemen olduğu Çin kültüründe çok küçük yaşlardan itibaren çocuklara itaatkarlık, tartışmama, karşı fikirde olmama ve dindarlık açısından güçlü inançların empoze edildiğini, dolayısıyla toplulukçu kültürde yetişen kişilerin işten elde ettikleri doyumunu da farklı normlara göre değerleyeceklerini bildirmektedirler.

İş doyumunu hakkında kesin olan bir nokta ise iş doyumunun dinamik bir olgu olmasıdır. Yani iş doyumunu sağlandıktan sonra bu konunun halledildiğini sanmak büyük bir yanılgıya sebep olmakta, iş doyumunu hızlı bir şekilde elde edilebildiği gibi yine aynı hızla doyumsuzluğa dönüşebilmektedir.

2. 3. İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİLİ DİĞER KAVRAMLAR

İş doyumuna etki eden, iş doyumunun oluşmasında rol oynayan ve iş hayatı için önemli olan diğer kavramlar; motivasyon, performans, yaşam doyumunu, iş yaşamı kalitesi ve öznel iyi olma durumudur .

2. 3. 1. İŞ DOYUMU VE MOTİVASYON

İnsanın istenilen doğrultuda davranışlar sergilemesi ve bir amaç için harekete geçirilebilmesi için motive olması gerekmektedir. Motivasyon, bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamaları için doyum sağlayacak ya da amaca götürecek davranışlarda bulunma sürecidir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 1996; 94). Motivasyon, çalışma veya üretme konusunda bir istek belirtmekte ve genellikle amaca yönelik davranışla ilişkili olmaktadır. Doyum ise, amaca yönelik davranıştan kaynaklanan bir tutumdur.

Motivasyon teorilerinden, içerikle ilgili olanlar, çalışanların kendi ihtiyaçları ve amaçları doğrultusunda motive edilebileceğini (Maslow, 1943; Alderfer, 1972; McClelland, 1961; Herzberg, 1966), süreçlerle ilgili olanlar ise; çeşitli dinamik sabit olmayan değişkenler arası ilişkilerle açıklanmaya çalışılmıştır (Vroom, 1964; Porter ve Lawler, 1968; Locke, 1968; Heider, 1958; Hull, 1951; Adams, 1965). Çalışanın motive edilmesi: onun insan olarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, örgütsel, yönetsel, işlevsel ihtiyaçlarının işletmenin amaç ve ihtiyaçları doğrultusunda her birine özgü araç ve yöntemlerle karşılanarak, belli politikalar yardımıyla davranışlarına bu yolda biçim veya yön verilmesi sürecini ifade etmektedir (Özgen vd. , 2002; 338; Şimşek, 1998; 194). Ancak işyerleri kompleks sosyal sistemlerdir ve çalışanın davranışları üzerinde tek bir motive edici faktörün diğer motive edici faktörlerden izole edilerek test edilmesi mümkün olamamaktadır (Parsons ve Broadbridge, 2006; 122). Bir kişi için özendirici nitelik taşıyan bir araç, bir diğeri için aynı etkiyi göstermeyebilmekte; kişilerin almış oldukları eğitim, sosyo-ekonomik durumu, sosyo-kültürel seviyesi, değer yargıları, çevre faktörleri, kişi için hangi özendirici araç veya araçların önemli olduğunun belirleyicisi olabilmektedir. Örneğin, toplumumuzda amaçlı olmaya, başarıya yönelik kültürel bir çerçevenin olmadığı; bireylerin daha çok bulundukları ortamlarda yaşamlarını olduğu gibi sürdürdükleri, belirli dönemler dışında (örneğin evlenme çağı, iş bulma dönemi gibi) başarıya ya da amaçlı olma aktivitesi içerisine girmedikleri, ancak son yıllarda yaşanan hızlı değişimlerin etkisi ile bireylerin amaçlı olmayı öne çıkardıkları vurgulanmaktadır (Yetim, 1996; 62). Bu da bizi, doyumun parametrelerinden birinin yaşanılan çevrenin kültürel özelliklerinden etkilendiği sonucuna götürmektedir. Yöneticiler, iş doyumunu yüksek çalışanlar yaratabilmek için onları motive edecek olan ihtiyaçlarının farkına varabilmeli ve bu

ihtiyaçların her birey için farklı öneme sahip olabileceğini gözden kaçırmamalıdır. Ancak bununla beraber, iş doyumunu için gereken motivasyonunun ölçümünü de, psikologlar henüz geliştirebilmiş değillerdir (Rainey ve Bozeman, 2000; 461).

2. 3. 2. İŞ DOYUMU VE PERFORMANS

Performans ile iş doyumunu arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu, yüksek performansın, yüksek iş doyumuna neden olduğu, kişi yüksek performans gösterdikçe daha fazla ödüllendirileceğinden, daha fazla doyum sağlayacağına ilişkin araştırma kanıtlarının yanı sıra, yüksek iş doyumunun da, daha yüksek performansa neden olduğu söylenebilir. Ancak Jacobs ve Solomon (1977) daha ziyade yüksek performansın, yüksek iş doyumuna yol açtığı yönünde kanıtların, daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Telman ve Ünsal, 2004; 21). Yine de performans ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin gücünü net bir şekilde ortaya koyabilmek için konuya etki eden diğerk değişkenlerin varlığını ve ağırlığını da bilmeyi gerektirmektedir. Örneğın, parça başına ücret alan bir işçi, işini çok sevmediğı halde daha yüksek gelir elde edebilmek amacıyla daha yüksek performans gösterebilecektir. Performans ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi doğru biçimde kurabilmek için performansı etkileyebilecek tüm şartları göz önüne almak, ayrıca performans ölçüm ve değerlendirmelerinin objektif kriterlere göre yapıldığından ve herhangi bir hata olasılığının bulunmadığından emin olmak, varsa bunların etkisini ortadan kaldırmak gerekir. Performans değerlemelerinin adil olarak yapıldığına dair inancın tam olmaması ve değerlendirme sonuçlarının kararlarda adil biçimde kullanılmadığı, ücret, terfi ve ödüllendirmelerde adaletsiz davranıldığı hakkındaki düşünceler, çalışanlarda iş doyumsuzluğuna ve motivasyonunun düşmesine neden olabilecektir.

2. 3. 3. İŞ DOYUMU VE YAŞAM DOYUMU

Kişinin işi, yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Diğerk yandan, kişinin iş dışı yaşamının, işteki başarısı üzerindeki etkisi de büyüktür. Yaşam doyumunu genel olarak kişinin kendi yaşamından duyduğu memnuniyeti ifade etmekte, bireylerin kendi yaşamlarının çeşitli ölçütlere göre yargılamalarına dayanan bilişsel bir değerlendirmeyi içermektedir. Bireylerin yaşam doyumunu tepkilerinde benlik algıları, ailenin sosyo-ekonomik ve sosyo kültürel boyutu ve aile ilişkileri, sağlık durumu, iş, sosyal ilişkiler gibi alanların daha

fazla yer aldığı görülmekte, toplumun öne çıkardığı, baskın yönelim değerlerini taşıyan bireylerin ise yaşamlarından daha fazla doyum aldıkları belirtilmektedir (Özer ve Karabulut, 2003; Avşaroğlu vd., 2008; Çepelioğullar, 2008; Çeçen, 2008; Yetim, 1996; 64). Ancak hızla devinen bir toplumda ve ekonomide pek çok unsurun sürekli bir değişim halinde bulunduğu göz önüne alındığında bireylerin yaşam doyumlarının da zamansal ve mekansal bakımdan çok hızla değişeceği düşünülmelidir.

İş doyumunu-yaşam doyumunu ilişkisinde üç genel görüş hakimdir. Bunlar: Aktarma Teorisi, Telafi Etme Teorisi ve Ayrım Teorisidir (Çepelioğullar, 2008; Telman ve Ünsal, 2004; 18; Uyguç, 1998; 194-195). Aktarma veya Genelleştirme Teorisine göre iş şartlarının, bireyin yaşamının diğer yönlerindeki davranış ve deneyimleri etkilemek üzere aktarıldığını açıklamaktadır. Yani iş içi ve iş dışı faktörler arasında olumlu yönde ilişki beklenir. Buna göre iş doyumunu ile yaşam doyumunu arasında olumlu yönde bir ilişki bulunmakta, iş doyumunu yüksek olan bir çalışanın yaşam doyumunun da yüksek olacağı beklenmektedir. “Telafi Etme Teorisine” göre ise yaşam doyumunu ile iş doyumunu arasında ters yönde bir ilişki olduğu, kişinin bir alanda yaşamış olduğu olumsuz yaşantıları telafi etmek için diğer alanda mümkün olduğunca olumlu yaşantılar deneyimlemeye çalıştığı ileri sürülmektedir. “Ayrım Teorisi” ise iş doyumunu ile yaşam doyumunu arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığını, birinin diğerini etkilemediğini öne sürmektedir.

Yapılan araştırmalar iş doyumunun yaşam doyumundaki değişimlerinin yaklaşık %5-%10 unu açıklayabildiğini, Orpen’in yaptığı araştırmada iş doyumunun yaşam doyumunu üzerinde daha etkili olduğunu, Blood ve Hulin’in araştırmalarında ise yaşam doyumunun iş doyumunu üzerindeki etkisinin daha fazla olduğunu saptamışlardır (Uyguç vd. , 1998; 194). Bu konuda yapılan çalışmalar genel olarak incelendiğinde işe ilişkin tutumların iş doyumunu etkilediği, bunun ise yaşamdan elde edilen doyumunu yönlendirdiği görülmektedir (Söylemez, 2002; 20). Bundan başka, kişinin yaşam doyumunun, ruh hali ve kendini değerlendirme üzerinde de etkili olduğu, yaşam doyumunun, kişinin duygusal durumundan da kısmen etkilendiği ileri sürülmüştür (Atkinson ve Caldwell, 1997; 174; Suh vd. , 1998; 483). Ayrıca cinsiyetler arasında yaşam doyumunu açısından bir farklılaşma olmadığı bulunmuşsa da yapılan bir çalışmada kadınların, erkeklerden daha fazla yaşam doyumuna sahip olduğu bunun ise geleneksel yaşam stili sürdüren, yaşamdan beklentileri

düşük, amaçlı olmayan, dolayısıyla çok fazla başarısızlık ve engellenme ile karşılaşmayan kadınların kendilerini daha doyumlu bulmalarına yol açtığı, erkeklerin ise yaşam standartları toplum içinde edinilen saygınlık, gelirin-refahın arttırılması, çocukları okutabilme, işyeri açma, ev alma gibi, dış dünya, ekonomik sorumluluklar ve statü gibi ölçütler tarafından belirlenmesinin erkeklerin yaşam doyumlarının düşmesinde etkili olduğu sonucuna varılmış ancak kadınların da erkekler gibi iş hayatında aktif rol almaları sonucu, onların da dış dünya, ekonomik sorumluluklar ve statü gibi ölçütlere göre değerlendirilmeleri gereği vurgulanmıştır (Yetim; 1996; 80).

2. 3. 4. İŞ DOYUMU VE İŞ YAŞAMI KALİTESİ

İş doyumunun iş yaşamı kalitesi ile de yakından ilgili bir konu olma özelliği bulunmaktadır. İş yaşam kalitesi, ekonomik ve teknik şartların yanı sıra insani şartların eklendiği toplam iş çevresi ile çalışanların ilişkisinin kalitesi olarak tanımlanabilir. İş yaşam kalitesinin amacı yalnızca örgütte çalışan elemanların iş yaşam kalitesini arttırmak değil, bunun neticesinde örgütün etkinliğinin ve verimliliğinin arttırılmasıdır. Yüksek iş yaşam kalitesinin özellikleri şöyle sıralanabilir; Ekonomik güvenlik, eşit ödüllendirme, çalışılan kurumun adaletli olması, bürokrasiden arınma, anlamlı ve ilginç iş, yükselme olanağı, iş çeşitliliği, kişinin kendini ve iş ortamını denetleyebilmesi, herkese sorumluluk alanı, ilerleme, öğrenme ve bireysel kapasitenin geliştirilmesi ve kullanılması için olanakların sunulması, sorumlu olduğu işleri yapabilme olanağı, katkıların fark edilmesi, performans ile ilgili geri bildirimler, sosyal yardım ve ilişkiler, işin geleceğe dönük fırsatlar sunması, işin kişisel yaşama katkısı, iş ve iş dışı roller arasında dengenin sağlanmasıdır (Drafke ve Kossen, 1998; 305; Sirgy vd. , 2001; 6; Şimşek vd. , 2001; 137-138; Özkalp ve Kirel, 2001; 553; Erginer, 2003; 207-211). Tüm bu unsurların sağlanması durumunda iş yaşamı kalitesi ve dolayısıyla çalışanların iş doyumunu da yükselecektir.

2. 3. 5. İŞ DOYUMU VE ÖZNEL İYİ OLMA DURUMU

İş doyumunu üzerine yapılan araştırmalarda, işe yüklenen duygusal ve bilişsel anlamların önemi üzerinde durulmuş, iş doyumunu ile iyilik hali arasında yakın ilişki olduğu, iyilik

halinin iş doyumunun önemli bir boyutu olduğu vurgulanmıştır (Korunka vd. , 2003; 55; Kuşdil vd. , 2004; 2).

İnsanın iyilik durumunu karşılayan çok sayıda sözcük ve kavram bulunmakta, bunlardan mutluluk, haz, doyum, refah, toplumsal iyi olma, öznel iyi olma ve yaşam kalitesi olarak ön plana çıkmaktadır. Öznel iyi olma, bireyin bakış açısından yaşamı değerlendirmesini içermekte, bireyin kendi yaşamına ilişkin değerlendirmeleri ise olumlu-olumsuz duygular ve bunun sonucu elde ettiği yaşam doyumunu ortaya çıkarmaktadır (Kuşdil vd. , 2004; 1). İnsanların yaptıkları bu değerlendirmeler, temel olarak bilişsel (örneğin, yaşam doyumunu, iş doyumunu vb.), yaşanan haz, hoşlanma gibi hoş duygular ile üzüntü, tiksinti, kızgınlık gibi nahoş duyguların sıklık ve yoğunluğunu belirleme gibi iki alanda toplanmaktadır. Biliş, kişinin bilincinde olduğu ya da bilgisine sahip olduğu şeylerle ilişkili olduğundan, bilişler herhangi bir tutum, duygu, davranış ve değer ile ilgili olabilmekte ve kişinin kendisi, diğerleri, yaşadığı veya üzerinde düşündüğü olaylarla ilişkili bulunmaktadır (Harlak ve Araz, 1996; 23). Kişi, yaşamın bütününe ya da sadece bir alanına, örneğin iş yaşamına ilişkin bilinçli bir değerlendirmede bulunabilir. İş yaşamı ise önemli bir yaşam alanı olduğundan, iş doyumunu ile öznel iyi olma arasında güçlü ilişkilerin bulunduğu söylenebilir. Bireylerin iş ortamını değerli ve eşsiz, yaptıkları işi anlamlı ve kendilerini geliştirici bulmaları iş doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Geleceğin daha iyi olacağına ilişkin inanç, bireysel amaçların ve yaşantıların ileriye göre düzenlenmesini ifade eder ki, bu da kişinin iş doyumunu olumlu olarak etkileyebilmektedir.

2. 4. İŞ DOYUMUNU AÇIKLAYAN TEORİLER

İş doyumunu açıklamak üzere esasen motivasyon teorilerinden yararlanılmaktadır. Bireyi sürekli mutlu kılan bir doyum noktası olmadığından ve birey için bir gereksinimin bittiği yerde başka bir gereksinim ortaya çıktığından ve motivasyonun esası da gereksinimlerin karşılanması olduğundan (Hanks, 1999; 139), çalışanlar, bu gereksinimleri karşılayabildiği veya aştığı oranda doyuma ulaşacaklardır. Bu kapsamda iş doyumunu açıklamak üzere; Çift Etmen Teorisi, Eşitlik Teorisi, Sosyal Etki Teorisi ve Başkalık Teorisi, yol gösterici olabilecektir.

2. 4. 1. ÇİFT ETMEN TEORİSİ

Herzberg (1959), iş doyumunu belirleyen iki temel faktör tanımlamış, bunlardan; başarı kazanma, takdir edilme, yararlı olma gibi unsurlardan oluşan ilk faktörün varlığının iş doyumunu arttırdığını ancak yokluğunun doyumsuzluğa yol açmadığını belirlemiştir. Kişinin işinde başarılı olması, takdir görmesi onu doyumlu kılarken, takdir görmemesi, doyumsuzluğa yol açmamaktadır. İşyeri koşullarının kötülüğü, ücretin azlığı gibi unsurlardan oluşan ikinci faktörün varlığı ise kişinin işinden doyumsuzluğuna neden olurken, bu faktörlerin yokluğu doyum sağlamaktadır. İşyeri koşullarının iyileştirilmesi, ücretin arttırılması kişiyi doyumsuzluktan kurtarmakta ancak doyumlu hale getirmemektedir.

2. 4. 2. EŞİTLİK TEORİSİ

Adams tarafından geliştirilen “eşitlik teorisi”, çalışanların kendilerini benzer pozisyonlarda ve benzer şekilde işe katkıda bulunan diğer çalışanlarla işin karşılığında elde ettikleri ödüller açısından karşılaştırdıklarını, bu karşılaştırmanın sonucunda, eğer diğer çalışanlarla eşit ödüller elde ettiklerine karar verirlerse işlerinden doyum alacaklarını, eşit ödüller elde etmediklerine inanırlarsa, iş doyumsuzluğu yaşayacaklarını öne sürmektedir. Adams’a göre iş doyumunu bireyin algıladığı girdi-çıkı dengesidir. Bu yaklaşımla Adams, bireyin, zeka eğitim, deneyim ve çabadan oluşan bireysel katkısını ücret, statü, terfi, beğenilme gibi bir takım sonuçlara ulaşmak için örgütüne verdiğini ve aldıkları ile arasında eşitsizlik algılayan bireylerin doyumsuzluğa düştüğünü ileri sürmektedir (Söylemez, 2002; 6).

İş doyumunu ile ilgili benzer bir diğer teori Lawler tarafından geliştirilmiştir. Lawler, iş doyumunun güdüsel çerçeve içerisinde görülmesi gerektiğini, iş doyumunun, kişinin ne hakkettiği ile ne aldığı düşüncesi sonucunda ortaya çıktığını, yani bir çalışanın hakkettiğine inandığı şeyleri elde edememesi durumunda iş doyumsuzluğu yaşayacağını savunmaktadır (Kömürcüoğlu, 2006; 1).

2. 4. 3. SOSYAL ETKİ TEORİSİ

İş doyumunu çevresel bir perspektife oturtmak için, sosyal psikolog Bandura “Sosyal Etki Teorisi” olarak bilinen teoriyi geliştirmiştir. Sosyal Etki Teorisi, çalışanların iş doyumunun grup normları ve örgütsel iklim değişkenleri gibi faktörlerden etkilendiği görüşü üzerinde durmaktadır (Kömürcüoğlu, 2006; 2). Bandura’ya göre kişi, çevreyi etkilediği gibi aynı zamanda çevreden de etkilenmektedir. Bandura, çocukların ve yetişkinlerin nasıl bilinçli bir şekilde sosyal deneyimler üzerinde çalıştıklarını ve bu bilicinin daha sonra nasıl onların davranışlarını ve gelişimlerini etkilediğini göstermeye çalışmış ve insanların sahip olduğu inançlarının onların davranışlarını etkilediğini belirtmiştir. (<http://webmastersitesi.com/felsefe/4604-sosyal-bilis-teorisi>). Bandura, kişinin gelişimi ile ilgili düşüncesini taklitle dayandırmaktadır (<http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/say158/yilmaz-koseoglu.htm>). Ancak Bandura, kişinin davranışlarının, sonuçların yararı ile koşullandırıldığı ihtimalini de kabul etmektedir. Diğer taraftan, toplum tarafından yeteri kadar kabul görmeyen veya kendisini iş hayatına hazırlarken birey tarafından hayal edilmeyen işlerin yapılması, yaptığı işten aldığı doyumunu olumsuz etkileyebilecektir.

2. 4. 4. BAŞKALIK TEORİSİ

Locke’un “Başkalık Teorisi” olarak adlandırılan görüşü, iş doyumunun, kişinin ihtiyaçlarının karşılanmasından değil, o kişinin kendisi için neleri önemli gördüğü duygusundan kaynaklandığını öne sürmektedir. Locke’a göre kişinin bir değişkene verdiği önem, kendisinin onu “ne kadar” istediği ile ilgilidir. Başkalık Teorisine göre, doyumsuzluk, bir kişinin istediğinden daha azını elde etmesi durumunda ortaya çıkmaktadır (Kömürcüoğlu, 2006; 2).

2. 5. İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çalışanın işi hakkındaki düşüncelerini etkileyen değişkenler arasında; ücret, terfi imkanları, sosyal haklar, yöneticiler, iş arkadaşları, çalışma koşulları, haberleşme, güvenlik, verimlilik, ve işin niteliği, işin çeşitliliği veya monotonluğu, beceri ve yeteneklerin kullanılması, farkına varılma veya tanınma, istihdam güvenliği, rol açıklığı,

iş çevresi ile ilgili özellikler, otonomi, kararlara katılım, algılanan iş stresi, sorumluluklar bulunmakta ve bu değişkenlerin her biri iş doyumunu değişik şekillerde etkilemektedir (Kömürcüoğlu, 2006; 2 ; Lam, 1996; 41). İş doyumunu etkileyen faktörler; içsel, dışsal ve bireysel olmak üzere üç ana başlık altında aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (Telman ve Ünsal, 2004; 27).

2. 5. 1. İÇSEL FAKTÖRLER

İçsel faktörler, Hackman ve Oldham tarafından 1976 da ortaya konulan işin temel yapısıyla (Job Characteristic Model) ilgili özellikleri içermekte, bu kapsamda beş temel iş özelliği, çalışanların işlerinden doyum alabilmeleri için gerekli olmaktadır (Terborg ve Davis, 1982; 113-114). Bunlar;

- İşin gerektirdiği beceri çeşitliliği,
- İş ile özdeşleşme,
- İşin anlamı,
- İşin yapılırken çalışana tanıdığı özerklik,
- Performans hakkında alınan geri bildirimlerdir.

Çalışanın gelişim ihtiyacına bağlı olarak bu boyutlar iş doyumunu, motivasyonu, iş performansını, işten ayrılma eğilimini, işe devamsızlığı etkileme potansiyeline sahiptir. Kişinin yaptığı işi anlamlı bulması, onun daha fazla sorumluluk almaya istekli olmasına neden olmaktadır. Rutin işlerde iş doyumunun daha düşük olması beklenen bir durumdur. Böyle bir durumda işin daha çekici bir hale getirilmesine ve çalışanın yeteneklerini ve becerilerini geliştirmelerine olanak sağlanması gerekmektedir. Diderot işteki rutinin, diğer ezberleyerek öğrenme çeşitlerinde olduğu gibi gerekli bir öğretici olduğunu, Adam Smith ise rutinin insan aklını öldürdüğünü, etkisizleştirdiğini belirtmektedir (Sennett, 2002; 33). Ancak, rutin, belirli bir noktada zararlı hale gelmeye, insanın kendi çabasının ve zamanın üzerindeki kontrolünü yitirmesine, insanın zihnen körelmesine ve pasifleşmesine neden olmaktadır. İşin gerektirdiği beceriler ile çalışanın beceri, yetenek ve eğitimi arasında bir dengesizlik var ise; örneğin, çalışan yüksek vasıflı, iyi eğitilmiş ve yetenekli olduğu halde bu vasıflarını iş yerinde kullanamıyorsa çalışan için yine iş

doyumsuzluğu ortaya çıkacaktır. İşini seven ve doğru yerde olduğuna inanan kişiyi memnun etmek daha kolay olacaktır.

Kişinin kendi çabasının örgüte olan katkısını görmesi, bütün içindeki kendi yerini görmesi, çalışanın yaptığı iş ile özdeşleşmesini kolaylaştıracaktır. Kişinin yaptığı iş, diğer insanların hayatı için ne kadar önemli ve yararlı ise kişi, işinden o kadar daha fazla doyum sağlayacaktır. Bundan başka, yapılan işin kişiye ne derece özgürlük tanıdığı da kişi için önemlidir. Kişi çalışma saatlerine kendisi karar verebiliyor, kendi çalışma yöntemlerini kendisi seçebiliyor, işlerin hangi sırada yapılacağına kendisi karar verebiliyorsa, işindeki özerkliği o derecede yüksek kabul edilmektedir. Özerkliğin yüksek olması ise iş doyumunu arttırmaktadır. Kişinin kendi yeteneklerini kullanabileceği, çok yönlü ve özel nitelikler gerektiren işler yapması ve başarılı olduğu konusunda kendisine geri bildirimler yapılması iş doyumunu arttıracaktır (Robbins ve Judge, 2007; 79-80; Frase ve Sorenson, 1992; 37-43).

2. 5. 2. DIŞSAL FAKTÖRLER

İş doyumunu etkileyen dışsal faktörleri 11 başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar;

- Ücret,
- Aşırı iş yükü,
- Az iş yükü,
- Fiziksel çalışma koşulları,
- Terfi koşulları,
- Üstlerle ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler,
- Yaratıcılık,
- İş güvenliği,
- Örgüt yapısı,
- Örgütün imajı,
- Örgüt kültürü gibi unsurlar iş doyumunu etkileyen dışsal faktörlerdir.

Ücret, kişinin temel fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayacak yegane unsurdur. Bu bakımdan düşük ücret, çalışanların en önde gelen doyumsuzluk kaynağıdır (Budak, 1999; 47).

Ancak ücretin, iş doyumu ile direk ilişkili olmadığı da ortaya konulmuştur (Grembowski vd. , 2003; 384). Ücretlerde herhangi bir adaletsizlik de yine çalışanın iş doyumsuzluğuna neden olmakta ve performansına direkt etki etmektedir. Bununla beraber çok az kişi aldığı ücreti yeterli bulmaktadır. Ayrıca sadece yüksek ücretli bir işte çalışıyor olmak iş doyumunu yükseltmeyecektir. Ülkemizde ücret düzeyi, erkekler için kadınlardan, mavi yakalılar için beyaz yakalılardan evliler için bekarlardan daha önemli bir değişken olarak gözükmektedir (Erdoğan, 1996; 239).

İş yükü, belirli bir zamanda, belirli bir kalitede yapılması gereken iş miktarı şeklinde tanımlanabilir. Fazla iş yükü ise bir çok aktivitenin kısıtlı bir zaman içerisinde yapılması gereğini işaret etmekte; gerek nitelik, gerekse nicelik olarak fazla iş yükü gerekse az iş yükü, iş doyumsuzluğuna, gerginliğe, kendine güvenin eksilmesine neden olmaktadır (Şengül, 1999; 52-53).

İnsanların içinde bulundukları çalışma ortamı ve onu etkileyen fiziksel koşullar başta iş doyumu olmak üzere verimliliği, personelin moral yapısını ve personelin işletmeye bağlılığını etkileyecektir. Fiziksel çalışma koşullarındaki olumsuzluklar; aşırı gürültü, yüksek ya da düşük ısı, aşırı beden gücü kullanımı, tehlikeli çalışma şartları, ulaşım, sosyal imkansızlıklar, en fazla doyumsuzluk yaratan fiziksel çalışma koşulları arasında yer almaktadır.

Belirli bir örgütte çalışanların, örgütsel karar ya da politikaların doğruluğu hakkındaki görüşlerini ifade eden adalet kavramı ise, örgütün herkes için tutarlı ve eşit kurallara sahip olması anlamına gelmekte ve örgütteki adaletsiz uygulamalar iş doyumsuzluğunun önemli nedenleri arasında bulunmaktadır (Bilgin, 2003; 80-81). Birlik veya aidiyet duygusu ise örgütün sosyal çevresinin bir özelliğini ifade etmekte ve bireyler, sosyal destek, işbirliği gibi kişiyi ruhsal yönden güçlü kılacak gruplara girmeyi ve orada kalmayı tercih etmektedirler. Sosyal anlamda doyurucu ilişkilerin olduğu bir örgütte çalışanların iş doyumu da yüksek olacaktır.

Kurumların terfi mekanizmalarının adil ve dürüst bir şekilde işlemesi, adil bir performans değerlendirme sisteminin olması, iş yükünün eşit dağılımı, hem çalışma ortamında barışın sağlanmasına, güçlü çalışan ilişkilerine, birlik ve beraberlik duygularının

zedelenmemesine hem de iş doyumunun yükselmesine neden olacaktır. Çalışanların terfi olanaklarının kısıtlanmış olması, örgüt yapısından, işin içeriğinden veya kişinin kendi yaşamı ile ilgili, plato durumu da iş doyumsuzluğuna neden olacaktır .

Terfi mekanizmaları, kişilerin kariyer başarısının temel güdüleyicisi olmasına rağmen, elde edilmeleri açısından iş ve çalışmaya eşit derecede bağımlı değildir (Nickholson, 2005; 147). Bunun bir nedeni de son yirmi yıldır süregelen “örgütsel küçülme, düz ve basık örgütlenme, dış kaynaklardan yararlanma” (downsizing, flat organization, outsourcing) gibi örgütsel eğilimlerden kaynaklandığı ve terfi yolu ile hiyerarşik ilerleme potansiyelini azaltmış olmasıdır. Hiyerarşik kademe sayısının fazla olduğu örgütlerde ise terfi imkanlarının daha fazla olmasına rağmen, çalışanların kendilerini kaybolmuş hissetmeleri ve iş doyumlarının düşmesi de mümkündür. Bununla birlikte, günümüzün hızlı hareket eden emek piyasalarında kariyer geliştirme ve yedekleme daha çok çekirdek personel için düşünülmekte, kariyer; pozisyon merkezilikten, belirli görevler için sözleşmeli olarak çalıştırılan portföy merkezliliğe doğru kaymakta, bu durum hem iş doyumunu hem de çalışan bağlılığını azaltmaktadır. Oysa ücret ve ödüllerin hiyerarşik kademelere göre verilmesi çalışanların sahip oldukları pozisyonu daha net görmelerine ve yükselme arzularının kamçılanmasına neden olmaktaydı. Gün geçtikçe, örgüt ile sınırlı kariyer anlayışının yerine, profesyonelliği, örgütsel bağlılık yerine ise mesleki bağlılığı vurgulayan bir kariyer anlayışı gelişmektedir.

Şimşek’e göre iş doyumunu, işten elde edilen maddi çıkarlar ile çalışanın beraber çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ve eser meydana getirmesinin sağladığı mutluluktur (Şimşek, 2003; 150). Bununla birlikte çalışan insanlar karşılıklı bağımlılığa ihtiyaç duymakta, kişisel ve örgütsel hedeflerine ulaşmak için çeşitli yollarla birbirlerinden yardım almaları gerekmektedir (Mayer vd. , 1995; 710). Üstlerin çalışanlarla iletişiminin güçlü, açık ve içten olması, onlara adaletli ve dostça davranması, değişimlerden haberdar etmesi, çalışanların fikir ve önerilerine açık olması, eleştirilerinde dikkatli bir üslup kullanması, çalışanlar arasında iş doyumunun artmasına neden olacaktır. Örgütlerde etkili biçimsel iletişimin oluşturulması ve tüm üyeler için iletişim kanallarının açık tutulması biçimsel örgütü kuvvetlendirirken aynı zamanda çalışanların kendini gerçekleştirme, saygı görme gibi bireysel ihtiyaçları tatmin edilmiş, çalışanların motivasyonu ve işbirliği

arttırılmış, dolayısıyla, örgütsel kararların daha hızlı bir şekilde alınabilmesine ve çalışanların örgüte bağlılıklarının artmasına da olanak sağlanmış olacaktır (Adalı, 1986; 27; Bingöl, 1997; 279-280). Çalışanların kendi aralarında ve üstleri ile iletişimlerinin güçlü olması ve destekleyici sosyal ilişkilerin olması, çalışanlar arasında paylaşım duygusunun güçlü olmasına, iş ortamındaki sürtüşmelerin azalmasına ve iş konusunda daha az hata yapılmasına dolayısıyla daha yüksek iş doyumuna neden olacaktır. Lider davranışlarının çalışanların iş doyumuna üzerine etkilerini belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalarda, liderlerin, yeniliklere açık olma, çalışma gereksinimlerini tanımlama, çabuk karar alma, iyi çalışmaları takdir etme ve amaçların belirgin olması özelliklerinin çalışanların iş doyumuna üzerinde etkili olduğu ortaya konulmuştur (Tengilimoğlu, 2005; 23; Capella ve Andrew, 2004; 213; Çekmecelioğlu, 2005; 15; Ferik, 1997; 43; Fukuyama; 1998; 42). Üstlerin tutum ve davranışlarının çalışanların tutumlarının oluşumunda önemli bir role sahip olduğu, örgütsel uygulama ve prosedürlerin hem personeli hem de müşterileri etkileyeceği açıktır (Hampton ve Hampton, 2002, 4; Green, Blank ve Liden, 1983; 301; Çekmecelioğlu; 2005; 15). Üstlerin, çalışanlardan gelen önerileri, küçümser bir tarzda davranmaması ve gereken önemi vermesi, yıkıcı eleştirilerden kaçınması, onların iş doyumlarına olumlu etki yapacaktır. Doyum, geçmiş ve şimdiki zamanla ilgili olmasına karşın “moral” geleceğe yönelik olduğundan, işgörenin üstleri ve çalışma arkadaşları ile iletişiminin iyi olması, çalışanın moralini yükseltecek ve işgöreni örgütün amaçları için çalışmaya daha fazla gönüllü hale getirecektir. Naumann ve arkadaşları tarafından da, işgören morali ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki ortaya konulmuştur (Naumann vd. , 2001; 40).

İş güvencesi değişkeni ise, motivasyon, iş doyumuna, örgüte bağlılık gibi çalışanların davranışlarına yönelik çalışmalarda sıkça kullanılan bir değişkendir. İş güvencesi kavramı; çoğu zaman çalışma hakkının korunması anlamında kullanılmakta olup temelde, geçimini emeği ile sağlayan bağımlı çalışanları, haklı bir neden olmaksızın, işveren tarafından hizmet ilişkisine son verilmesi durumunda, işverenin fesih işlemini sınırlandıran veya engelleyen, iş ilişkisini hukuki zemine çeken, böylece hizmet akdinin işçi açısından dayanıksız niteliğini bertaraf eden ve hizmet ilişkisine süreklilik kazandıran, koruyucu yönü ağı basan normatif düzenlemeleri içermektedir (Demir, 1999; 30-31; Ünsal, 1992; 20-21). Tversky'e göre insanların duygusal olarak odaklandıkları şey kaybetmektir,

insanlar olumludan çok olumsuz uyarılara karşı duyarlıdır (Sennett, 2002; 86). Bu nedenle, işten çıkarılma korkusu ve geleceğe yönelik belirsizlik olmaksızın çalışmak, çalışanların genel iş davranışları üzerinde olumlu etki yapacak, kişinin işletmeye olan bağlılığını arttıracak, iş doyumunu yükseltecektir. Geleceğinden emin olmayan kişinin, örgüte yararlı olması ve yüksek performans göstermesi mümkün değildir (Peker ve Aytürk, 2001; 74). Özellikle işsizliğin arttığı dönemlerde veya emekli olma koşullarını yerine getirmeden işten çıkarılma endişesi taşımaları tatminsizliği arttıracaktır (Bingöl, 2003, 390).

İşletme kültürü; kurallar, politikalar, adet ve gelenekler gibi resmi yapı ve kişiler arası ilişkilerde açıklık güven, kabul etme ve grup süreçlerine katılma gibi bir takım değer ve tutumlardan meydana gelmektedir. Kişiye örgütsel işleyişi anlamada yardımcı olan ve yine kişiye örgüt içindeki davranışları ile ilgili normlar sağlayan ortak değer yargıları ve inançlar düzeni olan örgüt kültürünün bireyin iş doyumunu üzerindeki etkisi yadsınamaz. Güçlü ve sağlam temeller üzerine oturtulmuş bir işletme kültürünün gerek çalışanların çalıştıkları ortamı benimsemeleri, gerekse işe karşı olumlu tutum geliştirmeleri ve yüksek iş doyumuna sahip olmaları üzerindeki etkisi büyüktür. Ancak her kültür her ortam ya da amaca uygun olmadığı gibi her bireye de uygun olmayabilir. İnsan her ortamda inançları, değerleri, ihtiyaçları ve kendi benliğiyle beraber bulunmaktadır. Bunun yanı sıra içinde bulunduğu sosyo kültürel ortamın değer yargıları ve normlarından da etkilenmektedir (Baysal, 1992; 8). Bireyin bu etkileşimden olumlu çıktılar elde edebilmesi ve örgütün de bireyden daha fazla olumlu çıktılar sağlayabilmesi için, örgütün kültürü ile uyumlu personelin seçimi, hem çalışanın iş doyumunu açısından hem de örgüt açısından önemlidir.

Örgüt iklimi, insanın algıladığı ve içinde bulunduğu psikolojik çevreyi ifade eden bir kavramdır ve örgüt üyelerinin iş ortamına ilişkin algıları olarak tanımlanmaktadır. Örgüt iklimi bir örgütü diğerlerinden ayıran içsel çevresinin niteliğini göstermektedir. Çalışanlar iklimi, iş yönelimli, yenilik yönelimli ya da destekleyici olarak algılayabilirler. Kişilerin yaptıkları işi anlamlı ve önemli bulabilecekleri bir örgüt ikliminde yaratıcı fikir ve ürünlerin artacağı daha fazla iş doyumunu ve müşteri tatmini sağlanacağı söylenebilir. Örgüt iklimi, öznel değerlendirmeye açık olduğu için, örgüt içindeki bireyler arasında

farklı şekillerde algılanabilmekte, çalışanların bulunduğu kademedan de etkilenmektedir. Örneğin, daha üst kademedan bulunan çalışanlar işletmelerini ve işlerini daha olumlu özelliklere sahip olarak görme eğiliminde olduklarından iş doyumlarının da, daha alt kademelere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Payne ve Mansfield'in (1973) yaptıkları araştırmada da özellikle üst düzeyde çalışanların, çalıştıkları kurumların yönetim açısından daha az otoriter, daha eşitlikçi, daha açık fikirli, yöneticilerin çalışanlarına daha dostça ve ilgili, işlerinin daha ilginç ve gelecek vaat eder olduğunu düşündüklerini ortaya çıkarmışlardır (Telman ve Ünsal, 2004; 53).

Yaratıcı, rutinden hoşlanmayan, işlerini nasıl yapacaklarına ilişkin fikirlere sahip olan insanlar, destekleyici bir yönetim tarzına gereksinim duymakta, tersi durumda ise iş doyumları bundan olumsuz etkilenebilmektedir. Örgütsel yapılar, işin niteliği, görev tanımları, yönetimin tutumu, insan kaynakları uygulamaları ve grup kültürü gibi birçok unsur iş çevresinin doğasını oluştururken yaratıcılığı da etkilemekte, örgütsel cesaretlendirme, yönetimin desteği, takımın desteği, işin iddialı olması gibi unsurlar, yaratıcılığı destekleyen örgüt ikliminin varlığını belirtmektedir.

Örgütteki uzmanlaşma derecesi, kuralların standardizasyonu, personel uygulamalarının standardizasyonu, biçimsellik, merkeziyetçilik ve şekil, çalışanların iş doyumuna etki edebilecek faktörlerden olan örgüt yapısı ile ilgilidir. Çok dar bir alana indirgenen uzmanlaşma, kurallardaki ve personel uygulamalarındaki aşırı standardizasyon ve biçimselleşme, kurallara bağlılığın getireceği rutinliği arttıracığından iş doyumusuzluğuna yol açacaktır. Ancak standardizasyon aynı zamanda çalışanları belirsizlikten de kurtarmaktadır. Merkeziyetçi bir yapıda yetki devrinin az olması, inisiyatif kullanma imkanının kısıtlı olması, kararların üst yönetim tarafından alınması, alt kademe çalışanların kararlara katılımını zorlaştıracığından, iş doyumusuzluğunu da beraberinde getirmesi beklenen bir durumdur. Merkeziyetçi bir yapıda, rutin görevler ve otomasyon, uzman personelde yabancılaşma ve sıkılma yaratırken, desantralizasyon ve profesyonelleşme karmaşık kararların hiyerarşinin daha alt seviyelerinde alınmasını sağlayabilmekte, katılımcı yaklaşım sayesinde ise uzman personelde iş doyumunu arttırmaktadır. Ancak katılımcı bir yaklaşımın uygulanabilmesi için kişisel ve örgütsel hedeflerin aynı olması gerekmektedir (Sur ve Eren, 2004; 48). Aksi takdirde yine çalışan

için iş doyumsuzluğu söz konusu olacaktır. Emir komuta zincirinin kısa olması ve yöneticinin kontrol alanının geniş olması, çalışanlar arasında statü farkını azaltacak ve örgüt daha homojen bir yapıya sahip olacaktır. Böyle bir örgütte çalışanlar arasında eşitliğe dayalı ilişkilerin ve olumlu psikolojik ortamın iş doyumunu arttıracığı, örgütteki hiyerarşik basamaklar azaldıkça iş doyumunun artacağı beklenen bir durumdur. Denetim alanının dar olması çalışanların üstleri ile daha yakın etkileşime girme, daha fazla yönlendirilme imkanı sağlarken aynı zamanda çalışanların kendilerini gerçekleştirme imkanlarının kısıtlandırılmış olduğunu hissetmeleri de mümkündür.

İş doyumunu oluşturan iş ve iş ortamına bağlı faktörler kapsamında değerlendirilen “işletmenin sosyal görünümü” faktörü, yani kurumun imajı, çalışan için çok önemlidir (Özgen vd. , 2002; 327). Toplum tarafından iyi bilinen ve iyi ün yapmış bir örgütün üyesi olmak çalışanın iş doyumunu yükseltebilecek, iyi bir imaja sahip bir örgütte çalışan kişi, kendisinin yerinde olmak isteyen pekçok kişinin varlığını düşünerek, işinden duyduğu doyumunu artabilecektir.

2. 5. 3. BİREYSEL FAKTÖRLER

İş doyumunu ile ilişkili bireysel faktörleri ise 5 ana başlık halinde ele almak mümkündür. Bunlar;

- Demografik özellikler,
- Kişilik özellikleri,
- Güdüler,
- Bilgi, beceri ve yetenekleri,
- Personelin sosyal kişiliğidir.

İş doyumunu kişinin işinden beklentilerinin karşılanıp karşılanmamasının bir sonucu olarak belirlendiğine göre erkeklerin ve kadınların işlerinden farklı beklentilerinin olması, farklı yönlerden daha doyumlu veya daha az doyumlu olmaları, ayrıca, farklı statülere göre doyumun da farklılaşması mümkündür. Örneğin kadınların kariyer başarısının, başarı amacına dönük odaklanma yöneliminden ziyade değer-temelli bir yönelimi gösterdiği, kadın ve erkekler arasındaki yaşam stratejilerinin farklı oluşunun ve erkeklerin statülerinin sadece mesleki faktörler tarafından belirlenme özelliklerinden dolayı, işe

bakış tarzında böyle bir ayrımın olacağı işaret edilmektedir (Jenkins, 1995; 155-165; Melamed, 1996; 217-242; Nicholson vd, 2005; 137-154).

Lee ve Wilbur (1985; 781-791) genç işgörenlerin yaşlı işgörelere oranla daha düşük iş doyumunu düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. İş doyumunun yeni işe başlayanlarda daha yüksek olduğu, daha sonraları monotonluğa bağılı olarak iş doyumunun düştüğü, ülkemizde yapılan çalışmada ise iş doyumunun yaşı ilerlemesiyle artış gösterdiği ortaya konulmuştur (Telman ve Ünsal, 2004; 58). Buna bir neden de kıdemin artması ile birlikte kişinin işini daha iyi kavraması ve bunun sonucu çalışana vermiş olduğu başarıma hissi ile kişinin zamanla işini adeta yaşamının bir parçası olarak görmeye başlaması ve giderek örgüt ve iş ile bütünleşmesidir.

Medeni durum dikkate alındığında; evli çalışanların bekarlara göre iş doyumlarının daha yüksek olduğu, evlilerin aile yaşamındaki doyumlarını işe yaygınlaştırmalarının bunda etkili olduğu söylenebilir. Eğitim seviyesi yükseldikçe, iş doyumunun artacağı beklentilerinin tersine, yapılan çalışmalarda, eğitim seviyesi yükseldikçe, beklentilerinde yükselmesi neticesinde, iş doyumunda bir düşme söz konusu olabilmektedir (Gök, 2006; 5; Telman ve Ünsal, 2004; 59; Baysal, 1981; 193). Oysa, yüksek öğrenimli insan sayısının daha az olduğu, üniversite mezunu kişilerin beklentilerini çok daha kolaylıkla karşılayan, daha saygın, daha yüksek ücretli ve daha prestijli işler bulabildiği yıllarda, toplumsal açıdan daha fazla arzulanan, yüksek düzeyli mesleklerde, daha yüksek iş doyumunu görülmüş olabilir. Yüksek öğrenimli, dolayısıyla düşünce ve kültür yapıları farklı, bilgi birikimi fazla olan çalışanların çalışma değerlerinin farklı, beklentilerinin yüksek olduğu söylenebilir. Kişilerin sahip oldukları başarı güdüsü, sevgi güdüsü, gelişim ihtiyacı, kontrol odağı, yetkinlik duygusu, iş ve ahlak anlayışları birbirlerinden farklılık göstermekte ve bireysel özelliklerden kaynaklanan farklı amaç ve beklentilere sahip olmakta, bu durum ise iş doyumuna etki etmektedir. Örneğin yüksek başarı güdüsüne sahip olan bir birey kendini kanıtlama imkanı sunan bir örgütte, sevgi güdüsü yüksek olan bir birey, bu güdüsünü doyuma ulaştırabileceği bir örgütte daha fazla doyuma ulaşabilir. Veya içsel kontrol odağına sahip bir kişi işinde daha fazla özerklik beklentisine sahip olacağından aşırı bürokratik örgütlerde iş doyumsuzluğu yaşayabilecektir. Kişinin

kendi iş ve ahlak anlayışı ile uyumlu örgütsel değerlerin bulunduğu örgütlerde kişi daha fazla doyum alabilecektir.

İş doyumunu etkileyen birçok faktörün algılanmasında ve değerlendirilmesinde sahip olunan kişisel özelliklerin etkisi büyüktür. Örneğin, aynı iş yerinde aynı seviyede ve aynı koşullar altında çalışan iki işgörene eşit düzeyde ücret verildiği zaman, beklentilerinin karşılanma düzeylerinin farklı olması gibi (Eren, 1996; 234).

Doyum, bir davranış biçimi değil de bir tavır olarak açıklanmakta ve doyumun bireysel özelliklere bağlı bir değişken olduğu belirtilmektedir (Poyrazoğlu, 1992; 27). Örneğin, endişeli, karamsar, olaylar karşısında sert tepkiler veren, esneklikten uzak, katı ve abartılı davranışlara sahip, nevrotik kişilik yapısında olanların veya olayların daha çok olumsuz yönleri üzerine yoğunlaşan ve olumsuz duygular yaşama eğilimi fazla olan kişilerin daha fazla iş doyumsuzluğu yaşamaları beklenen bir durumdur. Bundan başka Katz ve Epstein, duygusal başa çıkma yeteneği ile sosyal başarı ve iş hayatındaki başarı arasındaki ilişkiyi, Scheurer ve Epstein ise zihinsel sağlık ile iş hayatındaki başarı arasındaki ilişkiyi ortaya koymuşlardır (Katz ve Epstein, 1991; 789-800; Scheurer ve Epstein, 1997; 269-303). Stresli olaylar ile başa çıkma yeteneği, duygusal başa çıkma yeteneği gösteren kişilerde görülmekte ve bu kişiler gereksiz olarak stres üretmeyip olayları kişisel olarak almamakta ve olaylar karşısında aşırı alınganlık göstermeyerek ve negatif duygular üretecek düşünce tarzından özellikle kaçınmaktadırlar (Humphreys, 2005; 123). Duygularını iyi yöneten kişilerin, rollerini yerine getirirken abartılı bir şekilde davranmadıkları, aksilikler karşısında daha ölçülü oldukları, böylece, bu kişilerin diğerlerinden daha az stres deneyimleri olduğu belirtilmiştir (Humphreys, 2005; 123). Ayrıca Weiss ve arkadaşları, çalışanların gün içindeki farklı ruh hallerinin, iş doyumunu üzerindeki etkilerini ortaya koymaya çalışmışlar, Ilies ve Judge ise ruh hali ve iş doyumunu arasındaki etkileşimde, kişiliğin moderatör rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. (Weiss vd. , 1999; 12-21; Ilies ve Judge, 2002; 1119). Carson, kişinin vermiş olduğu empatik tepkilerin, kişinin kendi ruh halini düzenleme yeteneğinin, insan ilişkilerinde yetenekli olmanın, içsel motivasyonun ve kişinin kendi farkındalığının yüksek olmasının yüksek duygusal zekanın varlığının belirleyicisi olduğunu bildirmekte, Casal ve Jordan ise yüksek duygusal zekaya sahip çalışanların ise daha fazla örgüte bağlı olduğu ve daha fazla iş doyumunu elde ettikleri,

kişinin duygusal yapısının örgütsel davranışta büyük rol oynadığını belirtmektedirler (Carson, 2000; 33-36; Casal, 1996; 22-28; Jordan vd. ,2003; 195-202).

Çalışanların hangi güdüler tarafından yönlendirildiğinin bilinmesi de, iş doyumunun oluşumunda etkili olacaktır. Örneğin, temel fizyolojik ihtiyaçlarını bile karşılamaktan yoksun bırakan bir ücret seviyesine rağmen, kişinin saygınlık ihtiyacına cevap verecek bir konuma getirmek o kişiyi tatmin etmeyecektir. Veya başarma ve kendini gerçekleştirme güdüsüne sahip bir çalışanı rutin işlerde çalıştırmak onun iş doyumunu olumsuz olarak etkileyecektir. Kişinin sahip olduğu bilgi, beceri ve yetenekleri ile uyumlu işlerde çalıştırılmaması onun işini anlamsız bulmasına ve iş doyumsuzluğuna neden olacaktır. İşgören çalıştığı örgütte karmaşık olan ihtiyaçlarının bir çoğunu tatmin etmek için bulunduğundan, örgüt, kişinin beklentilerini ne ölçüde karşılıyorsa kişi o örgütte o derece kuvvetli ilişkiler kurmak ve ilişkilerini devam ettirmek isteyecektir. Her meslek ya da örgüt belli kişilik yapısındaki insanlara daha fazla iş doyumunu veya iş doyumsuzluğu verebilir. Bu bakımdan personel alımlarında ve görevlendirmelerde, örgüt-birey uyumuna özellikle dikkat edilmesi ayrıca daha etkili ve verimli çalışma ortamının oluşturulabilmesi için karmaşık örgüt yapılarında iş doyumsuzluğunun bireysel ve örgütsel nedenlerinin daha iyi anlaşılması ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (Işıksan, 1996; 118).

2. 6. İŞ DOYUMSUZLUĞUNUN SONUÇLARI

İş doyumunun düşmesi, bir işletmede koşulların kötüye gittiğinin en önemli belirtisi olmakta ve işletmeye maliyeti de yüksek olmaktadır (Budak, 1999; 46). İş doyumsuzluğunun sonuçlarını örgütsel ve psikolojik olmak üzere iki farklı açıdan ele almak mümkündür.

2. 6. 1. ÖRGÜTSEL SONUÇLAR

İş doyumsuzluğu, işgücü devri, işe devamsızlık ve sabotaj gibi açık bir biçimde örgütsel sonuçlar doğurabildiği gibi, gizli bir biçimde de örgütü tehdit edebilmekte, iş yavaşlatma, düşük verimlilik, disiplin sorunları gibi örgütün bağışıklık sistemini felç

edebilecek, örgütün iç ve dış tehditlere karşı göstermesi gereken tepkileri zayıflatacak hatta yok edecek sonuçlara neden olabilmektedir.

2. 6. 1. 1. İŞGÜCÜ DEVRİ

İşgücü devri, bir işletmedeki çalışanların iş doyumlarının ve işletmeye bağlılığının en iyi göstergesi olmakta ve çalışanın örgütsel üyeliğini kendi isteği doğrultusunda sona erdirip, işinden ayrılması olarak tanımlanmaktadır (Humphreys, 2005; 121; Lam, 1995; 73; Davis ve Newstrom, 1988; 422; Woods, 1995; 388). İşten ayrılma niyeti çalışanların istihdam koşullarından tatminsiz olmaları durumunda gösterdikleri yıkıcı ve aktif bir eylemdir (Rusbelt ve Mainous, 1988; 599). Bu bakımdan işgören devrini azaltmak için, konunun; işgören boyutunda, iş ve çalışma koşulları boyutunda ve örgüt boyutunda ayrı ayrı incelenmesi gerekmektedir. Buna göre, çalışanın edindiği/harcadığı değerler ile çalışan tarafından algılanan potansiyel iş alternatifleri, onun işe devamlılığını ve bağlılığını etkileyen iki temel değişkendir (Meyer, 2002; 42). Yani kişinin eğitimi, becerileri, sahip olduğu deneyimler ve bunlara attığı önem derecesi, işsizliğin yüksek olduğu dönemlerde düşecek, işsizliğin düşük olduğu dönemlerde ise yükselecek, yani işsizlik oranlarının yüksek olduğu dönemlerde kişi, en azından bir iş sahibi olduğu için, yaptığı işten daha fazla doyum sağlayacak veya sağlamaya çalışacaktır. Çalışanın yaşının genç olması, kıdeminin düşük olması ve iş güvenliğinin az veya hiç olmaması işgücü devrini hızlandırıcı etki yapmaktadır (Arbak ve Kesken, 2005; 93; Kılıç, 1998; 81). Ancak gelişmiş ekonomilerde devir hızının yüksek olması sadece iş doyum kavramı ile açıklanamamakta, işgörenin kıt olmasından da kaynaklanmaktadır (Gürkan, 1989; 9).

İşletmeler için, kıymetli elemanlarını ellerinde tutamamaları büyük bir kayıp olduğu gibi, pozisyonun boş kaldığı sürece hizmet verilemeyen müşterilerden kaynaklanan maliyetler veya boşalan pozisyonadaki işin yerine getirilmesi için geçici işçi çalıştırma veya mevcut çalışanlara fazla mesai ücreti ödenmesi, ayrılan çalışanın sorumlu olduğu müşterilerin diğer çalışanlara devredilmesi nedeni ile diğer çalışanların aşırı iş yükü altında kalmaları, yeni elemanların işe alınması için yeniden seçme ve değerlendirme yapılması için gereken harcanan zamanın maliyeti, yeni işe alınanın oryantasyon eğitimi sırasındaki maliyetler, ekiplerin sık sık dağılması ve diğer çalışanların motivasyonlarındaki düşüşler gibi

kayıpların olacağı açıktır. Ayrıca yeni alınacak elemanların işlerine ve işletmeye uyum sağlaması, yeni elemanın yetiştirilmesi ve yeni elemanın acemilik döneminde yapabileceği hatalar da göz önüne alındığında, iş gücü devri işletmeler için bir külfet halini almaktadır. İşletmelerde işgücü devri, o işletmenin bilgi birikimi inşa edememesine ve bilgiyi koruyamamasına da neden olacaktır ki günümüz şartları için en büyük sorun da budur.

Bir işletmedeki işgücü devrini hesaplamak üzere aşağıdaki formülden yararlanılabilir.

$$\text{İşgücü devri} = \frac{\text{Bir yıl içinde işten ayrılanların sayısı}}{\frac{\text{Ortalama toplam personel sayısı}}{2}} \times 100$$

((Dönem başı + Dönemsonu personel sayısı) : 2)

2. 6. 1. 2. DEVAMSIZLIK

İşe devamsızlık, işgörenin, tatil ve izin zamanları haricinde çalışma saatleri içerisinde işinde olmaması olarak tanımlanmakta, iş doyumunun yüksek olduğu durumlarda devamsızlığın ve işten ayrılma oranının çok daha düşük olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konulmaktadır (Shalley vd. , 2000; 215; Witt, 1989; 425). İşe devamsızlık, özellikle finansal kayıplar ve örgütsel performans üzerindeki olumsuz etkileri nedeni ile işgücü devrinden çok daha fazla olumsuz sonuçlar doğurmakta ve çalışanın örgütsel üyeliğinin sona erdirilmesinin mümkün olmadığı durumlarda tepkinin ortaya konulmasını sağlayan alternatif bir davranış olmak gibi bir özelliğe sahip bulunmaktadır (Arbak ve Kesken, 2005; 99). İşe devamsızlık, çalışanın performansı ve becerileri üzerinde de olumsuz etkide bulunarak, iş kazalarının artmasına, çalışma grubundaki diğer kişiler üzerinde ise olumsuz duyguların açığa çıkmasına neden olabilmektedir. İşe geç gelmeyi de kapsayan devamsızlığa mazeret olarak, çalışan, hastalık, ailevi sorunlar, ev ile ilgili sorunlar, dışarıda yapılması gereken işler ve yorgunluk gibi nedenler ileri sürebilmektedir.

Yaş ile devamsızlık durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, 25-45 yaş arası çalışanlarda devamsızlığın genç gruplara ve yaşlara nazaran daha az olduğu, genç yaşlarda görülen sık

meslek ve iş değıştirme olgusunun bu yaşlarda yavaş yavaş ortadan kalktığı, orta yaş grubunu aşan kimselerde ise bedensel rahatsızlıkların artması ile paralel olarak daha fazla rapor ve izin kullanımının gerçekleştiğı, evli kadınların, erkeklere nazaran daha fazla devamsızlık yaptığı, ev ve işyeri arasındaki uzaklığın, çocuk sayısının fazla olmasının devamsızlığı arttırdığı, rutin işlerde ve büyük gruplarda çalışanların daha fazla devamsızlık yaptığı, kış mevsiminde devamsızlıkların arttığı, vardiya usulü çalışanlarda sabah vardiyalarında devamsızlığın daha fazla olduğu, günlük çalışma saatlerinin uzun olmasının, düşük ücretin ve hastalık hallerinde devamsızlığın arttığı belirtilmektedir (Eren, 1998; 202-207).

Sadece bir yılda, tüm dünyada 90 milyon işgününün devamsızlık yüzünden kaybedildiğı göz önüne alındığında konunun ciddiyeti daha fazla ortaya çıkmaktadır (Storey ve Billingham, 2001; 662). Bu bakımdan işletmelerde devamsızlık oranının, bir yılda planlanan işgücü saatinin yüzde kaçının devamsızlık nedeni ile kaybedildiğini bulmak için aşağıdaki formülden yararlanmak mümkündür.

$$\text{Devamsızlık Oranı} = \frac{\text{Kaybedilen işgücü saati toplamı}}{\text{Planlanan toplam işgücü saati}} \times 100$$

2. 6. 1. 3. SABOTAJ

Çalışanın iş doyumsuzluğuna bağlı olarak, iş yerine yönelik olumsuz duyguları, onun işini bir şekilde engellemesine, işyerine ait makine, alet vs. gibi şeylere zarar vermesine, işe yaramaz hale getirmesine, örgütsel amaçları görmezden gelerek örgütün işleyişini bozmasına, işletmeye ait gizli bilgileri dışarı sızdırmasına, işletme hakkında olumsuz söylentiler yaymasına, üretimi arttırmaksızın doyum olanakları araştırıp, örgüt içinde politika yapmasına, örgüt dışındaki gruplara yönelerek onların normlarına uymasına, doyumsuzluğunun acısını bilinçli veya bilinçsiz olarak, işyerinden çıkarmasına neden olabilmektedir. Hatta toplumun huzurunu, ekonomik gelişmeyi, tasarruf ve sosyal israf anlayışını etkilemesine neden olabilmektedir (Akıncı, 2002; 6).

2. 6. 2. PSİKOLOJİK SONUÇLAR

Çalışma ilişkileri aynı zamanda tüm sosyal etkileşimleri etkilemektedir. Çalışanın iş doyumunun olmaması onun hem çalıştığı işletmeye karşı hem diğer dış çevreye karşı hem de kendi psişik dünyasında pek çok olumsuz duygular yaşamasına neden olacaktır. Bunlar; işe ve kendine yabancılaşma, stres ve tükenme başta olmak üzere, yetersizlik duyguları, başkaları ile işbirliği sağlayamama, üretim hatalarında veya bireyin özel hayatındaki hatalarda artış, isabetsiz kararlar verme, verimsizlik, işini bırakma, işe devamsızlık, sorumluluk hissinin zayıflaması, bıkkınlık, kavgacı ve saldırganca davranışlar şeklinde kendini gösteren ruhsal bozukluklar ve psikosomatik pek çok rahatsızlıklar (kişinin psikolojik rahatsızlığından etkilenerek ortaya çıkan fizyolojik bozukluklar ve hastalıklar) ortaya çıkabilecektir.

2. 6. 2. 1. İŞE YABANCILAŞMA

Yabancılaşma, ilk kez Horatius tarafından tanımlanmış, kişinin dış dünya ile bağlantısının çevresel faktörler tarafından aşınarak ve aşındırılarak yabancılaşacağı vurgulanmış, Hegel ise insanın kendi hayatının öznesi konumundan çıkarak, nesnesi durumuna gelmesini yabancılaşma olarak tanımlamıştır (Sennett, 2002; 154). Yabancılaşma, bir insanın hayatının, insanın kendi özüne aykırı bir hayat tarzına veya insan doğasına uygun düşmeyen bir yaşam şekline bürünmesidir (Şimşek vd, 2006; 585). Kişinin amaçlarını ve hedeflerini kaybetmesi, neyi, niçin yaptığının anlamını yitirmesi ve sonuçta aradığını bulamamanın verdiği bir geri çekilme ile çevreyi ve kendisini organize edememe, bıkkınlık, ilgisizlik, zayıf ve yüzeysel ilişkilerle bulgulanan anlam yokluğunu ifade etmektedir (Şengül, 1999; 134; Grint, 1998; 31). Kişi kendisine ihtiyaç duyulmadığını veya değer verilmediğini hissettiğinde, doğal olarak çevresine karşı tepkisiz hale gelmekte, hem kendisine hem de çevresine anlam yükleyemediği için yabancılaşmaktadır. İşe yabancılaşma ve iş doyumsuzluğu karşılıklı etkileşim içindedir. Ancak Wilensy, bir kişinin işine yabancılaşmasının, her zaman iş doyumsuzluğuna yol açmadığını, çalışanların işlerinin çok farklı yönlerinden de doyum sağlayabildiğini belirtmektedir (Kasapoğlu, 1999; 419).

Çalışma sistemine yapılan bireysel katkının ortadan kalkması, insanın yaptığı işin çok küçük bir parçası haline gelmesi, işin basitleştirilerek yaratıcılığın ve kişinin iş üzerindeki

otoritesinin ortadan kalkması, kişinin kendi becerilerini ortaya koyamaması, kişinin mekanik olarak şartlanarak, özne olma durumundan nesne konumuna dönüşmesi, ilişkilerin yapmacık, geçici ve yüzeysel olması, örgütteki karşılıklı ihtiyacın ortadan kalkması, bütün çalışanların her an vazgeçilebilecek bir konuma getirilmesi, kişilerde güvensizlik olgusunun güçlenmesine ve yabancılaşmanın oluşumuna yardımcı olmaktadır. Özellikle henüz sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçememiş olan toplumlarda, sadece mavi yakalı işgörenlerde değil, beyaz yakalı çalışanlarda da, örgüt veya toplum tarafından bilginin değerini gözardı eden yaklaşımların sergilenmesi sonucu yabancılaşma olgusu gündeme gelebilmekte ve kişiyi ürettiği şeyden gurur duyamaz hale getirmektedir.

Yabancılaşma duygusunu belirleyen en kritik nokta ise, çalışanın insan olarak ihtiyaçlarının farkına varması ve buna bağlı olarak çevreden beklenti içine girmesidir. Eğer ihtiyaçlarının karşılanmadığının farkında ve potansiyelinin bilincindeyse yabancılaşacak, bilincinde değilse kişi bu duyguyu hissetmeyecektir (Telman ve Ünsal, 2004; 80-81).

Yabancılaşma, iş ve aile ilişkilerinde bozulmalara, işe bağlılığın azalmasına, alkole sığınma veya uyuşturucu kullanmaya, psikosomatik ve psikososyal rahatsızlıklara (örneğin, güçsüzlük hissi, yalnızlık hissi, yönelimsizlik gibi), performansta düşüslere, yüksek işgücü devrine, iş yavaşlatmaya, strese, toplum düşmanlığına neden olma gibi istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

2. 6. 2. 2. STRES

Yaptıkları işe ilişkin olumsuz duygular besleyen çalışanların iş stresine maruz kaldıkları, böylece işe ilişkin duygularla iş stresi arasında bir ilişkinin olduğu bilinmektedir (Kuşdil, 2004; 2). İnsan metabolizması üzerinde, fizyolojik, sosyal ve psikolojik sistemlerde rahatsızlık yaratabilecek aşırı taleplerin sonucu olarak, metabolizmanın özgün olmayan tepkisi şeklinde tanımlanan stres, çalışanlarda, kalp, şeker hastalıkları, kanser, ülser, başağrısı, migren, cilt problemleri, fiziksel ve psikolojik dengesizler ve düzensizlikler gibi çok ciddi sonuçlara yol açtığı gibi verimsizliğe, tükenmeye, işgücü kaybına, işe ve

kendine yabancılaşmaya neden olabilmektedir (Selye, 1974; 27-32; Şengül, 1999; 5-6; Storey ve Billingham, 2001; 662; Aksu vd. , 2002; 2)

Bireysel nedenlerden de kaynaklanabilen stresin örgütsel nedenleri olarak; işin içeriğinden (fiziksel çalışma şartları, çok fazla veya az iş yükü, zaman baskıları, vardiyalı çalışma, karar verme), kariyer gelişiminden (ani ve aşırı yükselme, yükselememe, iş güvenliğinin olmaması, engellenmiş iş istekleri), örgüt yapı ve ikliminden (davranışlar üzerinde kısıtlamalar, yetki ve sorumluluk dağılımının net olmaması veya bu konudaki problemler, iletişim kopuklukları, ofis politikaları, yol göstericilerin olmaması gibi), örgüt içi ilişkilerden (üstler, astlar ve yanı seviyedeki iş arkadaşları ile zayıf veya kötü ilişkiler), örgüt içi rollerden (rol çatışması, rol belirsizliği, diğer kişilerden sorumlu olmak, kararlara katılımın olmaması) olarak sıralanabilir. Çalışanların yaşadıkları stresle baş edebilmeleri ve güçlenebilmeleri için iş yerinde iş doyumsuzluğuna neden olan etmenlerin kaldırılıp, sosyal destek çalışmaları ile desteklenmeleri gerekmektedir (Ekinci ve Ekici, 2003; 1).

2. 6. 2. 3. TÜKENME

Selye, organizmanın strese adaptasyon yeteneğinin sonsuz olmadığını, direnç aşamasında uyum sağlayamadığında tükenme aşamasına geçtiğini, ancak direnç aşamasında geçecek sürenin de kişiden kişiye değiştiğini bildirmektedir (Selye, 1974; 39).

Tükenme, kişinin aşırı çalışma sonucu işlerinin gereklerini yerine getiremez bir hale gelmesi ve duygusal olarak kendisini tükenmiş hissetmesidir. Maslach ve Jackson'a (1981) göre tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı duygusu olmak üzere üç farklı boyutta ele alınmaktadır. Buna göre (Köse ve Gülova, 2006; 256); duygusal tükenme, aşırı yüklenme sonucu kişinin kendisini yıpranmış ve enerjisini tükenmiş hissetmesi ve duygusal kaynaklardan uzaklaşması veya bu kaynakları tüketmesi anlamına gelmektedir. Duyarsızlaşma durumunda ise kişi, hizmet verdiği kişilere birer insan gibi değil de nesne gibi davranmakta, alaycı veya negatif tutumlar sergilemekte, katı veya duygusuz tepkiler ortaya koymaktadır. Duyarsızlaşma faktörünün insanlara direkt hizmet etmeyen mesleklerde tutarlı olarak ortaya çıkmadığı vurgulanmaktadır. Tükenmişlik duygusuna eşlik edebilen bir başka duygu durum ise

düşük kişisel başarı duygusudur. Düşük kişisel başarı duygusu ise kişide suçluluk ve yetersizlik duyguları ile birlikte kişinin kendisini olumsuz olarak değerlemesi söz konusu olmakta, kişi boşuna çalıştığını, işinde ilerleyemediğini, boşuna zaman harcadığını düşünerek, aynı zamanda kendi başarısına da gem vurmaktadır (Silah, 2001; 163).

3. BÖLÜM

HEKİMLİK MESLEĞİNDE İŞ DOYUMU

3. 1. HEKİMLİK MESLEĞİ

Hippokrates, tıbbi “insan sevgisinin sanatı” şeklinde ifade ederken tıbbi bir sanat gibi algılıyor, hekimi ise bu sanatın bir hizmetkarı olarak tasvir ediyordu. Hekimlik yemininin metninde ise, hekim olanlar ile olmayanların ayrımının yapılmasını sağlaması açısından, hekime doğru olan hareketleri, etik kuralları öğretmeye çalışıyor ve aynı zamanda bir hekim modeli oluşturarak ideal hekim olmanın yollarını göstermeye çalışıyordu (Tsapogas, 1987; 91). İnsanların acısını azaltmak ve hayatını uzatmak amacını güden hekimlik, yüzyıllar boyu dinsel kurumların ve askeri örgütlerin denetiminde kalarak, usta-çırak ilişkisi şeklinde sürdürülmüş ancak 1910 lu yıllardan sonra tıp eğitiminin dayanağı olan Flexner raporu ile bugünkü resmi boyutunu kazanmıştır. Günümüzde ise dünya üzerinde, yaklaşık 6 milyon hekim, 6 milyarın üzerindeki bir dünya nüfusuna hizmet vermekte, bu hekimler, sayıları 1800 den fazla olan tıp fakültelerinden; “profesyonel değerler, tutumlar, davranış ve etik”, “temel tıp bilgisi”, “iletişim becerileri”, “klinik beceriler”, “toplum sağlığı ve sağlık sistemleri”, “bilginin yönetilmesi” ve “kritik düşünme ve araştırma” gibi yedi temel alanda minimum öğrenme çıktılarını edinmiş olarak mezun olmaktadır.

Büyük ölçekli bir hastanede yaklaşık 400 değişik meslekten insanın görev aldığı, buna göre birbirinden çok farklı görev tanımlarının bulunduğu göz önüne alındığında, sağlık sisteminin en karmaşık birimleri olan hastanelerde, hekimlerin, yine tüm meslek gruplamaları dışında ayrı olarak ele alınmasını zorunlu kılmakta, bunun nedenleri ise şöyle sıralanmaktadır (Sur ve Eren, 2004; 47-48);

1. Hekimin yetki ve sorumluluklarının diğer mesleklerdekinden daha karmaşık ve çok boyutlu olması,
2. İnsan vücudu üstünde en riskli işlemlerin hekimler tarafından gerçekleştirilmesi,
3. Hizmetin ne kadar ve ne şekilde kullanılacağına nihayet hekimin karar verecek olması,

4. Kurum içinde tıbbi kayıtların tam, doğru olmasının ve mahremiyetine özen gösterilmesinin öncelikle hekimin sorumluluğunda olması,
5. Hastaya ve refakatçilerine hangi bilgilerin ve tavsiyelerin verileceğine karar vermenin hekimlerin önemli görevleri arasında olması,
6. Pahalı tıbbi teknoloji yatırımlarına olan ihtiyacın belirlenmesi ve yönetimin karar alması hekimin verdiği bilgilere dayanılarak yapılması, hastanenin kritik işlevleri arasında olan birçok şeyin hekime dayanması ve sağlık hizmetlerinin tarihine bakıldığında tüm tıbbi meslek gruplarının hekim kökeninden türemiş olması bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, bir hekimde bulunması gereken yetileri ise şu şekilde sıralamaktadır (Özvarış ve Sayek, 2005; 65-69);

- . Hastayı hem bir birey hem de ailenin ve toplumun bir üyesi olarak bütüncül bir yaklaşımla gören, uzun dönemli güvene dayanan bir ilişki içinde yüksek kalitede, tam, sürekli hizmet sunabilen bir hizmet sunucu,
- . Sunduğu hizmeti geliştirirken hangi teknolojinin uygulanmasının etik ve maliyet-etkin olduğunun seçimini yapabilen bir karar verici,
- . Etkili bilgilendirme ile sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesini sağlayabilen, böylece bireylere ve gruplara kendi sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için güç veren bir iletişimci,
- . Aralarında çalıştığı insanların güvenini kazanarak bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerini çakıştırabilen ve toplum yararına eylem başlatan bir toplum lideri,
- . Elde edilebilen sağlık verilerini uygun bir şekilde kullanarak, hastaların ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminin içinden ve dışından bireylerle ve organizasyonlara uyumlu çalışabilen bir yönetici olarak tanımlamaktadır. Görüleceği gibi buradaki tanım, hekimi, hem hizmet sunucu, hem karar verici, hem iletişimci, hem yönetici, hem de toplum lideri olarak ele almaktadır. Ancak hekim, basit bir şekilde yalnızca hizmet temin etmemekte, aynı zamanda hizmetin koşullarını belirlemekte, birey ve topluma iyi ve doğrunun ne olduğunu bildirmektedir (Hillier, 2001; 155). Hekimin görevi; tüm kişilerin sağlık durumunu yükseltme, iş verimini artırma, hastalıklardan koruma, hastalananları tedavi etme veya hastalığın gidişini yavaşlatarak hayatı uzatma, hastalık veya kaza sonucu sakat kalanları işe alıştırmak için bilgi üretme

ve bu bilgileri uygulamaktır. Görüldüğü üzere, hekimin görevleri yalnızca bilimsel ve teknik değil aynı zamanda sosyal ve moral unsurlarda içermektedir (Çivi ve Akman, 1990; 69).

Parsons hekimin rolünü; hastaların sosyal sorumluluklarını yerine getirmelerini sağlayan önemli bir fonksiyon olarak görmekte ve toplumun devamlılığı, bireyin sosyal rol ve yükümlülüklerini yerine getirmesine bağlı olduğu için hekim hastasının bir an önce iyileşip toplumsal beklentileri karşılar duruma gelmesinden sorumlu olduğunu, Szasz ve Hollender ise hekimin amacının, insanların hastalıklarla başa çıkabilme olanağını arttırmak olduğunu vurgulamaktadırlar (İşnas, 1998; 10-18).

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarına bakıldığında, diğer mesleklerin hemen hemen hiç birinde bulunmayan mesleğe özgü özellikleri görmek mümkündür. Bunlardan konu ile ilgili olarak en belli başlı olanlarını özetlemek gerekirse hekimin öncelikli görevi; hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumak, meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmek, yükümlülüklerini yerine getirebilmek için gelişmeleri yakından izlemek, görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkelere; yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkelerine dikkat etmek, hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik kökün, ırk, cinsiyet, yaş; toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin görevini yerine getirmek, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket etmek, hastanın ölümünden veya hekimle ilişkisinin kesilmesinden sonra bile hastanın sırlarını saklamak, ticari bir reklama araç olmamak, reklam yapmamak, çalışmalarına ticari bir görünüm vermemek, insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunmamak, mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleri ile koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurmak; hastaların tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulamamak, diğer hekimlere veya tetkik-tedavi kuruluşlarına maddi çıkar karşılığı hasta göndermemek, hasta sağlamak amacıyla aracı kişilerden yararlanamamak, endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kurmamak, kendi meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek mensupları ile iyi ilişkiler kurmak,

meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunmamak, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korumak, danışma ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için; hastanın izlenmesi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekimin, durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmek, konsültan hekim olarak hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumlu olmak, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında, hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlamamak, hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanmamak. Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir ancak ikinci bir hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta ve hastanın anlayabileceği tarzda bilgilendirme yapmalıdır.

Hekimlik mesleğinin, profesyonel hizmet veren nitelikte ve aynı zamanda fedakarlık, dürüstlük, tutku, yükümlülükler, davranışlar ve bütünlük gibi değerleri içeren bir değerler kümesine sahip olduğu ve hekimlerin “iş ve rol gereklerinin” yönetim yapısından ziyade değerler, normlar, etik kurallardan ve profesyonelliğin kendi kodlarından ortaya çıktığı anlaşılmaktadır (Hampton ve Hampton, 2004; 1044; Hampton ve Hampton, 2002; 3 ; Lawrence, 2005; 439). Profesyonellik ise profesyonellik ile bağlantılı sosyal davranışlarla beraber iş odaklı davranışları ele almakta; yüksek düzeyde uzmanlık, otonomi veya her bir görevin kontrol edilmesi özgürlüğü, işe bağlılık, meslektaşlarla özdeşleşme, etik değerler sistemi ve standartların korunması gibi iş odaklı davranışlar üzerine yoğunlaşmayı içermekte ve profesyonel kişinin statü, güç veya istihkaklar yerine yüksek düzeyde belirsizlik ve karmaşıklık içeren özel görevleri yerine getirmesi olgusunda temellendiği belirtilmektedir (Southon ve Braithwaite, 1998; 25).

3. 2. TÜRKİYE’DE HEKİMLERİN DURUMU

Dünya Bankası Raporunda (2003) Türkiye’deki hekimlerin durumunu net bir şekilde ortaya koyan pek çok sorunun varlığı dikkat çekmektedir. Bunlar;

- Sağlık sistemimizde belli başlı bir insan kaynakları programının olmaması,
- Sağlık hizmeti verenlerin, hizmet için yeterli temel eğitimi alamaması
- Akademisyen ve mesleki öğretmen sayısında yetersizliklerin olması,
- Hekimlik hizmetlerini destekleyecek tedarikçi hizmetlerde hekimlere oranla sayıca eksiklikler olması,
- Maaşların yetersiz olması,
- Terfilerin performansa dayalı olmaması,
- Bölgeler arası hekim dağılımında dengesizliği giderecek teşviklerin yeterli olmaması,
- Bölgedeki nüfus ve yatak sayılarının dikkate alınıp, çalışanların iş yükünün dikkate alınmaması,
- Atamaların ve işe alınmanın merkezden yapılması,
- Atamalarda ve işe almalarda beceri, yetenek ve görelî üstünlüklere yönelik standart süreçlerin olmaması,
- Sağlık çalışanlarının yetki ve sorumlulukları ile ilgili yasaların eski olması,
- İş tanımlarının tam ve belirgin olmaması,
- Hizmet içi eğitim programlarının koordine edilmemesi gibi, sağlık sistemindeki İnsan Kaynağı ile ilişkili temel sorunların varlığına işaret edilmekte ve günümüzde de aynı sorunlar halen devam etmekte, hatta 1993 yılında yapılmış olan araştırmada dahi benzer sorunların ortaya konulduğu gözlemlenmektedir. Buna göre hekimlerin genel sağlık sorunlarına bakışını değerlendiren araştırmada hekimlerin, en önemli gördükleri beş sorun şu şekilde sıralanmaktadır (Bakır vd. , 1993; 7-10);
- Ulusal Sağlık Politikasının olmayışı (%21.8),
- Genel Bütçeden sağlığa ayrılan payın düşüklüğü (%16.2),
- Genel Sağlık Sigortasının olmayışı (% 10),
- Çok sayıda Tıp Fakültesinin açılması (% 7.1),
- Sağlık Personelinin maaşları (%7.1) şeklinde sıralanmaktadır.

Ülkemizde Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda yaklaşık 10.000 kişiye bir hekim düşerken, bugün 700 kişiye bir hekim düşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ise gelişmekte olan ülkelere, hekim gereksiniminin her 1000 kişiye bir hekim olarak hesaplanması gerektiğini

önermektedir. Yani halihazırda ülkemizde hekim açığı bulunmamaktadır (Erdener, 2008). Ülkemizde Tıp Fakültelerinden her yıl yaklaşık 4500-5000 hekim mezun olmakta ancak nitelik bakımından istenilen kalite düzeyinde yetiştirilip yetiştirilmediği konusunda tartışmalar sürmekte ve bazı gerçekler ortaya konulmaktadır (Dünya Bankası, 2003). Buna göre, örneğin, A.B.D. de bir tıp fakültesi öğrencisine 3.18 öğretim üyesi düşerken, Türkiye’de 12 tıp fakültesi öğrencisine 1 öğretim üyesi düşmekte, üstelik bu rakamlar Türkiye genelini temsil ettiğinden, daha az sayıda öğretim üyesine sahip olarak mezun olan hekimlerimiz de bulunmaktadır. Tıp eğitimi gibi neredeyse birebir bir eğitimi gerekli kılan ve insan hayatına yönelik meslek erbabı yetiştirmek, sadece niceliksel artışlar ile hekim enflasyonu yaratılarak başarılması mümkün görünmemektedir. Hekim sayısının gerekli şartlar yerine getirilmeden arttırılarak, hekim enflasyonunun yaratılması, sadece hekimlerin düşük ücretlerle çalıştırılmasına yarayacaktır ki bu durumda, hekimlerin vermiş olduğu hizmet karşısındaki elde ettikleri maddi ve manevi getirileri küçülterek hem hekimlerin iş doyumunu, hem de hasta tatminini düşürebilecektir. Esas itibari ile ulusal bir sağlık politikasının olmamasının yol açtığı bu duruma ek olarak, hekim meslek örgütlerinin kendi üzerlerine düşen görevi de tam anlamı ile yapmaması, Türkiye’deki hekimlerin çalışma şartlarını etkilemektedir (Kasapoğlu, 1999; 354-355). Oysa ekonomik faaliyetleri yönlendiren güç; değere dönüştürülebilen bilgi olarak ifade edilen entelektüel varlıklar ve özellikle teknik bilgi ve yeterlilik açısından insan sermayesidir (Ertuğrul, 2000; 3; Bukh, 2001; 91). Buna rağmen özellikle, sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçmekte zorlanan ülkelerde bilgiye ve bilim insanına gereken önemin verilmemesi ve gerektiğinde sadece politika malzemesi olarak kullanılması bilim ile uğraşan insanları hem kendisine hem de topluma küstürebilmekte ve bu durumdan ise en fazla o ülkede yaşayan insanlar zarar görmektedir. Günümüz kalkınma literatürünün en fazla üzerinde durulan konularından biri olan insan sermayesi yaklaşımı da, bireyin verimliliği ve niteliklerinin gelişimine vurgu yaptığı halde, hizmet üretimi ve özellikle ülkemizde sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, sağlık hizmetlerinin, direkt olarak bilginin değere dönüşümü olarak ele alınmaması ve “sağlık sektörü hedefleri ve/veya problemleri irdelenirken insan kaynakları konularının sağlığın finansman, verimlilik-etkinlik ve tıbbi performans konularının ardından irdelenmesi, sağlık hizmetlerinde amaçlanan hedeflere ulaşmanın ancak insan kaynağı ile mümkün olduğunun” (Arbak ve Kesken, 2005; 34),

gözardı edildiğinin en büyük kanıtıdır. Oysa sağlığına kavuşmuş olan her bir hastanın ekonomik değeri bulunmakta ve bu değer hekimler ve diğer sağlık çalışanları tarafından yaratılmaktadır. Halkın sağlık hizmetleri vasıtası ile tatmin edilmesi gerçekten bekleniliyorsa, öncelikle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının iş doyumlarının sağlanması gerekmektedir. Çünkü artık geleneksel “verimlilik” anlayışı, yani en az maliyet ile en fazla çıktı elde edilmesi anlayışının yerini artık “etkililik” “etkinlik” kavramları almış bulunmaktadır. Etkililik kavramı ise özünde çalışanların benlik gereksinmelerinin karşılanmasını, örgütün amaçlarına ulaşmasında birinci dereceden önemli faktör olarak gören yönetim anlayışı olarak ele alındığında, çalışanların yaptıkları işten ne derecede doyum sağladıkları büyük önem kazanmaktadır (Kasapoğlu, 1999; 358).

3. 3. HEKİMLERİN İŞ DOYUMU

Rekabetin hızla arttığı piyasa koşullarına işletmelerin uyum sağlayabilmesi, yalnızca finansal varlıklara sahip olması ile değil, aynı zamanda entelektüel sermayelerini etkin bir biçimde kullanabilmesi, güçlendirebilmesi ve yönetebilmesi ile mümkün olmaktadır (Şamiloğlu, 2002; 67). Özellikle hizmet işletmelerinde işgörenlere verilen değer, saygı ve itibarın iş doyumunu ile doğru orantılı olarak beraberinde müşteri tatminini, daha da ötesinde müşteri sadakatini sağladığı ortaya konulmuştur (Struebing, 1996; 29). Hekimin iş doyumunu, başta sağlık hizmetlerinin kalitesi olmak üzere, sağlık hizmetlerinin devamlılığı ve sağlık hizmetlerinin maliyeti açısından üzerinde daha fazla durulması gereken bir konudur. Hekimin iş doyumunun olmaması, maliyetler, kalite ve sağlık hizmetleri çıktıları üzerinde ters etki yaratabilecek, iş doyumunu olmayan hekim mesleğini icra ederken daha pahalıya mal olabilecek ve daha fazla sayıda hastayı havale edebilecek, hasta sürekliliği düşecek, daha az sayıda hasta alıkonulabilecek ve yönetim giderleri de artacaktır (Grembowski, 2003; 383-387).

Hekimin vermiş olduğu hizmet kişiseldir ve karmaşıklık ve belirsizlikler içeren yoğun bir çabalamayı gerektirmektedir. Mesleğin büyük bir sorumluluk gerektirmesi, meslek hayatı boyunca sürekli olarak rahatsızlığı veya sıkıntısı olan insanlarla birlikte olması ve hem hasta hem de hasta yakınları ile tek tek uğraşmak durumunda kalması, hastaların sakat

kalma olasılıklarının ve tedavi süreci ve sonrasında başarısızlık olabileceği endişesinin yaratmış olduğu sürekli kaygı ve endişe durumları, tek başına başkalarının hayatını etkileyen karar vermenin kişiye yüklediği ruhsal zorlanmalar, özel yaşamları ile iş yaşamlarının iç içe geçmişliği nedeni ile özel yaşamın sık sık kesintiye uğraması, tüm bunlara ilave olarak yönetim ve organizasyondaki aksaklıklar, personel ve donanım eksikliği, düşük ücretler, mecburi hizmetler, vardiya çalışması, kurum dışı geçici görevlendirmeler gibi uygulamalar, halk arasında, sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların sorumlusu olarak hekimlerin hedef gösterilmesi ve yetersiz ücretlerle tıp bilimindeki yenilikleri takip etmenin zorlukları, hekimlerin iş doyumsuzluğuna neden olabilecek başlıca etmenlerdir.

Literatürde, hekimlerin iş doyumu, genellikle mevcut sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin verildiği çevre ve hasta bakımı ile ilişkilendirilmekte, yüksek derecede iş doyumu ise hekim-hasta uyumu ile birlikte anılmaktadır (Kirsten vd. , 2004; 1806; Williams vd. , 1999; 1141). Hekim-hasta uyumu hekimlerin iş doyumu ile ilişkili olmakta ve hasta tatminini etkileyen birincil etken olarak gözükmekte, hasta bağlılığı, hasta memnuniyeti ve öngörölmüş uygun tedavinin gerçekleştirilmesi, hekimlerin iş doyumu ile ilişkilendirilmektedir (Grembowski vd. , 2003; 383). Bununla birlikte sahip olunan otonomi, örgütsel etkiler, profesyonel ilişkiler, kendilerine ayrılan kişisel zamanlar, yapılacak iş için gerekli olan eğitim hazırlıkları, hasta eğitimi için gerekli olan öğretici rolleri ve ücretler ise hekimlerin iş doyumunda belirleyici olmaktadır (Kirsten vd. , 2004; 1806; Williams vd. , 1999; 1152). Hekimlerin, özellikle son on yıldır otonomilerinin azalmış olması, idari sorumluluklarının ve yüklerinin artması, daha fazla zaman baskısı altında olmaları, kişisel zamanlarının ve ailelerine ayıracak zamanlarının kalmaması, yönetim tarafından öngörölmüş kısıtlanmış davranışlara uymak zorunda olmaları, hasta tatmininin sağlanması, hastanın tıbbi tedaviye katılımı, diğer sağlık personelinin morali, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi konularda hekimlerin iş doyumlarının etkilendiği ortaya konulmuştur (Bovier ve Perneger, 2003; 299). Hekimlerin iş doyumunun ölçümünde şahsa ait zamanları, stres düzeyleri, mesleki saygınlıkları, ücret ve terfi olanakları, iş ortamı, personel durumu, yönetim uygulamaları, profesyonel ilişkiler, profesyonel zaman, hastaya verilen hizmet, hasta ile ilişkiler gibi unsurların önemine özellikle dikkat çekilmiştir (Shugars vd., 1991; Wells vd. , 1999; Williams vd. , 2002; Roth vd. , 2003).

Hekimlerin iş doyumlarının hasta bakımı, mesleki ilişkiler, kişisel ödüller, gelir ve prestij ile yüksek derecede ilişkili olduğu, idari işlerle geçirilen zamanın, kadın hekimlerde ise fazla iş yükünün iş doyumunu olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur (Bovier ve Perneger, 2003; 302). Artan uzmanlaşma çabaları, artan idari görevler ve sağlık hizmetlerinin yönetimi, fazladan çalışma saatleri, fazla sayıda vak'alarla karşılaşma, özel hayat ve iş hayatı arasındaki karışıklık ve iç içe geçmişlik, algılanan iş taleplerinin fazla olması, zaman baskısı altında çalışma zorunluluğu, zihinsel çaba gereklerinin vermiş olduğu zihinsel yorgunluk, meslektaşlardan herhangi bir desteğin olmaması, özellikle ileri yaşlarda uykusuzluk ve fiziksel bitkinlik, hekimler arasında tükenme sendromunun yaygınlık kazanmasında önemli mesleki faktörler olarak görülmekte ve hastanelerde görev yapan hekimler arasında daha yoğun olarak görülmektedir (Panagopoulou vd. , 2006; 195-198).

Literatürde farklı görüşler olsa da, işgören verimliliği, etkililiği, işe devamlılığı, işe bağlılığı ile yakından ilişkili olduğu düşünülen iş doyumunu (Breth vd. , 1995; 269; Çetinkanat, 2000; 2; Oshagbemi, 2000; 3), Türkiye'de, sağlık hizmetlerinde sıklıkla çalışılan bir konu olmuştur (Musall vd. , 1995; 2; Şahin ve Batıgün, 1997; 58; Piyal vd. , 2000; 241; Erigüç ve Yıldırım, 2001; 183; Aslan ve Akbayrak, 2002; 30; Yüksel, 2003; 132; Çelen vd. , 2004; 295). Hekimlerin sorunları üzerine yapılan bir çalışmada, hekimler, mesleki saygınlıklarının olmadığını ya da azaldığını (%97.55), araç gereç olanaklarının yetersizliğini (%81), diğer sağlık çalışanlarının nitelik ve nicelik olarak yetersizliğini (%86), sorun olarak belirtmişlerdir (Erdinç, 1992; 18-19). Ankara Tabip Odasının yapmış olduğu başka bir çalışmada ise hekimlerin %71 i geçim gücü içinde olduklarını, %68.2 si hekim olarak çalışmalarının işe yaramadığını, %62.2 si iş sürecinde nadiren yaratıcı olabildiklerini veya hiç yaratıcı olmadıklarını, %61.9 u beklentilerine ulaşamadıklarını, %50.3 ü hiçbir şekilde yönetime katılamadıklarını, %32.1 i mesleki açıdan köreldiklerini ve gelişemediklerini, %24.4 ü ise iş ortamında yalnız kaldığını veya sürtüşmelerin olduğunu belirtmişlerdir (Birinci, 1999; 10-11). Hekimlerin çalışma koşullarının, ücret ve ödüllendirme sisteminin iyileştirilmesi gerektiği çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (Kurçer, 2005; Karlıdağ vd., 2000; Saygun vd. 2008)

Hekimlerin Çalışma Koşullarının İş Psikolojisine Etkisi adı altında yapılan bir araştırmanın bulguları hekimlerin bazı sorunlarını açık bir şekilde sergilemektedir (Kasapoğlu, 1999; 313-314). Bu araştırmaya göre hekimler, çok yüksek oranlarda, çalışmalarının bir işe yaramadığını, % 10.1 i yaptığı çalışmalar sonucunda bir iş başarma ya da iftihar duygusu hissetmediğini, yalnızca %18.3 ü ise hiçbir zaman bu duyguya sahip olmadığını, %18.3 ü çabalarının karşılığını tamamen aldıklarını ifade etmekle beraber, literatürü gereğince izleyemeyen, aralarında yeterince dayanışma olmayan, çalıştıkları ortamda yönetime katılamayan, gereğince gelişme kaydetmediğini düşünen, yaratıcılığını sergileyecek koşullara sahip olmayan, temel gereksinmelerini ancak karşılayabilecek düzeyde ekonomik koşullara sahip, istediği faaliyetler için yeterince boş zaman bulamayan, hayallerini gerçekleştirmekten uzak ama yine de yaşama bağlı olduklarını belirtmişlerdir. Bu kadar çok sayıda sorunu bir arada ve oldukça yoğun yaşayan herhangi bir meslek grubunun verimli ya da etkin olabileceği düşünülmemeyeceği gibi tüm koşullar göz önüne alındığında, hastaların yanlış tedaviden, gerekli muayenenin yapılmamasından, iyi muamele görmemekten yakınmaları kadar, hekimlerin de hasta yığılmalarından, eleman yetersizliğinden, aşırı çalışmadan ve nöbetlerden, hasta yakınlarından dertli olduklarını belirten ve gündelik kitle iletişim organları ya da medyaya malzeme olan sorunlarını anlamak güç değildir (Kasapoğlu, 1999; 314-347).

Ülkemizde, gelişmiş ülkelerdeki hekimlerin maruz kalmadığı ve hekimlerin iş doyumuna etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Örneğin ülkemizde yaşayan insanların eğitim seviyeleri arasında uçurumlar bulunması hekim ile hasta arasında iletişimde problemler yaşanmasına yol açabilmekte, bu durum hekim ve hasta açısından karşılıklı tatminsizliklere yol açabilmekte, özellikle nüfus yoğunluğu fazla olan bölgelerde çalışan hekimlerde ise aşırı iş yükü söz konusu olmakta ve ücretler ise gelişmiş ülkelerle kıyaslanmayacak derecede düşük kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde insan kaynağının hem en temel sorunlardan biri, hem de pek çok sorunun çözümü olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2000 tarihli raporunda insan kaynağının önemini belirten metinde de, insan sermayesinin, sadece bugün geçerli olan çalışma koşulları, gelirler ve yönetsel uygulamalar ile güdülenmediği, aynı zamanda geçmiş deneyimlerine dayanarak,

kendilerini gelecekte etkileyeceklerini düşündükleri koşullar ile de güdülenme eğiliminde olduklarını, çalışanların, gelecekteki ücretlerinin ve çalışma koşullarının kötüleşeceği yönünde bir inanca sahip olmaları durumunda, iş ile ilgili kararları ve motivasyonları bu inanıştan etkilenecek, kolaylıkla daha yüksek oranlarda düşük motivasyon ve performans döngüsüne neden olabilecek özellikler sergileyecekleri belirtilmektedir. Kişi, içinde bulunduğu çevreden ayrı olarak temel gereksinimleri ile geçmişin etkileri, geleceğin beklentileri altında güdülenmekte ve kişinin geçmişi bir çeşit öğrenme ve düşünme fonksiyonu olarak görülmekte, buna göre kişi gelecek için bir takım beklentilere girmektedir (Tatlıdil, 1983; 9). Mevcut olumsuz koşullar ise hekimler için geleceğin gölgesi olabilecek özelliktedir.

3. 4. HEKİMLERİN İŞ DOYUMUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Hekimlerin çalışma süreleri ve biçimleri, otonomi ihtiyaçları, insanlarla ilişkili mesleklerdeki sorumluluklar ve getirdiği stresler, zaman baskıları ve aşırı iş yükü, örgütsel ve yönetsel pek çok faktör, rol sorunları, tedarikçi birimler, ücretler, eğitim ihtiyaçları, hastane ortamında çalışma, performansa göre ücretlendirmeler, mesleki riskler, tanınma ihtiyacı, duygu işi, objektif ve subjektif başarı faktörleri, kamu ve özel sektörde çalışma şartları gibi faktörler hekimlerin iş doyumuna etki etmektedir.

3. 4. 1. HEKİMLERİN ÇALIŞMA SÜRELERİ VE BİÇİMLERİ

Sağlık hizmetlerinin “süreklilik” özelliğinden dolayı, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin gece ve tatil günlerinde de çalışması gerekmekte, dolayısıyla diğer meslek mensuplarından farklı olarak hekimler, çalışma saatleri ile sınırlanmayan bir sürede ve biçimde mesleklerini uygulamak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle sağlık personelinin çalışma ve dinlenme sürelerinin düzenlenmesi sağlık çalışanlarının en önemli sorunlarından biridir. Çünkü çalışma ve dinlenme süreleri, sağlığı, iş verimini ve iş doyumunu, aynı zamanda çalışanların ve ailelerin sosyal durumu ve genel iyilik hali ile de ilgili olduğundan, halka sunulan sağlık hizmetinin niteliğini de doğrudan etkilemektedir. Hekimler, normal çalışma dışında, nöbet, vardiya, icapçı görev ve zorunlu hizmetler gibi farklı süre ve biçimlerdeki yükümlülüklerle görev yapmaktadırlar.

3. 4. 1. 1. NORMAL ÇALIŞMA

Türkiye’de devlet memurlarının haftalık çalışma süresi, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99. maddesine göre Cumartesi ve Pazar günleri çalışmamak üzere toplam 40 saat olarak belirlenmiştir (www.kdh.gov.tr/hukukbelgeler/egitim/DMK_odev.doc). Ancak kamuda çalışan sağlık personeli için bu süre, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Çalışma esaslarına Dair Kanunun 2. maddesi ile 45 saat olarak belirlenmiş (www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/bilgilendirme_notu.pdf), yine bu maddeye göre kamuda çalıştığı halde ayrıca özel hekimlik yapan personel için bu süre 40 saat olarak belirlenmiştir. İşçilerin haftalık çalışma süresi ise 1475 sayılı İş Kanununun 61.maddesine göre en çok 45 saattir. Yani beden gücü ile çalışan mavi yakalı işçiler ile, hem beden hem beyin gücü ile çalışan sağlık personelinin çalışma süreleri aynı olmaktadır.

Normal çalışma süresi içinde, özellikle devlet hastanelerinde çalışan hekimlere uygulanan rotasyon uygulamaları ise hekimlerin, hekim açığı bulunan diğer sağlık merkezlerine, kadro yerlerinde bir değişiklik olmaksızın, belirli sürelerle (günlük, haftalık, aylık veya sadece gece nöbeti tutmak üzere) gönderilmesidir. Böyle durumlarda hekim, rotasyon için gittiği sağlık merkezindeki farklı uygulamalar, farklı personel ile çalışma ve farklı teknolojik altyapıdan (genellikle eksik olan tıbbi teknolojiden) dolayı bazen iş yapamaz hale gelebilmekte ve özellikle uzman hekimden beklenen verim elde edilememekte üstelik bu uygulama ile amaçlanmış olan hasta memnuniyetinin sağlanması da zor görünmektedir.

3. 4. 1. 2. NÖBET, VARDİYA VE İCAPÇI GÖREVLER

Sağlık hizmetlerinin sürekliliği esası gereği, hekimler ve diğer sağlık hizmeti verenler için, gece göreve çağrılmaları, gece çalışmayı ve vardiyalı çalışmayı gerektirmektedir. 13.01.1985 tarih ve 17297 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nin 41. maddesine göre nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek

amacını gütmekte ancak bu tanım, hem tıbbi uygulama açısından, hem de lkemizde nöbetin acil olgular yanı sıra normal poliklinik hizmetlerini de kapsaması nedeni ile eksik kalmaktadır (Yenimahalleli, 1999; 107).

Bundan başka, hekimlerin normal çalışma süresi, nöbet ve vardiya çalışma şekli dışında, gece veya gündüz, bulunduğu yerden her an ağrılabilceği şekilde göreve hazır olması anlamında icapılık görevi bulunmaktadır. Bu görev özellikle yataklı tedavi kurumlarında yaygın olmasına rağmen nüfusu az olan kırsal yreler ile büyük sağlık merkezlerinden uzak yerlerde de söz konusu olabilmektedir. Hekim tam gün boyunca göreve hazır beklediği halde göreve resmen ağrılmadığında, bu sürenin çalışılmış saat olarak kabul de mümkün olmamaktadır. İcapı görevi, sağlık personelinin çalışma süresini uzatmakta, çalışma düzenini sarsmakta ve çalışma süreleri arasındaki dinlenme sürelerini dzensizleştirmektedir.

Hafta sonlarını da kapsayan nöbet ve vardiyalı çalışma düzeni, sağlık personelinin aile yaşantısı ve sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etki yaratabilmekte, uyku düzeni başta olmak üzere diğer fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını göremez hale getirebilmekte, bu durum ise iş doyumunu ve motivasyonu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu konuda Almanya'da yapılan bir araştırmaya göre, vardiya çalışmasının sağlık personeli üzerinde baş ağrısı, biyoriitm bozukluğu, sırt ağrısı, gastrik ülser, mide bulantısı, bacak ağrısı, iştah kaybı, uykusuzluk ve uyku bozukluğu, asteni, genel bitkinlik gibi rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmiştir. Genel olarak gençlerin vardiya düzenine daha kolay alıştıkları bilinmektedir (Baltaş, 1990; 70). Akerstedt ve Torsvall, vardiya usulü çalışanların, gündüz işi veya tek vardiya usulü çalışanlara kıyasla, daha çok sürekli uykusuzluk, keyifsizlik, sindirim bozuklukları ve sosyal yaşam düzensizliklerinden şikayetçi oldukları, bu durumun ise kişinin sosyal rollerini yerine getirememesine ve rol karmaşası yaşamasına, strese ve yüksek tansiyona neden olduğu belirtilmiştir (şengül, 1999; 56).

3. 4. 1. 3. ZORUNLU HİZMETLER

rn retiminde bulunanlara zorunlu mal üretimi yükümlülüğü getirilmezken, hekimlik başta olmak üzere, bazı hizmetlere dönük mesleklerde, zorunlu hizmet yükümlülüğü bulunmaktadır. Üstelik zorunlu hizmet kapsamında hekimlerin görev yaptığı

merkezlerde, birtakım teknik ve altyapı yetersizlikleri hekimlerin görevlerini gereği gibi yerine getirememelerine, hastalara yeterince faydalı olamamalarına ve hekimlerin kendilerini geliştirememelerine, hatta köreilmelerine neden olmakta, bu durum ise zorunlu yerlerde görev yapan hekimlerin iş doyumsuzluğuna neden olabilmektedir.

Tıp eğitimi boyunca herhangi bir burs almamış ve eğitimlerini sadece kendi imkanları ile tamamlamış olan hekimler de dahil olmak üzere, uzmanlık öncesi ve uzmanlık sonrası iki ayrı dönemde mecburi hizmet ile yükümlendirilmeleri söz konusu olmakta, bu da hekimin yaklaşık 35 yaşından önce mesleğini istediği şekilde ve yerde icra edememesi anlamına gelmektedir. Oysa yine Türkiye’de çok daha kısa eğitim aldıkları halde bazı mesleklerde (görev güçlüğü, yıpranma payı, alınan eğitimin emeklilikten sayılması gibi avantajlar sayesinde) 38 yaşlarında emekli olabilen meslekler bulunmakta ve Türkiye’deki ortalama yaşam süresinin zaten 68-69 yaş olduğu düşünüldüğünde, hekimler için konu daha da acıklı hale gelmektedir. Uygulamalardaki bu tür adaletsizlikler hekimlerin iş doyumunu ciddi bir şekilde etkilemektedir. Etzioni (1964) de zora dayanarak güç kullanan örgütlerin çalışanlarının “yabancılaşacağını” vurgulamaktadır (Sağlam, 1979; 100-101).

3. 4. 2. OTONOMİ İHTİYACI

Medikal yetkinlik, kısmen Freidson’un (1986) “formel bilgi” olarak isimlendirdiği bilgi üzerine temellenmekte ve genel olarak da bu bilgi çerçevesinde meşruluk kazanmakta ve formel bilginin insana ilişkin olayları düzene koymada ve kullanımında güç uygulamasını, obje olanlar üzerinde egemenlik fiilini de içermektedir (Scambler, 2001; 128). Bu yüzden hekimlikte otonomi* hem mesleğin gereği olarak hem de iş doyumunu açısından önemli olmakla beraber hekimler, tarihsel olarak da kendi işlerinin düzene konulmasında özgürlük ve yönetim politikalarında söz sahibi olma konusunda ısrarcı olmuşlardır (Hampton ve Hampton, 2004; 1045).

* Otonomi: 1. Başka bir kişi ya da durumdan bağımsız karar verme, kendi kendini yönetebilme yetisi. Yunanca’dan gelen “auto” (öz, kendi kendine) ve “nomos” (kural, yasa) kelimelerinin birleşiminden oluşur. 2. Başka kaynaklara başvurmaksızın kendi gücünü kullanarak olayların ve zorlukların üstesinden gelme yeteneği; özerklik.

Hekimlerin sahip olduğu otonomi, gelişmiş ülkelerde pek çok tartışmaya ve araştırmaya neden olmaktadır. Hekimlerin otonomisi, yapılan işin teknik ve sosyal organizasyonu ve işin ekonomik boyutu üzerinde söz sahibi olmak olarak tanımlanmakta ve hekimlerin otonomisi olup olmamasından çok, ne kadar otonomiye, işlerinin hangi yönüyle ihtiyaç duyduklarının saptanması önemli olmakta ve genel olarak aşağıda belirtilmiş olan alanlarda hekimlerin otonomi istekleri sıralanmaktadır (Sur ve Eren, 2004; 49; Kılıç, 2000; 465);

- Hiyerarşik yönetimden uzak olarak mesleklerini icra etmek,
- Birey olarak hastayı reddedebilme hakkı,
- Uzmanlık alanının ve çalışma yerinin seçimi,
- Tıbbi görevlerinin niteliğini ve miktarını kontrol edebilme hakkı,
- Diğer sağlık mesleklerine öncülük yapmak ve koordine çalışmak,
- Tıp bilgisinin önde gitmesi,
- Verilen tedavi ve bakımın değerlendirilmesidir.

Drucker'ın da belirttiği gibi, içinde, hem işletme yönetimi hem de profesyonel mesleki grupların bulunduğu örgütler “iki başlı canavar” olarak nitelendirilebilir (Kılıç, 2000; 463). Çünkü profesyonellerin örgüt içerisinde istihdamında, hem meslek mensubu birey hem de istihdam eden örgüt bakımından önemli sonuçları vardır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi profesyonellerin işlerini yaparken zaman zaman çalıştığı örgütün kurallarıyla çatışmaya yol açabilecek otonomi gereksinimidir (Kılıç, 2000; 463). İşin iddialı, zor ve karmaşık olması, yapılması için otonomi ve özgürlük gerektiren bir iş olması, rutin işlerin aksine, sorumluluk ve inisiyatif kullanmayı gerektirmektedir. Profesyoneller yapmış oldukları işin nihai sorumluluğunu da üstlendiklerinden, kendilerinden talep edilen işlerde uygun kararlar verebilmeleri için onların tam bir serbestlik ve otonomi içinde çalışmaları gerekmektedir (Southon ve Braithwaite, 1998; 24). Otonomi ve geri besleme gibi iş özellikleri, iş doyumu ve çalışan performansını artırıcı, işten ayrılmayı azaltıcı yönde etki yapmakta ve işe ilişkin otonominin mevcut olmaması verilen hizmetin kalitesini de düşürebilmektedir. Kornhauser'e göre de bir mesleğin temel işlevi, çabuk ve kolay çözümler için baskılarla karşılaşıldığında bile, mükemmelliğin standartlarını koruyabilmektir (Kılıç, 2000; 464). Birçok hekim ise, sağlık hizmetlerindeki pazar rekabeti yüzünden iş doyumlarının azaldığını, meslekteki

otonomilerinin azaldığını, yönetsel ağırlıklarının arttığını, daha fazla zaman baskısı altında kaldıklarını, potansiyel kazançlarının azaldığını, mesleki hata davalarının ise tehdit oluşturduğunu düşünmektedir (Grembowski, 2003; 383). Hekimliği özel olarak icra edenlerin bürokratik otonomilerinin (hasta seçimi ve zaman tahsisi açısından) ve klinik otonomilerinin (hasta bakımı için karar mekanizmasının kullanılması açısından) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Grembowski, 2003; 384).

Ülkemizde ise hekimlerin hiyerarşik yönetimden uzak olarak mesleğin icra edilebilmesi, ortaya koyacağı iş ile ilgili kaliteli teçhizat ve malzemenin temininde söz sahibi olabilmesi, uzmanlık alanının sınavsız ve hekimin isteği şekilde kendisinin seçebilmesi, kendi çalışma yerini kendisinin seçebilmesi, hastayı reddedebilmesi, sadece bakabileceği sayıda sayıda hastayı kabul etmesi çok zor görülmektedir. Tüm bu unsurlar hekimlerin iş doyumuna olumsuz etki edebilmektedir.

3. 4. 3. İNSANLARLA İLİŞKİLİ ÇALIŞMA VE STRES

İşin doğası gereği olarak özellikle insanlarla ilişkili olan mesleklerde potansiyel bir stresin olduğu, pek çok araştırmacı tarafından da ortaya konulmuştur (Storey ve Billingham, 2001; 659). İnsanlarla ilişkili mesleklerde sosyal baskının daha fazla olması, özellikle insan sağlığını ilgilendiren ve diğer kişilerin hayatları ile ilgili sorumlulukların tek başına yüklenildiği mesleklerde, çalışanın daha fazla stres algılaması ve iş doyumunun bundan olumsuz etkilenmesi mümkündür. French ve Caplan'ın yaptığı çalışmada sorumluluk yükünün, stresin en önemli kaynaklarından biri olduğu ve profesyonel kadrolarda bu stres türü ile daha sık karşılaşıldığı, insanlara karşı olan sorumluluğun, finans, hammadde, malzeme gibi şeylere olan sorumluluktan çok daha fazla strese yol açtığı vurgulanmıştır (Şengül, 1999; 80). Yüksek risk yüklenmenin getirdiği psikolojik baskı, aşırı rol yüklenme, ağır sorumluluklar ve zayıf çevresel koşullar hekimlerin iş doyumuna olumsuz etkide bulunabilecek etmenlerdir. Örneğin sağlık hizmetleri dışındaki hizmet sağlayıcıları, çok nadiren hekimlerin hergün yerine getirdikleri aşırı hizmet rollerine bürünmektedirler. Örneğin, aynı anda hem hastaya bakmak, hem hastanın endişeli aile üyeleriyle görüşmek, hem, bir başka hastayı ölümcül bir hastalık teşhisinden haberdar etmek veya kendi kiloları konusunda hassas olan başka

bir hastaya uygun bir dil ile kilo vermeleri gerektiğini tavsiye etmek veya bir başka hastanın çok özel hayatı ile ilgili bilmesi gerekenleri hastanın ağzından alabilmek gibi. Meslek hayatı boyunca sürekli olarak, hastalık, acı, endişe, korku, stres karışımı bir durum ile gelen müşteriye hizmet etmek, hizmet sektörünün hiçbir dalındaki müşteri davranışlarına benzemeyen bir müşteri kitlesi ile baş edebilmek, “hem “kişisel huzur” bağlamında hem de “sürekli olumsuz duygu deneyimlerinin” kişinin üzerinde bıraktığı negatif etkiler” (Wright ve Cropanzano, 2004; 341-344) dolayısıyla, hekimlerin iş doyumlarını ve performanslarını olumsuz etkileyebilecektir. Ancak hasta ile direkt teması olmayıp zaman zaman endirekt temasta olan preklinik dallarda (radyoloji, patoloji, biokimya, anatomi, farmakoloji vb.) uzman olan hekimlerin iş doyumunu, hasta veya hasta yakını ile nadiren etkileşime girildiğinden dolayı farklılaşabilecektir. Özellikle insanlarla ilişkili olan mesleklerde müşteri kitlesinin farklı sosyal ve ekonomik yelpazeden gelmesi sosyal çalışmanın stres yapıcı etkilerinden biri olabilmektedir. Çünkü kişinin çalıştığı yerdeki insanların farklı bir sosyal sınıftan gelmiş olmaları iletişim kurmayı engelleyebilmektedir (Telman ve Ünsal, 2004; 86). Örneğin ülkemizde 2007 yılı itibarıyla üniversite mezunu oranı % 11.2 dir ve OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır(www.oecd.org/dataoecd/21/38/39316712.pdf). Bu oranın OECD ülkeleri arasındaki genel ortalamasının % 36.4 olduğu gözönüne alındığında ve sadece eğitim seviyesi olarak konuya bakıldığında bile, hasta ile hekim arasında iletişimde problemlerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bu durum ise hasta ile hekim arasında kurulması gereken işbirliği ruhunu zedeleyebilecek ve hekim açısından stresin ortaya çıkmasına neden olabilecektir.

Müşteri kitlesinin “hijyen şartlarını” taşıyıp taşıyamaması meselesi de, meslekler içinde en çok hekimleri etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumun hem eğitim seviyesi hem de ekonomik seviyesi ile ilgili olarak hekimin, her gün onlarca hijyenik şartları taşımayan hastalarla çok yakın temasta bulunmak (muayene, tıbbi müdahale, ameliyat vs.) zorunda olması, onun iş doyumunu olumsuz olarak etkileyebilecektir. Hekimlik mesleğinin, içinde bulunulan toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanamayacağı, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları içinde de yer almasına rağmen ne toplumun eğitime ne de hekimin iş doyumunun sağlanmasına gözle

görölür bir katkı yapılmamakta, hekimlere sadece “kurallara” uyması tavsiye edilmektedir.

Çalışmanın ilgi alanı sağlık sektörü çalışanları hekimler olduğu için, hizmet buluşmalarının önemi ile işletmenin sınır birimlerinde çalışanların rollerinin vurgulanması gerekmektedir. Hizmet buluşması, belli bir zaman diliminde tüketici veya müşteri ile işgörenin rolleri gereğı hizmetin üretimi ve hizmetin tüketimi için karşı karşıya geldikleri kritik durum ya da an şeklinde tanımlanabilir (Avcı ve Karatepe, 2000; 545). İşletmenin sınır birimlerinde çalışan işgörenler ise hizmet üretimi sırasında tüketiciler veya müşterilerle yüz yüze iletişimde olan, bilgi temin edici ve işletmeyi tüketicilere ve dış çevreye karşı temsil edici rolleri üstlenen bireyler olarak tanımlanabilir (Avcı ve Karatepe, 2000; 545). İşletmelerin müşteriler ile direkt temasının, çalışanlar ve özellikle alt kademe çalışanlarla olduğu bilinmektedir. Sağlık sektöründe ise müşteriler ile direkt temasın alt kademe çalışanlarla değil de, hekimlerle olması, hekimlerin ise meslek hayatı boyunca çok değişik eğitim ve kültüre sahip, özel ilgi bekleyen, problemlerine çözüm arayan, kaygılı ve acılı insanlara hem bilgi aktarıp, hem teşhis ve tedavilerini gerçekleştirmeleri, hem kaygılarını hafifletmelerini sağlayıp hem de hergün onlarca hastayı eşit derecede memnun kılabilimleri; hekimin hem psikolojik açıdan moral boyutunu hem de iş doyumunu dikkate almayı gerektiren özel bir konumda bulunmasına neden olmaktadır. Oysa sınır birim çalışanlarının davranışları, özellikle hasta tatmininde kritik bir rol oynamaktadır (Steiber ve Krowinski, 1990; 7; Wong, 2004; 365; Thomas, 2003; 42). Diğer taraftan, ister çalışan olsun, ister müşteri olsun, üzüntülü, rahatsız, sinirli, yorgun anındaki davranışları ile mutlu, sakin olduğu zamanlardaki davranışları arasında ister istemez fark olacaktır. Sonuç itibari ile hekimin ve/veya hastanın olumsuz bir ruh hali içinde olması, hem hizmet karşılaşmasını hem de hizmetin sonucu doğrudan etkileyebileceğinden yalnızca hasta tatmini değil hekimin iş doyumunu da bu durumdan olumsuz olarak etkilenebilecek, hem sosyal çalışmanın hem de aynı zamanda sınır birimde çalışan bir profesyonelin stres yüklü çalışma ortamını gündeme getirebilecektir.

Tüm müşteri gereksinimlerini en iyi teşhis edebilen ve bunun en çok farkında olan sınır birim çalışanları için asıl acıklı olan kısım ise, bu kişilere, müşterilerin kızgınlıklarını ve

şikayetlerini iyileştirebilmeleri yönünde, kurum tarafından kendilerine herhangi bir otorite veya kararlarda söz söyleme yetkisi verilmeyip ve bu yetkisizlik, yetersizlikler ve olanaksızlıklar içerisinde onlara sadece, “müşteriye gülümsemelerinin söylenmesidir” (Bhote, 1996; 23, 108). Çalışanlar, üst yönetim tarafından, kendi fikirlerinin önemsenmediği konusunda bir kanaate varmışlarsa, sınır birimde çalışanlar da bu konuda gittikçe pasifleşecek, ve sadece kendisine söyleneni yaparak (müşteriye gülümseyerek) görevini yerine getirdiğini düşünmeye başlayacaktır. Sınır birimde çalışanların güçlendirilmesi, müşteri taleplerinin daha iyi anlaşılması ve hizmet hatalarının düzeltilebilmesi için, onların kararlarda söz sahibi yapılması ve kendilerine daha fazla özerklik verilmesi, eğitimi ve motivasyonu özellikle önemlidir (Hansen, 2003; 577; Bitner vd. , 1990; 71). Böylece çalışanlar daha fazla tatmin olmuş olacak, müşteriye karşı daha pozitif duygularla yaklaşacak ve sonuç olarak sadık müşteriler yaratılmış olacaktır (Wong, 2004; 365). Özellikle sağlık hizmeti veren kurumların yöneticileri, hizmetlerin özelliklerinden kaynaklanan sorunları en aza indirebilmek amacıyla, sınır birimlerinde bulunan hekimlerin iş doyumu boyutunu stratejik bir çözüm olarak benimsemeleri gerekmektedir.

Hekimlerin uğraş alanının insan olması, “özen borcunun” diğer meslek mensuplarından daha fazla olmasını gerektirmektedir. Hekimlerin “sadakat ve özen borcu” gibi sorumluluk ve yükümlülükler altında çalışmaları, onların diğer meslek mensuplarından daha fazla stres algılamalarına neden olmaktadır. Burada söz konusu olan stres iş doyumsuzluğunun bir sonucu olarak değil, nedeni olabilecek türdendir.

Algılanan iş şartlarının, iş doyumu ve tükenme üzerinde daha fazla etkisi olduğu Visser vd. (2003) tarafından ortaya konulmuştur. Hekimlerin, en azından potansiyel hata yapma riski konusundaki hissettikleri stres seviyesi, onların algıladıkları iş şartlarının ağırlığı hakkında da bize bilgi verebilmektedir (Firth-Cozens ve Greenhalgh, 1997; 1017-1019). Tıptaki büyük bilgi birikiminin tek bir hekim tarafından öğrenilebilmesi mümkün olmadığından ve ayrıca tıp biliminin kendisinin de çaresiz ve eli kolu bağlı kaldığı pek çok olgular bulunduğundan, hekimin hastasına tanı koyamaması, hem hekimi hasta karşısında çaresiz bırakmakta, hem de hekimi kendi gözünde entelektüel olarak yetersiz hissetmesine neden olmakta, hatta bu yetersizlik duygusu içinde, Norveç’te bile yeni

mezun hekimler arasında intihar eğiliminin normal popölasyona göre bir hayli yüksek olduğu belirtilmektedir (Hancı, 2006; 6).

Hekimlerin gerek tıp eğitimi sırasında gerekse çalışma hayatına başlamasından sonra aşırı bilgi ve hasta yükü ile karşılaşması sonucu “mekanikleşmenin kaçınılmaz olduğu” ifade edilmekte hatta eğitim esnasında ve sonrasında hekimler insan olarak görölmemekte adeta “küçük bir tanrı” veya bir “otomat” gibi algılanmakta, kendisinden makine gibi çalışması, yüzlerce hastaya bakması, birçok geceler hiç uyumaması, verilen komutlara tartışmadan uyması, sürekli öğrenmesi, ekonomik ve sosyal yoksunluklara katlanabilmesi beklenmekte (Öztürk, 2006; 1), ve her şeye rağmen hastaya güleryüz, ilgi ve şefkat ile yaklaşması beklenmektedir. Diğer hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de hastaların hizmet üretimi esnasında hazır bulunmaları, hizmetin üretilmesi ve tüketilmesi sırasındaki hekim tutum ve davranışlarının hasta değerlemelerinde temel oluşturmasına neden olmaktadır. Hekimin hastalar tarafından bir insan değil de makine gibi görülmesi, kurum tarafından da beklentilerinin karşılanmamış olması onun iş doyumsuzluğuna neden olmakta ve ister istemez bu olumsuzluk hastaya yansıyabilmektedir. Çalışanların beklentilerinin karşılanıp karşılanmamasının, hizmet kalitesini ve müşteri ile iletişimi etkileyen etmenler arasında olduğu gözardı edilebilmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan meslek grupları içerisinde hekimlik, konum olarak öylesine bir noktada bulunmaktadır ki, hizmette yaşanan veya yaşanabilecek olan her türlü aksaklığın sorumlusu olarak hekimler görölmemekte (Birinci, 1999; 6), bu durum ise hekimlerin iş doyumsuzluğunun başlıca kaynağını teşkil etmektedir. Hatta siyasi iktidarların bile, mevcut sağlık sistemindeki aksaklıkları düzeltme yönünde çaba göstermeleri gerekirken, halka şirin görünmek adına, “hekimleri aşağılayan, rencide edici, küçük düşürücü bir dil” (Hatun, 2003; Özlü, 2008) kullanıyor olmaları, hekimlerin iş doyumunu önemli ölçüde düşürebilmektedir. Oysa toplumsal işlev, öznel yönelimlere göre değil, gözlemlenebilir nesnel sonuçlara işaret etmektedir (Giddens, 2001; 164). Hekimlerin, hastanın moral boyutunu da düşünmeleri gereği vurgulanırken, onların mevcut iş yüklerine ilave olarak sürekli olarak demoralize edilmeleri, hiç de anlamlı değildir. Morali bozuk ve onore edilmemiş bir işgörenin memnun müşteriler yaratması ise hiç mümkün görünmemektedir.

Mevcut sağlık sistemindeki aksaklıklar söz konusu olduğunda halk ile hekimin karşı karşıya bırakılması, hekimlerin iş doyumunu olumsuz etkileyen bir başka etmendir. Devlet, sağlık hizmetlerinin belirli tiplerini, politik hoşnutsuzluğu başından savmak için ortaya getirebilir ya da sağlık hizmetlerini, politik karşıtların kontrol altında tutulmasında kullanabilmektedir (Hillier, 2001; 158). Bu arada hizmet verdiği kesim ile siyasi mekanizmaların arasına sıkışıp kalmış olan hekimin iş doyumunun sağlanması ise genellikle ihmal edilebilmekte, hizmet veren ile hizmeti alanın eş zamanlı olarak tatmininin gerçekleştirilmesinin gereği gözardı edilebilmektedir.

Diğer taraftan, hastanelerde kurulmuş olan “hasta hakları birimi”nin “hekimî şikayet birimine” dönüşmesi ve “ALO 184 SABİM” hattı vasıtası ile hekimlerin sürekli olarak Sağlık Bakanlığına şikayet edilmesinin teşvik edilmesi, üstelik sağlık politikaları kararlaştırılırken hiçbir şekilde müdahil edilmeyen hekimlerin, halk arasında, sürekli yargılanması gereken bir meslekmiş gibi algılanmasına neden olmakta ve tüm bu olumsuzluklar hekimlerin motivasyonunun düşmesine, yaptıkları işin anlamını yitirmesine, onların işe yabancılaşmasına, güvensizlik mekanizmasının tetiklenmesine, halk ile hekimin gittikçe birbirinden uzaklaşmasına, birer “partner” gibi değil de “karşı taraf”larmış gibi bir duyguyu körüklemesine; bu olumsuz önyargıların kırılması için ise hekimin çok daha fazla gayret sarfetmek zorunda kalıp, kendisini ve enerjisini esas işine vermekte zorlanmasına ve hekimin iş doyumunun düşmesine neden olabilmektedir. Oysa hastalarla hekimler karşı taraf veya rakip değil, aynı amacı gerçekleştirmek üzere çalışan bir ekibin doğal taraflarıdır. Hastanın amacı şifa bulmak, hekimin de amacı, hastasının şifa bulmasıdır ve hekimlerin hastalarına kasıtlı olarak zarar vereceğini varsaymak olası değildir (Özlü, 2003; 59-69). Özellikle tıp gibi bir bilim dalında çalışanların başarmaya niyetlendiği şey ile eyleminin sonucu arasında örtüşme olabilirde olmayabilir de. Bu nedenle hekimlerin kamuoyu önünde sürekli olarak yargılanması, onların sürekli olarak savunma halinde bulunmasına ve yaptığı işe anlam katamamasına neden olabilmektedir. Oysa çalışanların sürekli olarak onore edilmesi, onlardan hem daha yüksek verimin elde edilmesine hem de müşteri tatmininin sağlanması yol açacaktır. Çünkü kişinin kendisine verdiği değer, diğer insanların o kişiye ne kadar güven duyduğu ile ilişkilidir ve kendisine ihtiyaç duyulmadığını hisseden kişi, çevresine tepkisiz hale gelmektedir (Sennett, 2002; 153).

Bundan başka, toplum tarafından, hekimliğin, geçim sağlayıcı bir meslek ve ekonomik düzenin bir parçası olan rolü sık sık unutulurken, topluma mal olmuş bir meslek olarak algılanmakta, hekimin tıp eğitimi sıralarında yaptığı maddi ve manevi külfetler hesaba katılmaksızın değerlemeye alınmakta, “tıbbın toplum ile sözleşmesinin temeli” olarak görülen “Hipokrat Yemini”ni etmiş bir kişinin görevleri sık sık kendisine hatırlatılarak, hekimin üzerinde her vesile ile manevi baskı ile hak inşa edilmeye çalışılmakta, ve hekimin iş dışı özel hayatını dahi işgal etmiş olan bu ardı arkası gelmeyen tıbbi talepler, hekimler üzerinde hem sosyal baskının hem de manevi baskının oluşmasına yol açmakta ve görevi başında olmadığı zamanlarda bile yaptığı işten doyumsuzluk yaşamasına neden olabilmektedir. Hekimin dinlenme saatlerine sık sık yapılan bu ve benzeri müdahaleler iş yerindeki dinlenme saatlerinde de sürmekte ve hekimin, günün 24 saati “emre amade” bir şekilde çalışması beklenmektedir.

3. 4. 4. ZAMAN BASKISI VE AŞIRI İŞ YÜKÜ

Hekimlerin kendi hayatları ile ilgili zaman planlaması yapamamaları en büyük stres kaynaklarından birisidir. Her gün 80-100 hasta ile ilgilenmek zorunda kalan hekimin üzerindeki “zaman baskısı ve fazla iş yükü, iş doyumunun düşmesine neden olmakta, yapılan işin sürekli dikkat gerektirmesi, iş bitiminde kişinin kendi kişisel işlerini yapmaya enerjisinin kalmamasına yol açmaktadır” (Organ ve Hamner, 1982; 268). Zorlanma sonucu oluşan stres ise zaman içinde yer alan ve gelişen bir süreç olarak yorumlanmakta, zaman sınırlaması ve zorlanma arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir (Köknel, 1987; 210). Üzerinde zamanın baskısı olan kişi doğal olarak, hayatını denetleyen saat veya takvim mi, yoksa kendisi mi olduğu konusunda kuşkuya kapılmaktadır (Yates, 1985; 53). Zaman baskısını üzerinde hisseden kişilerin sosyal ilişkileri zayıflamakta, kişiler arası iletişim sadece bir alışveriş haline dönüşmekte, mekanikleşmektedir. İnsan tepkisinin sınırlı hızı ile uyum sağlamanın çok güç olduğu yoğun hasta trafiği nedeniyle, hekimlerin, zamanın baskısını üzerlerinde hissetmeleri iş doyumsuzluğuna neden olabilecek etmenler arasındadır. Kellet’a göre de hekimler, performanslarının mükemmel olmadığını ve sadece pratik yaparak geliştirilebileceğini her zaman bilmektedirler ve meslek icabı sürekli detaycı ve eleştirci olan ve zaten elinden gelenin en iyisini (en azından “kendi ismini kirletmemek” adına) ortaya koymaya çalışan bu insanlardan “daha

fazlasını isteyen” bir sistemin kısa vadede performansı arttırabileceğini ancak uzun vadede stresi, duygusal bitkinliği, karamsarlığı ve tükenmeyi de beraberinde getireceğini belirtmektedir (Kellet, 2004; 3).

Langen ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerin yaşadıkları zaman kısıtları, aşırı iş yükü ve yaşadıkları stres konusunun, hastalar tarafından hiçbir zaman algılanmadığı/algılanmadığı ortaya konulmuştur (Langen vd. , 2006; 123). Bu durum aslında insan egosunun, sadece kendisine yönelik olan tehditlere karşı duyarlı olduğunu, bir başkasının yaşadığı sıkıntılara ise duyarsız kaldığını yansıtmaktadır. Oysa yapılan pek çok çalışmada hekimlerin, hastalara karşı empatik yaklaşımının hasta için ne kadar arzulanan bir yaklaşım tarzı olduğu tartışılmıştır. Aynı hassasiyet ve empatik yaklaşım, gerek hastalar, gerekse yönetim tarafından hekimlere gösterilmediğinde ise, bu durum hekimlerin iş doyumunun düşmesine çok önemli ölçüde etki edebilecektir.

Hekimlerin, daha az zaman baskısı ve daha az stres altında olmaları daha fazla kaynaklara sahip olmaları ve yaptıkları iş için daha uygun bir ücret almaları iş doyumlarını yükseltecektir (Grembowski, 2003; 384). Hekimin rahat ve stressiz olması, onun hastaları ile ilişkilerinde daha esnek ve rahat olmasına sebep olacak, hastalarını daha fazla sevecek ve onlara daha fazla ilgi gösterecek, sonuçta ise hastalar daha fazla tatmin olacaklardır (Levinson vd. , 2006; 433) .

Yapılan bir çalışmada hekimler; Hekim başına düşen hasta sayısının, olması gerekenin çok üzerinde olduğunu ve dolayısıyla hekim ve tüm sağlık çalışanlarının iş yükü ve çalışma şartlarının çok ağır olduğunu, poliklinik hasta sayılarının sınırlandırılması gerektiğini, hekim başına düşen hasta sayısının, hekimin, hastaların hakkını ihlal etmeye zorlamayacak şekilde ayarlanması gerektiğini, hiçbir hekimin günümüz çalışma şartlarında bir hastaya ayırmak zorunda kaldığı sınırlı sürede hastayı memnun edemeyeceğini ve dolayısıyla istemeyerek de olsa hasta haklarının ihlal edilmesinin kaçınılmaz olduğunu bildirmişlerdir (İzmir İl Sağlık Müd, 2006). Hekimlerin zaman kısıtı ve aşırı iş yükü nedeni ile kendi menfaatleri icabı ve çok gerekli olan kanun ve yönetmelikler hakkında bile tam bir bilgi sahibi olamadıkları yapılan araştırmaların sonuçlarından da anlaşılmaktadır (Varol vd. , 2006; 1) .

Diğer taraftan, hizmet karşılaşmalarında, müşteri ile temasta olan işgörenin, müşterinin davranışlarından ortaya çıkan üstü kapalı duygusal işaretleri, kurnazca ve mahir bir şekilde anlayabilmesi ve hizmeti ona göre sunması, hem hizmet verenin hem de kurumun başarısı açısından çok büyük önem arz etmektedir. Bu durum, Wong'un çalışmasında da ispatlanmış, müşteri ile temasta olan işgörenlerin, kişilerarası ilişkiler, empati, şartlara uyum yeteneği ve davranış esnekliği gibi özelliklere sahip olması gerektiği belirtilmiştir (Wong, 2004; 369). Oysa hekimlerin aşırı iş yükü ve zaman baskısı altında çalışmaları, onların, hastalara karşı davranış esnekliği gösterebilmesine, empatik yaklaşımlar sergileyebilmesine, güleryüzlü bir hizmet sunabilmesine engel teşkil edecektir (Sung vd. , 2003; 237; Levinson vd. , 2006; 432).

3. 4. 5. ÖRGÜTSEL VE YÖNETSEL FAKTÖRLER

Sağlık hizmetlerinde “insan” odak noktasıdır. İnsana verilen değer bağlamında sağlık sektöründe hizmet kalitesi, iş doyumu ve hasta tatmininin sürekliliğinin anahtarı büyük ölçüde çalışan-örgüt ilişkisinin yapısına bağlıdır. Çalışanların örgütsel uygulamalardan ve prosedürlerden etkileneceği ve bunu müşteriye yansıtacağı, bu durumun ise müşteri algılamalarını etkileyeceği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Barbee ve Bott, 1991; 27-30). Bu yüzden genelde hizmet işletmeleri özelde ise sağlık hizmetleri veren işletmelerin yöneticileri, yönetim uygulamalarında, ürettikleri hizmetin karakteristiklerini göz önünde bulundurmak durumundadırlar.

Örgütsel ve yönetsel faktörler hekimlerin gerek davranışlarında gerekse iş doyumlarında belirleyici etkilerde bulunacaktır. Bir hastanede hekimlere rağmen bir başarı elde etmenin mümkün olmadığı göz önüne alındığında, yönetim ve hekim ilişkilerindeki sorunların çözümünde başarı için, tutumlardaki doğru yaklaşım ve iyi diyalog büyük önem arz etmekte ve etkin bir hekim-organizasyon ilişkisi geliştirmek için aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulmalıdır (Sur ve Eren, 2004; 48-49);

1. Hekimlerin, hastanın tanısı ve tedavisi için yasal sorumlulukları olduğu,
2. Hekimlerin, hastalara etkili hizmet verebilmeleri için uygun personele, tesisata, sistemlere ve prosedürlere ihtiyaçları olduğu,

3. Organizasyon yapısı, sistemleri ve prosedürlerinin, hekimler ve diğer bakım verenlerin kaliteli hizmet verebilmelerini garantilemesi gerektiği,
4. Organizasyonun görev ve hedeflerini gerçekleştirmede elbirliği ile çalışmayı kolaylaştıran/sağlayan bir kültürün gerekli olduğu unutulmamalıdır.

Yapılan araştırmalar, yönetimin, hekimlerin iş davranışları üzerindeki etkisinin çok az olduğunu ortaya koymuş (Grembowski, 2003; 387), olmalarına rağmen iş davranışlarına dolaylı olarak olumsuz etki edecek pek çok uygulamanın yapıldığı görülmektedir. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan bir çalışmada hekimler; sağlık sisteminin, çalışanları ve hastaları memnun edecek işlerliğe sahip olmadığını ve pek çok sorunun sistemden kaynaklandığını, dolayısı ile hekim ile hastanın karşı karşıya kalmak durumunda olduğunu (%79.9), yöneticilerin, hekimlere zaman zaman objektif olarak davranmadıklarını (%48.7), sağlık personelinin hasta olduğu durumlarda dahi, kendi çalıştığı kurumda hasta muamelesi görmediklerini, hasta iken bile nöbet tutturulup çalıştırıldıklarını (%88.9) bildirmişlerdir (İzmir İl Sağlık Müd, 2006). Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu bir başka çalışmada ise Sağlık Bakanlığı'nda etkili bir iletişimin olmadığı, kurumun amaçları konusunda personel arasında tereddütler olduğu, örgüt kaynaklarının optimal kullanımı, örgütsel etkililik düzeyi, personelin moral durumu, örgütün yeniliğe bakışı, örgütsel otonomi, örgütün yeniliğe adaptasyonu, problem çözme yeterliliği gibi konularda örgütün orta düzeyde yeterli olduğu, kararların belli merkezler tarafından alındığı ve personelin karar sürecine katılmasında güçlük olduğu ortaya konulmuştur (Sağlıkta Strateji, 1998) .

Hekimleri işin gerekleri ile başarıya ulaştıracak örgütlere büyük görevler düşmektedir. Bir yandan onlara uygun iş verip esnek bir organizasyon yapısı içinde süreç yönetimi uygulanırken diğer yandan da bilinen ve uygulanan fonksiyonel hiyerarşi içindeki iş tanımlarının ve standardizasyonun ihmal edilmemesi ve dengelerin buna göre kurulması gerekmektedir. Quinn ve arkadaşları, medikal klinikleri, biçimsel hiyerarşinin fonksiyonlarının ve bariyerlerinin profesyonellerce kaldırıldığı, kaynakların ve süreçlerin profesyonellerce hızlandırıldığı ve profesyonellerin birer danışman olarak görev yaptığı tersine çevrilmiş örgütler olarak tanımlamaktadırlar (Quinn vd. , 1996; 71-72). Çoğu kez hekimlik mesleğinin sahip olduğu değerler, çalışma ilkeleri ve standartları ile bu

profesyonelleri içinde barındıran örgütlerin değerleri, yönetim ilkeleri ve standartları arasında bir çelişki ve çatışma yaşanabilmektedir. Örneğin, hizmet bekleyen hasta sayısının fazla olması nedeni ile her hastaya yeterince zaman ayıramamak, mümkün olan en kısa sürede hastayı muayene etmek hekimlerin çalışma ilkeleri ve değerleri ile uyuşmasa da gelen hastaları geri çevirmemek adına bunu yapmak zorunda kalmaları veya son yıllarda uygulamaya konulan, sabah ve akşamları hastaneye giriş-çıkış imzası atmak durumunda olan hekimlerin, çıkış saatinde bir hastayı ameliyat ediyor olması dolayısıyla çıkış imzasını atamaması, yönetim açısından bir sorun teşkil edebilmektedir. Özellikle katı bürokrasi ile yönetilen örgütlerde profesyonellerin istihdamında çıkan sorunlar, hem profesyonellerin çalışma şevkini, motivasyonunu ve gönül gücünü kırmakta, hem de yönetim açısından gereksiz çatışmaların çıkmasına neden olabilmektedir. Çalışanların yetkinlikleri arttıkça, katılım ve hedef paylaşımı mevcut oldukça, yöneticilerin kontrol gereksinimlerinin azalması beklenmelidir. Amir-memur ilişkileri içinde verilen direktiflerin ancak görünürde geçerli olacağı ve içten içe daha büyük sorunlar için zemin oluşturacağı, yönetim-hekim ilişkilerinde yaşanan sorunların nihayetinde, hastaların başını ağrıatacağı ve ne kadar sıkı yönetim uygulanırsa uygulansın bunun gönülsüz karşılanan direktiflerle çözülemeyeceği unutulmamalıdır (Sur ve Eren, 2004; 49).

Bundan başka, sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürme kaygısı ile alınacak önlemler, hekimlerin elini kolunu bağlayabilecektir. Bu yüzden profesyonel hizmet üreten örgütlerin profesyonelliğin doğasına aykırı olabilecek uygulamalar içine girmemesi gerekmektedir. Örneğin hekimlerin kendi işleri ile ilgili olarak kaliteli malzeme ve teçhizat alımı konusundaki istekleri karşılanmadığında, kalitesiz malzemelerle hastaya müdahale edilmesi sonucunda, hekimin hem iş başarısı, hem iş doyumunu düşecek, hem de hasta tarafından suçlanan örgüt değil de hekim olacağı için, hekimin hasta ile olan veya olması gereken ilişkisi bozulacaktır. Örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için, örgütteki madde ve insan kaynaklarına yön vermek yönetimin görevidir ancak bunu yaparken yönetim, örgüt içindeki ve dışındaki farklı yarar ve beklentileri uzlaştırmak yani bir örgütsel amaç birliği oluşturmak zorundadır. Özellikle hizmet işletmeleri, yönetim uygulamalarında, ürettikleri hizmetin karakteristiklerini göz önünde bulundurmalıdır (Uyguç, 1998; 69).

Özellikle hastaneler gibi profesyonel bilgi gerektiren mesleklerin icra edildiği kurumlarda, terfilerin ve yönetici atamalarının merkezden yapılması, çalışanlar arasında doyumsuzluklara, çalışan ile yönetim arasında anlaşmazlıkların artmasına ve iletişim kopukluklarına neden olacaktır. Oysa çalışanları, en iyi çalışma arkadaşları değerlendirebilir, bu yüzden hastanelerde yönetici kadrolarına seçilecek kişilerin o hastanede çalışan hekimler veya üzerinde oybirliğine varılmış kişiler arasından seçilmesi gerekmektedir. Ancak özellikle idari işlerle geçen sürelerin de hekimlerde azalan iş doyumuna neden olduğu pek çok araştırmacı tarafından ortaya konulmuştur (Kerr vd. , 1997; Kerr vd. , 2000; Mawardi, 1979; Bovier ve Perneger, 2003; 302). Yine de örgüt içi çevre ve örgütsel iklim, hekim olmanın zevkini ve keyfini güçlendirecek yapıda olmalıdır (Lawrence, 2005; 440).

3. 4. 6. ROL KARMAŞASI

Hizmet karşılaşmalarında “hizmet eden” ve “hizmet edilen” birbirlerinden belirli isteklerde bulunmakta ve isteklerinin en iyi biçimde yerine getirilmesini istemekte ve birbirleri üzerinde güç sahibi olmaktadırlar (Doğan, 1987; 131-132). Yani hizmet karşılaşmaları “rol etkinlikleri” olarak karakterize edilmekte ve bu rol etkinlikleri esnasında, hizmet karşılaşmalarında geçici statü farklılıkları ortaya çıkmaktadır. Czepiel ve arkadaşları (1986), hizmet karşılaşmasının bu karakteristiğini bir örnekle şöyle açıklamaktadırlar; “Normal olarak toplumumuzda yüksek statüde bir kimse sayılan avukat daha düşük statüdeki müşterilerine hizmet verebilir. Fakat genellikle, daha düşük statüdeki insanların yüksek statüdeki insanlar için çalıştıkları kabul edilen bir sosyal düzende böyle bir terslik, ilişkiye, bir dereceye kadar, rol karmaşıklığı katmaktadır”. Bir öğretim üyesinin rolü de kendisinden daha düşük statüde bulunan öğrencilere hizmet vermek şeklindedir. Örneğin bir üniversite öğretim üyesi, en azından lise mezunu olan bir müşteri kitlesi ile karşı karşıya olduğundan, iletişimde pek fazla bir sorun yaşanması beklenmez. Üstelik öğretim üyesinin öğrenci karşısında örgütsel gücü fazla olduğundan ve bu gücü (not, sınıf geçme, disiplin cezası verebilme vs.) gerektiğinde kullanabilme imkanı olduğundan daha fazla yaptırım gücü bulunmakta ve roller daha belirgin olmaktadır. Sağlık hizmetleri kişisel ve etkileşiminin yüksek olduğu hizmetlerdendir. Hekimler çok düşük sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel katmanlardan (hatta okuma-

yazma dahi bilmeyen) bir müşteri kitlesi ile karşı karşıya gelebilmekte dolayısıyla hem iletişimde hem hasta tarafından rollerin algılanmasında hem de hekime yaklaşımlarda problemlerin yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Özellikle devlet hastanelerine başvuran hastalarda gözlemlenen ve hekimin, hastayı reddetme hakkının da çok kısıtlı olduğunu bilen, hekimi bizzat kendisine hizmet etmekle görevli ve “emre amade” olarak görme eğiliminde olan hastalar tarafından, uygun olmayan üsluplarla ve aşırı beklentilerle hekime yaklaşılması, hekimlerin ise örgütten kaynaklanan herhangi bir güçleri ve dolayısı ile yaptırım güçleri de bulunmaması nedeni ile hekimlerin rol karmaşıklığını daha yoğun olarak yaşaması ve iş doyumlarının düşmesi beklenen bir olgudur. Kişiye gönderilen rollerin hayata geçirilebilir ve uyumlu olması gerekmektedir. Hekimin hem bir profesyonel danışman gibi görev yapması hem de kendisine olumsuz tutum ve davranışlarda bulunulması, onların rol karmaşası yaşamasına neden olacaktır.

Örgüt yapısı içinde rol baskılarının, yaptırımlarla desteklenmesi kişinin rolünü yerine getirmesinde etkilidir. Fakat bu durum örgütsel süreçler içinde stresi arttıran faktörlerden biri olarak ortaya çıkmaktadır (Kahn, 1964; 35). Roldeki uyumsuzluk ve belirsizlik kişi üzerinde özel uyum problemleri yaratmaktadır. Kişinin bu problemler karşısında nasıl bir tepki göstereceği, kişinin karakterine bağlı olduğu kadar, kişinin rol kümesi içindeki insanlarla karşılıklı ilişkisine; saygı görme, önem verilme derecesi, diğerlerinin o kişiyi nasıl algıladığı gibi faktörlere de yoğun olarak bağlıdır (Kahn, 1964; 35). Yaşlı hastaların, hekimlere, genç hastalardan daha fazla saygılı davranması, hekimlerin de yaşlı hastalara daha fazla saygı göstererek yaklaşması (Braunsberger ve Gates, 2002; 578-580) örneğinde olduğu gibi, ilişkilerdeki karşılıklılık ilkesinin ve rol kümelerinde bulunanların karşılıklı tutum ve davranışlarının gözden uzak tutulmaması gerektiğini işaret eder niteliktedir.

Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi açısından konuya bakıldığında ise, bu durum, kişinin saygınlık ihtiyacına gölge düşürecek düzeye geldiğinde, hekimlerde iş doyumsuzluğunun ortaya çıkması, motivasyonlarının düşmesi, örgütsel ve mesleki bağlılığının azalması, profesyonelliğin icaplarını yerine getiremeyecek duruma gelmesi, gönül güçlerinin kırılması, dolayısı ile hastaların da beklediği ilgi ve şefkati görememesine neden olmaktadır. Eğitim ve öğretimde çok büyük uçurumların olduğu ülkemizde hekimlerin rol

karmaşıklığını çok daha yoğun olarak yaşayabilmeleri, bu durumun ise zaman zaman olumlu bir sosyal kimlik geliştirmeye engel teşkil edebileceği, yapılan işin anlamına da gölge düşürebileceği, kişinin aktivitesini sınırlandırabileceği ve iş doyumunu olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, hükümetlerin zaman zaman hekimlere karşı toplum içinde küçük düşürücü bir dil kullanmaları, hastalara farklı, hekimlere farklı mesajlar vermeleri (13 Mart 2005 Hürriyet Gazetesi), hekim ile hastayı karşı karşıya getirebilmekte, gereksiz çatışmaların çıkmasına neden olmakta ve hekimlerin zaten stres yüklü görevlerine ilave olarak saygınlıkları da zedelenebilmekte, bu durum ise hekimlerin rol karmaşasını daha yoğun olarak yaşamasına, ne yapacaklarını, hangi kriterlere göre hizmet edeceklerini bilememesine neden olmaktadır. Kahn'a (1964; 71) göre, kişinin rol belirleyicilerinden gelen, birbirinden farklı, çelişen ve çatışan rol beklentileri, kişinin rol çatışması yaşamasına neden olmaktadır. Bütün rol çatışmalarının ortak özelliği ise kişiye gönderilen veya yüklenen rolün, onun davranışlarını değiştirmeye yönelik baskı oluşturmalarıdır. Oysa profesyonel mesleklerin kendi değerleri ve normları bulunmaktadır ve iş için gerekli roller ve sorumluluklar meslektaşlar tarafından eğitimlerle kendilerine nakledilmiş ve benimsetilmiştir (Hampton ve Hampton, 2004, 1044). Ancak yüzyıllar boyunca hasta-hekim ilişkisindeki paternalizm* veya profesyonelliğin egemenliğinin yerini, tüketicinin özerkliği almaya başladığından beri hekimlerin daha fazla pazarlama odaklı olarak hizmet vermeleri beklenmekte, ancak “profesyonellerin, pazarlamayı ve pazarlama oryantasyonunu, profesyonelliğin görünümüne meydan okuyacağı, özellikle iş otonomilerinin ve özgürlüklerinin kısıtlanacağı endişesi ile pek benimsemedikleri” (Hampton ve Hampton, 2004, 1043) bildirilmektedir. Bununla birlikte profesyoneller, hizmet sektöründe zaten hem yaratıcı/üretici hem de ürettikleri hizmeti kendileri pazarlayan kişilerdir. Sağlık hizmetlerinde süreçler, zaten profesyonel bilgi ve yeteneklerle oluştuğundan, hizmetin pazarlanması da zaten bilgi ve yetenekler dahilinde gerçekleşmektedir. Bundan başka, tüketicinin özerkliği ön plana çıkmaya başladığından beri “tıbbi uzman ile sıradan insanlar arasındaki kesin ayrımların/ikilemlerin daha da azalmaya başlaması” (Kasapoğlu, 1999; 10), hekimlerin davranışlarını değiştirmeye yönelik baskıları daha

* Paternalizm: 1. Bir başka bilincin iyiliği, mutluluğu, gereksinimleri, çıkarları ve/veya değerleri adına, daha iyi olacak diye, onun karar özgürlüğüne zorla karışma. 2. Hekimin kendisini hastanın velisi yerine koyması. 3. Babacıl davranış.

fazla gündeme getirmiş ve bu durum onların rol karmaşasını daha yoğun olarak yaşamasına neden olmuştur. Bu durum ise kısa vadede strese, uzun dönemde ise tükenmişliğe, sosyal ve psikolojik içe dönüklüğe, iletişimde tıkanmalara, iş doyumunun düşmesine, hem örgütsel hem de mesleki bağlılığın azalmasına, diğerlerine karşı güvensizliğe, kişisel ve örgütsel hedeflere ne derecede yaklaşıldığının belirlenememesine, kişinin kendi sorumluluk sınırlarını tanımlayamamasına, saygınlık ihtiyacına cevap bulamamasına neden olacaktır (Kahn, 1964; 71-95).

3. 4. 7. ÜCRETLER

Hekimlerin ücretlerinin de diğer kamu çalışanlarından çok fazla farklı olmadığı hatta daha az eğitim gerektiren mesleklerin bile gerisinde kaldığı (Dünya Bankası, 2003), sağlık çalışanlarının tümü için özel olarak geliştirilmiş bilimsel temellere dayanan bir iş değerlendirme ve ücretlendirme sisteminin olmadığı görülmektedir. 1990 yılından bugüne tüm kamu çalışanları içinde maaş artış oranları en düşük seviyede kalan hekimlerin, örneğin, 1990-1997 yılları arasında, ücretleri 34 kat artarken, diğer kamu görevi icra eden mesleklerde 70 kata kadar artışlar söz konusu olmuştur (www.ato.org.tr/dergi/1998_4/sg0.html). Oysa sağlık hizmetleri, gerek yerine getirilecek işlevler, gerekse bunları yerine getirecek kişilerin görev ve sorumlulukları açısından önemli farklılıklara sahiptir (Arbak ve Kesken, 2005; 44). Bu farklılık ücretlere hemen hemen hiç yansıtılmamış, bu durum ise özellikle hekimlerin iş doyumunu olumsuz olarak etkilemektedir. Aldığı ücret ile en temel ihtiyaçlarını bile ancak karşılayabilen bir meslek grubunun, insanla doğrudan ilgili ve dönüşü olmayacak kadar önemli kararları alan ve uygulayan konumda görev yapması birçok sakıncayı da beraberinde getirmektedir. Hekimlerin % 70'inin ek iş yapmadan geçinemez duruma geldikleri bildirilmekte (www.ttb.org.tr ; 2), üstelik hekim ücretlerinin sürekli düşme eğilimi gösterdiği vurgulanmakta, bu durumun, işsizlik tehdidi ve ağır çalışma koşulları altında kalan hekimler arasında etik dışı davranış ve tutumların yaygınlaşması için bir zemin hazırladığı belirtilmekte, 1990 yılından bugüne tüm kamu çalışanları içinde maaş artış oranları en düşük kalan grubu oluşturduğu ve hekimliğin ucuz iş gücü haline getirildiği vurgulanmaktadır (www.ato.org.tr ; 2). Ek gelir sağlamak amacı ile aşırı yıpratıcı bir tempoda çalışmak zorunda kalmak diğer mesleklerde telafisi nispeten kolay olmasına

rağmen, hekimlikte, hata affetmeyen bir meslek olarak, hem hekim hem de hasta açısından büyük riskler getirmektedir. Hekimler açısından, bu tür adaletsiz uygulamaların yüksek düzeyde algılanması ise iş doyumsuzluğuna neden olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Raporunda (2000), kötü çalışma koşulları ve yetersiz ücretlerin, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanları üzerinde çok büyük baskı yarattığı belirtilmektedir. Oysa ekonominin, adil bir çalışma ilişkileri düzeni olmadan zenginlik üretmesinin mümkün olamayacağı göz önüne alınmalıdır (Turan, 1999; 70).

3. 4. 8. EĞİTİM İHTİYACI

Sağlık hizmetlerinde belirsizlik ve karmaşıklık çok fazla, hastalıkların alanı büyük, sonuçları ise çok yönlüdür (Southon ve Braitwaite, 1998; 25). Bu nedenle gelişmiş bir bilgi, beceri ve kabul edilmiş uygulamalarla desteklenmiş olması gerekmektedir. Anatomi bilgisi ile birlikte gereken geniş ve karmaşık bir yetenekler silsilesine ihtiyaç duyulmakta, bu durum ise sürekli bir eğitim ve yetenek gelişimi ile birlikte meslektaşlarla yoğun ve yakın bir işbirliğini gerektirmektedir (Hampton ve Hampton, 2004; 1045; Southon ve Braitwaite, 1998; 24). Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastasının zarar görmesi “hekimliğin kötü uygulanması” anlamına gelmekte, bu durum ise hekimlikte sürekli öğrenim ve eğitimin önemini ortaya koymaktadır. Hızla değişen ve gelişen tıp alanında, bilgilerin yanı sıra kullanılan teknoloji de değişmekte, ancak gerek düşük ücretler, gerekse aşırı iş yükü nedeni ile, hekimlerin mezuniyet sonrası bu gelişmeleri izleyebilecek ne maddi ne de manevi gücü kalmamaktadır. Bilimsel değişimleri izleyemeyen, kendisini yenileyemeyen hekimlerin oranının ise hızla artacağı beklenmektedir (Kasapoğlu, 1999; 355-356).

Hekimlikte başarı, belirsizliği azaltabilme, verilen kararların istenilen sonuçları doğurup doğurmayacağını kestirebilme ve değişimi yakalayabilme becerisine bağlıdır. Her gün onlarca insanın hayatını ilgilendiren sorumlulukta kararlar almak, hızla değişen bilgiler ışığında yoğun iş yüküne ek olarak aynı anda bu değişim ile baş edebilmek, hem daha fazla bilgiyi toplamayı ve hem de bu bilgiyi hızla süreçlemeyi gerçekleştirebilmek; insan kapasitesini zorlayıcı ve stres yaratıcı bir iş temposunu ve özel hayatın yok olmasını da beraberinde getirmektedir. Bu durum ise sadece hekimin iş doyumunu değil, hasta

tatminini de etkileyeceği için önemlidir. Hekimlik, az bilgi ile yüksek risk alarak, hızlı kararlar verebilecek nitelikte bir meslek olmadığından, hekimlerin çalıştıkları kurumların, meslek içi eğitimleri için gerekli olan olanakları kendilerine tanınmaları ve bunun için zaman ve bütçe ayırmaları çok önemli ve gerekli bulunmaktadır.

Sahip olduğu mesleğinde güncel gelişmeleri takip edemeyen bir hekimin ise kendine güveni ve saygısı azalarak, kendisini yetersiz görmesine ve iş doyumsuzluğuna neden olabilecektir. Kendisini yetersiz ve güvensiz hisseden bir hekimin ise hastalarını tatmin etmesi mümkün görünmemektedir. Hem nitelikli personele ihtiyacın fazla olduğu, hem bu personelin daha nitelikli hale getirilmesi ve eğitilmesi konusunda hiçbir kaygının yaşanmadığı, hem de nitelikli insan gücünü elde tutacak motivasyon araçlarının devreye sokulmadığı durumlarda ise hasta tatminini yaratması da çok zor görünmektedir.

Yüksek zihinsel kapasiteye sahip gençlerin tıp fakültelerine alınıp, uzun bir eğitim süresinin ardından mezun edildikten sonra, hem düşük ücretler ve maddi olanaksızlıklarla baş başa bırakılarak (gerekli kitap alımı, dergi aboneliği, kongre katılım ücretleri), kendilerini geliştirmelerinin kısıtlanması, hem kendisini hukuken ülke tıbbının gelişmesi düzeyinde yetiştirmesi için hekime kanuni sorumluluk yüklenmesi, hem de kurum içi eğitim olanaklarının kendilerine verilmemesi, ülkemizdeki beyin gücünü heba etmekten başka bir işe de yaramayacaktır. Eğitimi ise tek başına diplomaya indirgeyen klasik başarı kriterinin artık eskidiği kabul edilmelidir. Çalışanların niteliğinin yükseltilmesinin ve geliştirilmesinin, kaynakların etkin kullanıldığının da belirtisi olduğu unutulmamalıdır (Kök ve Deliktaş, 2003; 45).

3. 4. 9. HASTANE ORTAMINDA ÇALIŞMA

Hastanelerde, yüksek işlevsel uzmanlık, farklı görev pozisyonları ve bunların sayısı, hekimlerin çok çeşitli insan kaynağı ile çalışmasını gerektirmekte, hedefe ulaşmak için aynı ekipte birlikte uyumla çalışmak, koordinasyon sağlamak, iyi bir iletişim kurabilmek, farklı farklı eğitimlerden gelen diğer ekip üyelerinin farklı anlayışlarından dolayı bazen oldukça zorlaşmaktadır.

Hastaneler matriks yapılı örgütler olduklarından; çatışmalara, karışıklık ve düzensizliğe daha fazla açık olmakta, çalışanların performanslarının değerlendirilmesi zorlaşmakta, insan ilişkilerinde beceri gerektirmekte, iletişimin tam ve eksiksiz yerine getirilmesi zorunluluğu, iş ilişkilerinde tam bir açıklık gerektirmesi nedeni ile yetki ve sorumluluk alanlarının da çok iyi belirlenmesini gerektirmektedir (Koçel, 2003; 326-330). Görevler proje bazında olduğundan, örneğin operasyon veya konsültasyon gibi işlerin yapılmasında, hekim takımın başı olmakta, takımda ise diğer konsültan hekim veya hekimler, hemşireler, teknisyenler ve diğer yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Her hasta için bir takım oluşturulmakta ve hasta hastaneden ayrıldığında ise takım dağılmakta böylece takımlar hızla oluşmakta ve dağılmaktadır. Daha sonra başka projeler (hasta) ya da görevler ortaya çıktığında bazen başka uzmanlar ile bir araya gelme durumu ortaya çıkabilmekte ve yeni projelerin üstünde çalışmaya başlanmakta, aynı takımda bazen farklı bireyler bir araya gelebilmektedirler. Bu esnada yalnızca belli bölümler doğrudan dış müşterilere (hastalara) hizmet sunarken birçok bölüm, kişi ya da ekip, bir başka bölüm, kişi ya da ekip için hizmet üretmektedir. Her ekibin, kişinin ya da bölümün çıktısını kullanan bir müşterisi ve girdisini sağladığı bir tedarikçisi bulunmaktadır. Bu iç müşteri-tedarikçi zinciri dış müşteriye kadar uzanmaktadır. Ancak iç müşteriler her zaman ürün ve hizmetleri doğrudan alan ya da kullanan kişiler veya birimler olmayabilir. Üretilen hizmetin sonuçlarından dolayı olarak etkilenenler de iç müşteri sayılmaktadırlar. Eğer, müşteri zincirindeki bir tedarikçi kendisinden sonra gelen süreci gerçekleştirecek olan müşterisine karşı görevini yerine getiremez ise beklentisi karşılanmayan birinci müşteri de kendi müşterisine karşı sorumluluğunu yerine getiremeyecek ve böylece hem çalışanın iş doyumu düşecek hem de gerek iç müşteri gerekse dış müşteri tatmini sağlamak mümkün olmayacaktır (Leebov, 1994; 312). İç müşteri ile tedarikçi arasında açık bir çıkar ilişkisinin olmaması, iç müşterinin yaptırım gücünü zayıflatmaktadır. Örneğin, hekimin gerekli gördüğü pansumanı veya ilaç tedavisinin takibini hemşirenin zamanında yerine getirmemesi hekimin iş doyumunu etkileyebilecek ayrıca hasta da bu durumdan zarar görecektir. Dış müşteri-tedarikçi ilişkisinde olduğu gibi, iç müşteri anlayışında müşteri edinme ya da müşteriye elde tutma çabası ve kaygısı olmadığından (özellikle kamu hastanelerinde) ve müşterinin tedarikçisini ve tedarikçinin müşterisini değiştirme şansı olmadığından çatışmalara ve iş

doyumunun düşmesine neden olabilecek pek çok olgu söz konusu olabilecektir. Bundan başka, özellikle hastanelerin sosyo-teknik sistemler kavramında tanımlanması, organizasyon içindeki sosyal sistem ile teknolojinin birbirini karşılıklı olarak etkilemesi, tedarikçi birimlerin de mevcut teknolojiden etkilenmesi anlamına gelmekte, hizmet veren her bir bireyin ve birimin karşılıklı bağımlılığının da önemini göstermektedir. Özellikle hastanelerde görev yapan hekimler açısından bu bağımlı ilişkilerden herhangi birinde ortaya çıkan bir sorun, hizmetin bütününe etkilediği gibi aynı zamanda hekimin iş doyumunu da olumsuz olarak etkileyecektir. Özellikle hastane çalışanlarının hem birbirlerinden olan beklentilerini hem de müşterilerin beklentilerini karşılayan hizmetler sunmalarında kısıtlılık halleri varsa (örneğin malzeme eksikliği, personel eksikliği, tıbbi cihaz vs.) bu durumda hem istenilen kalitede hizmet gerçekleşmemiş olacak hem de bununla bağlantılı olarak hekimin iş doyumunu düşecektir. Hastane çalışanlarının hem hizmet sağlayıcı durumunda olması, hem de diğer çalışanlardan hizmet alması, bu kurumlar için iç müşteri kavramının kapsamını daha da genişletmektedir (Eisenberg, 1997; 21). Hastanelerde hekimlerin iş doyumunu etkileyen hizmet birimleri ise şöyle sıralanabilir:

- Tıbbi hizmetler; Hekimlerin tedavi ve bakım süreci aşamasında yararlandığı hizmet birimlerini ifade eder. Bunlar, hemşirelik hizmetleri, tıbbi kadro, acil servis, cerrahi hizmetlerdir.
- Yardımcı tıp hizmetleri; Radyoloji, Patoloji, Laboratuvar hizmetleri vb.
- Destek hizmetleri; Yardımcı hizmetler, teknik hizmetler, yönetim hizmetleri, diğer hastane hizmetleri sayılabilir.

Hemşire sayısındaki yetersizlikler, hemşirelerin hastalara gösterdiği ilgi, bakım, sunduğu hizmet kalitesi ve hemşirelerin mesleki beceri düzeyi, hekim ve hemşireler arasındaki mesleki ilişki ve iletişimin kalitesi gibi unsurlar, mevcut tıbbi kadronun kalitesi, hekimlerin birbirlerine sağladığı hizmetler, asistanların mesleki becerileri, meslektaşlar ile ilişkilerin kalitesi, konsültasyon olanakları, tıbbi kayıtların özenli ve düzenli bir şekilde yapılıp yapılmadığı gibi unsurlar, acil servis personeli, hemşire ve hekimlerinin mesleki beceri düzeyleri ve verilen bakımın kalitesi, acil servis hastası ile iletişimin kalitesi, verilecek cerrahi hizmetler için ameliyathanenin temin edilebilirliği, modern alet donanımının durumu, acil hastalar için ameliyathanenin derhal temin edilebilirliği,

ameliyathane hemşirelerinin teknik yeterlilikleri, anestezi hizmetlerinin temininde ortaya çıkan problemler, yardımcı tıp hizmetlerinden radyoloji biriminden talep edilen hizmetin sonucunun alınmasındaki gecikmeler, acil durumlarda radyoloji biriminin gerekli duyarlılığı göstermemesi, radyoloji birimi ile ilgili birimin koordinasyonundaki aksaklıklar, laboratuvar teknik donanımının nitelik ve nicelik olarak yeterliliği, laboratuvar personelinin mesleki yeterlilikleri, laboratuvar test sonuçlarının doğruluğu, laboratuvar hizmetlerinde talep edilen hizmetin sonucunun alınmasındaki gecikmeler, raporlardaki gecikmeler, acil durumların dikkate alınıp alınmadığı, destek hizmetlerinden olan yardımcı hizmetlilere anında ulaşabilme durumu, yardımcı hizmetlilerin eğitim durumları ve mesleki becerileri, yardımcı personelin hastalara karşı tutumları, teknik hizmet personelinin mesleki beceri düzeyi, teknik hizmetlere ulaşma prosedürünün etkinliği, teknik hizmetlerin etkinliği, diğer hastane hizmetlerinden, tıbbi kayıt sisteminin ve taburcu işlemlerinin kolaylığı/kullanışlılığı, tıbbi kayıt personeli ile hekimler arasındaki iletişim, hekimlerin kendilerini ilgilendiren konularda kararlara katılma olanağının olmaması, hekimlerin malzeme ve donanım taleplerine karşı yönetimin duyarlı davranmaması, yönetimin hekimlere destekleyici ortam ve mesleki özerklik sağlamaması, tıbbi cihazların düzenli bakımının yapılmaması, hekimlere dinlenme yerleri ayrılmaması, tıbbi malzemeye zor ulaşılması, muayene ve tedavi odalarındaki donanımın kaliteli olmaması, çalışma saatlerinin uygun olmaması, hastane içindeki birimlerin ulaşım kolaylığının olmaması, muayene ve tedavi odalarının, hasta odalarının ve tüm tesisin kötü görünümlü ve temiz olup olmaması hekimlerin iş doyumlarını etkileyecektir. Çünkü iş yükümlülüklerinin yüksek, ancak belirli kaynakların kıt veya hiç olmaması, düşük iş doyumuna eşlik edecektir.

Yapılan bir araştırmada, hastanelerde çalışan hekimlerin iş kaynakları, iş çevreleri ve mesleklerinden, bireysel çalışan meslektaşları ile karşılaştırıldığında, daha fazla tatmin oldukları, ancak hastanelerde çalışan hekimlerin bireysel çalışanlarla karşılaştırıldığında, daha az özerkliğe ve karar verme gücüne sahip oldukları ortaya konulmuştur (Nixon ve Jaramillo, 2003; 19).

Sağlık hizmetlerinin gittikçe daha büyük organizasyonlar tarafından verilmeye başlanması, çalışanlar açısından hem birtakım avantajları hem de dezavantajları

beraberinde getirmiştir (Nixon ve Jaramillo, 2003; 19). Büyük hastanelerde hekim sayısının artması, artan hasta sayısı, azalan hasta bakımının devamlılığı, artan tıbbi sistem maliyetleri ve artan hasta memnuniyetsizliği gibi unsurlar bu örgütler için negatif etkiye sahiptir. Karmaşık yapılarda çalışan hekimlerin, bireysel çalışanlara oranla yönetimle ilgili konularda, kararlarda, özerklik konularında, zaman baskısının hissedilmesi konularında daha fazla doyumsuzluk yaşadıkları, büyük hastanelerde çalışan hekimlerin, küçük hastanelerde çalışan hekimlerden daha az iş doyumuna sahip oldukları, daha fazla bürokratik işlemlerle zaman geçirmek zorunda kaldıkları, daha fazla iş yükü altında kaldıkları ve daha fazla zaman baskısı hissettikleri, ancak hastane kaynaklarından daha büyük oranda yararlandıkları ve diğer hekimlerle iletişim kurmakta daha fazla şansları olduğu; bireysel çalışan hekimlerin ise hastanelerde çalışan hekimlere kıyasla daha iyi düzeyde hasta ilişkileri geliştirdikleri, örgütsel düzenlemelerin hekimlerin iş doyumunu üzerinde dolaysız bir şekilde etkili olduğu ortaya konulmuştur (Nixon ve Jaramillo, 2003; 19; Panagopolou vd. , 2006; 195-198). Yapılan bir başka araştırmada ise hekimlerin, büyük gruplarda çalışmalarının, iş doyumsuzluğuna neden olduğu kanıtlanmıştır (Grembowski, 2003; 384-387). Hastanelerde, işlevlerin yerine getirilmesi için proje bazında çalışılması gereği olduğundan, tedarikçi birimler arasında, açık iletişim, yardımlaşma, sürekli haberleşme, iyi insan ilişkileri becerileri gibi tutum ve davranışlara büyük ihtiyaç vardır. Yüksek kalitede fiziksel ekipmanlar ve sosyal destek aynı anda hem çalışanın statüsünü ve motivasyonunu yükseltecek hem de müşterinin kaliteyi algılamasında önemli rol oynayacaklardır.

3. 4. 10. PERFORMANSA GÖRE ÜCRETLENDİRME

Literatürde “başarım değerlendirme”, “liyakat değerlendirme”, “işgören boylandırma”, “personel değerlendirme”, “verimliliğin değerlendirilmesi”, “tezkiye”, “sicil” gibi kavramlarla ifade edilen performans değerlendirme; personelin işindeki başarısının o işin gereklerine göre değerlendirilmesi sürecidir (Geylan, 1991; 190; Can vd. , 1995; 173). Performans değerlemesi, etkili bir insan kaynakları yönetimi sisteminin vazgeçilmez bir unsuru olmakta (Waite vd. , 2000; 188) ve örgütsel amaçlar ile çalışanların amaçlarının uyumlaştırılmasında önemli bir işlev görmektedir.

Sağlık sektöründe, performans değerlendirilmesindeki en önemli güçlük, personelin performans standartlarının objektif olarak belirlenebilmesidir. Bu konuda bütün dünya ülkelerinde yoğun çalışmalar yapılmasına karşın zorluklar aşılamamış, çok güvenilir ve objektif bir yöntem ortaya konulamamıştır. Performansı değerlendirmenin en uygun yolu olarak, hasta memnuniyetini saptamak gösterilmekte, ancak hastanın süreç memnuniyetinin mi, yoksa sonuç memnuniyetinin mi, baz alınacağı tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bu bakımdan performans değerlendirme yapılacağı zaman işin hangi alanlarının sınanacağı önem arz etmektedir.

Performansa göre ücretlendirme ile; çalışanın normal çalışma performansının üzerindeki çalışmalarını parasal olarak ödüllendirerek, çalışanların çalışma istek ve çabalarını arttırmak ve motivasyonlarını yükselterek, işletme verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde daha fazla hastaya hizmet verilerek performansın arttırıldığını düşünmek, gerçekten verimliliğin artırılması anlamına gelmemektedir. Zaten klasik performans anlayışında “bir sistemde yaratılan çıktılarla, bunları yaratmak için kullanılan girdiler arasındaki oran” olarak tanımlanan verimlilik kavramında da kalite sözcüğünün yeri yoktur. Bugün çıktı kalitesini sağlamaksızın ulaşılabilecek verimlilik hiçbir anlam taşımamaktadır. Çünkü kalitesiz üretim, mevcut kaynaklarla daha çok üretmek yerine, ek kaynak tüketimine neden olarak verimliliği düşürmektedir (Akal, 1995; 83). Bu nedenle hekimin daha fazla ücret alabilmek için daha çok hastaya hizmet vermesi, hem hekimin aşırı iş yükü nedeni ile tükenmesine hem de daha fazla hastaya hizmet verebilmek için her bir hasta ile ilgilenilmesi gereken sürenin kısaltılması anlamına geldiğinden, hasta tatminini olumsuz olarak etkileyecektir. Üstelik yapılan iş beyin gücünü gerektirdiğinden ve kompleks özellikler içerdiğinden, hekimin, hizmet alan her bir hastaya gerektiği kadar konsantre olamamasına neden olacak ve hastaya gösterilmesi gereken özen ister istemez sekteye uğrayacaktır. Hizmet veren personelin kapasitesinin üzerinde müşteri ile ilgilenmesi, onun yorgunluğunu arttırıp çalışma süresi boyunca göstereceği performansı üzerinde olumsuz etki yaratacaktır (Uyguç, 1998; 77).

Performans değerlendirirken çalışanlar; kendilerinden neler beklenildiğini, güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerini, üstlendikleri rol ve sorumlulukları daha net ortaya

koyabilecekler ve performans değerleme sonucu kendilerine iletilen olumlu geri bildirimler sayesinde de iş doyumlari ve gúven duygulari artacaktır (Yiğitoğlu, 2004; 7). Ancak hekimin mavi yakalı iřgúcü gibi paręa başına úcretlendirilmesi hem hekimlik mesleği ile uyuşmamakta hem de, hastaneler gibi matriks yapıli örgútlerdeki performans değerlemenin zorluğu nedeni ile verilen hizmetin ózellięine de ters dúřen bu uygulamanın hasta memnuniyeti yaratamayacağı kabul edilmelidir.

Yapılan tartişmalar, performans yónetiminin eğitim ve gelişim ile ilgili boyutu úzerinde durmakta, hatta performans değerlendirmesinin, úcrete kaynak olarak kullanılmaması gerektiği vurgulanmaktadır. Gerçek başarı ile istenen başarı arasındaki ağıklığı belirlemeye yarayan performans değerleme (Ergin, 2000; 2) ve bunun sonuçları, hekimlerin hizmet içi eğitimi kararlarına yansımamaktadır. Zaten úcret ile ilişkilendirilerek yapılan performans değerlemesinin daha çok yónetsel kontrol amaçlı olarak kullanıldığı da óne sürúlmektedir (Healy, 1997; 211-213; Legge, 1995; 314). Bu açıdan úlkemizde hekimlere uygulanan performansa göre úcretlendirme sistemi, hekimlerden maksimum şekilde faydalanmayı amaçlamış görünmekte ancak bu uygulamanın olumsuz sonuçları gözardı edilmektedir. Sağlık sektöründe uygulanmakta olan “performansa göre úcretlendirme sisteminin” úcrette adalet, eşitlik ve çalışma yaşamında dayanışma kavramlarına etkisini hekimlerin bakış açısı ile ortaya koyan Bakan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, bu tür bir uygulamanın; hekimler arasında hoşnutsuzluk yarattığı, performansa göre úcretlendirmenin, hastanın gereğinden fazla kontrole çağırılmasına neden olduğu, farklı uzmanlık grupları arasında adaletsizlik ve eşitsizliklere yol açtığı, etik değerler başta olmak úzere çalışma ortamının tahrip edilmeye başlandığı, suistimale açık durumlar oluştuğu, meslektaşlar arasındaki dayanışmayı yok ettiği, çalışma barışını bozduğu, hekimi esas alan bu úcretlendirmenin ekip úyelerini dışladığından dolayı ekip çalışmasının etkin şekilde yürútúlmesine engel teşkil ettiği, sağlık kurumlarında tam bir kargaşa ve huzursuzluk ortamını oluşturduğu, hekimlerin puan getirecek eylemlerde bulunma eğilimlerinin arttığı ortaya konulmuş ve performansa göre úcretlendirme sisteminin kendisinden çok sistemin uygulamasında sorunlar bulunduğu belirtilmiştir (Bakan vd. , 2006; 815). Yapılan bir başka çalışmada da, hekimlere, performansa göre ódenen úcretlerin, onların kendilerini úcretli işçi olarak

görmelerine ve iş doyumsuzluğuna neden olduğu ortaya konulmuştur (Grembowski, 2003; 384-387).

Mevcut hali ile ülkemizde hekimlere uygulanmakta olan performansa göre ücretlendirme, “mükemmelliği” değil, ”dayanıklılığı” ücretlendiriyormuş gibi görünmektedir. Oysa hekimlik mesleğinin, hayat dengelerini de gözeterek “mükemmelliği” beklemek hakkı vardır. Hem “yetersiz ücretler” hem de verilen ücretlerin “dayanıklılığa göre” verilmesi trajedisi, hekimlerin iş doyumunu düşüren en büyük etkenlerden biridir. Çünkü, kişinin kendi performansı ile kişiden beklenen performans düzeyi etkileşim halindedir. Kişiden beklentiler, kişinin kendi optimum dürtü seviyesini aştığında performansı da düşmeye başlayacak, sinirlilik, konsantrasyon eksikliği, karar vermede zorlanmalar, yorgunluk hissi ve nihayet tükenme belirtileri baş gösterecektir (Şengül, 1999; 136). Bu durumdan ise en çok hastalar zarar görecektir.

3. 4. 11. MESLEKİ RİSKLER

Sağlık kurumları, genellikle çalışanların değil, ağırlıklı olarak hastaların konumuna göre düzenlenmiştir, dolayısıyla, başkalarına sağlık hizmeti sunmaya programlanan sağlık personelinin içinde yaşadığı çalışma ortamının iş sağlığı ve iş güvenliği sorunları yeterince ele alınmamıştır (Soyer, 1990; 225). Hekimler için en önemli olarak görülebilen risk faktörleri; enfeksiyon hastalıkları, AIDS, hepatit, kızamıkçık, verem, kuduz, şarbon, gazlı gangren, asbestoz, elektrik ve iyonize radyasyon olarak sıralanabilir. Ayrıca anestezi maddeleri, laboratuarlarda kullanılan kimyasallar, civa ve diğer metaller, farmasötik maddeler, plastikler, sitotoksik maddeler, sterilize edici maddeler de alerjiden, kansere kadar çok çeşitli etkiler gösterebilmektedir (Soyer, 1990; 246-251).

Hekimlerde psiko-sosyal riskler de oldukça yüksek oranlarda görülmektedir. İngiltere’de hekimler arasında yapılan bir araştırmada, hekimlerde ruhsal rahatsızlık oranının %21-40 arasında, özellikle psikotrop ilaçlar, narkotikler, stimülanlar ve anksiyolitik ajanlar gibi ilaçları kullanma alışkanlığının ise %51 dolayında olduğu tespit edilmiştir. İlaç kullanma nedenleri olarak, aşırı çalışma, bitkinlik ve fiziksel rahatsızlık gibi gerekçeler öne sürülmüştür (Yenimahalleli, 1999; 115). Günümüzde hastanelerin genel görüntüsü; aşırı kalabalık, gürültü, stresli müşteri kitlesi ile olan ilişkilerin düzenlenmesinin getirdiği

yoğun bir gayret, tek başına hayati kararlar vermenin psikolojik baskısı, hekimlerin iş doyumuna olumsuz etki edebilecek nitelikte unsurlardır.

Bundan başka, halk arasında sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların baş sorumlusu olarak hekimlerin hedef gösterilmesi ve bunun sonucunda, halkın hekime karşı aldığı tutum ve davranışlarda had safhalara varan, hatta hekimin canına kasteden ve ölümlerle sonuçlanan eylemler gerçekleşmekte bu durum ise hekimlerin “hayati riskler” altında çalışmalarına neden olmaktadır. Konu sadece basına yansıyan kısmı ile ele alındığında; 2002-2005 yılları arasında hastalar ve hasta yakınları tarafından hekimlere yönelik olarak, bıçaklı, silahlı ve darp şeklinde, 39 saldırıda bulunulmuş, ağır yaralanmadan ölüme kadar varan birçok vaka meydana gelmiştir (Hürriyet 16 Kasım, 2005; www.ttb.org). İlişkinin başlangıcında “küçük bir tanrı” olarak algılanan hekime, ilişkinin sonunda “cani” muamelesi yapılması, özellikle duygusal yönü ağır basan toplumlarda, bazen hasta-hekim ilişkilerinde kuralları belirlemenin zorluğunu ve “insan faktörünün” bilimsel araştırmalarda kurulacak olan tüm “denklemlerdeki” “en tehlikeli değişken” olduğunu göstermektedir.

Toplum ile hekimler arasında, çatışmanın en somut örnekleri görülmekte, hekim-hasta ilişkilerinde varolan sorunların tümünü hekimlere yüklemek ise onların çalışma güçlerini zorlamakta, bu konuda sorunun bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp ve tüm bileşenleri ile birlikte bilimsel bir değerlendirilmesinin yapılması gerekmekte, toplum ise ekonomik, kültürel, siyasal, dini, vb. kurumları ile sürekli ilişki içinde olduğundan, bir bölümde çıkan aksaklıklar diğer bölümü olumsuz olarak etkilemekte, bu bakımdan sorun sadece hekimlerin daha verimli veya etkin çalıştırılması veya sadece sağlık politikalarının değiştirilmesi olmamaktadır (Kasapoğlu, 1999; 313).

Temelinde bireysel hak arama içgüdüsünün yattığı sanılan bu tür eylemler sonunda caydırıcı yaptırımların getirilememesi, toplumsal bir davranış biçimi haline gelmesine neden olabilecek ciddiyettir. Hekimler hakkındaki tıbbi hata iddialarını, yeterince sorgulamadan, karşı tarafın açıklamalarına yeterince yer vermeden, gerçekmiş gibi gündeme getiren, hatta olayı günler boyunca kamuoyuna aktaran medyanın da desteği ile hizmet sunumu yanında, önceki çalışmalarının doğruluğunu da savunmak (retrospektif

soruşturmalar kapsamında) zorunda kalan hekim ve sağlık personelinin, diğer hastalara ilgisi ve konsantrasyonu azalmakta ve güvensizlik ortamı yaratılmaktadır. Güvensizlik ise, fiziksel şiddetten çok daha fazla “duygusal şiddete” yol açmakta (Solomon, 2001; 49), bireyler arasında ve birey ile toplum arasında bir mesafe yaratmaktadır. Bu güvensizliğin dışa vurulması ise mesafenin daha da büyümesine ve hizmet veren ile hizmet alan arasında yabancılaşmanın oluşmasına yol açabilmekte ve öfkeyi uyandırabilmektedir.

Kahn, “kişinin stabil bir rol performansı gösterebilmesinin, ancak yüksek derecede bir konsensus ile oluşabileceğini” belirtmektedir (Kahn, 1964; 35). Aksi takdirde roller gereği gibi yerine getirilemeyecek ve her bir rol kümesi kendi rolüne ilişkin belirsizlikler yaşayacaktır. Yüzyıllardır “dişi” ye yüklenmiş olan “koruma, kollama, bakım, büyütme, geliştirme, yardım, insancılık” gibi rollerin, hekimlik mesleğinin içinde zaten kendiliğinden varolduğu göz önüne alındığında, hekimlik mesleğinin “feminen” karakteri de ortaya çıkacaktır. Yardıma ihtiyaı olan tarafın “daha fazla hak arama” ve “saldırganca tutumlar” sergilemesi, hekimlerin rollerini gereği gibi yerine getirmesine engel olacak ve zamanla hekimlerde işe yabancılaşma ortaya çıkabilecektir.

Bu tür şiddet eylemlerinin çoğunlukla acil servislerde verilen hizmet sırasında oluştuğu göz önüne alındığında, acil servis ve polikliniklerinin fiziki yetersizliği, personel noksanlığı ve kapasiteleri itibariyle, beklenen acil hizmetin gecikmeli olarak verilmesi, hasta kabul organizasyonundaki bozukluk, hastanın önceki deneyimlerinden kalan güvensizlik duygusu içinde heyecanlı ve sinirli bir şekilde bekleyen hasta sahipleri bir an önce hastalarının sahiplenilmesini istemekte, başvuruların fazlalığından yorgun düşen hekimlerle iletişim kopukluğu yaşamakta, problemin kaynağını hekimin ilgisizliğinde aramakta ve hasta sahibi ile hekim karşı karşıya kalmaktadır (Doğan, 2005; 1).

3. 4. 12. TANINMA İHTİİYACI

Bireyin belirli bir gruba veya gruplara aidiyetinin bilgisinden ve bu üyeliğe bağlanan değerden ve duygusal anlamdan doğan benlik kavramı (self-concept) “Sosyal Kimlik” olarak adlandırılmaktadır ve Sosyal Kimlik Kuramına göre; birey, olumlu bir sosyal kimlik oluşturma, toplum içindeki yerini tanımlama, anlamlandırma peşindedir (Soylu,

1996; 45-46). Bu bağlamda insanoğlu bir şeyi başardığında takdir edilme ihtiyacı duymaktadır. İnsanların kendilerine duydukları güvenin ve saygının gelişmesi de buna bağlıdır. Bu etkiler gelecek için güçlü motivasyon faktörleridir (Bentley, 1999; 179). Ancak kişinin ürettiği mal veya hizmette, kendisini simgeleyen bir unsurun olmaması sonucunda isimsizleşmenin meydana getireceği yabancılaşma duygusu, bireyin toplum içindeki yerini tanımlamasını ve anlamlandırmasını sekteye uğratabilir. Kişiye tanınma ve saygınlık hissi veren işlerin yaratıcılığı, içsel motivasyonu, verimliliği ve iş doyumunu arttırdığı çeşitli araştırmalar tarafından da ortaya konulmuştur (Amabile vd. , 1996; Shalley vd. , 2000; Oldham vd. , 1996).

Hizmet sektöründe çalışan mavi yakalı işgörenlere (örneğin, garson, tezgahtar, kuaför çırağı vb.) hizmet verdikleri müşteriler tarafından isimlerinin öğrenilmeksizin, göstermiş oldukları olumlu çabaları ve emekleri karşılığında kendilerine bir miktar bahşiş verilmesi onları motive etmeye yeterli olabilecekken, bir öğretim üyesi, avukat veya hekimden hizmet alan kişinin, hizmet verenin ismini öğrenmek gereği hissetmeden hizmet alıp çekip gitmesi, çalışanın kendi yaptığı işe anlam katamamasına, kendisini makinenin dişlisi gibi hissetmesine, yaptığı işi zamanla anlamsız bulmasına, giderek işe yabancılaşmasına ve bu tür olaylar sıklaştıkça da iş doyumunun düşmesine neden olacaktır. Özellikle beyaz yakalı işgörenlerde kişinin tanınma ihtiyacına cevap veremeyen böyle durumlar genellikle ücretsiz hizmet veren kamu işyerlerinde ve özellikle de kamu hastanelerinde sıkça yaşanmakta, ancak hizmette bir kusur veya kaza meydana geldiği takdirde hekimin ismi önem kazanmaktadır. Oysa Deschamps ve Doise'ye göre de birey ancak sosyal olarak ayrıcalıklı ve başat bir konumda olduğunda genellikle çevre karşısında kendini daha aktif ve çevreyi ise daha esnek ve şekillendirilebilir olarak düşünmektedir (Soylu, 1996; 46). Sosyal olarak böyle bir ayrıcalığın kendisinde olmadığını düşünen beyaz yakalı işgören, çevre karşısında kendisini pasifize edilmiş olarak görecektir, üstelik zamanla sorumluluk duygusu da törpülenebilecek ve dolayısıyla müşteri tatmini sağlamak da zorlaşacaktır.

Bundan başka, çalışanlar yaptıkları işin sonuçlarını görmek ve başarılı olmuşlarsa takdir edilmek isterler. Sağlık çalışanları için de hastalardan gelen tatmin edici geri bildirimler, hekimlerin mesleki doyumunu önemli derecede etkilemektedir (Mann, 2005; 312).

Hastaların hizmet aldıktan sonra iyileşip iyileşmediklerini hekime bildirmemeleri, hekimler için yaptıkları işin anlamını kaybetmesine neden olabilmektedir. Kişi yaptığı işin sonuçlarını görmek ve eğer sonucunda başarılı olmuş ise takdir edilmek ister.

Çalışanlara, yaptığı işin sonuçlarına ilişkin ne derece iyi olduğu konusunda sık bilgilendirmeler, gösterilen çabanın diğerleri tarafından farkına varılmasından dolayı, kişinin iş doyumunun artmasına neden olacaktır. Ancak olumsuz geribildirimlerin de kişinin moralini bozmayacak bir biçimde verilmesi gerekmektedir. Buna rağmen hekimlerin almış oldukları olumsuz geri bildirimlerin hemen tümünün moral bozucu nitelikte olduğunu söylemek mümkündür.

3. 4. 13. DUYGU İŞİ

Duygular insan deneyimlerinden ve örgütsel yaşamdan ayrılamaz bir görünümde ve örgütsel amaçları yoğun olarak etkileyebilecek güçtedir. Buna rağmen örgütsel davranış alanında yapılan çalışmalarda, işin duygusal boyutu büyük ölçüde ihmal edilmiştir (Jordan vd. , 2003; 195-196). Oysa insanlarla yoğun etkileşim gerektiren hizmetler, bu hizmetleri verenlerin fiziksel, bilişsel veya duygusal durumlarında değişmeye neden olmaktadır. Bu bakımdan fiziksel nitelikte olan hizmetler, bilişsel veya duygusal olan hizmetlerden oldukça farklıdır (Uyguç, 1998; 71).

Yapılan iş olumlu duyguların gösterilmesini veya olumsuz duyguların gizlenmesini gerektiriyorsa bu işi “duygu işi”, bu işi yapan kişiyi ise “duygu işçisi” olarak tanımlamak gerekmektedir (Panagopoulou, 2006; 196). Duygu işi, Hochschild (1983) tarafından; hizmet verenin, yüz ifadelerinden ve beden hareketlerinden açıkça gözlemlenebilen duyguların yönetilerek ortaya konulmasıdır şeklinde tanımlanmakta ve duyguların ifadesinde uygun olanın ortaya konulması kastedilmektedir (Diefendorff vd. , 2005; 339; Glomb ve Tews, 2004; 2; Mann, 2005; 304; Brotheridge ve Lee, 2003; 365).

Müşteriye arkadaşça ve dostça yaklaşmanın hizmet kalitesinde anahtar rol oynadığı Parasuraman (1987) tarafından da ortaya konulmuştur (Grandey vd. , 2005; 52). Pek çok meslekte ve özellikle hizmet sektöründe, işin gerekleri olarak, özellikle rutin olmayan görevler ve uzunca bir süre etkileşimi gerektiren görevlerde (Diefendorff vd. , 2005; 344-

353), ve çok çeşitli müşterilerle sık ve yoğun olarak ve çok çeşitli duygu durumlarının ortaya çıkma olasılığı olan iş çevrelerinde, çalışanın duygularını kontrol etmesi ve müşteriye karşı en uygun olan makul duyguların sergilenmesi ve özellikle olumlu duygusal ifadelerin takınılması, olumlu ilişkilerin sürdürülmesi ve müşteri memnuniyeti açısından çok önemli görülmektedir. Çünkü, hizmet işletmelerinde çalışanların yalnızca fikir ve bedensel olarak başarı göstermeleri yetmemekte aynı zamanda duygusal olarak da başarılı bir hizmet sunmaları beklenmektedir (Chu ve Murrmann, 2005; 1).

Sağlık Hizmetindeki anlayışın, hastadan, müşteriye doğru değişen rolü, hastaların kendilerini birer müşteri olarak görmeye başlaması ve hasta beklentileri arasında, tıbbi tedavi yerine getirilirken duygusal taleplerin de söz konusu olması, duygu işi ve duygu işçisi kavramının yeni yeni gelişmesine neden olmuştur. Sağlık profesyonellerinden en çok talep edilen karakteristik özelliklerden biri de, iş gereklerinin yerine getirilmesinde duyguların ifadesinin yönetimidir (Grandey, 2000; 95; Mann, 2005; 304-305). Hastaların ilişkilerde empati veya ilgi arayışlarının ve duygusal taleplerinin belki de bir gereği olarak duygu işçiliği, açık veya zımni olarak, sağlık hizmeti verenlere bir görev olarak yüklenmiştir (Panagopoulou, 2006; 198).

Hekimlik mesleğinin esas olarak insanlarla direkt ilgili olması, kolay anlaşılmayan “insan” faktörünün işin odağında olması, hekimin hasta ile ilişkilerdeki “yardım edici” rolünün, hastanın duygusal taleplerini de kapsaması, hekimlerin duygusal tükenme belirtilerinin artmasına ve hızlanmasına yol açmaktadır. Duygu işi ile duygusal tükenme arasındaki pozitif ilişkiler Zapf (2002) tarafından da ortaya konulmuştur. Buna rağmen yüzyıllar boyu, gerek Doğu gerekse Batı kültürlerinde kadının, “bakım sağlayıp koruyan” rolü ağır bastığı için, duygu işçiliği kavramı daha fazla miktarda hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarla açıklanmaya çalışılmış ve hemşirelikteki duygusal emek kavramı kalıcı bir popülerlik kazanmış (Bolton, 2001; 85), ancak tıp öğrencileri, klinisyenler ve diğer sağlık meslekleri için bu konu henüz işlenmemiştir. Bu alandaki çalışmaların geri kalmışlığının bir nedeni de hekimlerin geleneksel olarak bakımın teknik yönü ve teknik yönündeki iletişim, prosedürler üzerinde durmak durumunda olmaları, işin duygusal yönünü çoğunlukla hemşirelere bırakmaları ile ilgili olabilmektedir (Mann, 2005; 305-307). Ayrıca hekimlerin teşhis ve tedavileri sırasında mümkün olduğunca objektif

davranma zorunluluğu ve duygulardan arınmış olarak; yaptıkları teşhis ve tedaviye tam konsantre olabilmeleri açısından da bu durumun gerekliliğine işaret edilmiştir (Smith ve Gray, 2000; 49). Hatta hekimlerin, sık sık, duygusal durumlardan kendilerini sakınacakları stratejiler geliştirdikleri, tıbbi kültürün de zaten bunu gerektirdiği, aksi takdirde hekimin ya tiksindirici veya uyarıcı pek çok olayla baş etmek zorunda kalması nedeni ile özellikle, hastaya odaklanmak ve konsantre olmak için bunun hayati bir rol oynadığına dikkat çekilmiş, buna karşın yapılan araştırmalarda hasta etkileşiminin % 80'inin, hekimin duygusal emeğinin performansı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mann, 2005; 307-308). Bu anlamda, hastalara mümkün olan en iyi hizmeti sunabilmek, duyguların iyi yönetimi ile mümkün gözükmektedir (McQuinn, 2004; 104).

“Olumlu duyguların” gösterilmesini ve “olumsuz duyguların” gizlenmesini gerektiren durumlar ise Brotheridge ve Grandey tarafından şu şekilde ele alınmaktadır (Brotheridge ve Grandey, 2002; 35); Hizmet verilen kişilerin stresli ve üzgün olduğu durumlarda onları yatıştırmak, sakinleştirmek, güvenini kazanmak, gerektiğinde, arkadaşça ve sempatik duyguların ifade edilmesi için kısa konuşmalar yaparak gülümsemek, onları anladığını belirtmek ve kompliman yapmak gibi bir gereksinim doğuyorsa, olumlu duyguların gösterilmesi gereği vardır ve bu iş bir “duygu işidir”. Hizmet veren kişi, hoş olmayan bir durumla örneğin, tiksindirici veya bezdirici bir durumla karşılaştığında kızgınlığını ve öfkesini gizlemesi, korku yaratan bir durumla karşılaştığında veya kendisine karşı tehditkar davranıldığında bu korkusunu gizlemesi gerekiyorsa; olumsuz duyguların gizlenmesini gerektiren bir iş yapıyor demektir ve yaptığı işi yine “duygu işi” olarak değerlendirmek mümkündür.

Uygun olan duygunun ortaya konulması, esas duygunun bastırılması anlamına geldiğinden, duygusal uyumsuzluk, tatminsizlik, aşırı rol yüklenmişlik hissi, tükenme ve duygularını bastırmaktan ötürü pek çok hastalığa daha fazla yakalanma tehlikesi söz konusu olabilmektedir (Mann, 2005; 304-311). Hissetmediği duyguları varmış gibi gösteren kişinin zamanla kendisine olan saygısında da bir azalma söz konusu olabilecektir. Ancak hasta kendisine gösterilen duygusal emeği hissedip olumlu geri bildirimlerde bulunduğu takdirde, çalışanın öz saygısı olumlu yönde etkilenecektir.

Hastalardan gelen aşırı taleplerden bunalan, bıkan ve duygusal boğuşmalar yaşayan pek çok hemşire, duygu işini, “yaptıkları işi, hasta ile birlikte yürütebilmek için hemşirenin işini kolaylaştıran” bir unsur olarak gördüklerini ifade etmektedirler (Smith ve Gray, 2000; 41-48). Duygusal boğuşma hissedildiğinde ise kötü niyetle hareket edilmesi olasılığı artmaktadır. Bu nedenle duygu işçiliği tercih edildiğinden değil, ya gerçekten istendiği için veya mecbur kalındığı için veya yapılacak en doğru şey olduğuna inanıldığı için uygulanmaktadır (Mann, 2005; 309).

Duygu işçisi, duygularını yüzeysel olarak, derinlemesine ve gerçekten olduğu şekliyle olmak üzere üç farklı şekilde ortaya koyabilmektedir. Buna göre (Chu ve Murrmann, 2005; 2);

- Olumlu duyguların yüzeysel gösterimi, kişinin duygularını kontrol altında tutarak, kendisi kötü bir ruh halinde iken bile veya içinden gelmeyerek ve gerçek olmayan bir şekilde müşteriye gülyüz göstermesidir ki bu durum çalışanın sürekli olarak gerçek duygularını gizlemesinin sonucu olarak, daha fazla duygusal tükenme ve daha fazla duygusal uyumsuzluk ile karşı karşıya getirmektedir.
- Olumlu duyguların derinden (içten) gelen gösteriminde ise kişi duygu ve düşüncelerini kontrol altında tutmakta, önceki deneyimlerinden de yararlanıp olumlu duyguları çağrıştırarak, hayal ederek ve uygun olanı seçerek sadece fiziksel olarak olumlu ifade takınmakla kalmayıp duygularını olumlu olana doğru yönlendirebilmektedir.
- Gerçek olumlu duyguların gösteriminde ise hizmet veren kişi, müşteriye karşı rol yapmamakta, gerçekten kendisini yardıma hazır ve olumlu duygular içinde bulunduğu için böyle olumlu davranmaktadır. Örneğin pediatri servisindeki bir hemşirenin rolünü duygusal işçi olarak tanımlayabiliriz. Bu hemşirenin, çocukları seviyormuş gibi yapmayıp da gerçekten çocukları seven onlara hoşgörü ve şefkat ile yaklaşan bir kişi olması, hemşirenin işe uygun olan bu kişilik özelliğinden dolayı, hem çalışma hayatından daha fazla doyum sağlamasına, hem de o servisten hizmet alan çocukların daha fazla mutlu olmasına neden olacaktır. Hemşirelerin onlarca yıldır metaforik olarak “beyaz melekler” veya “mavi

melekler” şeklinde tanımlanmaları sağlık hizmetlerindeki duygu işçiliğini işaret eder gibi görünmektedir.

Yüzeysel duygu gösterimlerinin özellikle duygusal tükenme ve duygusal kopmalarla daha fazla ilişkili olduğu, derinlemesine duygu sergilemelerinin ise daha fazla kişisel başarı ile olumlu olarak ilişkili olduğu, derinlemesine duygu gösterimlerinin, çalışan ve müşteri için daha fazla yarar sağladığı vurgulanmıştır (Brotheridge ve Grandey, 2002; 34). Hissedilen ve gösterilen duygular arasındaki tutarsızlıklar (Glomb ve Tews, 2004; 2), çalışan açısından bir tehdit niteliğindedir. Gerçekte hissedilmeyen ve var olmayan olumlu duyguların varmış gibi ifade edilmesi hizmet veren kişide zamanla duygusal tükenme, işe ve kendine yabancılaşmaya neden olabilmektedir. Bunun için işe uygun insan istihdam etmenin yanı sıra, iş doyumunun sağlanarak ve sürekli kılınarak çalışanların iş yerinde göstereceği olumlu duygu durumlarının teşvik edilmesi önem kazanmaktadır. Çünkü yüksek iş doyumuna sahip çalışanlar gerçekten mutlu birer çalışan olacaklarından onların yüzeysel ve aldatıcı bir şekilde ortaya koymaları gereken olumlu duygu ifadelerine ihtiyaçları olmayacaktır.

Son yapılan araştırmalar, sağlık hizmeti çalışanları arasındaki işgücü devrini, işin kendi doğası gereği olan duygusal taleplerin alevlendirdiğini ortaya koymuştur (Vitello-Cicciu, 2003). George (1989), işlerini yaparken olumlu bir ruhsal durum içinde olan çalışanların sonraki üç ay içinde daha az işe devamsızlık yaptıklarını ortaya koymuştur (Telman ve Ünsal, 2004; 74).

Yüksek derecede “duygu işçiliği” gereklerinin, yüksek derecede “tükenme” yarattığı, özellikle, sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve öğretmenlik gibi insanlarla yoğun iletişim gerektiren meslek gruplarında çalışanların, mesleğin doğası gereği yaşanan stresle başa çıkamamanın sonucu olarak fizyolojik ve duygusal alanlarda hissedilen tükenme belirtileri gösterdikleri vurgulanmıştır (Brotheridge ve Grandey, 2002; 18; Köse ve Gülova, 2006; 255).

Hekim-hasta ilişkilerinde hastanın duygusal taleplerinin, diğer mesleklerin karşı karşıya olduğu müşteri kitlesinden çok daha farklı ve çok daha fazla olması hekimlerin iş doyumunun müşteri tatminine etkisini çok ciddi bir biçimde etkileyecektir. Hekimlerde

duygusal tükenmenin önüne geçilebilmesi, hastaların duygusal talepleri ile başedilebilmesi ve hastaların bu konudaki taleplerinin daha fazla yerine getirilebilmesi için, hekimlerin iş doyumuna çok daha fazla önem arzetmektedir.

3. 4. 14. MOTİVASYONEL DEĞERLER, OBJEKTİF VE SUBJEKTİF BAŞARI

KRİTERLERİ

Çalışanların, işlerinin çok değişik yönlerinden doyum sağlayabilmeleri, onların çalıştıkları örgütlere yabancılaşmalar bile hala daha yaptıkları işlerden doyum sağlayabilmelerini olanaklı kılmaktadır. En alt düzeydeki işlerde çalışanların başlıca çalışma nedeni, işin bir geçinme aracı olmasıdır. Ancak bu durum, diğer nedenleri tümüyle ortadan kaldırmamakta, sadece önem derecesini azaltmaktadır. Diğer yandan üst düzeyde ve mesleki uzmanlık gerektiren işlerde içsel ödülün önemli olması doğaldır. Örneğin, Hampton ve Hampton, sadakat, iş doyumunu ve bağlılığın, profesyonellerin kendi değerlerinden ve normlarından kaynaklandığını ve profesyonellik ile iş doyumunun doğru orantılı olduğunu vurgulamakta, profesyonellere sağlanan ödüllerin ise iş doyumundan daha çok profesyonellikle ilişkili olduğunu, yaptığı çalışmalarla ortaya koymaktadır (Hampton ve Hampton, 2004; 1044-1049). Çünkü değerler, bireylerin veya grubun karakteristiğini belirleyen açık ya da zımni kavramların ve davranışların seçilmesini etkileyen arzu edilebilirlik anlayışı olduğu için, gerek bireysel gerekse kolektif yaşamda, örgütsel veya kişisel davranışın değerlendirilmesinde çok önemli unsurları yansıtmaktadır (Hofstede, 1980; 19; McEwan, 2001; 45).

Profesyonelliğin gereği olan, “işe bağlılık ve kendi kendini disipline etme davranışları”, hekimlerin motivasyonel değerlerini, objektif ve subjektif başarı kriterlerini ele almayı gerekli kılmakta, aynı zamanda, hem ekonomik hem de örgütsel alanda yaşanan değişimlerin (downsizing, flat organization, outsourcing gibi) örgütsel kariyer olanaklarını azalttığı, dolayısı ile örgütsel bağlılığın azaldığı, buna karşılık, mesleki bağlılığın artış gösterdiği günümüzde, başarının ölçütlerinin ve bu başarının iş doyumuna etkisini yeniden gözden geçirmeyi gerekli kılmaktadır.

Sosyal psikolojide yapılan bazı çalışmalar bireyin davranışlarının sahip olduğu subjektif normlara göre önceden kestirilebileceğini göstermektedir (Buttle ve Bok, 1996; Conner vd. , 2001; Lam vd. , 2003). Subjektif normlar, bireyin negatif veya pozitif tüm değerlemelerinde ve motivasyonu üzerinde etkili olmaktadır. Çünkü bu normlar ve değerler kişinin başarı algısını, performansını, problemler karşısındaki tutumlarını, kararlarını, kişilerarası ilişkilerini, sorumluluk algılarını etkilemektedir (Russell, 2001; 76). Fishbein ve Ajzen (1975), kişinin ailesinden, arkadaşlarından, sosyal çevresinden ve toplumdan beklentileri ile toplumun kişiden beklentilerinin karşılıklı olarak ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca kişinin sosyalleşme süreci içerisinde, hangi tür işe daha büyük bir saygı duyacağı da aşağı yukarı belirlenmiş olduğundan (Rousseau, 1990), bu durum hayatın sonraki aşamalarında kişinin iş doyumunu ve mesleğe olan bağlılığını ve örgütsel bağlılığını da etkilemektedir. Motivasyon ve Öğrenme kuramları alanındaki araştırmalar da, çalışma güdüsünün doğuştan değil, sosyal yaşamda öğrenilmiş güdülerden olduğu tezini daha çok desteklemektedir. İnsanın doğuştan “boş durmama”, “bir faaliyette bulunma” yönünde davranış eğilimi içinde olduğu, Aktivasyon Kuramına ilişkin araştırmalar tarafından ortaya konulmuştur. Ancak, bu faaliyetin ne ölçüde ve hangi yönde olacağı, büyük ölçüde sosyal çevreden alınan değerler sistemi ve uyarılar tarafından belirlenmektedir (Tınar, 1996; 6-7). Bireylerin düşünce, tutum ve davranışlarında birer ölçüt olarak ortaya çıkan ve toplumsal bütünleşmenin ayrılmaz bir parçasını oluşturan değerlerin, davranışın temelinde yatan olgu olarak işten duyulan tatmine yön verdiğinin, kabul edilmesi gerekmektedir (Naktiyok, 2002; 165-168).

Watts'ın ortaya attığı “Objektif” ve “Subjektif” Başarı kavramı da hekimlerin iş doyumuna, konunun başka bir yönü ile açıklık getirmektedir (Woodd, 2000; 100). “Objektif Başarı”, toplumsal olarak gözlenebilen ve tanımlanabilen ve objektif başarı kriterlerini kapsayan, örneğin; statü, maddi başarı, şöhret, prestij, bilgi ve beceri, sağlık ve iyi hal durumu gibi faktörlere dayanırken, “Subjektif Başarı”, spesifik iş deneyimlerine yönelik değişen gereksinimleri, değerleri, özlemleri ve tavırları yansıtmakta ve kişinin başarıya olan güveni, içten gelen bir memnuniyet hissi, kişinin öz değerlerinden kaynaklanan düşünceleri ve bununla bağlantılı olarak kendini işine ve kuruma adanması, tatmin edici ilişkiler ve kişisel moral boyutunu da kapsamaktadır

(Nicholson ve DeWaal Andrews, 2005; 140-142). Bu maddeler her toplumda önemli olmakla beraber önem sıralaması zamansal, mesleki, örgütsel, sektörel ve kültürel şartlara göre de değişmektedir. Bu durum kısmen Maslow'un tatmin edilmedikleri ölçüde önemleri artan ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramı ile de kesişmektedir. Öznel değerlemeler aynı zamanda kişinin hedefe odaklanmasını sağlamak, içsel ödüller ve cezalar aracılığı ile kişiyi motive etmek ve kendince doğru yolu bulmasına yardımcı olmak gibi işlevler de görürler. Ayrıca başarının subjektif boyutu, yani özneliği, bireysel yaşamların bir özelliği olma statülerinden kaynaklanmakta ve onlara kimlik veren kişisel yorumlar ve değerlerle tanımlanmaktadır. Örneğin, öğretmenler ve akademisyenler başarılarını genellikle; öğrencilerinin öğrenme ve diğer başarıları çerçevesinde, otobüs ve taksi şoförleri; kazasız geçirdikleri yıllara göre, endüstriyel çizimciler; yaratıcılıklarının emsalleri tarafından takdir görmelerine göre, hekimler; iyileştirdikleri veya kurtardıkları hastaların oranına göre değerlendirirken, ücret, terfi, statü gibi bir yükselmeye yol açmadığı halde bu kıstasların başarı göstergeleri olarak değeri hiç azalmamaktadır. Handy ve arkadaşları da hekimliğin diğer mesleklerden biraz daha farklı motivasyon mekanizmalarına sahip olduğunu veya olması gerektiğini vurgulamışlardır (Handy, 1996; 88). Öznel başarı, kişinin işinden ne kadar doyum sağladığı ile tanımlanmakta hatta bunun da ötesine geçerek, insanların kendi başarılarına yönelik kendi düşüncelerine yol açan nedenler üzerinde odaklanmaktadır. Örneğin sağlık çalışanları için mesleki doyum, hastalardan tatmin edici bir geri bildirim alındığında da yaşanmaktadır (Mann, 2005; 312). Öznel başarı, nesnel başarının doğrudan bir sonucu olarak da onu izleyebilir; örneğin, yaptığı işi başarı ile sonuçlandıran kişiler kendilerini iyi hissedeceklerdir (Murrell, Frieze ve Olson, 1996; 326). Ün yapmış veya başarılı olmuş insanların mutlaka günlük işlerini sevmelerine yol açmadığı gibi, yüksek düzeyde memnuniyet verici işlerde çalışanlar da kendilerini, "başarılı" bulmayabilirler. Bu anlamda başarı, kişinin anlık iş doyumundan ziyade daha geniş bir zaman diliminde elde ettiği, hem önceki, hem de beklenen kazanımları ifade etmektedir. Bunlar aynı zamanda kişinin kariyerinin getirdiği bir kimlik, anlam ve iş yaşam dengesi gibi geniş bir yelpazedeki getirileri de kapsamaktadır (Heslin, 2005; 378). Nesnel başarı faktörleri her ne kadar evrensel olsa da bu göstergeler arasındaki bağlantılar kültürden kültüre, iş sektörleri arasında, bölgeden bölgeye ve meslekten mesleğe farklılık göstermektedirler (Plaut vd. , 2002; 160-184).

Yine de nesnel ve öznel başarı göstergeleri arasındaki korelasyon, karşılıklı ilişkilere, zamana ortama ve denek grubuna bağlıdır. Herhangi bir meslek grubundaki kişinin öznel ve nesnel başarısı, toplumsal düzeydeki görecelikleri de aydınlatmayacaktır (Nicholson ve De Waal Andrews, 2005; 145)

Kültürel özellikler de statü işaretlerini ve ödülleri, gelenekler ve normlar aracılığı ile yüksek düzeyde düzenlemektedir. Bir toplumda saygınlık duyulan bir mesleği icra ediyor olmak en azından içsel ödülleri arttıracak ve iş doyumunun yükselmesine yol açacaktır. Yapılmasından hoşnutluk duyulan, kişiye tanınma ve saygınlık hissi veren kompleks bir iş icra ediyor olmak, yaratıcılığı, içsel motivasyonu, verimliliği ve iş doyumunu arttıracaktır (Amabile vd. , 1996; Shalley vd. , 2000; Oldham vd. , 1996). A.B.D. de ve diğer ülkelerde yürütülen birçok büyük ölçekli çalışmalar yöneticiler ve profesyonellerin işlerinden doyumlu olmak ya da prestij, güç, para ve ilerleme gibi somut getirilerden veya iş doyumundan ziyade, iş-yaşam dengesi ve anlamlı bir davaya katkıda bulunmak gibi şeylere değer verdikleri sonucuna varmışlardır (Heslin, 2005; 378). İşlerindeki olumlu anlamı gören çalışanlar onu sadece “iş” ya da “kariyer” değil bir “uğraş” olarak görebilmekte ve işini bir uğraş olarak görenler daha üretken ve daha doyumlu olabilmektedirler (Wright ve Cropanzano, 2004; 343-344) .

Ancak mesleki çekiciliğin azalmış olması, yoğun iş yükü nedeni ile hekimlerin iş-yaşam dengesini kurmakta zorlanmaları ve hastaların önyargılı olumsuz tutumları nedeni ile anlamlı bir davaya katkıda bulunulduğuna dair oluşabilen kaygılar, hekimlerin kendilerini motive edebilecekleri olumlu öznel değerlemelerden de onları alıkoyabilecektir. Bu konuda yapılan eleştirilerde; yeni nesil hekimlerin, kendi kişisel yaşam tarzları ve yaşam dengesi üzerine daha fazla odaklanmış olduklarını ve tıp mesleği için gerekli olan asli değerlere sahip olmadıklarını, adanmışlığın kaybolduğunu, hekim olmaya aşık olmaktan korktuklarını, ağır hukuki yaptırımlar nedeni ile taahhüt altına girmekten hoşnut olmadıklarını ve temel tedaviden sakındıklarını, tıbbın şirketleşmesinden ötürü “güvenilen meslek” statüsünü kaybettiğini, mesleğin çekiciliğini yitirdiğini ve profesyonel tatmin sağlamaktan uzaklaştığını, hatta 1922’lerden bu güne doğru gelindiğinde hekimlerin iş yapma anlayışlarında “yaşamak için çalışmaya” ve “çalışılacak bir iş’e” doğru bir kaymanın gözlemlendiği vurgulanmaktadır (Lawrence, 2005; 439;

Marchal ve Kegel, 2003; 89-100; Kellet, 2004; 4). Ülkemizde tıp öğrencileri ve hekimler üzerine yapılan çalışmada, Türk tıp öğrencilerinin Amerika ve İngiltere'deki tıp öğrencilerinden daha fazla insan sevgisi ile dolu oldukları, idealizmin ön planda olduğu, iyi bir hekim olabilmek için kendini bu uğurda adamayı ve çalışma uğruna her şeyden vazgeçebilmeyi önemli gördükleri, ancak uzun ve yoğun bir eğitim ile daha sonraki mesleki yaşam koşullarının tıp öğrencilerini düşündürdüğü ve meslekte mutlu olamama kaygılarının özellikle son sınıflarda arttığı ortaya konulmuştur (Kasapoğlu, 1999; 277-280).

3. 4. 15. KAMU VE ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞMA

Hastanelerin matriks yapılı örgütler olması, bu örgütlerin yatay ve dikey olmak üzere iki ayrı tür ilişki üzerine kurulmuş olmasını ve bu yapılarda farklı bölümlerdeki kişilerin birlikte çalışmalarını gerektirmektedir (Koçel, 2003; 323). Matriks örgütlerin fonksiyonel ve proje olmak üzere iki tip yöneticisi bulunmakta, fonksiyonel yönetici; işin kimler tarafından, nerede hangi projede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konuları ile ilgilenmekte, proje yöneticisi ise neyin, ne zaman, neden yapılacağını belirlemektedir. Projede görev yapan hekim ise her iki yöneticiye de bağlı bulunduğu sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör tarafından verilmesine göre hekimlerin iş doyumunun farklılaşacağı düşüncesi ile kamu ve özel sektöre has yönetim biçimlerinin ve bu sektörlerdeki yönetici tutum ve davranışlarına rehberlik eden mekanizmaların ele alınması gerekmektedir. Hizmetin sosyal bir süreç olması da hizmet işletmelerinde yönetimin bu süreçleri yönlendirme yeteneğine bağlı bulunmakta, dolayısıyla hizmet işletmeleri yönetimin etkinliğine daha duyarlı olduğundan, bu işletmelerde örgütün değerleri, kültürü ve özellikleri ile yakından ilgili olan bireysel güdülenme ve özgürlük oldukça önem olmaktadır (Uyguç, 1998; 68).

Yönetim, genel ve beşeri bir faaliyettir; bütün sosyal durumlarda söz konusu olmakta ve kamu yönetimi ve özel yönetim genel bir kavram olan yönetimin alt dallarını oluşturmaktadır. Yönetim ile ilgili örgüt teorilerinin büyük bir kısmı, özel sektör kuruluşlarında yapılan araştırmalara dayanmasına ve kamu yönetiminin bu araştırmalardan büyük ölçüde yararlanmasına rağmen aralarında farklılıklar

bulunmaktadır. Hekimlerin iş doyumu ile direkt ilgili olmayanlar kapsam dışında bırakıldığında bunlar (Eryılmaz, 1999; 34-39);

1. Siyasal Çevre; Kamu yönetimi, siyasal sistem içinde alınan kamu politikası kararlarını uygulamakla ilgilenmektedir. Siyasal yöneticiler yaptıkları denetimlerle, kamu yöneticilerinin bu sorumluluğunu değerlendirirler ve böylece onların eylem ve işlemlerini siyasal iradeye uygun olarak yönlendirmeye çalışırlar. Bu bakımdan kamuda görev yapan hekimler siyasal çevreden daha fazla oranda etkileneceklerdir. Kamu kurumları; içinde seçmenler, politikacılar, üretici ve tüketici çıkar gruplarından oluşan siyasi bir ortamda faaliyet göstermektedirler. Örneğin, daha fazla seçmenin memnun edilebilmesi için kamu hastanelerinde çalışan hekimlere daha fazla oranda iş yükü düşmektedir.

2. Serbestlik; Kamu örgütleri, devletin birer parçasıdır ve dolayısıyla değişik organlarca yoğun bir denetime tabidirler. Kamu hizmetleri devamlıdır, herkese eşit olarak sunulmakta ve müşteriye göre farklılık göstermemektedir. Dolayısıyla hizmetlerin belirli standartlara ve usüllere uygun olarak yürütülmesi gerekir. Bu nedenle kamuda görev yapanlar, önceden belirlenen kurallara uygun olarak hareket etmek zorundadırlar.

3. Kamu yöneticilerinin, çalışanların ücretlerini arttırma ve azaltma yetkileri yoktur. Özel işletmelerde çalışanların ücretlerinin üst limiti bulunmamaktadır ve yöneticiler, çalışanların ücretlerini, başarı durumlarına göre düzenleme imkanına her zaman sahiptir .

4. Siyasi Liderliğin Sık Değişmesi; Siyasi liderlerin değişimiyle politikalar da değişmektedir. Kamu yöneticileri ve kamuda çalışanlar, yeni liderlere ve politikalara göre kendilerini ayarlamak zorundadırlar. Siyasal etkiler ve baskılar nedeniyle kamu yöneticileri, zamanlarının büyük bir kısmını kısa dönemli tedbirler ve programlar hazırlamakla geçirirler. Özel sektörde, kamuda olduğu gibi fazla politika değişiklikleri söz konusu olmamaktadır.

5. Kamu Gücü: Özel kişi ve kuruluşlar arasındaki ilişkiler, tarafların eşitliği esasına dayanır. Karşı tarafın istemediği bir şeyi yaptırma imkanı yoktur, dolayısıyla karşılıklı ilişkilerde anlaşma esastır. Kamu gücü ise “tek yanlı işlem”dir. Kamu ile özel kişiler arasındaki ilişkilerde çoğu kere eşitlik yoktur. Kamu yönetimi, kamu gücünü temsil ettiği ve yürüttüğü için, kendisini toplumun üzerinde görebilmekte ve halktan uzak olma eğilimi içine girebilmektedir.

6. Kuralların Yoğunluğu; Kamu yönetiminde uygulanan usul ve kurallar yasalarla ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Kamu yönetiminin örgütlenmesi, görev yetkileri kamu personelinin hizmete alınması, hakları ve yükümlülükleri, kamu kurumlarının mal ve hizmet satın almaları çok sayıda yasal düzenlemenin konusunu oluşturmaktadır. Özel kesimdeki yasal düzenlemeler ise genel niteliktedir, fazla ayrıntılı değil ve sayı bakımından azdır.

7. Kurumların Yapısı ve Yöneticilerin Motivasyonu; Kamudaki bürokratların faaliyetlerini, piyasa sisteminde söz konusu olan "rekabet" etkeni motive etmemektedir. Bürokratları motive eden temel etken "prestij" ve "otorite" kazanma duygusu ile siyasi yöneticilerinin ve kamuoyunun denetimidir. Kamu sektöründe prestij ve otorite, hizmet maliyetlerinin düşürülmesi ve tüketicilerin en iyi şekilde tatmin edilmesi değil, daha çok kurumlarının bütçelerinin büyüklüğüne ve personel sayısına bağlıdır. Özel sektörde ise daha az personel ile daha fazla iş yapmak daha büyük bir marifettir. Özel sektör yöneticilerinin faaliyetlerini motive eden temel etken piyasa mekanizmasıdır. Özel kesimin ürettiği mal ve hizmetler, tüketiciler tarafından satın alınmak ya da alınmamak sureti ile piyasa denetimine tabidirler. Dolayısıyla işletme yöneticilerinin başarısı da bu piyasa denetiminin sonucuna göre değerlendirilmektedir. Kısacası, özel sektörde firmalar, piyasada kaynaklarını geliştirmek için rakipleri ile yarışmakta, kamuda ise kurumlar, siyasi sistem içinde bütçelerini büyütme, personel sayılarını arttırmak ve sosyal imkanlarını geliştirmek için birbirleriyle rekabet etmektedirler. Bu rekabet ise kamunun daha fazla büyümesine ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Kamuda yönetim açısından başarı ya da başarısızlık ise kamuya ait olmaktadır (Özdevecioğlu, 2002; 119).

Ülkemizde kamu personel rejimi konusundaki güçlüklerin ve aksaklıkların kaynağı, yönetim sistemimizin toplumsal, ekonomik ve siyasal yapıda meydana gelen değişim ve gelişmelerin gerisinde kalmasıdır (Canman, 1995; 251). Kamu sektöründe, gerek siyasal iradede ve gerekse yapılanmasından kaynaklanan sorunlardan dolayı zamanla değişen çevreye gereğince ayak uyduramaması, statükocu bir yapıya sahip olması ve günün gereklerine göre işlemeyen, hantal bürokratik bir yapıya bürünmesi gibi olumsuzluklardan (Önder, 1997; 117), kamu yöneticilerinin özel sektördeki gibi seçilerek değil atama yolu ile işin başında olduklarından inisiyatif kullanma derecelerinin

sınırlılıklarından ve kamu yöneticilerinin başarılarının kar ile değil de farklı kriterlere göre ölçüldüğünden (Devlet Memurları Kanunu, m. 125) farklı yönetim anlayışlarına sahip olduklarından söz edilebilir. Bununla birlikte ülkemizde hekimler için en büyük işveren (kamu) devlettir. Kamu yönetimi ise boşlukta işleyen bir mekanizma olmadığından, ait olduğu toplumun genel şartlarından ve özelliklerinden etkilenmektedir. İdari yapılar, davranışlar, değerler ve sorunlar, bunları doğuran sosyal, ekonomik ve kültürel şartlardan ve çevreden bağımsız olarak incelenemez olsa da kamu yönetimi işleyişinden beyaz yakalı işgörenler olarak hekimlerin iş doyumunu etkileyebilecek pek çok etmen vardır. Bunlar;

-Kamu hastanelerine yönetici olarak atanan kişilerin, siyasi liderliğin sık değişmesi ile birlikte değişmesi, kamu hastanelerinde çalışan hekim ve personelin ihtiyaçlarına ve isteklerine tam vakıf olunamamasına, ayrıca sık idareci değişimlerinin getirdiği stresi, personelin yoğun olarak yaşamasına neden olmaktadır.

-Bürokrasilerde memur, makinenin dişlisi gibi görülmekte, keyfi ve taraflı olarak konulmuş kurallara bile uymak zorundadır. Bu nedenle kamuda çalışanlar, bürokratik sistemin işleyişine müdahale ederek bireysel olarak düzeltme yapma imkanından büyük ölçüde mahrum bulunmaktadır. Kamu yönetiminin bireyler üzerine getirdiği sınırlamalar; örneğin bir hekimin, günde 80-100 hastaya bakmak zorunda olması, etkin iletişim kuramadığı hastayı reddetme hakkının olmaması veya zorunlu hizmet yapmak zorunda kalması hekimler için iş doyumsuzluğunun artmasına neden olmaktadır.

-Kamu hastanelerinde hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak idari faaliyetleri de yürüten başhekimlerdir. Örgüt hiyerarşisi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımını gerektirmekte, hizmet planlama, uygulama, karar verme ve kaynak tahsis etme gibi her alandaki yetkiler ise yalnızca merkezi yönetim olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte ve bu durum TKY ile ters düşen bir uygulamayı da gündeme getirmektedir. Kamudaki katı hiyerarşik örgütlenme nedeni ile hekimlerin kendi sorunlarını üst makamlara iletebilmesinde ve kendileri ile ilgili kararlara katılabılmesinde problemler yaratmasına, kamu sektöründeki hantal yapılanma nedeni ile; kamu hastanelerinin gerek iç gerekse dış çevreleri ile etkin bir iletişime girememesine, hem hekimlerin hem de hastaların ihtiyaç ve problemlerinin

zamanında algılanamamasına, sorunları çözme kapasitesinin kısıtlanmasına neden olmaktadır. Örneğin tıbbi teşhis ve tedavilerin daha etkin yapılabilmesi için gerekli olan en küçük bir teknik teçhizat veya gerekli olan ek bir personel için bile aylarca süren yazışmalar gündeme gelmekte, bu durum ise hekimlerin görevlerini istedikleri etkinlikte yapamamalarına ve iş doyumlarının düşmesine neden olabilmektedir.

-Hastanelerin matriks yapılı örgütler olması, tüm hizmetlerin direkt kaliteyi etkileyen üretim süreçlerinde proje yöneticisi konumundaki hekimlerin de katılımını gerektirdiği halde, kamuda görev yapan hekimler kendileri ile ilgili kararlara katılamamanın sancısını çekmekte ve bu durum, iş doyumuna olumsuz yansımaktadır.

-Kamu yönetiminde temel amaç, kamu hizmetlerinin görülmesi olduğundan, hekimlerin iş doyumuna yeterince önem verilmemekte, bu durum, “kamunun çıkarı her şeyden önce gelir” ilkesini dolaylı olarak zedelemekte netice olarak hekimlerin iş doyumunu sağlayamamaları, hastaların beklentilerini karşılayamamasına etki edebilmektedir.

-Kamu yöneticisi açısından başarı veya başarısızlık kamuya ait olduğundan, iç ve dış müşteri memnuniyetinin sağlanıp sağlanamamasından direk olarak yönetici ve çalışanların sorumlu tutulması zorlaşmakta, hatta, iç müşterinin tatmini için hiçbir faaliyette bulunmayan yönetime rağmen, dış müşterinin (örneğin hastanın) memnuniyetsizliğinden direk olarak iç müşteriler (hekimler) sorumlu tutulabilmektedir.

-Kamu Sektöründe görev yapan hekimlerin, iş yükleri ile orantılı olarak her bir hasta için gerekli olan evrakları düzenleyip, onaylayıp, kayıtlarını tutmaları, gerekli sevk zincirine uygun işlem yapıp yapılmadığını kontrol etmeleri gibi kırtasiyecilik işlemleri olarak adlandırılan, bürokratik prosedürlere uygun davranma zorunluluğu, hekimlerde ayrı bir stres kaynağı olmakta, “Toplam Kalite Yönetimi” yerine, Tosun ve Tosun’un da (1997; 37) çok anlamlı olarak isimlendirdiği gibi “Toplam Evrak Yönetimi”ni ön plana çıkarmakta ve hekimin esas görevi dışındaki bu işlemler, zamanla işten yabancılaşmaya ve iş doyumsuzluğuna neden olabilecek derecede yoğun bir hal almaktadır.

-Katı hiyerarşik örgütlenmenin beraberinde getirdiği bağımlılık, disiplin, otorite, emir-komuta unsurları, örneğin Toplam Kalite Yönetimi ve İçsel Pazarlama yaklaşımının gerektirdiği katılımcılık, takım çalışması ile desteklenen yatay iletişim ağlarının örölmesine engeldir. Emir akışı şeklinde işleyen bilgi akışı, yukarıdan aşağıya doğru tek

yönlü olup, alt kademe çalışanların mal ve hizmet üretim süreçlerine katılımı, önlerindeki yönetmelik, genelge ve sirkülerleri uygulamaktan öteye gidememekte, bu durum ise kamuda çalışanların iş doyumunu etkilemektedir. Kellet da hekimlerin karşısına çıkarılan onlarca kılavuz, protokol, hukuki düzenlemeler, teftişler vs. nedeni ile profesyonel bağımsızlıklarının tehdit altına alındığını ve bu durumun özellikle genç hekimlerde düş kırıklığı yarattığını belirtmektedir (Kellet, 2004; 4). Bilgi işçilerinin geleneksel emir ve komuta yöntemleri ile yönetilmesi kolay olmadığı gibi, onlarda iş doyumsuzluğunun artmasına da neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar; organizasyonlarda teknolojik gelişme ile birlikte ortaya çıkan iyi yetişmiş personel ihtiyaç artışının, hiyerarşiden uzaklaşmayı ve daha desantralize karar verme mekanizmalarını da beraberinde getirdiğini, karmaşık işlerde hiyerarşik iş ilişkisinden çok, katılımcı yaklaşımın, daha etkin olduğunu ortaya koymaktadır (Sur ve Eren, 2004; 48). Profesyonel mesleklerin icra edildiği örgütlerde yönetimin, kontrol eden değil, onu destekleyen bir yaklaşım içinde olması gerekmektedir (Quinn, 1996; 71). Aslında, yapılan işin yüksek belirsizlik ve karmaşıklık içermesi ve nihai sorumluluğun hekimde olması, yönetimin sadece dolaylı olarak sorumlu olması, otonomiye olan ihtiyacı arttırdığı gibi, yönetimin kontrol alanını daraltmaktadır. Günümüzde uzmanlaşma, otoritenin en önemli kaynağı olduğu halde, kamudaki merkeziyetçi yapı uzmanlığın bir otorite olarak algılanmasında problem yaratabilmektedir. Ancak, iş bölümüne dayalı uzmanlık, resmi hiyerarşik otoriteyi etkisiz hale de getirebilmektedir.

-Kamu kurumlarında ödüllendirme yerine cezayı ön plana çıkaran işleyiş, kaliteli iş görmeye yatkın personelin motivasyonunu ve performansını düşürmekte, çalışanların yaptığı işi ve kurumu benimseme düzeyinin düşüklüğü ise, kalitenin ve müşteri tatmininin gerçekleştirilmesi yönündeki kaygıyı ortadan kaldırmaktadır (Tosun ve Tosun, 1997; 39).

-Kamu kurumlarının bütçe, personel sayısı, kullanılan bina ve araçlar bakımından gerektiğinde arttırılıp, gerektiğinde eksiltilmesi veya yenilenmesi ihtiyacı ortaya çıktığında ise büyük bir hantallık söz konusu olmakta, özellikle mali kaynakların dağılımında “hizmet-kaynak” dengesi gözetilmediğinde, bu durum özellikle beyaz yakalı işgörenleri iş yapamaz hale getirmektedir. Hizmet içi eğitimin ise kamu çalışanlarının kendisinin sunduğu hizmetin kalitesini sürekli iyileştirme yerine, müesses nizamın

kurallarını; örneğin, memurun ödev ve yükümlülükleri, kendilerine konulan yasaklar gibi konuları öğretme amaçlı olduğu görülmektedir (Tosun ve Tosun, 1997; 40).

-Kamu hastanelerinde hastalar, sosyal güvenceden doğan hukuki haklarını kullanarak devlet hastanelerine başvurmakta dolayısı ile kamu hastaneleri açısından rekabet gibi bir kavram da pek söz konusu olmamaktadır. Rekabetin olmadığı bir ortamda iç ve dış müşteri memnuniyeti kavramı da önemini yitirmektedir. Ancak iş doyumunu olmayan çalışanların, müşteri tatmini sağlamaları zorlaşacağından, tatmin olmamış olan aynı hasta, bir başka devlet hastanesine veya devletle anlaşmalı özel hastaneye gitmekte, bunun faturasını ise hem hekimler (iş yükü artışı nedeni ile), hem de devlet (maliyetlerin artması nedeni ile) ödemektedir.

-Kamu Sektöründe görev yapan hekimlerin iş güvencelerinin 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile garantiye alınmış olması, kamu sektöründe devlet memuru statüsünde çalışan hekimin iş doyumuna olumlu etki etmesi beklenen bir durumdur. Ancak hekimlerin “sözleşmeli sağlık personeli olarak çalıştırılması”nı öngören 10 Temmuz 2003 tarihinde yürürlüğe giren madde ile aynı işyerinde aynı işi yapan ancak farklı ücret ve farklı statüde çalışan hekimler arasında anlaşmazlıkların artması, çalışma ilişkilerinin bozulması, takım ruhunun yok olması, ve işgüvencesinden yoksun olan sözleşmeli hekimlerde de iş doyumunun düşmesi beklenen bir durumdur. Yapılan bir araştırma, kadrolu olarak görev yapan personelin iş doyumunu düzeyinin, bağlılıklarının ve performanslarının kadrosuz olarak çalışan personelden daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Aksoy ve Özdevecioğlu, 2006; 293-294).

Yapılan araştırmalar (Buckhanan, 1974; Hayward, 1978, Khojasteh, 1993; Kovach ve Patrick, 1989; Lachman, 1985; Paine, Carroll ve Leete, 1966; Rainey, 1983; Rhinehart vd. , 1969; Solomon, 1986), iş doyumunun kamu sektöründe ve özellikle yönetim kademesindeki kişilerde daha düşük olduğunu, ancak daha sonraları Steel ve Warner (1990) ve DeSantis ve Durst ‘ın (1996) yaptığı çalışmalarda kamu sektörü çalışanlarının, özel sektör çalışanlarından daha fazla iş doyumunu elde ettiklerini göstermektedir (Rainey ve Bozeman, 2000; 459). Gore ise kamu sektöründe çalışanların düşük iş doyumunun daha ziyade, işin spesifik yönü, terfiler, otonomi, ücret seviyesi, iş arkadaşları ve bir üst düzey yöneticilerden kaynaklandığını, kamu sektöründeki yöneticilerin ise daha ziyade;

görevlere yapılan politik müdahaleler, terfilerdeki politik tutumlar ve terfilerde yaşanan düş kırıklıklarının daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Gore, 1998; 2).

Kamu sektöründe özellikle yönetim kademesinde çalışanların, özel sektör çalışanlarına göre maddi ödüllere daha az değer verdikleri, daha fazla toplumsal değerleri öne çıkardıkları, daha fazla fedakarlık, sorumluluk ve dürüstlüğe önem verdikleri ortaya konulmuş ancak bunun genelleştirilemeyeceği vurgulanmıştır (Rainey ve Bozeman, 2000; 460). Nitekim Gabris ve Simo yaptıkları çalışmada özel sektör ve kamu sektörü çalışanları arasında, maddi ödüllerin gözetilmesi ve başkalarına yardımcı olma hakkında bir fark olmadığını ortaya koymuşlardır (Gabris ve Simo, 1995; 45). Kamu sektöründe çalışmanın daha fazla “sosyal olarak arzulanır” bir şey olmasından dolayı, kamu sektörü çalışanlarının daha düşük seviyede motive olduklarını söylemek de mümkün değildir (Rainey ve Bozeman, 2000; 461).

Şimşek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kamu çalışanlarının, özel sektörde çalışanlara oranla çalıştıkları iş yerindeki yönetim tarzından daha fazla memnun oldukları, çalıştıkları iş yerindeki ast üst ilişkisinin yeterince sağlandığı ve daha fazla işbirliğinin olduğu, daha fazla katılım sağlandığı ve yabancılaşmaya neden olan çevresel ve örgütsel etmenlerin daha fazla değerlendirilerek çözüm yollarının arandığı ortaya konulmuştur (Şimşek vd. , 2006; 590-591). Bundan başka kamu yöneticilerinin eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha uzun süre yöneticilik yaptıkları, çalışanlar arasında daha az çatışmalar çıktığı ve beşeri ilişkilerin daha gelişmiş olduğu, takım ruhunun özel sektöre göre daha gelişmiş olduğu bildirilmiştir (Özdevecioğlu, 2002; 124-132). Her ne kadar tüm kamu kurum ve kuruluşları için bu sonuçların genelleştirilmesi zor olsa da, en azından takım ruhu ile çalışma tarzı ve daha az çatışma yaşanmasının kamuda çalışan hekimler için bir avantaj olduğu söylenebilir.

Özel Sektörün çalışma koşulları incelendiğinde özet olarak aşağıdaki hususlar dikkat çekmektedir (Özdevecioğlu, 2002; 120);

- Özel sektörün kültürü, sahiplerin veya yöneticilerin oluşturacağı kültüre bağlıdır,
- Özel sektörde başarılı olamayanlar için önemli yaptırımlar vardır. Dolayısıyla çalışanların, işini kaybetme riski yüksektir,
- Özel sektörün çalışma koşulları yoğun rekabet nedeniyle ağır ve değişkendir,

- Özel Sektör yöneticilerinin amaç tanımlaması ile Kamu Sektörü yöneticilerinin amaç tanımlaması ve amaçların belirginliği açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır (Rainey ve Bozeman, 2000; 447-470).

Özel sektörde işletme sahip veya ortaklarından biri genellikle işletmenin yöneticisi olmakta veya seçilerek göreve getirilmiş profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmektedirler ve başarı kriterleri belirli olup işletme sahip ya da ortaklarının beklentilerini karşılama düzeyi dolaylı olarak müşteri beklentilerini karşılama düzeyi ile ilişkili olduğundan, özel sektör yöneticileri için tüm bu beklentileri karşılamak hatta beklentilerin ötesine geçmek çok önemli olmakta, zira kar veya zarar devlete değil kişilere fatura edilmektedir. Özel sektörde işletme sahip veya ortaklarının beklentilerine ters düşebilecek durumlarda, burada çalışan hekimin huzurunu kaçırarak uygulamalar gündeme gelebilmekte, özellikle tıbbi deontolojiye aykırı düşen durumlar söz konusu olduğunda, hekimlerin iş doyumunu düşebilmektedir. Örneğin, Rainey ve Bozeman, özel sektör yöneticilerinin “amaçlanan işi başarmak” adına kamu yöneticilerine kıyasla, daha fazla hile yapmaya meyilli olduklarını belirtmektedir (Rainey ve Bozeman, 2000; 461).

Özel Sektörün çalışma koşulları yoğun rekabet nedeni ile ağır ve yoğundur. Bu rekabete ayak uydurabilmek ise müşteri memnuniyetinin sağlanması ile mümkün olabilmektedir. Özel sektörde rekabet edebilmek, başarılı olabilmek, kar elde edebilmek için, doyumun yaratılması zorunluluğu vardır. Özel hastanelere gelen hastaların beklentilerinin, kamu hastanelerine gelen hastalardan daha yüksek olacağı göz önüne alındığında, rekabetin şiddeti daha da artmaktadır. Aynı hizmeti veren rakip işletmelerin olması, hizmet karşılaşmasında hem müşterinin hem de çalışanın davranışları üzerinde etkili olacaktır. Rekabet, müşterinin personele veya işletmeye bağımlılığını azaltırken pazarlık gücünü arttıracak, hizmet veren personel ise müşterinin rakip firmalara gitmesini engellemek için müşteriye karşı daha yumuşak ve olumlu davranacaktır (Uyguç, 1998; 76). Heslin, rekabetçi ve sonuç odaklı bir kültürde birey ile kurum arasındaki ilişkinin sözleşme temelli ve çıkar prensibi üzerine kurulmuş olduğunu belirterek, kısa dönem karşılıklı yükümlülüklerin, açık ve belirgin nesnel performans hedeflerinin ve bireysel başarının önemine dikkat çekmektedir (Heslin, 2005; 381). Ancak maddi ve dışsal ödüllerin bu rekabetçi piyasada daha fazla olması, hekimlerin iş doyumunu yükseltebilecektir.

Bununla birlikte özel sektörde görev yapan hekim, örgütün resmi olmayan halkla ilişkilerini üstlenen, örgütün geleceğini etkileyen ve son otorite olan hastaları tatmin ederek ve hastanenin yatak işgal oranlarını arttırarak, hastanenin satış gücünü de belirleyecektir. Ancak tüm bunları yaparken örgütsel amaçlar ile kişisel amaçların uyum içinde olması daha yüksek oranda iş doyumunu da gündeme getirecektir. Kamu çalışanlarının başkalarına yardımcı olma, topluma yarar sağlama gibi idealist sayılabilecek tutum ve davranışlara daha fazla yöneldikleri, maddi ödüllerin ise özel sektörde çalışanlar kadar fazla önemsenmediği, kamu örgütlerinde sosyal ilişkilerin ve içsel başarıma duygusunun daha fazla etkiye sahip olduğu, iş doyumunu sağlamada, işin niteliğinin bu faktörlerden sonra geldiği, ortaya konulmuştur (Rainey, 1982; 1986; Emmert ve Taher, 1992). Özdevecioğlu'nun (2002) yapmış olduğu çalışmada da özel sektörde çalışanlar arası çatışmaların ve stresin daha fazla yaşandığı, takım ruhunun oluşumunda ise yetersizlikler olduğu vurgulanmıştır. Özel sektörde çalışan hekimler için bu durumun bir dezavantaj yaratacağı ve iş doyumlarının daha düşük seviyelerde olacağı söylenebilir. Maidani (1991) tarafından yapılan araştırmada, kamu çalışanlarının iş doyumunu düzeyinin daha yüksek olduğu, Bogg ve Cooper (1995) tarafından yapılan diğer araştırmada ise özel sektör çalışanlarının doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.

Özel hastanelerde, kamu hastanelerinde olduğu kadar yoğun bir hasta trafiği olmadığından, her bir hekimin hastasına ayıracağı zaman kısıtı da olmayacak, böylece hem hekimin iş yükü kamu daki kadar ağır olmayıp, hem de hasta, kendisi ile daha fazla ilgilenildiği için tatmin olmuş olarak hastaneden ayrılacaktır. Ancak özel hastanede görev yapan hekimlerin kamu hastanelerinde devlet memuru statüsünde çalışanlar gibi bir iş güvencesine sahip olmayabilmeleri, iş doyumunu negatif olarak etkileyebilecektir. Özel sektörde, çalışanın işgüvencesi olmaksızın aynı zamanda rekabetçi baskılarla baş edebilmesi çok zor görünmektedir. Bu şartlarda çalışan kişilerde, korku, panik, güven düşüklüğü, moral bozukluğu, stres nedeni ile verim düşüklüğü ve kuruma bağlılığın azalması beklenen bir olgudur (Probst, 2003; 453).

Türkiye'de hekim enflasyonunun yaratılması, hekimlerin işgüvencesinden mahrum bir şekilde her an vazgeçilebilecek bir unsur olarak görülmesi, karşılıklı ihtiyacı ortadan

kaldırarak güvensizlik duygusunun gelişmesine yol açabilecek, bu durum ise hekimlerde iş doyumsuzluğunun oluşmasına neden olabilecektir. Çünkü güven duygusu, kişinin, kendisine ihtiyaç duyanlar var olduğu sürece devam etmekte, ve kişi kendisine güvenildiği müddetçe diğerlerine karşı daha fazla sorumluluk hissi duymaktadır (Sennett, 2002; 153). Güvenilmediğini, değer verilmediğini hisseden çalışanlar, önemsenmedikleri duygusuna kapıldıklarında egoları incinebilecek, işe karşı yabancılaşabilecek ve en önemlisi özgüvenlerini kaybedebileceklerdir. Özgüvenin kaybedilmesi ise özellikle beyaz yakalı işgörenler için büyük bir tehdit olduğu gibi aynı zamanda ülke ekonomisi için de tehliktir. Çalışanlarına, kendilerinin değerli olduğunu hissettiren bir yönetimin, müşteri tatminini de garantileyeceği ve sadece kendilerine değer verilen insanların “değer” yaratabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Geçici işgücü çalıştırılması, çalışanların örgütten ziyade mesleklerine bağlanmalarına neden olmakta ayrıca işyerini sürekli değişen ve belirsiz bir yer olarak algılamalarını da arttırmaktadır ve sürekliliği yüksek bir iş gücü sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması açısından da oldukça önemli olmaktadır (Arbak ve Kesken, 2005; 46-47). İşgüvencesinin olmadığı bir kurumda da insanlar işlerini yapmakta, ancak fikirlerini, coşkularını ve ruhlarını ortaya koymakta daha isteksiz davranabilmektedirler. İş güvencesi olmayan işgörenlerin daha fazla sayıda iş kazası yaptıkları göz önüne alındığında, hekimlerin iş güvencesinden yoksun olarak, sözleşmeli statüde çalıştırılması, eğer iş kazalarının artışına yol açacak ise, bu durum, hekim ve hasta açısından telafisi zor durumların habercisi olabilir. Çünkü sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, iş kazaları ve hatalar daha da önemli bir boyut kazanmaktadır. Bu konuda Leape, meslekteki yüksek hata oranlarına özellikle dikkat çekmektedir (Leape, 1999; 370).

4. BÖLÜM

MÜŞTERİ TATMİNİ VE HASTA TATMİNİ

4. 1. MÜŞTERİ KAVRAMI

İster kar amaçlı bir işletme, ister bir kamu kuruluşu, isterse gönüllülük esasına dayanan bir işletme olsun, belirli bir sektörde veya alanda etkinlik göstermektedir. Bazı işletmeler, hizmet alanlarını diğerlerine oranla daha net tanımlayabilmekte, bazıları geniş bir müşteri kesimine, bazıları ise son derece özel ve sınırlı pazarlara hizmet etmektedirler. Hizmet sundukları kişi ya da kuruluşlar ise müşteri, tüketici, kullanıcı, hasta, partner, müvekkil gibi farklı kavramlarla tanımlanmaktadır.

Müşteri kavramı, sunulan hizmetler ya da ürünlerden dolayı örgütün amaçlarına ulaşma becerisini etkileyen kişi yada kuruluşları veya bir işletmenin belirli bir marka ürününü ticari ya da kişisel amaçları için satın alan kişi ya da kuruluşları ifade etmektedir. Müşteri bir ürün veya hizmeti yalnızca kendisi için satın almayabilmekte bir başkasının kullanımı için de satın alabilmektedir. Ancak tüketici de aynı zamanda müşteridir.

Tüketici, ihtiyaçlarını giderme isteği ve bu ihtiyaçlarını gidermek için harcayacak parası olan kişi kurum ya da kuruluş olarak tanımlanmakta, nihai ve endüstriyel ya da örgütsel tüketiciler olarak ikiye ayrılmaktadır. Nihai tüketici ailesinin ya da kendisinin ihtiyaçlarını karşılamak için piyasadaki mal ya da hizmetleri satın alan kişidir. Buna karşılık endüstriyel ya da örgütsel tüketici satın alımını, kendi üretimine katmak ya da tekrar satmak gibi iktisadi faaliyetlerini sürdürmek amacı ile gerçekleştirmektedir (Bütün, 2000; 74). Tüketici, potansiyel tüm müşterileri de kapsamaktadır. Kullanıcı ise, genellikle bir malı ya da hizmeti kendi üretimine katmak ya da kullanmak için satın alan kişi ya da kuruluş şeklinde tanımlanmaktadır (Taşkın, 2000; 17-19). Eryılmaz'a göre ise kamu hizmetlerinden yararlananlara "halk", "kamu" ya da "toplum"; özel mal ve hizmetleri satın alanlara ise "müşteri" denir (Eryılmaz, 1999, 35).

Engiz'e göre sağlık kuruluşları için müşteri kavramı üç başlık altında toplanabilir Bunlar; 1) global müşteri (toplum, tıbbi etik ve sağlık bakanlığı), 2) dış müşteri (hastalar, hasta

yakınları, sigorta kuruluşları, ve 3) iç müşteri (hekimler, yönetim ve çalışma grubu) (Engiz, 1997; 64). Birey sağlık ihtiyacı durumunda belirli bir sağlık ünitesinden hizmet satın aldığında (hasta) o kişi müşteri olarak değerlendirilmektedir. Hasta, hizmet sunucusundan yardım talebinde bulunan veya yardım talebinde daha önce bulunmuş olan kişidir. Hasta sağlık hizmetini bizzat kendisi kullanmakta olduğundan aynı zamanda tüketicidir. Ancak yardım talebinde bulunan kişi (hasta) tüketicilere nazaran daha pasif ve bağımlıdır (Thomas, 2003; 38). Bütün insanların bir gün sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olduğu düşünüldüğünde ise herkes birer sağlık hizmeti tüketicisi olabilir.

Sağlık hizmetlerinde 1980’li yıllara kadar hastalar için hiç kullanılmayan “müşteri” kavramı, Hollanda’da 1979 yılından beri kullanılmaktadır (www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/hollandanotlardegistirecekler.doc). Bu anlayış ile, bir hizmete “müşteri” olarak talip olunduğunda daha fazla hakkın elde edilebilmesi ve daha yüksek kalitede ve etkinlikte bir hizmet talep edilebilmesi ve hizmet sağlayanların himmetine kalmış bir “hasta” statüsü yerine, hakların eşit şartlarda aranabileceği bir “müşteri” statüsüne geçilebilmesi de kolaylaşmaktadır (Özkök, 2005; 7). Önceleri sadece “hastalar”, sağlık sektörünün müşterileri olarak kabul edilirken, bugün, sağlık hizmetleri sürecine iştirak eden hatta iştirak olasılığı olan tüm bireyler müşteri olarak kabul edilmektedir.

Hekimin, doğrudan bakımı üstlenmesi ve tedaviye karar vermesinin beklendiği hasta-hekim arasındaki tarihsel ilişkiden, hastanın çok daha fazla özerk olmasının beklendiği bir duruma doğru kayma/değişim her iki tarafa da yeni roller yüklemiş ve hasta için kullanılan “patient” sözcüğünün yerine, hastanın ilişkideki daha aktif katılımını da içeren bir sözcüğün kullanılması gündeme gelmiştir. Bu kapsamda Deber ve arkadaşları hasta, müşteri, tüketici, partner kavramlarının hangisinin hastalar tarafından daha fazla kabul gördüğünün belirlenebilmesi için yapmış oldukları çalışmada, hastaların, % 80 ve üstü oranlarda “hasta” tanımlamasını tercih ettiklerini ortaya koymuşlar ancak bununla birlikte son zamanlarda üzerine sıkça vurgu yapılan “hasta özerkliği”nin, yani hastanın tedavide karar süreçlerine katılımını, hastaların ret ettiği anlamına da gelmediğinin altını çizmişler ve müşteri, tüketici, partner ve hasta kavramlarını, bu kavramların yapmış olduğu çağrışımlar ile birlikte ele alıp, bu kavramlara açıklık getirmeye çalışmışlardır. Buna göre

(Deber, 2005; 345-351); “genellikle sadece “akıl hastaları” tarafından pek kabul edilmek istenmeyen “hasta” kavramı İngilizce’de “patient”, “sabır gösteren, sabır sahibi olan, bakım ve tedavi altında olan veya bakıma alınmayı bekleyen kişi” olarak tanımlanmakta ve “pasiflik, sağlık hizmeti verene boyun eğen” anlamlarını çağrıştırmaktadır. Oysa hastalar artık, eskiden olduğu gibi, tepkisiz bir şekilde bekleyen, hekim tavsiyelerini kör bir şekilde izleyen bireyler olmadıkları gibi, ihtiyaç duydukları hizmeti almak için beklemeye de tahammülü olmayan bir görüntüde karşımıza çıkmaktadır. Tüketici, müşteri, müvekkil kelimesi ise daha ziyade boyun eğmeyip karşı çıkabilir anlamları da barındırmaktadır. Tüketici kavramı ile ima edilen şey, tüketicinin kendi ihtiyaçlarının tek belirleyicisi olduğudur ve tacirin görevi onu tatmin etmektir. Eğer tüketici “buyer” “alıcı” olarak ele alınırsa, o zaman hizmeti sağlayan da “satıcı” rolünü üstleniyor demektir ki, bir tüketicinin ihtiyacı olmayan bir şeyi alması mümkün olmadığından, satıcının ahlakına ters düşen bir durum ortaya çıkmaktadır. Çünkü Deber’e göre, ticaretin etik prensibi, talebi arz ile gidermektir. “Client”(müşteri) ise Latince kökenden gelme olup, “bağımlı olma” ve “başkasının koruması altında olan kişi” olarak tanımlanmaktadır. “Customer” (müşteri) kelimesi ise, Orta İngiltere İngilizcesinden gelme bir kelime olup, “vergi tahsildarı” anlamına gelmekle beraber “bir hizmeti veya bir malı alan kişi” olarak kullanılmaktadır. “Consumer” (tüketici) ise, Latince “consumerre” kelimesinden türemiş, “ bir şeyi tamamen üzerine alan, tüketen” anlamına gelmektedir. “Consume” ise hastalık, açlık, yokluk, tüketmek, israf etmek, tamamıyla ortadan kaldırmak, savurganca harcamak, çok miktarda yemek ve içmek, ve iktisadi malları kullanmak anlamlarına gelmektedir. “Partner” ise Orta İngiltere İngilizcesinden gelmekte “partener” “parcener” kelimesinin değiştirilmiş halidir ve “paylaşan, bir başkası ile eylemde ortaklık eden kişi” anlamındadır. Ve son zamanlarda sağlık hizmeti alanlar için sıkça vurgulanan, hasta ile hekimin “ortak karar alma” mantığına da uygun düşmektedir”.

Kişinin, bir başkasından profesyonel hizmet satın alması ise vekalet ilişkisi şeklinde olmaktadır ki bu durumda hizmet alan kişinin “müvekkil” olarak tanımlanması gerekmektedir. Hekimin özel muayenehanesinden sağlık hizmeti alan bir hastanın bu konudaki bilgi ve becerisinin yeterli olmaması nedeni ile kendisini tedavi etmesi için hekimin görüş ve önerilerine başvurması ve ona göre hareket etmesi bir vekalet ilişkisini oluşturmaktadır. Vekalet sözleşmesi Borçlar Kanununun 386. maddesinde vekilin,

vekalet verenin (müvekkilin) çıkarına ve iradesine uygun olarak bir iş görme borcu yüklendiği sözleşme olarak tanımlanmakta ve iş görme amacına yönelik olmaktadır. Ancak burada iş veya eser sözleşmesi gibi diğer iş görme amacına yönelik sözleşmelerden farklı olarak vekil, kural olarak bağımsızdır. Buna göre, hastanın hekimi, hekimin de hastayı reddetme hakkı bulunmaktadır. Eğer birey, sağlık hizmeti almadan önce sağlık kurumlarını, kendisine sağlık hizmeti verecek kişi veya kişileri araştırıp alternatifler hakkında bilgi topluyor ve seçimini ona göre yapıyorsa o takdirde bu kişiyi tüketici olarak değerlendirmek gerekmektedir.

4. 2. MÜŞTERİ TATMİNİ

13. yüzyılda ilk kez ortaya çıkan ve Latince anlamı “yeterli” olan “satis” kelimesinden gelen “tatmin” kavramının yorumu iki şekilde yapılmaktadır (Parker ve Mathews, 2001; 38). Birincisi tatmini bir süreç, ikincisi ise bir sonuç olarak görmek lazım gelmektedir. Bir süreç olarak düşünüldüğünde, tatminin kendisinden ziyade temelinde yatan unsurlar ve psişik süreçler üzerinde düşünmek gerekir. Yani alınan ve beklenen arasındaki bir değerlendirmeyi ortaya koymakta, sonuç olarak tatmin ise beklentinin karşılanması olarak değerlendirilmektedir.

Müşteriler satın alacakları hizmet veya ürün için zaman, para, enerji ve manevi külfete katlanırlarken, o ürün veya hizmetten fonksiyonel ve/veya duygusal olarak yarar sağlamayı umarlar. Müşteriler ürünün özellikler seti ile kullanılabilirliği, fonksiyonları, performansı, güvenilirliği, destek hizmetlerinin mevcudiyeti, fiyatı ve bulunabilirliği ile ilgilenirlerken işletmelerin ise başarılı olabilmesi için bunları karşılaması gerekmektedir (Bozkurt, 1994; 9-11). Bu nedenle modern pazarlama anlayışını müşterilere yönelik pazarlama anlayışı olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır.

Satın alma davranışı bir karar süreci olarak ele alınırsa, bu süreç ihtiyaç duyma veya sorunun farkına varma aşamasından başlamakta, tüketicinin ihtiyacını giderebilmesi için bilgi arama, seçeneklerin değerlendirilmesi, satınalma niyeti ve satınalma kararı aşamaları ile devam etmektedir. Satın alma aşamasından sonra tüketici satın aldığı kullandığı üründen ya tatmin ya da tatminsizlik duymaktadır (Tek, 1997; 212-216). Tatmin en genel anlamda arzu edilen ile elde edilenler arasındaki ilişkiyi açıklamakta ve

müşteri beklentilerinin müşteriye geri döndürülmesini ifade etmektedir (Karagün, 1998; 75). Tatmin, müşterilerin ürün veya hizmeti satın almak için katlandığı külfetlerin yeterli bir şekilde karşılandığını algılaması veya müşterinin satınalma öncesi beklentileri ile satınalma sonrası ürün/hizmet performans algısının karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan farkın değerlendirilmesine ilişkin müşteri tepkisi olarak tanımlanabilir. Tatmin beklentilerin bir fonksiyonudur ve beklentiler de, geçmiş deneyimlere bağlı olarak oluşmaktadır (Kardeş, 1994; 234). Babin ve Griffin'e (1998; 128) göre ise müşteri tatmini, tüketim deneyimi sonucu oluşan sürprizlerin bir değerlendirmesidir. Başka bir ifade ile tüketici tatmini, tüketicinin ürün ve hizmetten beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan gerçek performans arasında algıladığı farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Churchill ve Surprenant'a (1982; 491-492) göre müşteri tatmini, müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak tanımlanabilir. Arzular beklentileri ortaya koymakta, beklentiler ise bilgidir, müşterinin eğitiminden, değerlerinden, deneyimlerinden ve duyularından hatta hizmet sunumu esnasındaki psikolojik durumundan etkilenecek oluşmaktadır. Algılamalar ise, müşterinin karşılaştığı durumla ilgili düşünceleridir. Bu bakımdan, algılama, müşteriye sunulan hizmet düzeyi olarak tanımlanmakta ve algılamalar da müşteriden müşteriye farklılık gösterebilmektedir (Varinli vd. , 2001; 1-2). Ancak beklentilerin zaman içinde değişmesi veya değer yargılarındaki değişimler, daha önce yeterli olarak algılanan bir hizmetin yetersiz olarak algılanmasına neden olabilecek, ya da müşteriler örgüt iklimini sıcak ve dostça hissettiklerinde, hizmet kalitesini daha yüksek olarak algılayacaklar ve daha fazla tatmin olacaklardır. Müşteriler çoğunlukla ürün veya hizmetin değerini ve maliyetini tam ve objektif olarak yargılayamayabilmekte ve "algılanan kalite" doğrultusunda hareket edebilmektedirler. Bu bakımdan işletmenin ve/veya çalışanların imajı müşteri tatmininde önemli rol oynamaktadır. İmaj, kişinin kendi algılamalarının geçerliliğinin dışsal kaynağı olarak sık sık kullanıldığından, çalışanların, dürüst, güvenilir ve profesyonel bir imaj sergilemeleri hem müşterilerin çalışanlarla daha fazla ve daha kolay bilgi paylaşımını gerçekleştirmelerini sağlayacak hem de müşteri tatminini arttıracaktır (Hansen, 2003; 575).

Tatmin konusunda yapılan çalışmalarda tatminin bilişsel bir süreç mi yoksa duygusal bir durum mu olduğunun sıklıkla tartışıldığı görülmektedir. Buna göre tatmin kavramı hem

algısal hem de bilişsel süreçleri içermektedir. Engel ve Blackwell tatmini, seçilen alternatifin, daha önceki inançlarla uyumlu olmasının bilişsel değerlendirmesi olarak tanımlamış, Oliver (1997) ise duygusal tepkilerin tatmin yargısından daha önce olabileceğini vurgulamıştır (Özer, 1998; 31-32). Wong da duyguların, bilişsel unsurlar üzerinde başlıca etkisini göstermekte, tatminin, hem duygular hem de bilişsel unsurlar tarafından etkilendiğini ortaya koymakta ve pozitif duygulardan ziyade, negatif duyguların tatmin/tatminsizlik konusunda daha kuvvetli etkide bulunduğunu, negatif duyguların daha kalıcı etki yaratmasından dolayı ise değiştirilmesinin çok daha güç olduğunu vurgulamaktadır (Wong, 2004; 366-367). Buna göre birçok özel tüketim deneyimi, duyguların ve kararsızlıkların karışımını beraber barındırmakta, tüketim esnasında birçok pozitif ve negatif duygunun karışımı tüketici kararsızlığını oluşturmaktadır. Oliver (1997; 319), duygunun “tatminin yaratılmasında, çeşitli bilişsel yargılamalarla bir arada olduğunu” ve tüketicinin tüketim deneyiminin anlaşılmasının temelini oluşturduğunu belirtmektedir. Bagozzi (1999), tatmini, olaylardan veya kişinin kendi düşüncelerinden, hükümlerinden, bilişsel değerlendirmelerinden türediğini ve bunun zihinsel bir durum olduğunu, Bagozzi (1999) ve Liljander ve Strandvik (1997) ise duygularla davranışlar arasında ilişki olduğunu ve olumlu duyguların olumlu davranışlara, olumsuz duyguların ise şikayetçi davranışlara yol açtığını kanıtlamışlardır. Ancak, Arnould ve Price (1993), hem heyecan, hem endişe, hem korku hem de zevk veren bir spor olan raftingin müşterileri üzerinde yaptıkları araştırmada, tatmin olmuş müşterilerin bile, aynı anda hem olumlu hem de olumsuz duygularının birarada ortaya çıkabileceğini ortaya koymuşlardır. Tüketici duyguları, hizmet örgütlerinde bu kadar önemli olmasına, müşteri ve çalışan etkileşiminde kritik rol oynamasına; hizmet karşılaşmalarında ve hizmet ilişkilerinde, hizmet kalitesinin yönetimi açısından anahtar unsur olmasına ve tüketim duygusunun, özellikle tüketim deneyimi esnasında ortaya çıkan, duygusal tepkiler setine dayanmış olmasına rağmen, henüz yeterli deneysel çalışmalar yapılmamıştır (Wong, 2004; 366-369).

Tatminin oluşabilmesi için ürün veya hizmet tüketimi öncesindeki ve sonrasındaki duyguların birbirleriyle uyuşması gerekmektedir. Tüketim sürecinde edinilen pozitif ya da negatif duygular, müşterinin satın aldığı ürün veya hizmetten tatmin olmasını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir (Barsky, 1995; 19-20). Müşteri duyguları, müşterinin

gelecekteki davranışlarını ve niyetlerini etkileyeceğinden müşterinin kendisi kadar maddi bir değer taşımakta ve duygular, müşteri tatmininde fark yaratabilmek için hem bir fırsat, hem de tatminden ayrılmaz temel bir unsur olarak görülmektedir (Fox, 2001; 230). Bu nedenle artık ticaretin genişliği, derinliği ve kalitesi üzerinde tek boyutlu olarak konuya konsantre olmak değil, müşteride hoşnutluk duygularının yaratılması, ürün veya hizmetin kendisinden daha önemli hale gelmektedir (Wong, 2004; 369).

Hizmetlerin tatmin edici bir şekilde sunulmasını engelleyen beş unsur söz konusudur. Bunlar (Tek, 1997; 432; Uyguç, 1998; 30-32):

1. Tüketici beklentileri ile yönetimin algılaması arasındaki boşluk; İşletmede Pazar araştırmasının yapılmaması veya araştırma bulgularının yetersiz olması, yönetim ve müşteriler arasında etkileşim olmaması, aşağıdan yukarıya doğru iletişimin olmaması dolayısıyla müşterilerden elde edilen bilgilerin yönetime aktarılamaması, işletmede çok fazla hiyerarşik kademe olması nedeni ile iletişimin engellenmesi ve bilgilerin yanlış veya değiştirilerek aktarılması, bu duruma neden olabilecek sebepler arasındadır.
2. Yönetimin algılaması ile hizmet kalitesi spesifikasyonları arasındaki boşluk; İşletmede standartlaşma olmaması, kötü planlama yapılması, amaçların net olmaması, üst yönetimin kaliteye yeterli desteği vermemesi ve yöneticilerin, müşteri beklentilerini karşılayamayacağına inanması, sebepler arasındadır.
3. Hizmet kalitesi spesifikasyonları ile hizmetin yerine getirilmesi arasındaki boşluk; Kalite spesifikasyonları ile hizmet sunumu arasındaki farklılıklar, kalite spesifikasyonlarının çok karmaşık olmasından ve tüm çalışanlar tarafından benimsenememesinden kaynaklanabileceği gibi, yönetsel ve örgütsel etmenler de; örneğin, rol belirsizliği, rol çatışması, işin gereklerine uygun teknolojinin olmaması, yetersiz kontrol, çalışanlar arasında takım ruhunun olmaması, çalışanlar arasında müşteri bilincinin olmaması, çalışanların işe uygun becerilerinin olmaması sebep olabilmektedir.
4. Hizmetin yerine getirilmesi ile dışsal iletişim arasındaki boşluk; Reklamlarda vaad edilen kalitenin gerçek kaliteyi yansıtmaması, müşterilerin beklentilerinin yükselmesine, ürün veya hizmeti kullandıktan sonra ise kaliteyi (bazen, olduğundan da) düşük algılamalarına neden olacaktır. Bunun için reklam ve

üretim departmanları arasında iyi bir iletişim olmalı ve abartılı reklamlara yönelinmemelidir.

5. Algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki boşluk; Algılanan hizmetin müşteri beklentilerinin altında olması ürün veya hizmetin kalitesiz olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Bu açıdan yönetimin oldukça dikkatli olması, gereken tedbirleri alması müşteri tatmini açısından çok önemlidir. Özellikle müşterilerin davranış ve fikirlerinin işletmeye akışını ve ürün/hizmet geliştirme aşamasında müşteriden geri besleme almayı sağlayacak bir iletişim çabasını geliştirmek hayati önem arz etmektedir (McKenna, 1997; 38). Müşteri tatminsizliğini önleyen ve müşteri tatminine katkıda bulunan etmenleri ise aşağıdaki tabloda olduğu gibi özetle sıralamak mümkündür.

Tablo 4.1. Müşteri Tatminsizliğini Önleyen ve Tatmine Katkıda Bulunan Etmenler

MÜŞTERİ TATMİNSİZLİĞİNİ ÖNLEYEN ETMENLER	MÜŞTERİ TATMİNİNE KATKIDA BULUNAN ETMENLER
Güvenilir olmak İnanılır olmak Dürüst olmak	Arzulu olmak Hızlı hizmet vermek Acil cevap verebilmek Bireyselleşmiş dikkat göstermek Hızlı çözüm sunmak
Güvenilirliğe layık olmak Yararlı ürünler sunmak Kuruluşun ihtiyaç duyulan yerde olması Gereken yetenek ve becerilere sahip olmak	Nazik olmak Müşterilere önem vermek Saygılı davranmak
Ulaşılabilir olmak Hızlı ve kolay bağlantı kurabilmek Uygun yer, telefon vs. imkanları sunabilmek	Empati sahibi olmak Kendini müşterinin yerine koyup onu gerçekten anlamak için ona zaman ayırmak ve problemi ortaklaşa çözmekle meşgul olmak Fazladan hizmet sağlayabilmek
İşi zamanında yapmak	Kalitede mükemmeli sunabilmek

Teslim kolaylığı sağlamak Son teslim tarihine uymak	Kalitede süreklilik arz etmek Teknik açıdan mükemmel sunum verebilmek
Doğru ve titiz olmak	Eğitilmiş ve bilgili personele sahip olmak

Kaynak:Earl Nauman, Donald W. Jackson, (1999), “One More Time:How Do You Satisfy Customers?”, Business Horizons, Vol, 42(3), May-June, s, 72

Müşteri tatminsizliği nedeni ile müşteri kaybına yol açan nedenleri altı kategori altında toplamak mümkündür. Bunlar (DeSouza, 1992; 24-28) ;

- Fiyatın yol açtığı müşteri kayıpları: Daha düşük fiyat veren rakiplere kaptırılan müşteriler,
- Ürünün yol açtığı müşteri kayıpları: Daha üstün ürün sunan rakiplere giden müşteriler,
- Hizmetin yol açtığı müşteri kayıpları: Daha üstün hizmet veren firmalara kaptırılan müşteriler,
- Teknolojinin yol açtığı müşteri kayıpları: Sektör dışından farklı teknoloji ile üretilen ürünleri tercih eden müşterilerin yol açtığı kayıplar,
- Organizasyonun yol açtığı müşteri kayıpları: İzlenen iç ve dış organizasyon politikaları yüzünden kaybedilen müşteriler.

Yapılan araştırmalara göre, memnun olmayan her müşteri bu şikayetini 8-16 kişiye bildirmekte, memnuniyetsiz müşterilerin ise ancak yüzde 3 ila 4 ü şikayetlerini ilgili kuruluşa iletmektedir. Müşteri hizmetlerine şikayet amacı ile müracaat eden bir müşterinin, yarı yarıya kaybedilmiş bir müşteri olarak düşünülmesi, o müşteriler için ise özellikle yoğun bir çabanın harcanması gerekmektedir. Bu bakımdan işletmeler müşterilerini çok iyi gözlemlemeli ve onlardan sağlanan olumlu veya olumsuz geri bildirimleri mutlaka değerlendirmelidirler. Müşteri şikayetlerinin etkin bir şekilde ele alınması ve incelenip çözüme kavuşturulması, müşteri tatmininin ve sadakatının yaratılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Müşteri şikayetlerinin incelenmesi firmaya müşterilerinin isteklerini ve beklentilerini anlama imkanı vermektedir.

Yapılan araştırmalar, tüketicileri ile olan yakın ilişkilerin tüketicilerin tatmin derecesini etkilediğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, sunulan hizmetten yeterince tatmin olamamış bir tüketici için yakın ilişkiler, olumsuz sonuçlar doğurabilmekte ve tüketici ile yapılacak ilk ilişki, tüketici ile gerçekleştirilebilecek sonraki ilişkileri de etkilemekte ve memnun olmamış bir tüketicinin hizmet kalitesi ile ilgili sonraki değerlendirmeleri de bu çerçevede olmaktadır (Akgeyik, 1997; 3-5).

İşletmenin iç ve dış müşterileri arasındaki ayırımın ortaya konulması ve iç ve dış müşteri arasındaki bağlantının belirlenmesi, müşteri tatmini kavramının daha net bir şekilde anlaşılmasına olanak sağlayacaktır.

4. 2. 1. İÇ MÜşTERİ

İşletmeler sürekli birbirleri ile ilişki içinde olan alt sistemlerden (bölüm, birim, birey vb.) oluşmakta ve ürün ve hizmetler birçok sürecin bir araya gelmesi ve süreçlerin birbirini izlemesi ile meydana çıkmaktadır. Örgütlerde yalnızca belli bölümler doğrudan dış müşterilere ürün sunarken, bazı bölüm, ekip veya kişiler de başka bir bölüm, ekip veya kişiler için üretimde bulunmaktadırlar. Örgütte bulunan ve örgütün misyonunun gerçekleşmesine katkıda bulunan ve üretilen hizmeti dış müşteriye sunan veya sunulmasına katkıda bulunan çalışanlar iç müşteri olarak tanımlanmakta ve dış müşterinin alacağı hizmetin odağında iç müşterinin bulunması, iç müşterinin önemini arttırmaktadır.

Çalışanlar, işletme faaliyetlerinin sürekliliği için bedensel ve düşünsel yeteneklerini işletmeye sunan ve bunun karşılığında işletmeden beklentileri olan insanlardır. İşletme içi bir çıkar grubu olmalarının yanı sıra, işletmede çalışan herkesin birbirini birer müşteri olarak görmesi gerektiği ve işletmenin en üst kademe yöneticilerinden en alt kademede çalışanına kadar işletmede bir müşteri tedarikçi zincirinin olduğu göz önüne alınmalıdır (Çoban, 2004; 90). Her bir iç müşterinin / birimin / bölümün, ihtiyaç ve beklentileri farklı olduğu gibi, öncelikleri de farklı olabilecektir. İşletme içindeki her bir birimin veya bölümün ayrı ayrı alt hedeflerinin bulunması doğaldır. Ancak hepsi aynı ana hedef için çalışmalı ve nihai hedef dış müşterinin tatmini olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için ise çalışanların iş doyumunu sağlanmalıdır.

4. 2. 2. DIŞ MÜŞTERİ

Dış müşteri, bir işletmenin ürettiği mal ve hizmetleri kullanan veya tüketen ve bu kullanımdan en yüksek faydayı sağlamaya çalışan kişi veya kurumlar olarak tanımlanmakta ve dış müşterilerin, bir mal veya hizmetin nasıl, hangi süreç içinde, kim tarafından ve hangi araçlarla yapıldığından ziyade, kendisine nasıl yansıdığına, kusursuz ve hatasız olmasına, doyum sağlayıp sağlamadığına, ihtiyaç ve beklentilerine ne derece uyduğuna, verilen sözlerin ve taahhütlerin ne ölçüde yerine getirildiğine dikkat ettikleri vurgulanmaktadır ([www.danışmend.com/konular,Ergunda,2003;6](http://www.danışmend.com/konular/Ergunda,2003;6)). Bir hastane için dış müşteriler; hastalar, hasta yakınları, refakatçiler, ziyaretçiler, dış yardım sağlayan sağlık mensupları, klinikler, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya kuruluşları, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme üretici ve satıcıları, ilaç firmaları, resmi daireler, yerel örgütler örnek olarak verilebilir.

4. 2. 3. İ VE DIŞ MÜŞTERİ TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışanın iş doyumunu ile müşteri tatmini çok iç içe geçmiş iki kavramdır ve biri olmadan diğerinin var olması mümkün gözükmemektedir. Eğer bir tarafın tatmininde bir sorun var ise bu durum mutlaka diğer tarafı da etkileyecektir. Bu yüzden hem çalışanın iş doyumunun hem de müşteri tatmininin aynı zamanda gerçekleştirilmesi büyük önem arzemektedir.

Müşterilerin sunulan hizmet kalitesinden tatmin düzeyleri ile işğörenlerin iş doyumunu düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır. Nihayetinde müşterilerin ve işğörenlerin hizmet esnasında birbirleriyle olan etkileşim sürecinde, her iki kesimin duygu ve düşünceleri ve bunlara bağlı olarak gösterecekleri tutum ve davranışlar, müşterinin satın alma/almama veya ikame etme gibi davranışlarında önemli rol oynayacaktır. Dış müşterilerin tatminini sağlamak için dış müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini belirleyerek, sunulacak olan ürün veya hizmetin kalitesini geliştirmek nasıl mümkünse, üretimin her sürecinde de iç müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri saptanarak performans ve kalitenin geliştirilmesi sağlanmalıdır ki dış müşteriye daha kaliteli ve tatmin edici hizmet ve ürün sunulabilsin. Çalışanların birbirlerine sundukları hizmetin, işletmenin dış müşteriye verdiği hizmet kadar önemli olduğu, özellikle hizmet işletmelerinde hizmetin özelliklerinden

kaynaklanan nedenlerden dolayı dış müşteri tatmininin iç müşteri tatmini ile dolaysız bir ilişkisinin olduğu gözardı edilmemelidir. İşgörenin tatmin olduğu, müşterinin ise tatmin olmadığı bir şirket ortamında ise işgören tatmininin ya şirket içindeki başarısından veya kişisel nedenlerden meydana gelebileceğini, o işgörenin, müşteri için değil sadece kendi tatmini için çaba gösterdiğini anlamak zor değildir. Bu durumda işletmede çalışan işgörenlerin öncelikle örgüt amacını gerçekleştirmek üzere o örgütte bulunduklarını hatırlatmakta fayda vardır.

4. 2. 4. İÇ VE DIŞ MÜŞTERİ TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ DESTEKLEYEN YAKLAŞIMLAR

Pazarlama fırsatlarının yakalanması, pazarlama yöneticisinin kontrolünde olan pazarlama karması elemanları (yapı, fiyat, dağıtım, tutundurma) nın kontrol edilemez faktörler olan politik, yasal, teknolojik, ekonomik koşullar, rekabet, sosyal ve kültürel çevre ögeleri ile uyumlaştırılmasına bağlıdır (Tatlıdil ve Oktav, 1992; 25). Bu uyumlaştırma süreci içerisinde işletme içi sosyal çevrenin göz önünde bulundurulması gereği Deming, Juran ve Ishikawa gibi ünlü gurular tarafından da sıklıkla dile getirilmiş ve hepsi de işletmenin piyasadaki başarısı için ısrarla, örgüt çalışanlarının kişisel refahları üzerinde önemle durulması gereğini vurgulamışlardır. Bu anlamda, İçsel Pazarlama, Toplam Kalite Yönetimi ve İlişkisel Pazarlama yaklaşımları, iç ve dış müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi destekleyen yaklaşımlar olarak ele alınmaktadır.

4. 2. 4. 1. İÇSEL PAZARLAMA

Disiplinler arası bir konu olarak dikkatleri çeken iş doyumu, hem hizmet pazarlaması hem de içsel pazarlama ile ilgili gerçekleştirilen araştırmalarda tüketici istek ve ihtiyaçlarının tatmin edilmesinin belirleyici etmenlerinden birisi olmuştur (Avcı ve Karatepe, 2000; 544). Bu anlamda Kotler, üç tür pazarlama yaklaşımının, özellikle hizmet işletmeleri için önemini vurgulamaktadır. Bunlar; tüketiciler ile işletme arasındaki ilişki (dışsal pazarlama), tüketiciler ile çalışanlar arasındaki ilişki (interaktif pazarlama) ve işletme ile çalışanlar arasındaki ilişkinin (içsel pazarlama) önemidir (Kotler, 1994; 170). İçsel Pazarlama alanındaki ilk teori Berry, Hensel ve Burke tarafından 1976 yılında ortaya konulmuş ve yönetimlerin çalışanlara gerekli özeni göstermesi sonucunda, dış

müşterilerin de tatmin edileceği, dış müşteriler üzerinde pozitif bir etki yaratacağı üzerinde odaklanmıştır (Capella ve Andrew, 2004; 206). Daha geniş bir ifade ile İçsel Pazarlama; müşteri yönlü ve motive edilmiş çalışanlar yaratma süreci vasıtasıyla, müşteri tatmini sağlamak amacıyla farklı bölümlerdeki çalışanların, şirket ve bölüm stratejilerini daha etkin uygulamak doğrultusunda motive edilmesi, koordinasyonlarının sağlanması bütünleştirilmesi ve değişime dirençlerinin kırılması için pazarlama benzeri bir yaklaşımı benimseyen planlı bir çabadır (Ay ve Kartal, 2003; 15-25). Bu tanım içsel pazarlama kavramının beş temel parçasını kapsamaktadır. Bunlar (Rafiq ve Pervaiz, 2000; 453);

- İşgörenlerin motive edilmesi ve tatmin edilmesi,
- Müşteri merkezli yaklaşım ve müşteri tatmini,
- Bölümler arası koordinasyon ve bütünleşme,
- Pazarlama benzeri yaklaşım,
- İşletmenin bölüm stratejilerinin, genel stratejilerinin uygulanmasıdır.

İçsel Pazarlama kavramı, çalışan yani “iç müşteri” tatmini ile dolaylı olarak pazara sunulan mal ve hizmet kalitesini arttırmayı amaçlamakta, bu alanda yapılan birçok araştırmada da iş doyumu ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir (Korunka vd., 2003; Lewis 1991; Arie, 1982; Schneider, 1980; Tansuhaj, 1987; George, 1990; Wright, 1997; Hartline ve Ferrell, 1996; Mohr-Jackson, 1991; McNeese-Smith, 1999; Steffen, Neystrom ve O’Connor, 1996; Weisman ve Nathanson, 1985; Atkins, 1996; Mc Daniel ve Patrick, 1992) .

İçsel İlişki Yönetimi olarak İçsel Pazarlama yaklaşımının, işletmedeki pozitif iş ilişkilerini hızlandırıcı bir etki yaptığı belirtilmiştir (Ballantyne, 2000; 276). Bu anlamda İçsel Pazarlama ile işgörelere birer müşteri gibi davranılarak nitelikli işgörelerin motive edilmesi ve örgütte kalmalarının sağlanması ve bu şekilde iç müşterilerin tatmin edilerek, dış müşterilerin memnuniyetinin sağlanmasını benimseyen bir yaklaşım olarak tutum yönetimi ve iletişim yönetiminin bütünleştirilerek örgüt amaçlarına ulaşılması hedeflenmiştir. Genel olarak sürecin bir bölümünden sorumlu kimselerin, içe yani kendi birimlerine ve/veya yukarıya, yani kendi üstlerine dönük olduğu, hiç kimsenin dışa, yani müşteriye bakmadığı bunun ise büyük bir girdaba neden olduğu vurgulanmıştır (Hammer

ve Champy, 1993; 28). Böylesine tehlikeli bir girdaptan sakınmak ise ancak İçsel Pazarlama yaklaşımının benimsenmesi ve uygulanması ile mümkün olabilmektedir. İçsel pazarlama yaklaşımı, insan kaynakları yönetiminde pazarlama perspektifini kullanmakta, çalışanların üyelik ve aidiyetlik konusundaki algılamalarını da arttırmaktadır. Gelişen aidiyet duygusu ise iş doyumunu ve performansı da arttırmaktadır (Hampton ve Hampton, 2004; 1045).

İçsel Pazarlama, yenilikleri yaymak, stratejileri yürütmek, hizmet bilincine sahip personeli işletmeye çekmek ve işletmede tutmak, bir hizmet kültürü yaratmak veya hizmet verimliliğini arttırmaya yönelik olarak yapılandırılmış bir yaklaşım olarak da değişik şekillerde sunulmuş ve işletmelerin İçsel Pazarlama yaklaşımındaki başarılarının, dışsal pazarlama ve interaktif pazarlamanın başarısını direkt olarak etkileyeceği vurgulanmıştır (Varey ve Lewis, 1999; 936; Yapraklı ve Özer, 2001; 58; Ewing ve Caruana, 1999; 17-18). Esas itibari ile örgütlerin pazarlama oryantasyonuna sahip olması, uzun dönemde finansal başarı, çalışanın iş doyumunu ve yönetime olan güveni ile pozitif bir ilişki içinde bulunmaktadır (Hampton ve Hampton, 2004; 1042).

Ancak İçsel Pazarlama alanında yapılan çalışmalarda insan hizmetlerine yönelik, sosyal çalışmayı kapsayan araştırmaların çok fazla olmadığı, mevcutların ise daha ziyade hemşireler ile gerçekleştirildiği söylenebilir (Korunka vd. , 2003; Lewis 1991; Arie, 1982; Schneider, 1980; Tansuhaj, 1987; George, 1990; Mohr-Jackson, 1991; Wright, 1997; Hartline ve Ferrell, 1996; McNeese-Smith, 1999; Steffen, Neystrom ve O'Connor, 1996; Weisman ve Nathanson, 1985; Atkins, 1996; Mc Daniel ve Patrick, 1992). Oysaki özellikle yardıma yönelik mesleklerin icra edildiği hizmetlerde emek yoğun özelliğinin yanı sıra, çalışanların gönül gücünü de gerektirmesinin önemi açısından, çalışanların iş doyumlarının olmaması, tüketicilerle ilişki kurmayı ve onlara gerekli yardımda bulunmayı zorlaştırmaktadır (Capella ve Andrew, 2004; 207). İş tatmini olmayan çalışanların müşteriye tatminkar bir hizmet sunması, mutsuz olan bir kimsenin de bir başkasını mutlu etmesi mümkün değildir. Bhote, ancak mutlu çalışanların mutlu müşteriler yaratacağını belirtmekte, James ise işletme içinde kendisini değerli hissetmeyen çalışanın varlığı durumunda müşterilerin de kendilerini değerli hissetmeyeceğini vurgulamaktadır (Bhote, 1996; 23; James, 2000; 10). Bu bakımdan

işletme içinde kullanılan sistemler kurallar, talimatlar, iletişim gibi alanlarla ilgili olarak iç müşterilerin etkinliği yükseltildiği zaman, dış müşterilere sunulan ürün ve hizmetlerin kalitesi de yükselecektir (Acuner, 2002; 18). İç müşteri tatmini gerçekleştirilmeden, yönetimin kontrolü ile çalışan davranışları değiştirilerek de müşteri tatmininin sağlanabildiği, ancak uzun dönemde bu durumun sürdürülmesinin çok zor olduğu da bildirilmektedir (Piercy, 1998; 218). İstenilen sinerjinin gerçekleştirilebilmesi için ise öncelikle içsel farkındalığın yaratılması, iç müşterilerin ve tedarikçilerin tespit edilmesi, iç müşterilerin beklentilerinin tespit edilmesi öncelikli sırayı almaktadır. Bundan başka, içsel tedarikçilerin söz konusu beklentileri karşılama yeteneklerinin veya bunları karşılamada yaşayacakları güçlüklerin tartışılması amacıyla tedarikçilerle ilişki kurulması, içsel tedarikçilerin, yukarıda bahsedilen iletişim sonucunda ihtiyaç duyulan içsel ürün veya hizmeti sunmak amacıyla gereken değişiklikleri yapmaları, son olarak da içsel müşteri tatmini için bir ölçüt elde edilmesi ve eğer içsel ürün veya hizmet iyileştirilecekse, içsel tedarikçilere geri beslemenin sağlanması gerekmektedir (Ay ve Kartal, 2003; 20). İçsel Pazarlama felsefesinin örgüt içinde benimsenmesi ile, işgörenlerin tatmin edilerek, müşterilere sunulan hizmetin kalitesinin yükseltilmesi ve bu şekilde işletme karlarının da artması sağlanmış olacaktır (Kotler ve Armstrong, 2001; 319).

İçsel Pazarın da bölümlendirilerek müşteriye en iyi şekilde tatmin edebilmenin akla daha yakın olduğu vurgulanmakta ve çalışanların buna uygun olarak müşteri ile bağlantıları dikkate alınıp dört farklı grupta irdelemek mümkün olmaktadır. Buna göre (Yapraklı ve Özer, 2001; 60);

1. Müşteri ile direkt bağlantı kuran çalışanlar; Bu grupta bulunan çalışanlar müşteri ile sık sık yüz yüze gelmekte, müşteri ile direkt temas halinde bulunmaktadır,
2. Müşteri ile direkt yüzyüze gelmeden veya nadiren müşteri ile bağlantı kuran çalışanlar,
3. Etkide bulunanlar; Müşteriler ile direkt bağlantıları olmamakla beraber, müşterilerle ilgili karar vericiler,
4. Dışarıda kalanlar; Müşteri ile herhangi bir şekilde bağlantısı olmayan kişilerden oluşmaktadır.

Müşteri ile direkt teması olmayan grubun da, müşteri tatmininde diğer grupta çalışanlarla eşit derecede sorumlulukları bulunmakta ve bu grupların tümünün tatmin edilmesi önemli olmaktadır. Çünkü işletme içindeki herkes ve her bir bölüm bir diğer bölüm veya kişinin tedarikçisi durumunda bulunmaktadır (Lings, 2004; 405). İçsel Pazarlama, işletmedeki değişik fonksiyonların (yönetim, pazarlama, üretim vs) bütünleşmesini ve işgörenlerin, fonksiyonel sınırları aşarak dış müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için birlikte çalışmalarını sağlamaktadır. İçsel Pazarlamanın yardımıyla tüm işgörenler, müşterilerle direkt irtibat halinde olmayanlar dahi, müşteri tatminine nasıl katkıda bulunabileceklerini böylece anlamaya başlayacaklardır (Yamaç, 2003; 101).

Bir diğer bakış açısına göre ise işyerinde mutlu ve doyumlu olmayan bir çalışanın, ailesini de mutsuz edeceği göz önüne alınmalı ve buna göre aslında yalnız çalışanların değil, onların ailelerinin de şirket için birer müşteri olduğu unutulmamalıdır (Gerson, 1997; 30).

4. 2. 4. 2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

İçsel Pazarlama ile benzer olan bir diğer kavram ise Toplam Kalite Yönetimidir. TKY uygulamalarının başladığı seksenli yıllara kadar, müşterilerin ürün veya hizmetle ilgili olarak herhangi bir şikayetlerinin bulunmaması, müşterinin tatmin olduğu şeklinde yorumlanmaktayken, TKY felsefesinin ortaya çıkması ile müşterilerin gerçek ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılmasına daha büyük bir önem atfedilmiş ve literatürde, İçsel Pazarlamanın Toplam Kalite Yönetiminin başarısını da doğrudan etkilediği ifade edilmiştir (Demir vd. , 1999; 3; Lings, 2004; 407; Ballantyne, 2000; 276; Tek, 1997; 57).

TKY, uzun vadeli hedeflerle müşteri tatminini sağlamayı, çalışanlar ve toplum için faydalar elde etmeyi amaçlayan, kaliteye odaklanmış ve bütün çalışanların katılımı temeline dayanan bir işletme yönetimi modeli olarak ele alınmakta (Şale, 2001; 25), İçsel Pazarlama ile Toplam Kalite Yönetimi arasındaki temel farklılık ise TKY nin İçsel Pazarlamanın aksine örgüt ve çalışan ilişkisi yerine, çalışanların kendi aralarındaki ilişkilere odaklanması şeklinde olmaktadır. Çalışanlar, TKY de örgüt yerine, birbirlerinden talepte bulunmakta ve bütün üretim zinciri boyunca talepler gerektiği gibi karşılanırsa, son ürünün kalitesi de temin edilmektedir (Ay ve Kartal, 2003; 16).

Toplam Kalite Yönetimi, bir sistem bütünlüğü içerisinde, bir örgütün ve fonksiyonlarının tüm boyutlarında, insan ilişkilerinde, mevcut yöntem ve tekniklerde, ürün ve hizmette yani bütünüyle örgüt kültüründe olumlu yönde sürekli gelişimi esas alan bir felsefe olarak ele alınmaktadır. TKY yaklaşımı, piramitsel bürokratik örgütlerin özünde yatan tek liderlik noktasına bağlı, merkeziyetçi, dikey iletişimin egemen olduğu kuvvetli güç yapılarının aksine, müşteri talepleri ile müşteri tatminine öncelik veren, ürün ve hizmetin sürekli iyileştirilmesine yönelik olarak ademi merkeziyetçi, katılımcı, yatay iletişimin önem kazandığı, müşteri talepleri ve örgüt çevresindeki değişimlere uyum sağlayabilecek esnek bir yapılanmayı öngörmektedir ve bir yönetim tekniği olmanın ötesinde bir “kültür” olarak örgüte yerleştirmeyi gerekli kılmaktadır. TKY felsefesinin temel karakteristikleri ise şu şekilde sıralanabilir:

- TKY gelişime yönelik sürekli değişimi temel almakta ve bu değişim yönetsel, davranışsal ve teknik alanlarda sürekli bir eğitimle sağlanmaktadır.
- Personel, yöneticiler ve merkezi otorite arasında ortak çıkarların geliştirilmesi önemli olmakta, bu da ancak amaç birliğini sağlayacak motivasyon önlemlerini alabilmekle, iyi bir iletişim, kurum amaç ve kararlarının etkili paylaşımıyla mümkün olabilmekte ve öz denetimi sağlamanın en gerçekçi, belki de tek yolu bu yaklaşımla mümkün olmaktadır.
- Kalitenin arttırılmasının ve sürdürülmesinin temel nedeni, rekabette avantaj sağlayarak pazar payının arttırılması olmaktadır.

TKY uygulamalarındaki mükemmele ulaşma sürekliliğinde, işletmenin tüm iç ve dış çevresinin katılımı hedeflenmekte, çalışanların sürekli eğitimi ve takım çalışması yoluyla işletmenin rekabet gücünün artacağı vurgulanmakta ve en yukarıdan en aşağıya kadar örgütün bütün üyeleri ile birlikte müşteriler ve tedarikçilerin katılımı önem kazanmakta, özellikle çalışanlar işletme açısından bir çıkar grubu olarak ele alınarak, çalışanların tatmini kalite olgusunun bir tamamlayıcısı olarak görülmektedir (Bolat, 2000; 26; Coşkun, 2003; 57).

Tek'in (1997; 362), “Verimliliğin artması için kalitenin tüm üretim sürecine yayılmasıdır” şeklinde tanımladığı Toplam Kalite Yönetimi; ürün çıkışlı kalite

kavramının yerini, müşterilerin beklentilerini karşılayacak ve müşteriler tarafından tanımlanmış olan kalitenin tüm işletme faaliyet ve süreçlerine yayılmasını hedefleyen bir yaklaşımı ifade etmekte ve bu durum aynı zamanda birimler arasındaki izole çalışma engelini de ortadan kaldırmaya yönelik olmaktadır. Önceleri ürün çıkışlı kalite yönetiminde, süreç kontrol yöntemleri ile mal veya hizmetin firmanın önceden belirlediği standartlara ve hata oranlarına uygunluğu denetlenmekte, istatistiksel kalite kontrol yöntemleri ile işletmenin diğer birimleri kalite kontrol kapsamına alınmamaktaydı. Oysa firma personeli TKY nin aktif bir üyesi olarak ele alınmakta personelin tutum ve davranışları, motivasyonu, satıcılarla iletişim, üretim, yeni ürün geliştirme, satış ve satış sonrası hizmetler, kalite kontrol işlemleri gibi faaliyetler birbiriyle ilişkili olarak ele alınmaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili uygulamalar kurumların hem iç yapılarında hem de dış çevre ile olan ilişkilerinde farklı bakış açıları ve yönetim uygulamaları getirmektedir. Bunlar (Peşkircioğlu, 1994; 104-105; Uyguç, 1998; 85);

1. Üst yönetimin desteği; İşletmede katılımcı ve destekleyici bir yönetim anlayışının yerleşmiş olması gerekmektedir.
2. Toplam katılım; Kalitenin herkesin görevi olduğu bilinci yerleştirilerek, insan kaynağının tüm bilgi, yetenek ve kapasitesinin kullanımı ve tüm örgütsel birimlerin uyumlu ve bir arada çalışabilmeleri sağlanmalıdır.
3. Müşteri odaklı bakış açısı; TKY sürecinin ilk aşaması olup, müşteri istek ve gereksinimlerinin ürün/hizmet spesifikasyonlarına dönüştürülmesini sağlar. Bunun için, müşteri gereksinimleri ile ilgili bilgilerin sürekli olarak toplanarak analiz edilmesi, ürün/hizmet tasarımında ve geliştirilmesinde kullanılması gerekir.
4. Kalite; Kalitenin müşteri doyumu ile eş anlamlılığının çalışanlara benimsetilmesi ve bunun için çalışan herkes yaptığı işi devrettiği kişi ya da birimi müşteri olarak görmeli ve işini ilk defada doğru yaparak müşterisine devretmesi gerektiğini kabullenmelidir.
5. Örgütsel yapı ve iletişim; Yetki ve sorumlulukların, görev dağılımının açık bir şekilde tanımlanması, tüm personelin katılımının sağlanması ve yaratıcı düşünceye önem verilmesi ve bu konuda teşvik edilmesi, kişi ve birimler arasındaki yatay iletişimin güçlendirilmesi, çalışanların beyin güçlerinin de kullanımı için kalite kontrol çemberleri gibi uygulamaların yaratılması gerekmektedir.

Toplam Kalite felsefesinin özünde “kalite, insan, örgüt ve yönetim arasında kopmaz bağların olduğu”, süreç içerisinde ortaya çıkan başarının ya da başarısızlığın özünde insan faktörünün önemli olduğu unutulmamalıdır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin üretimi birbirinden farklı dallarda pek çok uzmanın ve bağımsız departmanların birbiri ile bağımlı ve ortak çalışmaları ile mümkün olabilmektedir. Uzmanlardan veya bağımsız departmanlardan herhangi birinin görevini gerektiği şekilde yapmaması, kalitenin düşmesine ve hasta tatminsizliğine yol açacaktır.

TKY’inde nihai hedefin, dış müşteri tatminini en üst seviyede tutarak işletme karını ve pazar payını arttırmak olduğu düşünüldüğünde, bunun için yetenekli kişileri istihdam edilmesi, çalışanlar arası uyum ve işbirliğinin arttırılması, işletme içi iletişimin güçlendirilerek ve çalışanların müşteri odaklı düşünmeye ve davranmaya teşvik edilmesi ve böylece dış müşteri tatmininin gerçekleştirilmesi mümkün olabilecektir.

4. 2. 4. 3. İLİŞKİSEL PAZARLAMA

İç ve dış müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi destekleyen yaklaşımlardan bir diğeri de ilişkiyel pazarlamadır. Bilindiği gibi müşteriyi elde tutmak için gereken ön koşul müşteri tatminidir (Kotler, 1994; 20). “İlişkiyel Pazarlama” literatüründe müşteri tatmini müşteriyi elde tutmanın merkezi bir göstergesi olmakta ve başarılı ilişkiyel değişimlerin yaratılması, geliştirilmesi ve korunmasına yönelik olan tüm pazarlama faaliyetleri şeklinde tanımlanmakta ve böylece karşılıklı hedeflere belirli bir kar ile ulaşılabilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır (Henning-Thurau ve Klee, 1997; 737; Morgan ve Hunt, 1994; 22; Kulabaş ve Sezgin, 2003; 74, 76). İlişkiyel Pazarlamanın temelini oluşturan ilişkiler, işletme ile onun müşterisi arasındaki sosyal destek, bilgiye dayalı uzmanlık desteği ve psikolojik destek (güven) olarak tanımlanmaktadır (Berry, 1995; 238; Storbacka vd. , 1994; 25). İlişkiyel Pazarlama literatürü incelendiğinde bazı yazarların İlişkiyel Pazarlamayı, işletme ve onun müşterisi arasındaki bir değişimi kapsayacağını, bazıları ise bununla birlikte işletmenin rakipleri, tedarikçileri, işgörenleriyle olan ilişkilerini de kapsayacağını öne sürdükleri anlaşılmaktadır (Morgan ve Hunt, 1994; 22-24). Buradan da İlişkiyel Pazarlama yaklaşımının, iç ve dış müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi destekleyen yönünün olduğu ortaya çıkmaktadır.

İşletmelerin başarılı ticari ilişkiler kurabilmeleri, büyük ölçüde ilişkisel pazarlama taktiklerinin iyi bir şekilde uygulanmasına bağlıdır. Çünkü müşteriler günümüzde sadece istek ve ihtiyaçlarının giderilmesi ile tatmin olamamakta veya yalnızca özendirici fiyatlama yaparak müşteri bağlılığı yaratmak, rakipler tarafından da taklit edilebilir bir taktik olduğundan pek kalıcı olamamakta ve uzun dönemde başarıyı garantileyememektedir. Oysa müşteri ilişkilerinin sosyal yönüne odaklanılması, onlarla yüzyüze ve düzenli iletişim kurulması, onların problemlerine yapıcı çözümler getirilmesi, ilişkisel pazarlamanın özündeki temel prensip olan müşteriye tanıma, anlama ve ona göre davranabilme sanatının geliştirilmesi, işletmenin soyut unsurlarının rakipler tarafından taklidinin zor olmasından dolayı, işletmeye avantaj sağlayabilecek bir uygulamaya imkan vermektedir (Hart ve Johnson, 1999; 9-11). Böylece işletmeler müşterilerine karşı samimi ve içten olduklarını ne kadar iyi ispatlayabilirlerse ve onlarla ne kadar sıcak ilişkiler kurup geliştirebilirlerse, o kadar samimi (içten) ve sadık müşterilere sahip olacaklardır. Pazarlamanın bir değişim eylemi olduğu göz önüne alındığında, bu değişim somut bir ürüne özgü olabilmesinin yanı sıra hizmetlerde olduğu gibi ilişki değişimi olarak da gerçekleştirilebilmektedir. Müşterilerin değişmesi ile karşılıklı ilişkilerin yapısının da değiştiğinin fark edilmesi, pazarlamayı, müşterilerle kısa vadeli iş yapan, satışı merkeze alan değil, müşteri ile sürekli ilişki kurmayı merkeze alan bir yaklaşım olan İlişki Pazarlaması yaklaşımının özünü ortaya koymaktadır. Burada müşteri uzun bir dönem için stratejik bir işletme varlığı olarak görülmekte ve müşterilerle dayanışmaya stratejik önem verilmektedir. Müşteri bilgisinden müşteri ilişkisine geçmeyi hedefleyen İlişkisel Pazarlama yaklaşımının uygulanmasında, müşteri ve işletme personeli arasındaki ilişkinin boyutu ve niteliği İlişkisel Pazarlama çabalarının yönünü tayin edecek en kuvvetli kilit faktördür.

Bireysel müşterilerin ihtiyaçlarının daha iyi bir şekilde belirlenmesi, müşterilere tutulabilecek sözler verilmesi, kısaca farklı müşteri değerlerinin kabul edilmesi ve tanınması gerekmektedir. Yüksek kalitede hizmet sunmak için öncelikle hizmetin özelliklerini anlamayı, müşterilerin işletmeden tam olarak ne beklediğini ve onların sunulan hizmetlerden ilk defa yararlandıklarında işletmeyi nasıl algıladıklarını anlamak gerekir. Bunlar ilişki pazarlaması uygulamasında beş stratejik elemanlar bütünü olarak gösterilmektedir (Berry, 1995; 236).

- Müşteri ilişkisi kurma çerçevesi içinde öz bir hizmet geliştirme,
- Müşterilere yönelik ilişkileri bireyselleştirme,
- Ekstra yararlarla esas hizmetin kalitesini arttırma,
- Müşteri sadakatini kuvvetlendirme yönlü hizmetleri fiyatlandırma,
- İçsel pazarlama kavramını harekete geçirme,

İlişki pazarlamasının günümüzde artan önemi nedeniyle, çalışan-örgüt ilişkisinin iyileştirilmesine yönelik çabaların da arttırılması İlişkisel Pazarlama yaklaşımının daha etkin bir şekilde uygulanabilmesine olanak verecektir.

İç ve dış müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi destekleyen yaklaşımların ele alınması, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin müşterisi olan hastaların ve hasta tatmini kavramının ele alınmasını ve anlaşılmasını daha mümkün hale getirecektir.

4. 3. HASTA KAVRAMI

Hastalık ve sağlık kavramları daima birbirini çağrıştıran kavramlar olduğundan her ikisinin birden tanımlanması gerekmektedir. Sağlık kavramı, insanın bedensel, kültürel, çevresel, psikolojik olarak tam bir iyilik hali içinde bulunması durumu olarak tanımlanırken, hastalık, kişiyi rahatsız eden, normal olmayan ve kendi bedeninden kaynaklanan uyarımların olduğu bir durum, diğer bir deyişle, sağlığın bozulması yani, kişinin denge (homeostasis) durumundan çıkmasını ifade etmektedir (www.turkmia.org/eski/file/211sagliktatemelkavramlargaulesen.ppt). Hastalığın bir nedeni ve bir de gelişim mekanizması bulunmakta ve hastalık vücutta hücre ve organlarda yapısal ve fonksiyonel değişimler meydana getirmektedir. Hasta en basit ifade ile hekimin yardımına ihtiyaç duyan insan anlamına gelmekte, bu yardım ihtiyacının nedeni ise bedensel ve ruhsal sağlığı ile ilgili rahatsızlıklar veya şüpheler olabilmekte ve hastanın neyi hastalık olarak algıladığı veya yardım isteyecek kadar önemseydiği ise aynı zamanda hastanın, sosyal, ekonomik ve kültürel şartları ile de ilintili bulunmakta ve hastalık, sadece biyolojik bir süreç olarak ele alınamayacak kadar kapsamlı bir kavramı ifade etmektedir.

“Hastalık”, vücutta çeşitli fiziksel işaret ve belirtilerle ortaya çıkan patolojik değişiklikler olmasına karşın “rahatsızlık”, bireyin bu belirtilere tepkisi ve öznel yorumu olarak kabul edildiğinden, hastalık tıp bilimi ile uğraşanların bir meselesi olurken (Kasapoğlu, 1999; 8), rahatsızlık daha çok psikoloji, tıbbi sosyoloji ve tıbbi antropoloji biliminin alanına girmektedir. Bu anlamda rahatsızlık kavramı, hasta merkezli ve daha çok subjektif bir tanımlamayı içinde barındırmakta ve aynı zamanda kişinin tüm algı, bilgi ve tutumlarının kompleks bir karışımını da ihtiva etmektedir. Hastalık ise hekim merkezli ve objektif bir tanımlamayı içermekte, mevcut klinik tablonun ortaya çıkardığı objektif bulguları hekimin kişisel klinik bilgi ve becerilerini kullanarak, en iyi mevcut kanıtların ışığında değerlendirmesi ve bir tanıya varmasını ifade etmektedir (www.vanaile.com/s/klinikyontemoturum.ppt). Bu anlamda rahatsızlık ve hastalık kavramları, hekimlik yönünden aynı düzeyde ve aynı ağırlıkta olan olgular olarak değerlendirilmemektedir. Çünkü hasta kendisini rahatsız hissetmesine rağmen, tıbbi bilgiler ışığında, hekim açısından hastalık olarak yorumlanması mümkün olmayan olgular söz konusu olabilmektedir.

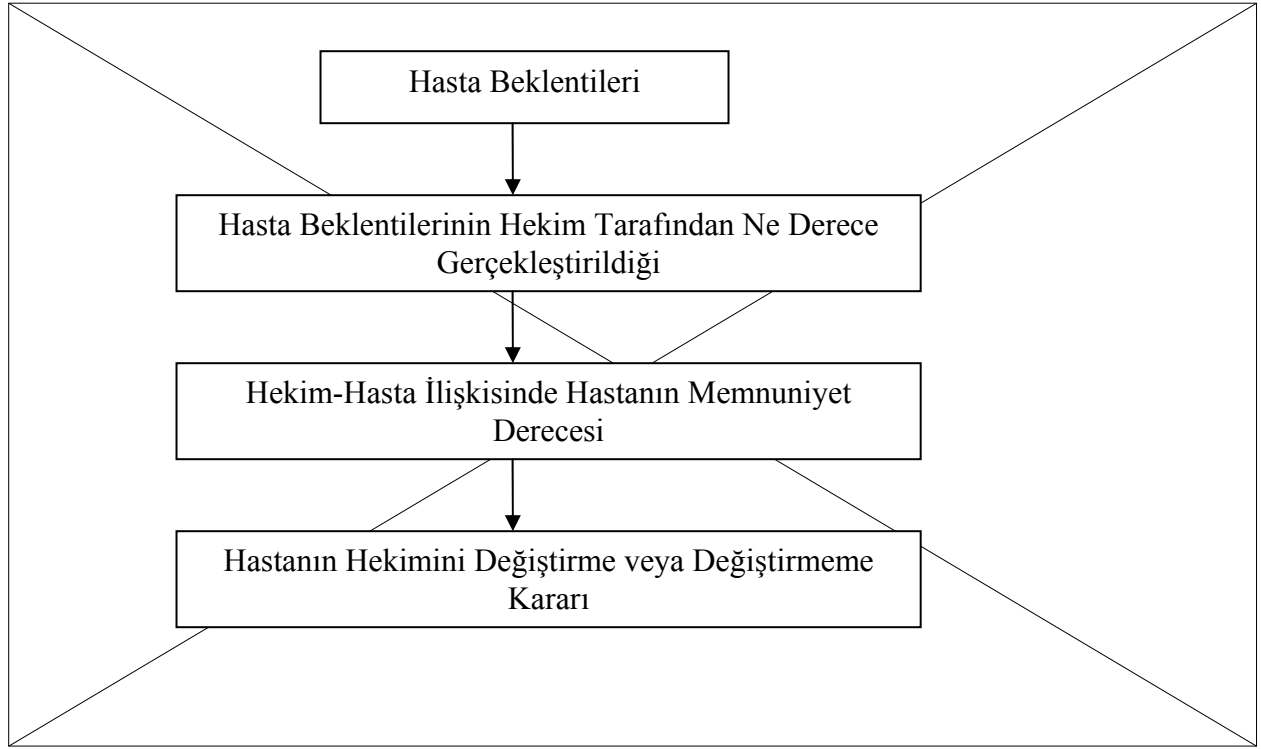
4. 4. HASTA TATMİNİ

Geleneksel olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmeti verenlerin bakış açısı tarafından tanımlanırken, bunun nedeni olarak da hastaların bilgi/yetenek ve kapasite yokluğu gösterilmektedir. Örneğin, hekimlerin saygınlığının, işlerindeki başarısına ve hizmetin kalitesine dayanmakta olduğu ve hizmetin kalitesinin ölçülmesinin ise hastaların fikirleriyle değil, diğer hekimlerin kararlarıyla olması gerektiği vurgulanmaktadır (Taylor ve Cronin, 1994; 40; İşnas 1998; 24). Son zamanlarda ise, artan rekabetçi sağlık hizmetleri pazarı, hasta algılamalarının üzerine daha fazla eğilmeyi gerekli kılmaya başlamış, sağlık hizmeti verenler, artan oranda, karmaşık hasta istek ve beklentileri ile uğraşmak durumunda kalmışlar ve onların istek ve beklentilerine daha fazla yoğunlaşmaya başlamışlar ve böylece hasta, müşteri olarak ele alınmaya başlanmıştır (Taylor ve Cronin, 1994; 40; İşnas 1998; 24).

Hastanın müşteri olarak ele alınmasından sonra, hizmet kalitesinin ve hasta tatmininin önemi daha fazla vurgulanır hale gelmiştir. Esasen sağlık alanında kaliteli hizmetin

önemli bir göstergesi bu hizmeti alanların tatmin düzeyleridir. Taylor ve Cronin, sağlık hizmetlerinin çok kapsamlı olması ve genellikle sağlık hizmeti alanların bu konuda uzman olmaması nedeni ile müşterilerin diğer hizmet alımlarında gösterdikleri davranıştan çok daha farklı davranışlar ortaya koyacağını belirtmektedirler (Taylor ve Cronin, 1994; 42). Ayrıca, hasta tatmininin çok değişkenli bir denklem olması ve her bir değişkenin katsayısı, değişkenler arasındaki ilişkiler, değişkenlerden her birinin bir diğer değişkeni ve bu etkileşimin sonucunu etkilemesi ve en önemlisi insan unsurunu içinde barındırması; özellikle hizmet sektöründe tüketicilerin hizmet üretimi esnasında bizzat bulunmaları nedeni ile işin psikolojik ve sosyolojik boyutlarının da olması bakımından oldukça fazla karmaşıklıklar da içermektedir. Bundan başka, kişilerin rahatsızlıkları/hastalıkları sadece o bireyin sorunu olmamakta, ailesinden başlayarak kişinin dahil olduğu tüm alt ve üst sosyal sistemleri dolaylı veya dolaysız bir şekilde etkilediğinden, hasta tatmininin yaratılması, hasta beklentilerinin karşılanması hatta bu beklentilerin aşılması, hizmet kalitesinin arttırılması, sağlık hizmeti veren örgütlerin ve hekimlerin başarısı açısından da hayati bir önem arz etmektedir (Torres ve Guo, 2004; 337). Aşağıdaki tabloda da hasta beklentilerinin hekim tarafından karşılanıp karşılanmamasına göre hastanın hekimini değiştirme kararındaki etkisini göstermektedir.

Şekil 4.1. Hasta Tatmini ve Hastanın Hekimini Değiştirme/Değiştirmeme Kararı



Kaynak: Baron-Epel O. , M. Dushenat, N. Friedman, (2001), “Evaluation of the Consumer Model: Relationship Between Patients’ Expectations, Perceptions and Satisfaction with Care”, International Journal for Quality in Health Care, Vol, 13 (4), s, 318

Hasta beklentilerinin karşılanıp karşılanmaması, hastanın hekimini değiştirip değiştirmeme kararına etki edecektir. Sağlık hizmetleri gibi çok yüksek maliyetlerle çalışan bir sektörde tatmin olmamış bir hastanın, bir hekimden diğerine, bir hastaneden diğerine başvurmak durumunda kalması ise ülke ekonomisi için çok ağır faturaların da çıkmasına neden olacaktır. Bununla birlikte hasta tatmini çalışmaları, son yıllarda, pazarlama literatürü altında işlenmiş, birbirinden bağımsız sığ ve deneysel çalışmalardan oluşan, sınırlandırılmış, özel durumlarla ilgili ve özel durumları kapsayan sorulardan oluşan, basit, tanımlayıcı teoriden yoksun bir yapıda ve iyi anlaşılmamış bir olgu olarak görülmekte, sağlık hizmetleri kalitesi içine gömülmüş, bazı araştırmalarda ise sadece hasta merkezli olarak ele alınmış, oldukça şüpheli görünen psikometrik özellikteki araçlar ise çözüme kavuşturulmamış bulunmaktadır (O’Connor ve Shewchuk, 2003; 21-23). Oysa hastaların sağlık hizmetini tüketimleri çok kompleks bir olgu olarak ortaya

çıkmakta ve hastaların kontrollerinin ve farkındalıklarının ötesinde pek çok faktörün etkisi altında bulunmaktadır. Örneğin, hasta ve hekim veya hasta ve sağlık kurumları arasındaki “ilişki”, herhangi bir müşteri-satıcı ilişkisinden çok önemli bazı farklılıklar içermektedir (Özlü, 2003; 42). Öncelikle, hasta ile hizmet veren arasında bir ilişkinin kurulması çoğu zaman beklenmedik ve önceden planlanmamış ve hatta tamamen zorunluluktan doğan bir ilişkidir. Oysa herhangi bir ürün veya hizmet almak isteyen bir birey, bu iş için gerekli olan bütçesini önceden ayırmış, alacağı mal ve hizmet sonucunda elde edeceği faydayı belirlemiş, beğenilerini ortaya koymuş olarak işe koyulacaktır. Sağlık sorunları ise genellikle beklenmedik bir anda ortaya çıkabilmekte ve hastayı yapacağı tüm işlerden alıkoymakta, ekstradan maddi ve manevi külfetlere katlanmak zorunda bırakmakta, üstelik diğer mal ve hizmet alımlarında olduğu gibi elde edilecek fayda hakkında bir kesinlik bulunmamakta, yani hasta eski sağlığına kavuşup kavuşamayacağından da emin olamamaktadır. Klasik tanımlamaya göre istek, bir ürün ya da hizmete yönelik ihtiyacı ifade etmekte ve ancak satınalma gücüyle birleştiğinde talep haline dönüşmektedir (Schiffman ve Kanuk, 1997; 132). Ancak bir hasta açısından rutin olarak yapılan check-up’lar dışında, ister ani, ister yavaş gelişen hastalık durumları olsun, kişinin önceden planlanmış bir isteği ya da talebi olmaksızın ortaya çıkan bu “ihtiyaç”, aslında bir “kriz” durumunu daha fazla hatırlatmaktadır. Tüm bu etkenler hastayı gerek manevi gerek maddi ve gerekse sosyal açıdan rahatsız etmekte ve sağlık hizmeti verenler ile hasta arasındaki iletişimi de olumsuz etkileyebilmekte ve hasta tatmininin sağlanmasının, müşteri tatmininin sağlanabilmesinden çok daha zor ve karmaşık olduğunu ortaya koymaktadır. Hasta tatmini kavramı farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. John (1992), hasta tatminini, hasta beklentilerinin onaylanması veya onaylanmamasının bir fonksiyonu olarak formüle etmiş ve tutumu, beklentilerin bir fonksiyonu olarak belirtmiştir (Taylor ve Cronin, 1994, 1-2). Buna göre hastanın önceden herhangi bir deneyimi var ise kendi deneyimlerinden, yok ise arkadaş çevresinden, iş çevresinden ve bu konuda diğer deneyim sahibi kişilerin referanslarına başvurarak birtakım beklentiler oluşturacak ve başlangıçtaki bu beklentiler hastanın algılamalarını etkileyecektir. Ancak Taylor ve Cronin, müşteri beklentilerinin sağlık hizmetleri alımında, müşterinin kısa dönemli yargılamalarından etkilenmeyeceğini de öne sürmüşlerdir (Taylor ve Cronin, 1994; 40-43).

Hasta tatmini; hastanın biyolojik ve fiziksel sonuçlarının ölçülmesi kadar onun, tüm yaşam kalitesi, genel olarak sağlık algılamaları, fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları gibi çeşitli ölçümleri kapsamakta ve hastanın hem tedavi beklentileri hem de bakım beklentileri, hasta için tatmin standardı oluşturmaktadır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 29-30).

Engiz'e göre hasta tatmini; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur (Engiz, 1997; 64). Donabedian ise hasta tatminini, hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerini gerçekleştirmesi olarak tanımlamaktadır (Yıldırım, 1991/1; 268). Singh ise hasta tatminini “hastanın, hastane viziti sonrasında, birçok birbirinden farklı değerlemelerinin, uygun bir şekilde kavramlaştırmasıdır” şeklinde tanımlamakta, ve literatürde daha çok, hekimler, sağlık hizmeti sağlayanlar ve bu konudaki sigorta şirketleri ile ilgili olmak üzere üç konuda hasta memnuniyetine etki eden değerlemelerin yapıldığını belirtmektedir (Singh, 1990; 9). Di Paula ve arkadaşlarına göre hasta tatmini; alınan sağlık hizmetinin ve sağlık sisteminin toplam etkinliğinin, çıktılarının ve kalitesinin belirleyicisidir (DiPaula vd. , 2002; 28). Woodside ve arkadaşları, hasta tatminini, “tüketici davranışının özel bir formu olarak tanımlamakta, hastanın, deneyimi sonrasında hizmetten ne kadar hoşnut olup olmadığının yansıması olarak, satın alma sonrası bir olgu şeklinde ele almaktadır (Woodside vd. , 1989; 8). Tüketici davranışları ise psikolojik, sosyolojik ve demografik elemanlardan kaynaklanmakta, psikolojik elemanlar; gereksinimler, güdüleme, algılama, tutum, öğrenme, kişilik ve sembolizmden, sosyolojik elemanlar; kültürel durum, sosyal doyum, referans gurupları ve alt kültürlerin etkisi ile ailenin etkisini, demografik elemanlar ise yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim, meslek, yerleşim bölgesi ve coğrafi durumundan ibaret olmaktadır (Tatlıdil, 1983; 9). Görülebileceği gibi hasta tatmini kavramına, pek çok karmaşık etkenin fonksiyonu olan tüketici davranışlarının özel bir formu olarak yaklaşan Woodside ‘ın tanımı konunun önemini daha fazla ortaya koymaktadır.

Bununla beraber hasta tatmini genel refah düzeyine bağılı olarak da değışiklik gösterebilmektedir. Refah düzeyi arttıkça hasta beklentileri, diğerk konularda olduğu gibi sunulan sağıık hizmetlerinden beklentileri bir üst seviyeye çıkarabilecektir. Hasta tatmini ile hizmet kalitesi arasında “karşılıklı nedensellik” bağıının olduğu, birinin, bir diğerkini oluşturduğu ve arttırdığı da gözönünde bulundurulmalıdır. Sağıık hizmetlerinin farklı boyutlarının olumlu yönde değerkendirilmesi olarak kabul edilen hasta tatmini, sağıık hizmetlerinin stratejik önemi ile yakından ilişkili bir konumda bulunmakta, yüksek seviyede hizmet kalitesinin sağıılanabilmesi için, hasta tatmininin stratejik önemde bir anahtar rol oynadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

4. 4. 1. HASTANIN BİLGİ/YETENEK AÇIĞI VE TÜKETİCİLİK ROLÜ

Şimdiye kadar literatürde, hasta şikayetleri, hasta tatmini, hasta hekim iletişimi gibi konulara oldukça geniş yer verilmiş, ancak konunun hiyerarşık doğıısına yeni yeni eğilinmeye başlanmıştır. Bilginin ve dolayısıyla otoritenin profesyoneller tarafından kontrol edildiği sağıık hizmetlerinde tüketici rolü, örneğın, hastanın pasif, bağıımlı, güvenen, tüketicinin ise kararlı, sorgulayan ve bağıımsız rolü, geleneksel hasta rolü ile tam olarak örtüşmese de ve sağıık hizmetlerindeki faaliyetlerin odak noktasını hastadan ziyade hastalığın kendisi almış olsa da konunun, müşteri tatmini/hasta tatmini olarak ele alınmasını yine de gerekli kılmaktadır. Buna göre, sosyo-kültürel açıdan da hekim-hasta etkileşimini iki açıdan ele almak mümkündür. Birincisi hekim-hasta etkileşiminde güç ilişkisi, bir diğerk ise hekim-hasta arasındaki bilgi/yetenek açığıdır (Rudd, 1989; 266; Lupton, 1994; 5; Omachonu, 1991; 23-24; Bendapudi vd. , 2006; 342; DiPaula, 2002; 29). Sağıık hizmetleri alımında tüketici kararlılığının etkili bir şekilde işlememesi, hekim ile hasta arasında güç ve yetenek açığı bulunması, hastanın kendisine uygulanan tedavi yönteminin kalitesini ve uygunluğunu bilememesine ve dolayısıyla, hastanın hekime bağıımlı hale gelmesine neden olmakta ve bu bağıımlılık duygusu ise zaten başlı başına bir tatminsizlik kaynağı oluşturabilmektedir. Scambler, insanların, ya toplumda ya doğıı karşısında ya da sosyal ilişkilerde “egemenlik” olgusu ile yüzyüze kaldıklarını, bu durumun ise hem onların daha çok özgürleşme istemlerine yol açtığını (örneğin, hekimin otoritesinin reddi), hem de bilginin çıkar-bağıımlı yönüne bir tepki olarak tatminsizliklerini arttırdığını bildirmektedir (Scambler, 2001; 122).

Sağlık hizmetlerinde, profesyonel hizmetin gerekleri olan bilgi ve yetenek gibi faktörlerin zaten mevcut olması, yüksek kalitede hizmetin sunulmasını esasen garanti altına almış görünmektedir (Hampton ve Hampton, 2004; 1045). Ancak yine de hastaların farklı sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel seviyeleri, değer yargıları ve ihtiyaçları, hizmet sürecini farklı biçimlerde algılamalarına ve hatta bu süreci etkilemelerine neden olabilmektedir. Algılamalar çevresel uyarıcılar ile bireylerin öz birikimleri ve geçmiş yaşam deneyimlerinin bir uzantısı olarak hizmet sürecine etki etmektedir. Amyx ve Bristow ise, hastaların; sağlık hizmetinin sonucunu, kendi bulgularındaki değişimlere bakarak, en iyi hizmeti alıp almadıklarını değerlendirebileceklerini bildirmektedir (Amyx ve Bristow, 2001; 515-525).

4. 4. 2. HASTA TATMİNİNİN BOYUTLARI

Hasta tatmini, sonuca yönelik bir ölçüt olmakla beraber süreçlerin etkisi ile oluşmakta ve hastaların kendilerine tavsiye edilen tedaviye sadık kalıp kalmadıkları, yeniden başvurup vurmadıkları, hizmeti sağlayan kurum veya kişiyi değiştirip değiştirmediklerinin belirlenebilmesi açısından sağlık çalışmalarında üzerinde önemle durulan konuların başında gelmektedir (Casal, 1996; 22; Baron-Epel vd. , 2001; 317-318).

Hastanın beklentileri ve hizmetin algılanan kalitesi, hastanın almış olduğu hizmeti değerlendirmesinde ölçüt olmaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmeti alan hastaların algılamaları ve değerlendirmeleri kalitenin ölçülmesinde ve iyileştirilmesinde de çok önemli rol oynamaktadır. Hasta beklentileri, hastanın gereksinimleri, deneyimleri, teknolojiye ait bilgisi, hasta yakınlarının deneyimlerine ilişkin bilgiler, mevcut seçeneklere ilişkin bilgi düzeyi, kültürel özellikleri, yaşam tarzları, rekabetçilerin tavsiyeleri ve tavsiye vaatlerinden etkilenmektedir (Omachonu, 1991; 43).

Hastaların almış oldukları sağlık hizmetini değerlendirmeleri hasta tatmini araştırmaları ile yapılmaktadır. Powers ve Bendall-Lyon'a göre hastaların sağlık hizmetlerini değerlendirmesi genellikle aşağıdaki kriterlere bağlı olarak yapılmaktadır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 29-30):

1. Sağlık hizmetinin yapıldığı fiziksel çevre ve fiziksel olanaklar,
2. Sağlık hizmeti aldıkları personel ile ilişkiler ve hizmetin performansı,

3. Sağlık hizmeti sürecinin veya ilişkilerin sonuçları üzerinde olmaktadır.

Buna göre hasta tatmininde çeşitli elle tutulur nitelikteki unsurlar; hizmetin yapıldığı yerdeki fiziksel çevre ve fiziksel olanaklarının yanı sıra, ödeme prosedürleri, yiyecekler, otopark durumu, hastanın dinlenme mekanı, odaların konforu, genel temizlik durumu, uygun yerleşim, dekor, modern ekipmanlar ve diğer hoşluklardır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 29-30).

Hastalar, sağlık hizmetlerini, çeşitli kişiler arası ilişkiler ve vasıflarla ilişkilendirerek de değerlemede bulunurlar. Hizmet esnasında, hizmet sağlayan personel ile müşteri arasındaki ilişkilerden memnuniyet, hasta değerlemelerinde elle tutulamayan unsurlardır. Bunlar (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 29; Chu ve Murrmann, 2005; 1; Diefendorff vd. , 2005; 340); yanıtvericilik, arkadaşça tutumlar, saygı, nezaket, incelik, yeterlilik, yetenek, erişim, kullanılabilirlik, iletişim, empati, hekim ve diğer personelin hazır bulunması gibi unsurlardır ve hastalar, sağlık bakımı deneyimleri esnasındaki kişiler arası iletişimin derecesini ve kişilerarası duruşu, en yüksek derecede değerlemeye almaktadırlar.

Bendapudi ve arkadaşlarına göre ise hastalar genellikle almış oldukları sağlık hizmetini üç tip ipucu üzerinden değerlendirmektedirler. Bunlar (Bendapudi vd. , 2006; 341);

- İşlevsel ipuçları; Bunlar sunulan hizmetin teknik kalitesi ile ilgilidir. Hizmetin teknik kalitesi, eksiklikleri ve fazlalıkları ile hatırlanan ve belirtilen her şey bir işlevsel ipucudur. Örneğin hasta için kaybolmuş bir laboratuvar raporu olumsuz bir işlevsel ipucudur ancak ilaç yazmadan önce hastanın alerjilerini kontrol etmek olumlu işlevsel bir ipucudur.
- Mekanik ipuçları; Hizmet alımında elle tutulamayan şeyleri ifade etmekte; görüntü, koku, ses, tat ve hizmetin dokusu gibi şeyleri içermektedir. Tıbbi hizmetin rahatlık, düzenlilik, temizlik, modernlik, ve gürültü düzeyi gibi özellikleri mekanik ipuçlarına ilişkindir.
- İnsani ipuçları; İnsani ipuçları ise hizmet verenlerin davranışları ve görüntüsünden, kelime seçiminden, ses tonundan, isteklilik halinden, beden dilinden, düzenliliğinden hatta üzerine giydiği kıyafetten elde edilen ipuçlarıdır.

İşlevsel, mekanik ve insani ipuçları hizmet deneyiminde belirli roller oynar ve bu ipuçlarının her biri karşılıklı olarak etkileşerek, bir ipucu kümesine yönelik algılamalar, bir başka kümenin algılanmasını etkiler. İşlevsel ipuçları deneyimin “ne” olduğuna ilişkindir ve hizmetin güvenilirliği ve yetkinliğine ilişkin mesajlar taşır. Mekanik ve insani ipuçları “nasıl” sorusuna ilişkin cevaplar barındırmakta ve bir kurumun hizmet etme ve bu hizmetten fayda sağlayabilme konularındaki ipuçlarını vermektedir.

Tıp dışında yapılan araştırmalarda da, mekanik ve insani ipuçlarının temelde, müşterinin hizmet deneyiminde yaşadığı duygusal algılamalarını ifade ettiği, hastaların da aynı şekilde, sağlık hizmeti verenlerle olan “en iyi” ve “en kötü” deneyimlerinin hatıralarında yarattığı insani ipuçları ile değerlendirildiği belirlenmiştir (Haeckel vd. , 2003; 18-23). Hastaların tıbbi süreç hakkında pek fazla bilgileri bulunmaması, hastanın sonuçlarla daha fazla ilgilenmesine neden olmaktadır. Ancak bununla beraber, hastanın süreç boyunca yaşamış oldukları, özellikle personelin davranışları, hizmetin gerçekleştiği ortam, sürecin etkinliği gibi hizmetin fonksiyonel yönü, hasta için büyük önem arzetmekte ve aldığı hizmetten tatmini etkilemektedir. Hastaları ilgilendiren yoğunlukla hizmetin sunuluş şekli, hizmet esnasındaki tavır ve davranışlar olmaktadır (Omachonu, 1991; 23-24). Çünkü sağlık hizmetleri her türlü yeni ve ileri teknolojiye rağmen yine de insani yönü ağır basan bir hizmet niteliğindedir. Teknoloji ne kadar ileri olursa olsun hasta ile etkileşimde, hizmetin sunuluş tarzında hatalar var ise bu durum hasta için tatminsizlik kaynağı olacaktır.

Hastalar sağlık hizmetlerini, hizmet ile karşılaşma öncesinde, hizmet ile karşılaşma esnasında ve hizmet ile karşılaşma sonrasında olmak üzere üç aşamalı bir süreçte değerlendirmektedirler (Lytle ve Mokwa, 1992; 6). Linder-Pelz, hasta beklentilerinin sosyo-psikolojik değişken olduğunu, kaynakların kullanılabilirliği, hizmetin devamlılığı, hizmetin çıktıları, hizmetin finansmanı, hizmete kolay erişebilme, insancılık, bilgi toplama ve bilgi verme, hoşnutluk duyma, kalite ve yeterlilik üzerinde belirgin bağımsız etkilerde bulunduğunu, özellikle hekimin davranışına yönelik önceki beklentilerin, hastanın memnuniyetini direkt olarak etkilediğini ifade etmişlerdir (Linder-Pelz, 1982; 583).

Langen ve arkadaşları hasta tatmininin, hasta beklentileri, hastanın sağlık durumu, hastanın karakteri ve psikolojik değişkenler ile sağlık sisteminin özelliklerinden de etkilendiğini belirtmektedirler (Langen vd. , 2006; 119). Hasta istek ve beklentileri arasında bir ayırım yapan Like ve Zynanski, ise hasta istekleri ile ilgili; tıbbi bilgilendirme isteği, psiko-sosyal yardım isteği, kendisini ifade etmesine olanak tanınma isteği, sağlıkla ilgili tavsiyelerde bulunulması isteği ve tedavi istekleri boyutunda tatminin ölçülmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Lewis, 1994; 656). Foletti ve arkadaşları ise, hasta beklentileri ile sonuçlarının karşılaştırılarak, iletişim, bakım, hastanın çalışanlara ve ayrıca hekime olan güveni, profesyonel tutum ve davranışlar, hekimin teknik yeteneği boyutlarında hasta tatmininin ölçülmesi gereği üzerinde durmaktadır (Lewis, 1994; 656).

Hastaların tatmin düzeyleri aynı zamanda hastanede yatış gün sayısına, yattığı odayı paylaştığı kişi sayısına, son bir yılda hekime gitme sayısına, hastanedeki bir hekimin özel muayenehanesine gitme durumuna, sosyal güvence türüne, yaşına, eğitim düzeyine ve ailesinin aylık gelirin göre oluşan yapılarda farklılıklar da göstermektedir (Şahin ve Eğri, 1999; Kaya, 1996; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1998). Bundan başka, hastanenin yerleşim yerinin uygunluğu, hekimin öncelikli hastaları kabulü, sevkler, ilk müdahale eden hekimin kısıtları, sağlık örgütünün mülkiyeti ve büyüklüğü, bölgesel pazar karakteristikleri; hastanelerin yoğunluğu ve rekabet durumu, personelin iş doyumu, personel devir hızı, personelin eğitimi, personelin hizmet süresi ve hizmet odaklılığı, hastanın sağlık durumu, hastanın sosyo-ekonomik statüsü, hastanın zihin çabukluğu gibi olgular etkili olmaktadır (O'Connor ve Shewchuk, 2003; 23). Hastanın hastanedeki deneyimleri, hastanedeki kişiler arası etkileşimler (örneğin diğer hastalarla), hatta hastanede hizmet veren diğer personel ile yaşanmış olan olumlu veya olumsuz etkileşimler bile hasta tatminini etkileyecek ve hastanın bir sonraki aşamada göstereceği davranışı da etkileyecektir.

Türkçe literatürde hasta tatminini ölçmek amacıyla yapılmış araştırmalarda tatmini olumlu ya da olumsuz etkilediği belirlenen faktörler şunlardır; hastanın sağlık konusundaki ihtiyaç ve istekleri ile bunların yerine getirilmesi, bekleme süresi, hastanın muayenesi için ayrılan süre, hastanın bilgilendirilmesi, statü farklılıkları, sosyal güvence farklılıkları, hasta hakları, ilgi, hoşgörü ve saygı, bürokratik işlemler, fiziki koşullar,

personel, temizlik-hijyen, yemek, ziyaretçiler, özel muayeneye yönlendirme, maddi statü farklılığı, sosyal ve coğrafik gruplardır (Varinli ve Çakır, 2004; Özer ve Çakıl, 2007; Ercan vd. , 2004a Özgen, 1995; Akkan vd. , 1999; Şahin ve Eğri, 1999; Kaya, 1996; Ökem, 1996; Sağlık Reformları Araş. , 1996).

Hasta tatmininin çeşitli boyutlar göz önüne alınarak incelenmesi, ne tarz bir iyileştirme çalışması yapılacağına bağlı olarak değişiklikler içermektedir. Omachnu (1991) tarafından 4 boyut önerilmişse de (insani boyut, etkililik boyutu, ekonomik boyut ve pazarlama boyutu) farklı yazarlar tarafından farklı özellikleri içeren farklı boyutlardan, hasta tatmininin ölçülebileceği belirtilmiştir (Lledo vd. , 1995; Lewis, 1994; Like ve Zyzanski, 1987; Hall ve Dornan, 1988; Greenfield ve Attkisson, 1989). Ancak yine de ayakta tedavi olan ile yatarak tedavi olan hastaların da tatmin boyutlarını ayrı ayrı incelemek gerekmektedir. Carey ve Seibert, yatan hastaların; hekimin bakımı, hemşirelerin bakımı, nezaket, yiyecek ve içecek hizmetleri, tıbbi sonuçlar, temizlik ve konfor, hasta kabul, faturalama ve dini ihtiyaçların karşılanması boyutlarında ölçülebileceğini, ayakta sağlık hizmeti alanların ise; hekimin bakımı, hemşirelerin bakımı, tıbbi sonuçlar, kurumun özellikleri, bekleme zamanı, tahlil ve tetkik işlemleri, kabul ve kayıt işlemlerine ait süreçlerin hasta tatminini etkileyeceği bildirilmektedir (Carey ve Seibert, 1993; 839-842). En fazla kullanılan hasta tatmin boyutları 12 maddede özetlenebilir. Bunlar (Lewis, 1994; 657);

- Hastaya insanca yaklaşım,
- Hastanın bilgilendirilmesi,
- Genel kalite,
- Hizmet sunucuların yetenekleri ve yeterlilikleri,
- Genel olarak hasta tatmini,
- Bürokratik işlemler,
- Ulaşılabilirlik,
- Maliyetler,
- Fiziksel olanaklar,
- Bakımın sonuçları,
- Bakımın takibi ve sürekliliği,
- Hastanın psiko-sosyal sorunlarına odaklanmadır.

Hasta tatmini konusunda bir grup araştırmacı ise sorunun “hastaya odaklanmak” yerine “hastalığa odaklanmak”tan kaynaklandığını ve hasta olan “insanın” gözden kaçırıldığını ve “hastalık merkezli” bir yaklaşımın, hasta tatminsizliği yarattığını belirtmişlerdir (Gordon ve Edwards, 2001; 8; Hillier, 2001; 153). Bu konuda yapılan bir diğer eleştiride, tıbbın bilimsel olduğu kadar sanatsal yönünün de bulunduğu ve tıp biliminin tıp sanatından yavaş yavaş uzaklaştığı, modern hekimlerin sadece bilim ile hizmet verme eğilimi içine girdikleri, hastaların ise bilimsel uygulamaların değerini bildikleri halde bundan hoşnut olmayıp daha çok eleştiri ve eskiye göre daha düşmanca duygular besledikleri belirtilmektedir (Gordon ve Edwards, 2001; 9). Oysa sağlık hizmetlerinin hedefi yalnızca hastalıkların ortadan kaldırılması değil hastaların hem bedenlen hem ruhen hem de sosyal olarak sağlığına kavuşturulmasıdır. Yani hedef yalnızca belirtiler değil, kişinin özellikleridir (Kasapoğlu, 1999; 6).

Ülkemizdeki genel eğitim seviyesinin bir yansıması olarak, sadece bizim ülkemize has olabilecek türden konuların da hasta değerlemelerinde ele alındığı gözlemlenmiş bir olgudur. Örneğin hekimin reçeteye az ilaç yazması, gerekli görmediği tahlil ve tetkikleri hastadan istememesi, hekimin hastasını bir başka uzmanlık dalındaki hekime konsülte veya sevk etme gereği görmemesi, birkaç hekim ve birkaç hastaneye birden başvurmaksızın tatmin olamama, hastanelerimizdeki aşırı bürokratik uygulamalar (sıra alma, sıra bekleme, evrak takipleri, sevk işlemleri, taburcu işlemlerinin uzunluğu vs.) hastaların tatminsizliğine yol açabilecek diğer etmenler olarak sıralanabilir.

Ülkemizde hızlı nüfus artışına paralel olarak özellikle şehir merkezlerindeki nüfus yığılmaları, değişen ekonomik ve sosyal yapı, hem hekimlerin hem de sağlık hizmetini kullananların tatminini güçleştirmektedir. Ülkemizdeki sağlık sektöründeki işletmelerin sayısının hızlı nüfus artışını karşılayamaması, sağlık personelinin aşırı iş yükü altında çalışması, dolayısı ile sağlık hizmetlerinde hasta tatmini için çok önemli olan davranışsal boyutun ihmal edilebilmesi, tıbbi cihaz ve malzemelerin yüksek maliyetli olmasının yarattığı kısıtlılık halleri, halkın gelir düzeyinin nispeten artmış olmasına rağmen halkın eğitimindeki eksiklikler (örneğin en küçük bir gribal enfeksiyonda bile şehir merkezlerindeki büyük hastanelerin tercih edilmesi) ve tüm bunlara bağlı olarak müşteri

tatmininin yaratılamaması, bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır.

4. 4. 3. HASTA TATMİNİ ÖLÇÜMLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Hasta tatmini ölçümleri çok yoğun bir odaklanmayı gerektirdiğinden, halihazırda, diğer sektörlerdeki müşteri tatmini ölçümlerinin gerisinde kalmıştır (Thomas, 2003; 39). Alınan hizmetten tatminin ölçülmesinde, hizmet alan kişilerin bilişsel ve duygusal davranışları hakkında bilgi edinilmeye çalışılmakta, bu tip davranış kalıpları soyut nitelik taşıdıkları için somut nitelik taşıyan özelliklerin ölçülmesi kadar kolay olamamaktadır.

Hastalar bir hastaneden, diğer hastaneye veya aynı hastanede bir birimden diğer birime, hatta aynı birimde farklı kişilerden ve değişen hareketlilikte hizmet almakta ve hangi birimden ve hangi kişilerden aldıkları hizmetin hastaları daha tatminkar kıldığını bulmak zorlaşmakta ve aynı hastane içerisinde tatmin olmadıkları bir birimden hizmet aldıktan sonra, bu tatminsizlikleri diğer birimden aldıkları hizmet hakkındaki algılamalarını ve diğer hizmet verenlerle olan ilişkilerini de etkilemekte hatta bu durum davranışlarına da yansıyabilmekte ve almış oldukları hizmetin hangi aşamasından ne kadar tatmin oldukları da gözden kaçmakta ve dolayısıyla ölçüm zorlaşmaktadır.

Hastalar hastaneye girdikten sonra pek çok kişi ile etkileşim içinde bulunacaklardır. Örneğin, danışma birimindeki bir işgörenle, laboratuvar tetkiklerinin ve radyolojik testlerin yapıldığı birimdeki teknisyenlerle, hemşirelerle, otopark bekçisi ile yemek servisi yapan hizmetli ile, hastabakıcılar ile ve diğer hizmetliler ile etkileşimde bulunacaklar ve hastanın algılamaları da etkileşimde bulundukları bu kişilerden etkilenecek ve hastanın tatmini de etkilenecektir. Hizmet bir süreç olarak ele alındığında, hastanın değerlemeleri bu süreç boyunca değişebilmekte sabit kalmamaktadır. Önemli olan bir önceki süreçte varsa meydana gelmiş olan hataları düzeltebilmek veya bir sonraki aşamada önceki süreçte edinilmiş olumlu değerlemeleri sürdürebilmektir.

Özellikle sağlık hizmetlerinin kendi doğasına has olan özellikleri ile bir araya getirildiğinde, hasta tatminini sağlamak için gerekli ölçümlemelerin yapılması ve bu ölçümlemelere güvenilmesi daha da zorlaşmaktadır. Üstelik anket sorularının gerçek

davranışlardan ziyade ifade edilmiş olan tercihlere dayanması da tam bir ölçümleme yapıldığına dair kuşkuları arttırmaktadır (Hundley ve Ryan, 2004; 557). Hastalığın karakteristiği, örneğin; akut veya kronik bir hastalığı olup olmaması, almış olduğu hizmeti hangi servisten aldığı, örneğin; acil servisten, poliklinikten veya yatarak hizmet almasından, daha önceki hastane veya hastalık deneyimlerinde veya özel hayatında başkaca yaşamış olduğu “kritik olaylar”, hastanın algılamalarını, beklentilerini ve tatminini etkileyecektir. Özellikle kapalı uçlu sorularla yapılan araştırmalar birçok değişkenin gerektiği kadar yansıtılabilmesine, özellikle kritik olayların açığa çıkarılmasına da engel teşkil edebilecektir (Thomas, 2003; 40). Üstelik yeterli bir sağlık hizmeti alamadığı için şimdi hayatta olmayan hastalarla anket yapmak da mümkün olmadığından, hasta tatminini ölçmeye yönelik anketler hep eksik kalmaktadır.

Hasta tatmini çalışmalarında, beklentilerin gerçekleşmesi modelini mantıksal olarak yetersiz bulan Williams ve Whitfield, zayıf ve yetersiz anketlerin hastalara sansür niteliğinde olduğunu, hastaların ifadelerine limitler getirildiğini, böylece yanıltıcı sonuçların ortaya çıkmasına neden olduğunu belirtmektedirler (Williams, 1998; 1352; Whitfield ve Baker, 1992; 152). Williams ın yapmış olduğu bir çalışmada, tüm hastaların negatif deneyimlerinin olduğunu, ancak bunların beklentilerinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin bir sonucu olarak değerlendirilemeyeceğini ayrıca beklentilerin de akışkan ve esnek olmasından dolayı, hasta tatmin ve tatminsizlik bulgularının bu şekilde ele alınmasının yanıltıcı olduğunu belirtmektedir. Williams, yüksek derecede memnuniyetle sonuçlanan sağlık hizmetlerinde bile, hastaların ilişkilerde mutlaka iyi deneyimler yaşadığı anlamına gelmediğini, hasta tarafından dile getirilecek olan bir tek “yapabilecekleri her şeyi yaptılar” gibi bir memnuniyet ifadesinin ise çoğunlukla tutumları daha iyi yansıtacağını belirtmektedir (Williams vd. , 1998; 1358).

Langen ve arkadaşları da, hasta tatminini ölçen araçların değişkenlik gösterdiğini, bu konuda herhangi bir “altın standart” bulunmadığını ve bunun metodolojik bir sorun yarattığını bu yüzden çalışmalar arası karşılaştırma yapmanın da zor olduğunu belirtmişlerdir (Langen vd. , 2006; 119). Üstelik sağlık hizmetlerinde, beklentiler ve görevler doğru olarak tanımlansa bile durumsal nedenlerinden dolayı bu beklentilerin askıya alınması veya değişmesi de mümkündür. Böyle durumların var olması, örgütsel

pratiklerde ve hizmet verenlerin davranışlarında bir kısıtlamaya da yol açabilecektir (Williams vd. , 1998; 1357). Beklentiler her ne kadar tatmin ile ilişkili görünse de, isteklerle pek ilişkili olmadığı da ifade edilmektedir (Lewis, 1994; 656).

Öte yandan hastaların psikolojik durumları; örneğin bir psikiyatri hastasının kendisini hasta olarak tanımlamaması veya çok da ciddi olmayan bir hastalığa sahip bir kişinin hastalığı hakkında fazlaca karamsar bir tutum içinde olması, yani hastanın kendi hastalığı/sağlığı hakkındaki algılamaları ve ayrıca üstlendiği maliyetler gibi unsurlar onun görüşünü etkileyeceğinden, almış olduğu hizmet hakkındaki yapacağı değerlendirmelerde buna uygun olarak değişiklik gösterebilecektir.

Tatmin seviyesini etkileyen bir başka etken ise hastanın yaşam doyumu, kişilik özellikleri, aile içi ilişkiler olabilmektedir (Thomas, 2003; 41). Bundan başka, hasta tatmini ölçümlerinin kimler tarafından yapıldığı da ayrı bir öneme sahip görünmektedir. Örneğin, hastanenin hissedarları tarafından yapılan hasta tatmini ölçümleri farklı yönleri öne çıkabilecek ve farklı yorumlar yapılabilecektir.

Son 25 yıldır “hastaların özel durumlarına yönelik” olarak yapılan hasta tatmini ölçümlerine rağmen hala bazı sorular cevaplandırılabilmiş değildir (Thomas, 2003; 38). Çünkü sağlık hizmeti talebinde bulunan kişiler, birer fast-food restoranı müşterisi olmadıklarından, ihtiyaç ve beklentileri de birbirinden farklıdır. Üstelik sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bu ihtiyaç ve beklentiler, aynı zamanda ülkeden ülkeye, hatta bölgeden bölgeye değişebilen normlara da sahiptirler (Thomas, 2003; 38).

Hizmetlerin pek çoğunda müşteri hizmet aldıktan hemen sonra tatmin olup olmadığını veya ne kadar tatmin olduğunu bilebilmekte ancak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bu tatminin seviyesini belirlemek zaman alabilmektedir. Öncesinde ise, hasta ne kadar tatmin olduğunu sadece deneyimsel boyutta değerlendirebilmektedir (Thomas, 2003; 40). Bir görüşe göre ise, herhangi bir sağlık kurumunda, sağlık hizmetlerinden duyulan tatmini artırma çalışmasında genel bir değerlendirme yapmak yerine ayrıştırmalar yapılarak, yani geneli oluşturan parçalar üzerinde memnuniyeti etkileyen faktörleri dikkate alarak çalışmalar yapılması daha uygun görünmektedir (Ercan vd. , 2004 b; 166).

Yine hasta tatminini ölçmedeki bir diğer zorluk ise, hasta tatmininde boylamsal araştırmaların* yapılmasında ortaya çıkan zorluklar ve iyileşen veya iyileşmeyen hastaların geribildirim verme konusundaki isteksizlikleridir.

Sağlık hizmetlerinde hasta açısından üç unsur önem kazanmaktadır. Bunlar:öncelikler ve tercihler, değerlendirme ve takdir, raporlardır (Torres ve Guo, 2004; 335). Öncelikler ve tercihler, hastanın arzu ve beklentileridir. Hasta beklentilerinin çok iyi değerlendirilip, “hasta tercihlerinin” belirlenmesi, hastalar için neyin önemli olduğunun bilinmesi ve benzer tercihlere sahip olanların gruplandırılması gerekmektedir. Örneğin sağlık hizmetleri tüketicileri olan hastaların, acil servis hizmetleri için ayrı, yatarak tedavi görmek için ayrı veya ayaktan poliklinik hizmeti almak için ayrı ayrı ve farklı tercihleri olabilir. Tercihlerin belirlenmesinde, anket, yüzyüze görüşmeler, gözlem, telefonla iletişim gibi yöntemler kullanılabilir. Ayrıca hasta şikayetleri de, değerlendirilmesi gereken çok iyi ipuçları sağlayabilir. Ancak hastalar her zaman şikayette bulunmayabilir ve direkt olarak rakip hizmetlere de yönelebilirler. Öncelikleri ölçmek için hem kalitatif hem de kantitatif metodlar kullanılmaktadır. Hasta değerlemeleri ise sağlık hizmeti veren organizasyonlardan alınan, hastanın servisteki reaksiyonlarından anketler vasıtası ile elde edilebilmektedir. Hasta raporları, hastanın örgüt ve süreçler hakkında yaptığı objektif gözlemlerdir. Örneğin, uygun ve yeterli bir sağlık hizmetinin verilip verilmediği, hekimin gösterdiği ilgi gibi unsurları kapsamaktadır (Torres ve Guo, 2004; 335).

Wensing ve Elwyn’e göre, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ve hasta tatmini yaratma için, hastanın görüşünden yararlanılan dört yaklaşım bulunmaktadır (Wensing ve Elwyn, 2002; 153-158). Bunlardan ilki, sağlık örgütlerinin veri/bilgi toplamasıdır. İyi bilgilendirilmiş hasta, sağlık örgütü tarafından verilen hizmeti takip edip etmemek hakkında karar verebilir. İkinci yaklaşım ise hastanın katılımının sağlanmasıdır. Örnek olarak, karar verme stratejilerinin paylaşılması, hasta önceliklerinin kaydedilmesi verilebilir. Bu durum ise hastanın ilgili alternatifler arasında tercihler yapabilmesine, hasta tercihlerinin göz önüne alınmasına ve hasta tarafından kabul edilebilir bir hizmetin verilmesine neden olacaktır. Hasta isteklerine saygı gösterilerek ve kendi kararlarını

* Boylamsal Araştırma: Aynı kişilerden belirli zaman aralıkları ile veri toplayarak gerçekleştirilen araştırma yöntemi.

kendisinin verebilmesi, örgütteki iletişim zincirine hastanın aktif bir şekilde dahil edilmesi, örgütteki bilgi akışına da katkıda bulunacaktır. Örgütlerdeki bilgi akışının düzenli yürütülmesi ise müşteri tatmininin en vazgeçilmez unsurudur.

4. 5. HASTA TATMİNİNDE HİZMET SAĞLAYICILARIN KONTROLÜNDE OLAN VE OLMAYAN DEĞİŞKENLER

Hasta tatmininin sağlanmasında tüm sorumluluk her zaman sağlık hizmeti veren kurum ve kişilerin elinde olmayabilir. Bu bakımdan hasta tatmininde hizmet sağlayanların kontrolünde olan ve olmayan değişkenlerin ayırımının yapılması gerekmektedir.

4. 5. 1. HASTA TATMİNİNDE HİZMET SAĞLAYICILARIN KONTROLÜNDE OLMAYAN DEĞİŞKENLER

Hastanın sosyo-demografik değişkenleri; yaşı, eğitim seviyesi, cinsiyeti ile çeşitli dışsal faktörler ve hastalığı hakkındaki kendi algılamaları, sağlık bakımını gerçekleştiren hizmet sağlayıcıların kontrolünde olmamasına rağmen, hasta tatmininde önemli rol oynamaktadır (Hall ve Dornan, 1990; Cohen, 1996; Gearon, 2000; Hall, 1998). Bu değişkenler arasındaki bağıntı iyi bilindiği takdirde sağlık hizmetlerinde daha etkin bir strateji geliştirilebilecek ve kaynaklar daha etkin bir şekilde kullanılabilir.

4. 5. 1. 1. SAĞLIK HİZMETİNDEN YARARLANANLARIN YAŞ, CİNSİYET VE EĞİTİM DURUMLARINA GÖRE TATMİNLERİ

Hasta tatminine etki edebilecek ancak sağlık hizmeti sağlayanların kontrolünde olmayan, hastanın yaşı, cinsiyeti ve eğitim seviyesi gibi unsurların ele alınması gerekmektedir.

4. 5. 1. 1. 1. YAŞ FAKTÖRÜ

Hall ve Donran (1990) ın yapmış oldukları meta analizi sonucuna göre daha yaşlı hastaların almış oldukları sağlık hizmetinden daha fazla tatmin oldukları yönündedir (Gopalakrishna ve Mummalaneni, 1993; 17; Ercan vd. , 2004 b; 166). Daha sonraları yapılan çalışmalarda ise bu durumun nedenleri şöyle açıklanmaktadır;

- Yaşlı hastalar, geçmiş dönemlerde, ne kadar zayıf bir sağlık bakımı aldıklarını bildikleri için şimdiki sistemden beklentilerini çok yüksek tutmamakta ve böylece daha fazla tatmin olmaktadır (Langen vd. , 2006; 123).
- Yaşlı hastalar, kendilerine sağlık hizmeti verenlere genellikle genç hastalardan daha fazla saygılı davranmakta ve genç hastalara göre de kendilerine daha fazla saygı gösterilerek tedavi edilmektedirler (Braunsberger ve Gates, 2002; 580).
- Yaşlıların, dertlerini anlatmaya ve şikayet etmeye daha isteksiz oluşları ve gençlerden daha fazla acıya katlanabilmeleri sebep olarak gösterilmektedir (Braunsberger ve Gates, 2002; 580).
- Ayrıca genç hastalar için, hastanede tedaviyi gerektiren bir hastalığa sahip olmak kabullenilmesi zor psikolojik bir etki yaratabilmekte, bu durum ise onların tatminini güçleştirmektedir (Langen vd. , 2006; 123).

Bunlara ilave olarak yaşlı hastaların, yıllar geçtikçe fiziksel yaşam kalitelerinin daha da düşeceği ve tekrar hastalanacakları endişesi ile, mevcut durumdan hoşnut olma çabaları ve tekrar aynı kuruma veya hekime muhtaç olma durumunda kaldıklarında kendilerinin iyi duygularla karşılanmalarını bekleme istekleri bu duruma etki edebilecektir. Langen vd., iletişim ve bilgilendirilme yönünden 18-39 yaş grubu hastaların, 60-75 yaş grubu hastalardan daha az memnuniyet gösterdiklerini, genç hastaların ise yaşlı hastalara göre hekimlerden daha az düzeyde destek almış olduklarını ortaya koymuşlardır (Langen vd. , 2006; 123).

4. 5. 1. 1. 2. CİNSİYET FAKTÖRÜ

Beklentilerin cinsiyetler açısından da farklılaşabileceği göz önüne alınarak yapılmış olan Antonucci (1998) nin çalışmasında, kadınların, sosyal networkler ve ideallerindeki farklılıklar bakımından erkeklere nazaran daha fazla olumsuz duygulara sahip oldukları ortaya konulmuştur (Neufeld ve Harrison, 2002; 329). Langen ve arkadaşları da kadınların hastanede kalış süreleri boyunca daha yüksek düzeyde depresyon belirtisi gösterdiklerini ve hastanedeki teknik aletlerden ise daha fazla tedirgin olduklarını ortaya koymuştur (Langen, 2006; 123). Cohen (1996), Schlesinger (1999), Braunsberger ve Gates (2002) in araştırma bulgularına göre de kadınların, erkeklerden daha az

memnuniyet göstermeye eğilimli oldukları ortaya konulmuş, ancak bu olgunun nedenleri açıklanmamıştır.

Erkek hastaların hekimin davranışını, kadın hastaların ise hekimin bilgi düzeyini daha fazla önemsedikleri (Temel vd. , 2001; 374) ve kadın hastaların, sağlık hizmeti için daha fazla sayıda danışmaya başvurdukları, ne istedikleri ve neye gereksinim duydukları açısından ise çok daha fazla açık ve net oldukları belirtilmiştir (Wilhelm vd. , 2005; 191). Levinson vd. ise, hekimlerin, erkek hastalardan daha fazla memnun olduklarını ortaya koymuşlardır (Levinson vd. , 2006; 432).

Çoğu kadının kendisini, vücutları ve yaşamları hakkında daha fazla bilgi, kontrol ve yetkinliğe sahip olarak gördükleri (Scambler, 2001; 139) ve sahip oldukları bu kontrolün elden kaçacağı korkusu ile karışık bir panik durumunun yaşandığı ve bu durumun sonuçta alınan hizmetten tatmini etkilediği düşünülebilir. Hundley ve Ryan da kadınların hayatlarının bütün alanlarında “karar verme sürecine katılım”ı çok önemli bir faktör olarak değerlendirdiklerini belirtmektedirler (Hundley ve Ryan, 2004; 556). Dolayısıyla karar verme sürecine katılımın olmaması kadın hastalar için bir tatminsizlik kaynağı olabilecektir.

Kadınların, genellikle “tatmin etmeyen iletişimden” sıklıkla yakındıkları, ancak kadın hastaların hekimlere yönelttikleri sağlık ile ilgili soruların, hekimler tarafından “rica” olarak algılandığı ve esas tatminsizliğin ise bu noktada ortaya çıktığı bulgulanmıştır (Graham ve Oakley, 1981; 56-71). Kadınların önemseyerek sorduğu soruların, hekim tarafından “rica” olarak algılanması, kadınlar tarafından “tatmin etmeyen bir iletişim” olarak algılanacak ve bu durum kadın hasta açısından bir tatminsizlik kaynağı olacaktır.

Bundan başka, özellikle çalışan kadınların sosyal rollerinin çok fazla olmasının (iş hayatı, çocukların bakımı ve sorumluluğu, evin yükümlülüğü vs.) getirdiği aşırı rol yüklenme ve rol karmaşası, kadınların pek çok şeyi bir arada sentez ve analiz etmelerini gerektirmekte ve çoğunlukla, inceden inceye düşünmeyi gerektiren titiz bir yargılama şeklinin oluşmasına da neden olabilmektedir. Bu titiz yargılamalar ise alınan hizmetten tatmin olma derecesini de etkileyebilecektir.

4. 5. 1. 1. 3. EĞİTİM FAKTÖRÜ

Günümüzde daha iyi eğitilmiş olmak ve daha sağlıklı olmak önem kazanmaktadır. Bu iki değişken arasındaki ilişkinin hasta memnuniyeti ile ilgisi de yapılan çalışmalarda kısmen ortaya konulmuştur. Hall ve Dornan (1990; 817) ın meta analizi çalışmasında, eğitim durumu ve memnuniyet arasında negatif bir korelasyon olduğu belirtilmektedir. Daha düşük eğitilmiş hastaların, aldıkları hizmetten daha memnun kaldıkları, daha yüksek eğitilmiş hastaların ise beklentilerinin daha yüksek ve değerlendirmelerinin daha katı standartlar içermesi nedeniyle daha fazla hayal kırıklığı ve memnuniyetsizlik belirttikleri bildirilmiştir (Braunsberger ve Gates, 2002; 578). Baş ve Ardıç'ın (2006) yapmış oldukları araştırmada, hastanın eğitim seviyesi ile personelin sunmuş oldukları hizmetten hastaların memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olmasına rağmen, hastaların eğitim düzeyi ile hekimlerin sundukları hizmetten hastaların memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya çıkmıştır. Yapılan bir başka araştırmada da, sağlık personeli açısından, hizmetlerden memnuniyet düzeyinin genç hastalarda, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan hastalarda daha yüksek oldukları ortaya çıkmıştır (Akkan vd. , 1999; 145).

Batı toplumlarında eğitim düzeyi ile gelir düzeyi arasında uçurumlar bulunmadığından, yüksek eğitime sahip ama düşük gelirli kesimin hizmetten tatmin olması arasında herhangi bir araştırma bulunmamaktadır. Oysa ülkemizde eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arasında büyük farklar bulunmaktadır. Bu açıdan Türkiye'de yapılacak hizmetten tatmin olma yönündeki araştırmaların gelir ve eğitim seviyesine göre farklılaşacağı beklenen bir durumdur. Öte yandan Türkiye'deki genel işsizlik oranlarına bakıldığında, eğitilmiş olduğu halde ekonomik özgürlüğünü kazanamamış olan kesimin de (işsizlik nedeni ile) tatmin derecelerinin farklılaşacağı düşünülmektedir. Yüksek eğitilmiş olduğu halde işsizlik nedeni ile yaşam tatmini düşeceğinden, aldığı hizmetten de memnuniyeti farklılaşacaktır.

4. 5. 1. 2. HASTANIN SAĞLIK DURUMU

Yapılan araştırmalarda, hastanın sağlık durumu ile tatmini arasındaki ilişki de ele alınmıştır. Daha sağlıklı hastaların, aldıkları hizmetten, genellikle daha fazla tatmin

olduğu, daha az sağlıklı hastaların ise aldıkları hizmetten daha az tatmin olduğu ortaya konulmuştur (Cohen, 1996; Hall, 1998; Druss vd. , 1999; Gearon, 2000; Ullman, 1997). Bu duruma sebep olarak ise hastanın duygusal ve fiziksel hali gösterilmiştir. Hastaların kendi sağlıkları hakkındaki inançları da tıbbi sosyoloji, tıbbi psikoloji ve tıbbi antropoloji alanında son yıllarda daha fazla araştırma konusu olmakta ve hangi müşteri davranışlarının daha fazla problem yarattığının araştırılması bakımından da önem arz etmektedir (Williams, 2001; 465). Özellikle hastaların sosyal şartlarının ve sağlığı hakkındaki inançlarının detaylı bir şekilde bilinmesi büyük önem taşımaktadır (Williams vd. , 1998; 1358). Antropoloji alanında yapılan çalışmalarda da kültürlerarası farklılıkların ve kişisel farklılıkların, farklı tedavi yöntemlerini gerekli kılabileceği vurgulanmaktadır (Williams, 2001; 466).

Hasta tatmininde, hastanın algıladığı sağlık durumu en fazla öngörülebilir unsurdur. Hastanın kendi hastalığı hakkındaki olumlu algılamaları onun daha fazla tatmin olmasına neden olmaktadır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 29). Kişi sağlığı hakkında bir sıkıntı hissettiği zaman, öncelikle bu durumu kendisi değerlendirmekte ve bu değerlendirmenin sonucuna göre bir sağlık kuruluşuna başvurmakta ve bu değerlendirme sürecinde, kendi mevcut sağlık bilgisi birikimi yanında (Mazgit, 2006; 3), içinde bulunduğu psikolojik durumu, ortam, çevre, algılamaları, aile ilişkileri, kültürel düzeyi, eğitimi etkili olmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki bir başka tatminsizlik yaratan çatışma kaynağı ise hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Hasta kendi yaşadıkları nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken hekim ise tıbbi bilgisi nedeniyle aynı derecede ciddiye almayabilmekte bu da çatışma kaynağı olmaktadır (İşnas, 1998; 22).

Hastanın sağlık durumu hakkındaki algılamaları hem subjektif hem de hastanın beklentileri ile ilişkili olduğundan, hastanın sağlık durumu hakkındaki algılamalarının iyileştirilmesi, onun hizmetten ve sağlık hizmeti veren kişilerle olan ilişkisinden de doyumunun artmasına neden olacaktır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 31). Hastanın hem daha gerçekçi beklentiler oluşturmaları, hem de sağlık durumu hakkında daha objektif bir görüş açısı geliştirmesi gerekmektedir (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 31). Bu konudaki görev ise hasta ile etkili bir iletişime girmesi beklenen hekime düşmekte, hastanın eğitilmesi gerekmektedir.

Hasta beklentilerinin çok yüksek olması ise hekim açısından görevini zorlaştırmakta (Baron-Epel vd. , 2001; 318) ve aşırı talepkar bir hasta, hekim için çatışma kaynağı olmaktadır (İşnas, 1998; 23). Örneğin, özellikle plastik cerrahi alanında hasta beklentilerinin çok yüksek olduğu durumlarda veya gerçekçi olmadığı durumlarda, hastanın hiç operasyona alınmamasının daha doğru olduğu ve hekimlerin bir görevlerinin de hastayı beklentileri hakkında eğitmek ve beklentilerini yönetmek olduğu vurgulanmaktadır (De Castro, 2005; 521).

Hekimin, klinik tanıda gereksiz iyimserlik veya kötümserlikten kaçınması özellikle hasta beklentilerinin farklı yöne çekilmesini engelleyeceğinden, hasta memnuniyeti için önem arz etmektedir. Hekimin, hastanın hastalığı hakkındaki endişelerini çok abartılı bir şekilde dile getirmesi, gereğinden fazla kötümser bir tutum izlemesi, belki hastanın istenen şekilde tedaviye geçmesini kolaylaştırarak, hastanın etkili davranışa geçmesine yol açacak ve kendisinin hasta üzerindeki otoritesini güçlendirecek ancak hastayı gereğinden fazla endişeye sürükleyerek aynı zamanda hastanın tatminini zorlaştıracak ve belkide hastanın gereksiz masraflara girmesine neden olacaktır. Buna rağmen, yapılan araştırmalar, korkutulan kişinin, etkili davranışa geçtiğini göstermektedir (Wright ve Cropanzano, 2004; 339-340).

Powers ve Bendall-Lyon'un yapmış olduğu boylamsal araştırmada, sağlık hizmeti aldıktan sonra sağlığına kavuşan hastaların, sağlığına kavuşmayan hastalardan daha fazla, hastanedeki kişiler arası ilişkilerden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 31). Bazı görüşler hasta tatmininin, iyileşmeye sebep olduğunu ve nispeten daha sağlıklı bireylerin, sağlık hizmetinden, daha fazla tatmin olduğunu bulgulamakta ve yapılan gözlemlerde ise, memnuniyet belirten hastaların, hekim tavsiyelerine daha fazla riayet ettiği, diyetlerine daha fazla uyduğu, sağlık bakımına daha aktif ve etkin katıldığı, daha az hekim değiştirdiği ve böylece iyileşmelerinin daha hızlı ilerlediği yönündedir (Braunsberger ve Gates, 2002; 577). Yine de hastalığın karakteristiği hasta beklentilerini etkileyecektir (Wilhelm vd. , 2005; 191). Örneğin, sürekli bakım gerektiren veya kronik bir hastalığı olan hastaların beklentileri ile veya acil servis hastası ile veya ayaktan tedavi gören örneğin, gelip geçici olduğu varsayılan gribal

enfeksiyon gibi bir hastalığı olan hastanın beklentileri birbiri ile aynı olmayacağı gibi, tatmin düzeyleri de birbirinden farklı olacaktır.

Hall (1996, 1998, 1993) yapmış olduğu araştırmalarda, hastanın sağlık durumunun, hekimin davranışını ve iletişim stilini de etkilediğini ortaya koymuştur. Hekimlerin, daha sağlıklı hastaları daha fazla sevdiği, hatta, hekimi tarafından daha fazla sevildiğini hisseden hastaların sağlık hizmetinden daha yüksek seviyede bir tatmin sağladıkları ortaya konulmuştur (Braunsberger ve Gates, 2002; 578). Ayrıca, hekimlerin, sağlık durumu kötü olan hastaları ziyareti sonrasında tatminlerinin düştüğü belirtilmektedir. Hekimlerin tatmininin düşmesinin ise hastaya negatif olarak yansımalarının bir sürpriz olmadığı belirtilmektedir. Yine Hall (1996, 1998) tarafından yapılan araştırmalarda, sağlık durumu kötü olan hastaların, hekimlerin vizitleri esnasında, iletişimlerinde daha fazla negatif tutumlar sergiledikleri ve sağlık durumları kötüye giden hastaların, direkt veya dolaylı olarak doyumsuzluk hissettikleri ortaya çıkmıştır. Böylece, dolaylı olarak, hekimlerin davranışlarının, sağlık durumu kötü olan hastalara karşı, daha negatif olarak algılanacağı söylenebilir. Yine de hastanın sağlık durumu ve tatmini arasında bir ilişkinin var olduğu, daha sağlıklı hastaların hem duygusal olarak hem de fiziksel olarak alınan sağlık hizmetinden daha fazla tatmin oldukları ortaya konulmuştur (Braunsberger ve Gates, 2002; 577). Nispeten daha sağlıklı olan hastaların, sağlığı daha kötü durumda olan hastalara oranla çok daha fazla tatmin oldukları ortaya konulmuştur (Ullman, 1997; 213; Langley ve Cook, 2000; 26).

4. 5. 1. 3. HASTANIN RUH HALİ VE YAŞAM KALİTESİ

Sağlık hizmeti alımında, hastanın duygusal durumu ve içinde bulunduğu ruh hali aldığı hizmetten tatmini etkileyecektir. Yaşam kalitesi de, bireylerin sağlık, ekonomik durum, çevresel ve manevi olmak üzere bütün yönleri ile ilgili öznel ve nesnel kararları içeren, geniş tanımlı bir kavram olduğundan hastanın aldığı hizmetten duyduğu tatmini etkileyecektir.

Kişinin duygusal durumunun, bilişsel süreçler üzerindeki etkisi çeşitli araştırmacılar tarafından kapsamlı olarak ele alınmıştır (Beck, 1987; Bower 1987; Isen, 1990). Bazı araştırmacılar, kişinin kendi sağlık durumunu değerlendirmesinde de, kendi ruh hallerinin

etkili olduğunu, hatta olumsuz değerlemelerin, düşük yaşam kalitesinden ileri geldiğini bulmuşlardır (Abele-Brehm ve Hermer, 1993; Atkinson ve Caldwell, 1997). Kişinin kendi ruh hali ile uyumlu yargılamaları, bazı yazarlara göre, hem kendini, hem de başkalarını değerlemede etkili iken, bazı yazarlara göre ise sadece kendini değerlemede etkili olmaktadır (Atkinson ve Caldwell, 1997; 170).

Hastaların almış oldukları sağlık hizmetinden tatmin olma durumunu, ruh halinden daha fazla, yaşam kalitesinin etkilediği ortaya konulmuş, ancak, kişisel bakım söz konusu olduğunda ruh halinin tatmini daha fazla etkilediği, daha çok hasta olanların, daha depresif değerlemelerde bulunduğu belirlenmiş ve hastaların hizmet aldıkları sağlık personelinin de aynı şekilde değerleyeceği sonucunun çıkarılabileceği belirtilmiştir (Atkinson ve Caldwell, 1997; 173-174). Hatta yaşam doyumu ile depresif bulgular arasındaki ilişkiler Frisch (1992) tarafından da ortaya konulmuştur. Langen ve arkadaşları, endişe ve depresyon geçiren hastaların genelde hayatlarının birçok alanında daha az tatmin olduklarını ve yaşam kalitelerinin de düşük olduğunu, bu tür hastaların yeni durumları negatif olarak algıladıklarını ifade etmektedirler (Langen vd. , 2006; 123).

Parsons’a göre, hastalık, insanın sosyal yükümlülüklerini yerine getirmesine engel teşkil etmektedir (İşnas, 1998; 10). Ancak hastalık, sosyal sorumluluklardan kaçınma ve boş zaman yaratmak için bir fırsat olarak da görülebilir. Kişi “hasta rolü” nü kullanarak sosyal rollerinden uzaklaşabildiği gibi bu durumu yeni yükümlülüklerden kaçınmak için bir bahane olarak da kullanabilmektedir. Bu durum özellikle yaşam doyumu düşük olan kişilerde sıklıkla gözlemlenebilen bir olgu olarak karşımıza çıkabilmektedir.

“Tatminsiz hastaların”, aynı zamanda birazda “tatminsiz tüketiciler” olduğu, aldığı sağlık hizmetinden daha fazla tatmin olmuş kişilerin aynı zamanda yaşam doyumlarının da daha yüksek olduğu (evlilik, maddi olanaklar, boş vakitlerini geçirdikleri eğlenceler vb.) ve aralarında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Hall vd. , 1990; 266). Dressler ve arkadaşları da, sosyal ve kültürel faktörlerin, sağlık ve hastalıklarla ilişkisini incelemişler, hatta toplumsal ilişkileri fazla olanların daha sağlıklı daha uzun ömürlü ve daha tatminkar olduklarını vurgulamışlardır (Dressler vd. , 1997; 303-331).

Hastanın ruh halinin hasta-hekim arasındaki ilişkiyi de tehlikeye sokucu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Özlü, 2003; 161). Genellikle sağlık problemleri ciddi olmayan bireyler tüketicilik hareketinin gereklerini yerine getirmeye çalışmakta, ancak hastalık ciddileştikçe hastalar daha fazla duygusal bağımlılığı tercih etmektedirler (Yıldırım, 1998; 20). Bilginin hekimde olması, hastanın da bu bilgiye muhtaç durumda olması, hastanın kendi ızdırabı da bu duruma eklendiğinde hasta, daha fazla duygusal davranabilmektedir. Aslında hastayı yönlendiren mekanizmanın onun kendi duyguları olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Uzmanlık, tedavinin insani yönlerinden ziyade teknik bilgilere önem vermeyi gerektirdiği halde, özne insan olduğundan, duygular, konuya hakim olmaktadır.

Yetim tarafından yapılan araştırmada, ülkemizdeki bireylerin, geleceğe yönelik amaçlarının, projelerinin gidişini, kendi bireysel yetenek, yeterlik ve inisiyatifleri ile belirleyemedikleri; bu tür aktivitelerin ülkenin yaşadığı nesnel koşullar tarafından engellendiği ortaya konulmuştur (Yetim, 1996; 63). Böyle bir genel durumun varlığı, insanlarda yaşam doyumunun düşmesini, dolayısıyla tatminsizliklerin artmasını kaçınılmaz kılacaktır. Konuya “çalışma çağı dışındaki nüfusun, çalışma çağındaki nüfusa oranı” yani “bağımlılık oranı” açısından bakıldığında ise; Avrupa Birliği üyesi ülkeler arasında en yüksek bağımlılık oranı seviyesinde, % 57. 1 ile Türkiye görünmektedir. Bu durum üretime katılan nüfusun, kendileri ile birlikte üretime katılmayanlara da yetecek kadar üretimde bulunmasını gerektirmektedir. Kayıt dışı ekonomi hariç tutulduğunda, nüfusun yarısının, diğer yarısını geçindirmekte olan bir ülkede tatminsizliğin her iki kesim için de yoğun olacağı tahmin edilebilir bir unsur olarak görülmektedir.

Woo ve Fock’un kronik olarak hoşnutsuz müşteriler olarak tanımladığı müşteri tipi ise, “bütün şirketlerin uğraştığı, şirketlerin kaynaklarını, zamanlarını tüketen müşteri tipi” olarak tanımlanmakta, bu tür müşterilerin iyi olan şeylerdense kötü olan şeyleri, hataları görmekte oldukları, yakın çevrelerindeki arkadaşlarını, ailelerini ve şirket çalışanlarını da olumsuz etkilediği ve şikayet için resmi ve resmi olmayan kanalları kullanmada da genelde üstün yetenekli oldukları vurgulanmakta ve bu tip müşteriler “zehirli” olarak tanımlanarak, onları kontrol altında tutmanın fazla maliyetli olduğundan ve onlara

gereğinden fazla dikkat etmek gerektiğinden, işletmenin hayatta kalmasını ve sağladığı karı tehlikeye atabileceğinden bahsedilmektedir (Woo ve Fock, 2005; 25-27).

4. 5. 1. 4. HASTANIN STRES SEVİYESİ

Hasta tatmininde pek çok psikometrik özelliklerin de değerlemeye alınması ve diğer çıktılarla olan ilişkisinin de ortaya konulması gerekmektedir (Thomas, 2003; 39). Hasta beklentilerini tüm yönleri ile karşılayabilecek bir hizmet veriliyor olsa bile hastanın kendi problemlerinden kaynaklanan durumların devreye girmesi ile yine de hasta tatmin gerçekleşmeyebilmektedir. Beden-ruh dengesinin (homeostasis) bozulması hastanın iyileşmesini zorlaştırmaktadır. Psiko-immuno-nöro-endokrinoloji dalında stres altındaki insan bedeninin nasıl tepki verdiği, ruhen dengede olmayan kişilerde bağışıklık sisteminin nasıl çöktüğü, ne gibi hastalıkların geliştiği, şimdiki teknolojik imkanlarla ve tıp bilgisiyle gösterilmeye çalışılmaktadır (Dinççağ, 2005; 73). Çünkü korku, panik, depresyon duyguları içinde olan hastaların esas tedavilerinde birçok komplikasyonlar, bazen tedavide başarısızlıklar, ruh durumu iyi olan hastalara göre daha sık görülmektedir. 1990 yılında American Medical Association üyeleri arasında yapılan bir ankette, üyelerinin sadece % 10'unun beden-ruh ilişkisine inandığını ortaya koymuştur. Geleneksel, yani bilime dayalı tıpta, “hastalardan” ziyade “hastalığa” yönelik çalışılması, hastanın psikolojik durumunun hiç dikkate alınmaması bu duruma kanıt olarak gösterilmektedir (Dinççağ, 2005; 72).

Zamanımızda teknoloji ilerledikçe ve her teknolojik gelişme insan bedenine yönelik olduğundan, insanın ruh bölümü ihmal edilmekte, bu ileri teknoloji ile hastalara sağlanan şifa imkanlarına rağmen ruh durumu ihmal edilmiş hastalar, sağlık hizmetlerinden hep şikayet etmektedirler (Dinççağ, 2005; 73). Bununla birlikte, bazı kişilerin beklentileri de uygun olmayabilir (Williams vd. , 1998; 1358). Daha üst düzeyde endişe ve depresyon belirtileri gösteren hastaların iletişim konusunda problemli oldukları ve aldıkları hizmetten daha düşük düzeyde tatmin oldukları ortaya konulmuştur (Langen vd. , 2006; 123).

Hekimler arasında “hastalık değil hasta vardır” nitelemeleri de bu paraleldedir. Yani, her bir hastalık, farklı hastalarda farklı bir seyir, farklı bir tablo ortaya koyabilmekte, bu

durumun başlıca sebebi ise, hastanın psikolojik durumunun yanı sıra onun genetik yapısı, bağışıklık sisteminin gücü, yaşam şartları, eğitim durumu, sosyal sağlığı, olguları algılama ve yorumlama farkı, yaşam doyumunun düzeyi olabilmektedir. Yine de hastanın hekimine güven duyması, hasta yakınlarının hastaya vereceği destek ve sevgi gösterisi, onun güven ve huzur içinde olmasını sağlayarak, moralini yükseltebilecek ve böylece onun vücut direncini arttırarak, bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etki yapabilecektir (Dinççağ, 2005; 78).

4. 5. 1. 5. SAĞLIK SİSTEMİNİN KULLANIMINA BAĞLI OLARAK SİSTEMİN PERFORMANSININ ALGILANMASI

Sağlık sisteminin performansının hasta tarafından algılanma biçimi ile sağlık sisteminin kullanım sıklığı, hastanın memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Zapka (1995), Braunsberger ve Gates (2002), sağlık sisteminin performansı ile hastanın sağlık hizmetinden memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu, hastanın, sistemin performansı hakkındaki algılamalarının kötü olması durumunda, aldığı sağlık hizmetinden de memnun olmadığını ve kendisi için hazırlanan sağlık planlarına uymadığını, Druss vd. (1999), ise benzer şekilde, hizmet yönetiminden, sigorta kapsamından, memnun olmayan hastaların daha az sağlık planına uyduğunu saptamışlardır.

Druss vd. (2000), kronik (süregelen) hastalığı olan hastaların, daha sağlıklı hastalardan daha az memnuniyet gösterdiklerini, kronik hastalığı olanların, sağlık sistemini daha fazla kullanarak, kliniklerden daha fazla farkında (haberdar) olmalarına rağmen hastalık nedeniyle bütçelerinin kısıtlanması nedeniyle, onların daha memnuniyetsiz olduğunu ortaya koymuştur. Uyguç, hizmetten daha sık yararlanan müşterinin, hizmet veren personel ile birbirlerini daha iyi tanıyacaklarını ve dolayısıyla hizmet veren ile hizmeti alanın iletişimde etkinliğin artacağını vurgulamaktadır (Uyguç, 1998; 70). Buna karşın, Langley ve Cook (2000), sağlık sistemini daha sık kullanıp, sağlık hizmeti sağlayanlarla daha sık temas kuranların, daha seyrek oranda sağlık hizmeti kullananlardan daha az memnuniyet gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Tüketicilerin ilk defa bir hizmeti kullandıktan sonra daha fazla tecrübe geliştirmeleri dolayısıyla, sonraki aşamalarda aynı hizmeti kullanırken, daha fazla çaba isteyen beklentiler geliştirdikleri Walker ve Baker (2000) tarafından ortaya konulmuş, ancak yine de yeni müşterilere daha fazla dikkat etmek gerektiği vurgulanmıştır. Çünkü yeni gelen müşteri hem beklentilerinin yüksek olmasından hem hizmet hakkındaki bilgisizliğinden hem de kurum hakkında yabancı olması nedeni ile aldığı hizmetten memnun kalmayabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında hasta bir sağlık merkezinden ilk defa yararlandığında daha fazla acemice davranacak, ancak daha sonraki hizmet kullanımlarında neyi, nasıl yapacağını, kimlerle temas kurması gerektiğini, hangi hizmet için nereden nasıl ve kimlerden daha fazla taleplerde bulunacağını öğrenecek ve daha fazla tatminkar bir şekilde istediklerini elde edebilecektir. Press de, hastaların daha ziyade; sağlık hizmeti veren görevlilerin, birlikte ne derecede iyi çalıştıklarını, bakımın iyi koordine edilip edilmediğini önemsediklerini, hatta, hataların pek çoğunun, hizmetin veya bilginin bir görevliden bir diğerine aktarılırken ortaya çıktığı hakkında da hastaların endişeleri olduğunu bildirmiştir (Press, 2003; 95). Hizmetin koordine bir şekilde gerçekleşip gerçekleşmediği, sistemin performansının hastalar tarafından algılanmasında, yüksek derecede etkili olacaktır.

Özetle yapılan araştırmalar, eğitim seviyesi düşük olanların, yaşlıların, erkeklerin, diğerlerine oranla daha sağlıklı olan hastaların, sağlık sisteminin performansını daha yüksek algıladıklarını, sağlık sistemini daha az kullandıklarını ve daha fazla tatmin olduklarını göstermektedir (Braunsberger ve Gates, 2002; 575).

4. 5. 2. HASTA TATMİNİNDE HİZMET SAĞLAYICILARIN KONTROLÜNDE OLAN DEĞİŞKENLER

Hasta tatminine etki edecek bazı unsurlar sağlık hizmeti sağlayanların kontrolünde bulunmaktadır. Bunlar hekim-hasta iletişimi, mahremiyet unsuruna verilen önem, güven, hastanın bilgilendirilmesi, hastanın muayene süresi, hastanın bekleme süresi, bürokratik işlemler ve hasta yönlendirme, hizmet sağlanan mekanın görünümü, sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin unsurlar, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektörden alınmasına göre farklılaşabilmektedir.

4. 5. 2. 1. HEKİM - HASTA İLETİŞİMİ

Hipokrattan beri, hekim ve hastanın menfaati açısından, hekim-hasta ilişkisinin “iyi” olmak zorunluluğu üzerinde çok konuşulmuş, ancak “literatürde, hasta tatmininde “ilişkilerden memnuniyet” konusu, üzerine pek fazla odaklanılmamış ve hatta ihmal edilmiş bir olgudur (Thomas, 2003; 42). İlişkinin iyi olması ise iletişimin kalitesine bağlı bir olgudur. Hekim ile hasta arasındaki iletişim, sağlık hizmetlerinde temel bir harc olarak görülebilir. Örneğin Hipokrat Yemini, hem hekimin bu mesleği ona öğretenlere karşı olan yükümlülüklerini hem de hekimin hastalarına karşı olan tavır ve hareketleri üzerine şekillenmektedir (Tan, 2002; 2). Hasta ile hekim arasındaki ilişki hastanın sağlığını en iyi hale getirme amacına dayanmakta ve hasta tatmini, verilen hizmetin kalitesinin anahtarı olarak da rol almaktadır (Baron-Epel vd. , 2001; 317-318; Uyguç ve Arbak, 1994; 42-65).

Tıbbi iletişim, üç farklı amacın gerçekleştirilebilmesi için önemlidir. Bunlar (Ong vd. , 1995; 903);

1. İyi bir kişilerarası ilişkinin yaratılması,
2. Bilginin paylaşımı ve değiş-tokuş edilmesi,
3. Tedavinin gerçekleştirilmesidir.

Yapılan çalışmalarda, hastaların, hastanelerde en çok rahatsızlık duydukları konular listesinin en başında hekimlerin tutum ve davranışlarının geldiği ve hasta tatmininde kritik bir rol oynadığı çeşitli araştırmacılar tarafından da ortaya konulmuştur (Steiber ve Krowinski, 1990; 7; Wong, 2004; 365; Thomas, 2003; 42; <http://hastahakki.org>). Hastalar tarafından dikkate alınan hekim-hasta ilişkisinin boyutlarını konu edinen pek çok makalede ise hekimin uygulamalarında, onların davranışlarına kılavuzluk etmekle sınırlı kalmakta ve hastalar tarafından dikkate alınan davranışları bir bütünlük içinde ele alamamaktadır (Bendapudi vd. , 2006; 338). Oysa sağlık hizmetleri “müşterilerle ilişkinin/etkileşimin en yüksek olduğu” hizmetlerdendir (Chase, 1978; 138). Müşterinin etkileşimi hizmetin üretimi ve tüketimi boyunca devam ettiğinden, hizmet verenin davranışları, diğer iş kollarına göre, özellikle çok fazla önemsenmektedir. Ayrıca bu sektörün müşteri kitlesi, hizmeti, en çok yardıma ihtiyaç duyduğu, ruhsal ve/veya

bedensel açıdan en zayıf olduğu zamanda talep ettiklerinden, özel ilgi ve şefkat bekleyebilmekte, aldıkları hizmet tam ve eksiksiz olsa bile bu beklentilerinin karşılanmaması durumunda kendilerini tatmin olmamış hissedebilmektedirler. Hastalar, tıbbi bakım gibi tedirginlik yaratan karmaşık, belirsizlikler içeren şahsi ve önemli bir hizmeti değerlendirirken, göremedikleri ve anlayamadıkları şeyler konusunda fikir sahibi olabilmek için normalden çok daha titiz bir dikkat sarfetmekte ve hekimin kendileri ile gerçekten ilgilenip ilgilenmediğini, sakin, stresli veya kendinden emin olup olmadığını, meşgul, yorgun, telaşlı olup olmadığını hissedebilmektedirler (Bendapudi vd. , 2006; 341).

Hastanın sorularına cevap verilmesi, açıklama isteklerine karşılık verilmesi, problemlerinin dinlenmesi, teşhisin doğru olarak konulması, yeterli fiziksel muayenenin yapılması hasta tatmini ile ilişkilidir, ancak, hastalar tüm bunları birer beklenti olarak hatırlarına getirmeyerek, sadece hekim hasta ilişkisindeki, hekimin tutum ve davranışlarını dikkate alabilmektedirler (Baron-Epel vd. , 2001; 321). Hipokrat'ın hekimlere yol gösterici nitelikteki aforizmalarından “İnsanlar sadece ekmek ve yemek ile değil, iyi sözler ve iyi nasihatlerle de beslenir” (Üstün, 2003; 34) sözü, hasta-hekim arasındaki ilişkilerin önemini ve hasta tatminini işaret eder gibi görünmektedir.

Hasta tatminini, tedavinin kendisinden beklenenlerden ayrı tutarak, hekimlerin bu konudaki değerlemelerini açıklamalarını istemek, hastaların sağlık sistemini algılamalarını ve bu sistem içinde hekimin rolünü nasıl algıladıklarını, hekimlerle ilişkide, hasta duygularının hangi düzeyde rahatladığını sorgulamak gerekebilir (Baron-Epel vd. , 2001; 321; Thomas, 2003; 42). Bendapudi ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise hastaların “İdeal Hekim Davranışı” olarak tanımladıkları yedi ana tema ortaya konulmaktadır. Bunlar (Bendapudi vd. , 2006; 338); hekimin kendinden emin tavrı, empatik tutumları, insancıl yaklaşımları, şahsi ilgisi, açık sözlülüğü, saygılı oluşu ve yaptığı işi başından sonuna kadar takip etmesidir.

Tablo 4.2. Hastalar Tarafından Tanımlanan “İdeal Hekim Davranışları”

İDEAL HEKİM DAVRANIŞI	TANIMLAR
Kendinden eminlik	Hekimin kendinden emin tavrı hastada güven doğurmakta ve en üstün tıbbi uygulamalara işaret etmektedir. Kendinden emin hekim, hastanın doğru veya yanlış bir şekilde başka kaynaklardan edindiği bilgiler hakkındaki sorularından rahatsız olmaz. Hastanın önünde, hastanın aile üyelerinin önünde veya meslektaşları önünde rahattır.
Empatik tutumlar	Hastanın fiziksel ve duygusal olarak ne yaşadığını ve neler hissettiğini, hekimin anlamaya çalışması ve bunu hastaya yansıtması beklenmektedir. Hekimin, hasta ile ve hastanın aile üyeleriyle göz temasında bulunması, hastanın sözlü veya sözlü olmayan endişe belirtilerini doğru okuyup yorumlayabilmesi, konu ile ilgili şahsi hikayeleri paylaşması, sempatik ve sakin bir ses tonu ile konuşması kastedilmektedir.
İnsancıl Yaklaşımlar	Hekimin şefkatli, umarlı ve kibar olması, hastayı aceleyle getirmemesi, tüm prosedürleri hastaya anlatması, uygun fiziksel temaslarda bulunması, hastaya yeterince zaman ayırmada istekli olduğunu belli etmesi, hastanın tıbbi olmayan ihtiyaçları konusunda da yardımcı olması.
Şahsi ilgi	Hastaya gösterilecek ilginin ötesine geçip, etkileşim içinde olmak, birey olarak hastayı hatırlamaktır. Hastaların yalnızca hastalığı ile değil, aktiviteleri, ev yaşamları gibi sorular sorması, hasta ile sohbet etmesi, kendi şahsi ilgilerini tartışması, uygun şakalarla havayı yumuşatması, hastanın ailesini de kabul etmesi, hastanın önceki ziyaretlerinden hastayı net bir şekilde anımsaması.

Açık Sözlülük	Hastanın bilmesi gerekeni açık bir dille ve açık sözlülükle anlatması, bilgiyi sulandırmaması, tıbbi jargon kullanmaması, tedavinin hem olumlu hem olumsuz yönlerini açıklaması, hastanın, anlatılanları anlayıp anlamadığını öğrenmek için hastaya söylediklerini tekrarlattırması.
Saygı	Hastanın söylediklerini dikkatle dinlemesi ve hasta ile birlikte çalışması, hastayı sık sık kontrol etmesi, hastayı bekletmemesi, hastanın sözlerini kesmemesi, hastaya uygun seçenekler sunması, aynı zamanda tavsiye ettiği tedaviyi belirtmesi, tedavi seçeneklerinde hastanın katkısını ve zamanlamasını sorması, mahremiyete özen göstermesi.
Takipçilik	Hekimin konu üzerinde bilinçli, ısrarlı ve sürekli olması, kapsamlı açıklamalar yapması, yazılı talimatlar vermesi, uyguladığı tedaviyi sonuna kadar yakın takip etmesi, zamanında gerekli takipleri yapması, gerektiğinde diğer uzmanlardan veya literatürden danışmaya ihtiyacı olduğunu hastaya açıklaması.

Kaynak: Bendapudi N. M. , L. L. Berry, K. A. Frey, J. T. Parish, W. L. Rayburn, (2006), “Patients’Perspective on Ideal Physician Behaviors”, Mayo Foundadion for Medical Education and Research, Special Article, Vol, 81 (3), s, 340

Bendapudi ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada en beğenilmeyen hekim davranışları olarak ise;

- Duyarsız ve saygısız davranışlar,
- Hastanın verdiği bilgileri göz ardı eden tutumlar,
- Kibirli davranma,
- Hasta ile bir birey olarak ilgilenmeme,
- Hastanın sorularını yanıtlamada sabırsız davranmaktır.

Hekimlerin hastalar tarafından dava edilmelerine yol açan etmenlerin genellikle hasta tarafından olumsuz olarak algılanan hekim davranışları nedeni ile olduğu ve çoğunlukla; hasta ile gözgöze gelmekten kaçınmak, sert ses tonu, eleştiri, hiç bilgi vermemek ve çok az bilgi istemek, asık bir yüz, sevecen davranmamak ve hastayla kısa temasta bulunmak olduğu rapor edilmiş, hekimlerin sözlü veya fiili saldırılar ile hukuki davalara maruz kalmalarının, yanlış tanı veya tedaviden ziyade; hasta veya hasta yakınlarıyla aralarındaki tartışmalar ve iletişim kusurlarından kaynaklandığı bildirilmiştir (Özlü, 2003; 41).

Hizmetin değerlendirilmesinde, insan ilişkileri unsurunun önemi pek çok araştırmacı tarafından ortaya konulmuştur (Day ve Bodur 1978, Quelch ve Ash, 1981; Brown ve Swarts1989; Westbrook, 1981, Surprenant ve Solomon1987, Bitner, 1990). Levinson vd. ise hasta tatmininin, hem bedensel hem de ruhsal yönünün bulunduğunu kabul etmekle beraber, hekimlerin, kendi duygularını “muayene odasının kapısının dışında bırakmaları” gerektiğini, aksi takdirde hekimin ve hastanın birbirlerini duygusal olarak etkilemelerinin kaçınılmaz olduğunu belirtmektedir (Levinson vd. , 2006; 429). Buna neden olarak da hekimlerin tüm hastalarını eşit düzeyde sevmeyeceklerini, hatta kişisel olarak kendilerine benzeyen kişileri daha çok tercih edebilecekleri bu yüzden de duyguları ile hareket etmemeleri gerektiğini bildirmektedir. Steward, hekim-hasta ilişkisinde öngörülen tatminin karmaşık olduğunu ve her hastanın birebir ilişkiye ihtiyacı olduğunu ifade etmekte ve ideal bir tıbbi görüşme için herhangi bir formülün bulunmadığını da belirtmektedir (Yanık, 2000; 57).

Fung ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hastaların hekim seçerken, teknik kaliteye, ilişki kalitesinden daha fazla önem verdikleri yönünde sonuçlar çıkmış olsa da hastaların teknik kalite ile ilgili bilgileri sadece kendilerine verilen bilgilerle sınırlı olmaktadır (Fung vd. , 2005; 957-977). Yapılan diğer çalışmalarda ise, hastaların teknik kaliteden ziyade ilişki kalitesine daha fazla önem verdikleri, yakından ilişki kurdukları birim ve kişilerle ilgili yargılarının daha fazla önemsendiği üzerine sonuçlanmıştır (Steiber, 1990; 7; John, 1991; 52; Gordon, 1997; 15; Bendapudi vd. , 2006; 340-341). Vouri vd. (1972) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da hastaların hekimin teknik yeterliliğine önem verdikleri, bunun yanında teknik yeterliliğinin, hastaların aynı hekimi tekrar tercih etme eğilimlerini etkilemediği, hastaların aynı hekimi yeniden tercih

etmelerinde, hekimin ilgi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır (İşnas, 1998; 7). Tıbbın bir bilim olmasının yanısıra, sanat* yönünün de ağırlıklı olarak değerlemeye alındığı gerçeği burada da ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi iletişim hekime danışma esnasında ortaya çıkmakta; tedavi veya bakım merkezli davranışlarda, sözlü veya sözsüz davranışlarda, özel (kişisel) davranışlarda, tıbbi veya gündelik kelimelerle kullanılmasına göre ele alınmakta ve sonuçları bakımından, hasta tatminini, hastanın tedaviye uyumunu, tedavinin hasta tarafından inanılarak gerçekleştirilmesini, hastanın tekrar aynı hekimi seçmesini ve hastanın sağlık durumunu etkileyici sonuçlar yaratmakta ve tedavi sürecinin önemli bir kalite faktörü olarak onaylanmaktadır (Ong vd. , 1995; 903; Trummer vd. , 2005; 1). Hekim ile hasta arasındaki pozitif sosyal ilişkiler teşhis ve tedavinin başarısını olumlu yönde etkileyecek ve verimliliğin artmasına neden olacaktır (Rourke, 1993; 684). Özellikle sosyal sohbet ortamının, sosyal sermaye yaratılmasında, tarafların yakınlaşması için zemin hazırlanmasında ve karşılıklı güvenin tesisinde pek çok kolaylığı sağlayacağı, ayrıca hekimin hastaya empatik yaklaşımının hasta tatmininde önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Bernhart vd. , 1999; 991; Cohen ve Prusak, 2001; 145-151; Swenson vd. , 2006; 205; Trummer, 2005; 1; Press, 2003; 95). Hekim ile hasta iletişiminin, hastanın sağlık durumunun öznel ve nesnel boyutu üzerinde etkisi olduğu unutulmamalıdır (Trummer, 2005; 1). 550 Hasta üzerine yapılan bir araştırmada, hekimini empati sahibi olarak algılayan hastaların, daha rahat bilgi paylaşımını gerçekleştirdikleri, hekimi daha fazla uzman olarak algıladıkları, hekimi ile ilişkilerde daha fazla güven duydukları, daha fazla ortak gibi davrandıkları ve dolayısıyla daha fazla hasta memnuniyeti sağlandığı ortaya konulmuştur (Sung vd. , 2003; 237). Kişinin duygusal zekasının bir unsuru olan empatik yaklaşımın; kişinin, kendisinin ve diğerlerinin duygusal durumlarını tanıyabilmelerine, problemlere çözüm getirebilmelerine ve davranışlarını bu duygusal durumlara göre daha kolay düzenleyebildiklerine dikkat çekilmektedir (Huy, 1999; 326; Lam ve Kirby, 2002; 134; Luthans, 2002; 69). Hastalar, hastalık psikolojisi içinde genellikle, hekimin de kendisi

* Sanat: 1. Duygu ve/veya düşüncelerin, söz, yazı, ses, hareket, renk ve şekille güzel ve etkili bir biçimde, yaratıcılığın da katılarak ifadesi. 2. Bir şeyi kendi iç yasalarına göre özgürce biçimlendirme yeteneği. 3. Gerçeği güzel tasarımlarla yansıtan özel bilinç. 4. İnsanoğlunun iç ve dış dünyasının etkisinde kalarak oluşturduğu duyulara yönelik, beğenisel ve estetik yönleri, yararlı yönlerinden daha çok olan şey.

gibi üzülmelerini, onun için endişelenmesini, hekimin kendisini hastanın yerine koymasını içten içe istemektedirler. Ancak hekim her bir hasta ile birlikte hasta olamayacağına göre, hastaya onun problemlerini paylaştığı hissini verebilirse, hasta tatmininde büyük oranda başarı sağlanmış olacaktır. Hastaya empatik yaklaşımın hasta tatmini üzerine olumlu etkisi olduğu Press tarafından da bildirilmiştir (Press, 2003; 95).

Hekime yüksek derecede bağımlı olan hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetsizlik bildirmeleri ve fazlaca kritik yapmaları beklenemez. Buna göre hastaları şu üç kategori altında toplamak mümkündür (Baron-Epel vd. , 2001; 321-322);

- i) Hekimleri ilişkilerinde patriyarkal modeli benimsemiş; aldıkları sağlık hizmetini değerlendirmedeki kritik rollerini hissetmeyen pasif hastalar,
- ii) Hekimlerinden düşük beklentilere sahip olarak ve bu beklentilerinin karşılanmış olması sonucu yüksek derecede tatmin olmuş ve hekimini değiştirmede düşük motivasyona sahip olan hastalar,
- iii) Beklentileri ve yetenekleri (güçleri) bakımından birer tüketici gibi davranarak, almış oldukları hizmeti eleştirel gözle değerlendirebilen, gerektiğinde uygun değişiklikleri yapabilen hastalar.

Hastaların bu üç kategoriden hangisine dahil olduklarına göre hekim-hasta ilişkileri farklılaşabilecektir. Hastanın, hekimden beklentisi, daha çok babacan (paternalist) bir rol üstlenmesi olduğunda, bu beklentiye paralel olarak hastanın tatmin seviyesi de farklılaşacaktır. Sorgulayan ve bilgili hastaların, pasif ve katılımcı olmayanlara göre daha kaliteli bir sağlık hizmet aldıkları ortaya konulmuştur (Yıldırım, 1998; 15). Aktif ve katılımcı hasta, kendi bilgi sınırlarının farkında olarak aktif ve katılımcı ise problem yaratmamakta ancak hastanın belirli bir eğitimi ve bilgisi olmaksızın; hekim karşısında, kulaktan dolma ve/veya ansiklopedik bilgilerle gösteri şekline dönüştüğünde hem hekimin gereksiz yere vaktini almakta, hem de hekim açısından kendi mesleki konularına müdahale edilmesi şeklinde algılandığından tepkiye neden olabilmekte ve hekim-hasta iletişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Doğası gereği tüketicilik olarak kabul edilen bazı davranışların, alınan sağlık hizmetinin niteliğini olumlu yönde etkilemediği de görülmüştür (Yıldırım, 1998; 18).

Hicks'e göre, eğer bir kimse, bir şey hakkında yakın bilgi ve deneyim sahibi ise o şey hakkında iyi bir biçimde iletişim kurabilmektedir (Hicks, 1979; 441). Hastanın hekim ile iletişiminde hasta tam bir bilgi ve deneyim sahibi olmadığından aslında özgür ve eşit bir katılımcı da olamamaktadır. Ayrıca, hastanın sormak istediği bazı soruları soramaması, hastanın çekingen davranmasından kaynaklanabileceği gibi hekimin hastaya katı ve sevecen bir tutum sergilememesinden de kaynaklanıyor olabilir. Szasz ve Hollender in yaptıkları çalışmada, tedavinin başarılmasında ve ilişkilerde, hekimin daha önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (İşnas, 1998; 17-16). İyi bir iletişimin gerçekleşmemesi, sonuç itibariyle hekimin doğru bilgi alamamasına ve gerçek sorunu bulamamasına neden olabilmektedir .

Freidson, hekim ile hasta arasındaki çatışmaların farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklandığını, hekim ile hastanın amaç farklılığının potansiyel bir çatışma ortamının oluşumuna sebep olacağını ve her hekim-hasta ilişkisinde görüş açısındaki farklılıklardan kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu, ayrıca hasta sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgili iken, hekimin ise çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu taşıdığını bildirmiştir (İşnas, 1998; 22). Örneğin hekim, hastalara durumları hakkında detaylı açıklamalara izin verirse, hekim zaman kaybedecek ve tüm zamanı onları dinlemekle geçirecektir. Bu nedenle, hekim, hastasının değil kendisinin bilgi ve tecrübelerini ön plana çıkarabilmelidir (İşnas, 1998; 20). Hastaların kendi hastalıkları ile ilgili olarak şikayetlerini dile getirirken, bazen konuyu çok geniş tutmaları, hastalıkları ile ilişkili olduğunu tahmin ettikleri günlük sıradan olayları da konuya dahil etmeleri, hekimlerin çok fazla zamanını almakta ve hekim mecburen hastanın ya sözünü keserek ya da hastanın esas konuya dönebilmesini sağlamak amacıyla iletişime müdahalede bulunabilmektedir. Özellikle kamu hastanelerinde çok yoğun olan hasta trafiğinde hekim için kısıtlı bir zamanın bulunması da buna neden olabilmekte ve bu durum hasta açısından tatminsizlikle sonuçlanabilmekte ve hekimin kendisini yeterince dinlemediği şeklinde değerlendirilebilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre sağlık personeli ile ilişkilerinden memnun olan hastaların % 53.4 ü, memnun olmayanların ise yalnızca % 16.7 si, hekimlerin isteklerini ve tedavi önerilerini ciddiye almakta ve uygulamaya koymakta olduğunu, ayrıca, hastalar ve hasta yakınlarının, isteklerini anlatmaya ya da soru sormaya başladıktan, ortalama onsekiz saniye sonra hekimler

tarafından sözlerinin kesildiği ortaya konulmuştur (Demirkol, 2003). Oysa iletişimin duygusal kalitesi, tatminin sağlanmasında önemli bir rol oynamakta ve iletişimin, arkadaşça, nazik, zarif ve destekleyici yönünü ifade etmektedir. Hastayı soru sormaya teşvik etmek, ona yeterli zamanı ayırmak, anlaşılır bilgiler vermek, hastanın sorunlarına duyarlı olmak, iletişimin duygusal kalitesini etkileyecektir.

Kişilerin ilişkilerindeki farklılıklar, iletişimi de etkileyecektir. Kişiler, kendileri ile eşit düzeyde olan aileleri, arkadaşları, yakın çevreleri ile iletişimlerinde daha fazla doyum sağlamak ve daha fazla bilgi paylaşmaktadırlar. Ancak iş dünyasındaki iletişim gayri şahsidir (Hansen, 2003; 578). Bu yüzden Mittal ve Lassar, personalizasyonun (çalışanlara olumlu sosyal içerik kazandırılmasının) nedenini, müşterilerin, sevimli, canayakın, aşına, alışıldık, arkadaşça, dostça hizmet veren kişileri aradıkları için gerçekleştirildiğini vurgulamaktadırlar (Mittal ve Lassar, 1996; 105). Çünkü insanlar sevdikleri, kendilerine yakın hissettikleri diğer insanlar ile iletişime daha fazla girmektedirler (Hansen, 2003; 575). Bundan başka, bireylerin, sosyal ve kültürel olarak kendilerine benzer veya yakın buldukları kişilerden hizmet almaları, onların algıladıkları hizmet kalitesini de etkileyebilecektir. Yapılan bir araştırmada zenci popülasyonun, zenci hekimi tercih ettiklerini, zenci hastaların, zenci hekimleri diğerlerine oranla; dinlemede, iletişimde, karar vermede, hastaları saygıyla tedavi etmede daha başarılı ve daha ulaşılabilir buldukları belirtilmektedir (Somnath vd. , 2003; 1713-1719). İletişim aynı kültür içindeki insanlar arasında çok daha kolay ve hızlı olacaktır. Farklı kültürden insanların iletişiminde ise mesajların iletilmesinde kullanılan sembollerin, değer yargılarının, beklentilerin farklı oluşu iletişimi güçleştirebilmektedir. Mesajı veren ve alanın bireysel amaçları, hisleri, duyguları, alışkanlıkları, algılama farklılıkları gibi kişisel özellikleri mesajın kodlanmasını, algılanmasını ve mesajlara karşı tutumunu etkileyebilecektir. Sağlık durumu daha kötü olan hastaların hekim ziyaretlerinde olumsuz iletişimden daha fazla yakındıkları da belirtilmektedir (Braunsberger ve Gates, 2002; 578). Bu durum aslında hekim-hasta arasındaki yetersiz veya kötü iletişimin yalnızca hekimin sorumluluğunda olmayıp, aynı zamanda hastanın hem sağlık durumu hem de buna bağlı ruh hali ile de ilişkili olduğunun en açık göstergesidir.

Ayrıca, hekimlerin konuştukları dil aynı zamanda bir anlamda, sosyal temsillerin de yansıtıcısı olabilen, iletilen enformasyonun niteliği, sahip olunan statü ile bağlantılı görünmekte ise de hasta memnuniyetsizliğine neden olabilen etmenler arasındadır. Hastalar güncel, somut ve nesnel dünyalarına ilişkin konuşmayı tercih etmekte ve bu nitelikteki enformasyonlara daha fazla değer atfetmektedirler. Anlaşılması güç tıbbi terimler, hem hastanın amacına kolaylıkla ulaşmasını güçleştirmekte, hem hastayı hekimden uzaklaştırmakta, hem de tatminsizlik yaratmaktadır. Özellikle farklı sosyo-ekonomik ve sosyo kültürel seviyedeki bireyler arasındaki iletişimde, kullanılan dilin mümkün olduğunca sade, yalın, dolaysız, anlaşılabilir ve basit olması iletişimi kolaylaştırabilecektir. Çünkü birçok mesaj alıcının bilgisizliği ve mesajı alma isteksizliğinden dolayı iletilememektedir. Özellikle eğitim seviyesi düşük olan hastanın açıklamalara daha fazla ihtiyacı olacaktır (Hansen, 2003; 576). Dolayısıyla eğitim seviyesi düşük olan hastalar hekimin daha fazla zamanını alacaktır. Bireye eğitim seviyesinin çok üzerinde ve taşıyabileceğinden fazla bilgi yüklenmesi ise iletişime engel oluşturacağından hem gerekli ve öz bilginin verilmesi hem de eğitim seviyesinin göz önüne alınarak bilginin hastaya aktarılması hekim açısından ayrı bir çaba sarfetmeyi gerektirecektir. Tüm bunlardan başka alıcının (hastanın) mesaja inanmaması veya göndericiye (hekime) güvenmemesi iletişimde güçlükler yaşanmasına neden olabilecektir. Örneğin özel hastaneden hizmet aldığı anda kendisi ile daha iyi ilgilenileceğine olan inancı daha fazla olan bir hasta devlet hastanesinden hizmet aldığı anda hekime ve hastaneye güveni daha düşük olacağından, aldığı hizmetten tatmini de düşecektir. Hekim ve hasta arasındaki karşılıklı bağımlılık ve güç ilişkileri de göz önüne alındığında, bu etkileşimin “karşılıklı etkileme” ve “duygu” yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir.

Hekimler, mesleklerinin doğası itibarıyla çok farklı sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik yelpazeden gelen hastalara hizmet vermek durumundadırlar. Bundan dolayı hekim-hasta etkileşiminin incelenmesi için hekimin mesleği ile hastanın ve hastanın ailesinin göz önünde bulundurulmasının yeterli olmayacağı, hekim ve hastanın ait oldukları sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel durumlarının da göz önünde bulundurulması gereği vardır (Kasapoğlu, 1999; 44). Hasta ile iletişim esnasında yapılacak açıklamaların, hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösterilerek ve bilgilerin hasta tarafından

anlaşılabilecek biçimde verilmesi gerektiği, Hekimlik Meslek Etiği kuralları içinde de yer almaktadır.

Hayes ve Bautista da hekim ile hasta arasındaki iletişimin, değişik sosyal düzeydeki insanlara göre farklı olabileceğini, alt sosyo ekonomik gruptaki insanların kendilerini tamamen hekime bırakıp, kendi hastalıkları konusunda şikayetlerini tam olarak ifade edemeyebileceklerini, pasif bir görünüm sergileyebileceklerini, oysa, orta ve üst sosyo ekonomik gruptaki insanların daha çok tüketici yönelimli olduklarını ve hekim-hasta iletişimine daha aktif bir şekilde katılabildiklerinden bahsetmektedir (İşnas, 1998; 19).

Bundan başka hekimin düşük seviyede bir motivasyona sahip olması, iş doyumunun olmaması, hastaların, özellikle duygu yönlü ihtiyaç ve beklentilerine ilişkin, etkin bir hizmet sağlayamamasına ve hasta memnuniyetsizliğine neden olacaktır. Kendisinden, işinden ve kariyerlerinden daha fazla memnun olan hekimlerin hastalarına daha fazla olumlu duygusal enerji verdiği, hekimin iş stresinin ise hasta tatminsizliğine yol açtığı ortaya konulmuştur (Levinson vd. , 2006; 432).

Hekim ve hasta dışından kaynaklanan ama hekim ile hasta arasına giren, hekim ve hasta iletişimini olumsuz etkileyen ve hasta memnuniyetsizliğine yol açan, çevresel koşullardan da söz etmek gerekmektedir. Günümüzde tanı ve tedavi, eskiden olduğu gibi sadece hekimin bilgi ve görgüsü ile ilişkili olmayıp, aynı zamanda elde var olan olanaklarla da ilgili bulunmaktadır (Özlü, 2003; 165). Bundan dolayı fiziki alt yapı, ekipman ve teknolojik donanımdaki eksiklikler, bürokratik zorluklar, hekimlerin aşırı iş yükü ve zaman kısıtı nedeni ile her bir hasta ile gerektiği kadar ilgilenememesi, hekimlerin iş doyumsuzluğu, hekim ile hasta arasındaki iletişimin kalitesini etkilemektedir. Örneğin hekimin fikri alınmaksızın ihale usulü elde edilen düşük kaliteli malzeme kullanımına bağlı olarak başarısız bir tıbbi girişimin gerçekleştirilmiş olması veya istenilen malzemenin tam zamanında teslim alınamaması nedeni ile verilen hizmette bir aksamanın söz konusu olması hem hekimlerin iş doyumsuzluğuna hem de hastaların tatminsizliğine neden olabilecektir. Hastalar ise bu olumsuz durumun müsebbibi olarak hekimi görebilecek ve hekim ile hasta arasında gereksiz gerginliklerin ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır. Sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan bu tür aksamaların

önüne geçilmeksizin, gerek hekimin gerekse hastanın tatmin edilmesi ise mümkün görünmemektedir.

Hastanın tedavide daha fazla söz sahibi olma isteği, hasta hakları gibi kavramlar ve belkide bunların doğal bir sonucu olarak, hekimlerin, öğrencilik yıllarında kendi hocalarından gördükleri eski “paternalistik” yaklaşımların artık değişmiş olması, ayrıca, hastaların hekimlere karşı olan önyargılı olumsuz tutum ve davranışlarının gün be gün artması, yeni mezun hekimlerin ancak mezuniyet sonrasında fark edebildikleri, mesleki saygınlığın azalmasının getirdiği “şok” durumu gibi unsurlar, hekimlerin önceki değerlerinin de değişerek tutumlarına yansıyabilmekte ve önceki beklentileri ile uyuşmayan böyle bir durum karşısında hem hekimin iş doyumunu düşebilmekte, hem de hekim-hasta iletişimine olumsuz etki edebilmektedir. Oysa hekim-hasta ilişkisinde hekimin rolü bir lider olarak ele alındığında (Özvarış ve Sayek, 2005; 69), özellikle toplulukçu kültürlerde, liderin inandırıcı olabilmesi için, izleyicilerce “düşünceli” olarak algılanması ve bir baba gibi grubunu düşünmesi önem kazanmaktadır. Toplulukçu kültürlerde, hem iş eğilimli hem de sosyo-duygusal eğilimi olan liderin daha etkin olduğu ve daha fazla sevildiği söylenebilir (Kağıtçıbaşı, 1999; 303-304). Bu nedenle hasta tatmininin sağlanabilmesi ve hekim-hasta iletişiminin sağlıklı bir zemine oturması için hekimin iş doyumunun sağlanması gerek şart gibi gözükmemektedir.

Aslında hekim ile hasta iletişimi, hastanın hastaneye girdiği andan itibaren diğer çalışanlarla yaşadığı olayların ve etkileşimlerin ve hastanın kendi hastalık psikolojisi içindeki ruhsal durumlarının da etkisinde kalabilmektedir. Bunun için özellikle hasta kabul ve acil servislerde görevlendirilecek her kademedeki personelin öncelikle ailevi, sosyal, sağlık problemi olmayan veya bu tür problemleri en az olanlardan seçilmesi ve hastane yönetiminin bu konularda eğitimler vermesi gerekmektedir. Buralarda görevlendirilecek kişilerin hasta ve hasta sahibi psikolojisini bilmeleri ve sabırlı davranmaları, duygu işçisi kavramına uygun ve hem kendisine hem de diğer bireylere özen gösteren kişilerden seçilmesi gereği vardır. Hizmet sağlayıcıların, müşterilerle olan temasının önemi, pazarlama literatüründe de sıkça tartışılmıştır (Bitner, 1990; 72; Wong, 2004; Butcher, 2002; Hartline ve Ferrell, 1996).

4. 5. 2. 2. HEKİM-HASTA İLİŞKİSİNDEKİ MAHREMİYET UNSURU

Hasta vücudu üzerindeki muayene ve ameliyat gibi uygulamalar hekimler için meşru bir olgudur. Diğerleri için çok kişisel olan bu ilişki ve hastanın kendisi, hekim için bir “çalışma nesnesi”dir. Hekimin çalışma nesnesinin “hasta” olması, aslında bu nesneyi “duygularından ayrı” olarak ele almayı da gerekli kılmaktadır. Hekimin “hastalığa” daha fazla konsantre olması için bunun bir gereklilik olduğu, ancak bu “nesne” konumundaki insanın da duyguları, farklı ruh halleri, farklı yaşam tarzları ve farklı duygusal beklentileri olduğundan, çoğunlukla hekim-hasta arasındaki ilişkinin hasta tatmini yönünden şikayete konu olan kısmının da esas itibariyle burada yattığı, bu durumun, iletişime ve en önemlisi hastanın kendisi ile ilgili gizli bilgileri açıklamasına da engel olduğu ve gerek tedavinin sonucunu, gerekse hekim hasta arasındaki güveni etkilediği göz önüne alınmalıdır (Mann, 2005; 307-308; Smith ve Gray, 2000; 49; McQuinn, 2004; 104). Hekim-hasta ilişkisi çok özel ve mahrem nitelikte bir ilişkidir. Hastalar, bazen anne-babalarından, eş ve çocuklarından bile sakladıkları sırlarını hekim ile paylaşmaktadırlar (Özlü, 2003; 163). Sosyal psikologlar, ilişkinin “mahremiyetini”, tarafın veya tarafların bilgisi dahilinde olan bir şeyin, grup dışında olan kişilerle paylaşma niyetinde olmamasının derecesi olarak ifade etmişlerdir (Hansen, 2003; 574). İlişkilerde, davranışları yönlendiren esas unsurun, karşılıklılık ilkesi olduğu göz önüne alındığında ise karşılıklılık esasının, müşterinin kişisel bilgilerini açıklamasında, müşteriyi motive ettiği ve müşteriler tarafından daha fazla canayakın ve yardımsever olarak algılanan işgörenlere, müşterilerin, daha fazla kişisel bilgilerini açıkladıkları, insanların duygularını karşı tarafa daha fazla açabileceklerine olan inançlarının güçlü olduğu oranda ilişkiden daha fazla tatmin oldukları ortaya konulmuştur (Hansen, 2003; 575-577; Press, 2003; 94). Kişisel bilgilerin ve gizliliklerin açıklanması ise güven unsuru ile ilişkili görünmektedir. Bernhart ve arkadaşları, özellikle kadın hastalar tarafından mahremiyet faktörünün, hastaların hekime ve hastaneye duyduğu güveni etkilediğini ortaya koymuştur (Bernhart vd. , 1999; 992).

Hekimin, hastasını, “üzerinde çalışılacak bir nesne” olarak değil de, duygu ve düşünceleri ile bir bütün olarak görmesi, hastanın, kişisel bilgilerini hekim ile daha fazla paylaşmasına neden olabilecek ve aynı zamanda hasta tatminini arttırabilecektir.

4. 5. 2. 3. GÜVEN UNSURU

Her geçen gün yeni icatlara yeni açılımlara şahit olan insanoğlu, buna paralel olarak da uzman görüşüne daha fazla ihtiyaç duymakta bu da güvensizliği daha fazla körüklemektedir. Sennett, güven ilişkilerinin asıl olarak, insanların sorun yaşadığı ve yardım ihtiyacının yoğunlaştığı dönemlerde sınındığını, insanların, muhtaç olmaktan dolayı utanç duymaya başladıkları anda, diğerlerine karşı iyice şüpheli ve güvensiz olduklarını belirtmektedir (Sennett, 2002; 149). Belirsizliğin, korunmasızlığın ve cezbedici bir durumun veya bir fırsatın olduğu noktada, tahmin yapmanın imkanı olmadığına, güven mekanizmasına daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak güven ne kör bir umut ne de rasyonel bir tahmindir. Güven tamamen bilinçli bir şekilde gerçekleşmekte, gelecek hakkındaki kaygıları en aza indirmekte ve güvenen kişinin, güvendiği kişiye karşı risk alma davranışına yönelik bir istekliliğini göstermekte ve güven bir kez temin edildikten sonra ilişkideki riskin algılanmasını azaltmaktadır (Özbek, 2003; 2).

Güven, bir tarafın (kişi, grup, örgüt), diğer tarafın eylemlerinden zarar görmeyeceği veya karşı tarafın risk yaratmayacağı yönünde itimada sahip olmasını ifade etmektedir (Erdem ve İşbaşı, 1999; 51). Lewicki ise güveni bir başkasının davranışlarıyla (sözleri, hareketleri, davranışları) ilgili pozitif beklentiler olarak tanımlamaktadır. Pozitif beklentiler, bir başkasının davranışlarına güvenme ve ona göre hareket etme gönüllülüğünü göstermeye yol açmaktadır (Erdem ve İşbaşı, 1999; 51).

Aslında tatmin ve güven farklı kavramlar olmalarına rağmen tatmin güveni teşvik etmekte, geçmiş deneyimlerden elde edilen tatmin, güveni beslemekte, ama aynı zamanda güven, tatminin doğumuna da yardımcı olmaktadır (Geykens vd. ,1999; 224-225). Hasta-hekim ilişkisinde tatmin ise güven ile doğru orantılı olarak bulunmaktadır (Anderson ve Dedrick, 1990). Hasta hekimine güvendiğinde, hastanın hizmet kalitesini algılaması da yüksek olacak, hizmet kalitesinin yüksek algılanması ise hastanın daha fazla tatmin sağlamasına neden olabilecektir.

Güven, sosyal etkileşimi sağlıklı bir zemine oturttuğundan, özellikle hasta-hekim ilişkisinde dayanışmanın tesis edilmesi açısından çok önemlidir. İnsan ilişkileri güven

zemininde gerçekleştiğinde, bu ilişkide karşılıklı anlayış, birbirlerini destekleme, yardımseverlik daha yoğun olarak ortaya çıkacaktır. Güvenin yokluğu durumunda ise insanlar kendilerini yalnız ve desteksiz hissedecek ve bu durum ilişkilerde tatminsizliği de beraberinde getirecektir.

Güven, gerçek işbirliğine dayalı çalışmanın n koşullarından biri olarak işlem maliyetlerini ve diğer örgütsel sürtüşmeleri azaltmakta ve sosyal sermayeden elde edilecek diğer faydalara temel oluşturmakta, ekonomik etkinliği arttırmaktadır (Cohen ve Prusak, 2001; 62; Fukuyama, 1998; 140). Düşük güvenin, işlem maliyetlerini arttıracalı, hekimlerin yetkinlik ve sorumluluklarının doğrulanması yönünde, hastaların ek bilgiler için daha fazla sayıda müracaatlarının olacalı, sevk işlemlerinin artacalı, hastaların, teşhis için daha fazla test yapılması yönündeki isteklerinin ve yasal tıbbi endişelerinin artacalı ve hekim tavsiyelerine daha az riayet edecealı düşünülse de, Thom ve arkadaşları düşük güvenin daha fazla hizmet ve daha fazla istekte bulunmaya yol açmadığını belirtmişlerdir (Thom vd. , 2002; 479). Ancak düşük güvenin, aynı kişilerden veya aynı kurumdan ziyade, farklı kurum ve kişilerden ek hizmet talebine yol aacaalı da düşünülmelidir.

Güvenin neden ve sonuçları çeşitli bağlamlarda ve çeşitli popülasyonlarda değişim gösterebilmekte, bu konuda yapılmış çalışmaların bazılarında 60, bazılarında ise 80 den fazla değişik neden sonuç ilişkisi ortaya konulmakta, ancak yine de güvenin üslup ve tarz ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Leisen ve Hyman, 2004; 991). Ancak hekim-hasta ilişkisinde güvenin rolü ise, üzerinde çok sınırlı sayıda yapılmış araştırmalarla kısıtlı bulunmaktadır.

Eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve kültürel değerleri bakımından birbirine benzerlikleri az olan heterojen toplumlarda (gruplarda) güven seviyesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Dressler, 1998; 5; Lewis ve Weigert, 1985; 981). Belirli aralıklarla yapılan dünya değerler araştırmalarından çıkan sonuca göre, Türkiye, dünya ülkeleri arasında, insanların birbirlerine en az güvendiği ülke olarak görülmektedir (Fukuyama, 1998; 14).

Güvensizlik soru sormak, olaylara farklı açılardan bakabilmek gibi takım performansını arttıran önemli işlevler de görmektedir. İlişkilerin sağlıklı gelişmesi ve sürdürülmesi veya

taraflar arasında sinerjinin yaratılması güvenin yönetilmesi ile ilişkili görülmektedir. Bir diğer ifade ile verimli güvensizlik ve verimli güvenin birlikte olduğu bir ortamın performansı olumlu biçimde etkilemesi beklenmektedir (Erdem ve İşbaşı, 1999; 51).

Hastaların sağlık hizmeti ve bununla ilişkili duygusal beklentilerinin yerine getirilmemiş olması ve/veya hizmet karşılaşması esnasındaki olumsuz olarak algılanabilecek tavır ve davranışların düşük güvene neden olduğu söylenebilir. Hastaların, hekimin isteklerini yerine getirmemeleri veya hekimin hastanın taleplerini cevaplamamaları veya hekimin cevaplarının hasta tarafından algılanamaması karşılıklı güvensizliğe neden olacaktır.

Kişilerarası güven modeline göre, güvenen kişinin, güvenilen kişinin yetenekleri, dürüstlüğü ve yardım severliğine ilişkin algıları güvenin temelini oluşturmaktadır (Wasti vd. , 2006; 505). Buna göre yetenek, güvenen kişinin güvenilen kişinin sahip olduğuna inandığı beceriler, yeterlikler ve özellikler kümesine ilişkin değerlendirmesi; yardımseverlik, güvenilen kişinin ne derecede güvenen kişinin çıkarlarını gözettiğine ilişkin algısı; dürüstlük ise güvenen kişinin güvenilen kişinin ne tutarlılıkta ilkelerine bağlı olduğuna dair görüşüdür. Ayrıca her güvenen kişinin, bir ilişkinin başlangıcında temel güven düzeyini belirleyen bir güvenme eğilimi bulunmaktadır. Örneğin, hasta-hekim ilişkisi, hekimin geçmiş başarıları hakkında bilgi toplamakla başlamakta ve tedaviyi denemesi, ziyaretlerin artması gibi süreçlerde hastanın güveni beklentilerinin gerçekleşmesi oranında artmaktadır (Leisen ve Hyman, 2004; 994-995).

Sağlık hizmetlerinde talep sahibi olan hasta, elde edeceği fayda konusunda belli bir bilgiye sahip olmadığından hasta açısından tam bir belirsizlik söz olmakta ve güven mekanizmasının bu belirsizlikteki işleyişi çok önemli olmaktadır. Hastanın, doğru hizmeti doğru şekilde vermesi için hekime güvenmekten başka bir seçeneği pek yoktur (Bendapudi vd. , 2006; 340). Bu bakımdan, sağlık hizmeti alma konusundaki tercihlerde güvenin rolü çok büyüktür.

Hekimlik mesleği, insan vücudu ile ilgili geniş yetkilerle karar verme ve müdahalede bulunmaya yetkili kılınmış tek meslek grubudur. Bu nedenle, bu kadar büyük bir ayrıcalığın karşılıklı güven duygusu oluşmadan varolması mümkün değildir (Eren, 1997; 23). Ancak hekimlik mesleği, zaten avukatlık ve noterlikte olduğu gibi devletin özel

iznine dayanarak ve kamuya açık olarak yapıldığından, “özel bir güven” de yaratmaktadır. Bu özel güven durumunun yarattığı tekel ile toplum, tedaviye hazır olan hekimi, “o işin adamı” olarak görmekte, hekimin resmi izin veya ruhsatla çalışmasına, onun, gerek tıp bilgisi gerekse insanlık sevgisi ve genel ahlak bakımından, kendisine güvenilir bir kişi olmasına güvenerek hasta, onun yerine ruhsatsız olan bir başka kişiye başvurmamaktadır. Bu güven durumu ise hekimin hastalarına karşı sadakat ve özen borcunu ortaya çıkarmaktadır. Hastanın yararına olacak davranışlarda bulunmak, hastaya zarar verebilecek davranışlardan kaçınmak, hastanın yaşamına, sağlığına ve kişiliğine saygı göstermek ve hastanın sırlarını saklamak gibi unsurlar hekimin “sadakat borcu”nu ifade etmektedir. Hekimin hastasına gerekli dikkat ve özeni göstermemesi sonucunda hasta şifa bulamadığında ise hekim için sorumluluk doğmaktadır. Dolayısıyla hekimin uğraş alanı ve mesleki kurallar gereği “sadakat ve özen borcu” gibi yükümlülükleri zaten bulunmaktadır. Bununla birlikte güvenin oluşturulmasında hizmetin sunum biçimi, tutum ve davranışların önemi yadsınamaz. Bu bakımdan hastanın hekime güveninin, teknik yeterlilik ve yardımseverlik boyutunda on faktör ile değerlendirilmesi mümkündür. Bunlar (Leisen ve Hyman, 2004; 997);

. Güven oluşumunun yardımseverlik boyutunda;

- Hastanın kişisel deneyimini anlamak/anlayışla karşılamak,
- İlgiyi ifade etmek,
- Açık ve tam iletişim,
- Hasta ile partnerlik yaratmak ve gücü paylaşmak,
- Saygı ve dürüstlük,
- Gizliliği korumak.

. Güven oluşumunun teknik yeterlilikle ilgili boyutunda;

- Problemleri doğru değerlendirmek,
- Doğru ve uygun tedavi sağlamak,
- Önceki deneyimler/ kurtulunan faktörler,
- Yapısal faktörler ve yardımcı elemanlardan kaynaklanan faktörler bulunmaktadır.

Hastanın hekime güvenmesi ise hastayı dört noktada teşvik etmektedir. Bunlar (Leisen ve Hyman, 2004; 992);

- Sağlıkla ilişkili davranışları hakkında bilgilenmeyi,
- Tehlikeli davranışlarda tavsiye edilen değişikliği kabul etmeyi,
- Duygularını ve düşüncelerini paylaşarak bu sayede zihinsel rahatsızlıklarının teşhis edilebilmesini,
- Hastanın korkularını kabullenerek güçlenmesini ve kaygısını azaltmasını, cesaretini arttırmasını olanaklı kılmakta ve dolayısıyla hasta tatminini yükseltmektedir.

Leisen ve Hayman ise hekim-hasta ilişkilerindeki güven unsurunun önemine şu şekilde dikkat çekmektedirler (Leisen ve Hyman, 2004; 991);

1. Güven, hekim-hasta ilişkilerinde kritik öneme sahiptir. Çünkü, bir hizmet sonucunda istenmeyen olumsuz durumların ortaya çıkmasının bedeli ne kadar ağır olursa, müşterinin hizmeti verene karşı olan güveninin önemi de o kadar kritik olmaktadır. Hastalar için, hekimlerin onların menfaatlerini koruyacak yeteneğe ve şevke sahip olduğuna inanmaları ve güvenmeleri çok önemlidir.
2. Hekim-hasta ilişkisi karşılıklı bir değişimi ifade etmekte, bu değişim ilişkisi; ekonomik ve sosyal ve sağlıkla ilgili ögelerin alışverişi esnasında, güven mekanizmasına bir öncelik yaratmaktadır. Sağlık hizmetleri, kişisel bir öneme sahip, yüksek katılımı gerektiren ve çok gerekli hizmetler niteliğinde olduğundan, hastaların çoğu aynı hekim ile değişim ilişkisini sürdürmeyi tercih etmektedirler.
3. Hekimler aynı zamanda sağlık hizmeti veren işletmelerin içinde yer aldıklarından, olumlu ilişkilerin geliştirilmesi, hastanın elde tutulması, ekonomik ödülleri (gelir, prim, ikramiye gibi) gibi tipik ticari sonuçların elde edilmesi de söz konusu olduğundan, hekim-hasta ilişkileri “güven yoğunluklu” pazarlama ilişkisi şeklinde ele alınmayı gerekli kılmaktadır.

Hastanın güveni; dürüstlük, yetkinlik ve sadakat bağlamında değerlendirilmekte olup, hasta tatminini ve hastanın, hekimin tavsiyelerine bağlılık niyetini etkilemektedir (Thom vd. , 2002; 477). Hekimine daha fazla güvenen hasta, hekimine daha rahat bir şekilde soru soracak, isteklerini daha rahat bir şekilde dile getirebilecektir. Hekimine güven duyan hastaların hastalıklarının daha hızlı bir şekilde tedaviye cevap verdiği ortaya konulmuştur (Thom vd. , 2002; 483).

Hekim ile hasta arasında güven ve inanç ilişkilerinin güçlü olması, hastanın hekimini değiştirme olasılığının çok düşük olmasına neden olmaktadır. Ancak hastanın, ücret ödeyerek özel hizmet alma durumunda daha fazla ilgi göreceğine olan inancı daha kuvvetli ise ücretsiz olarak aldığı hizmete güvenmeyecek, bu durumda ise hem hasta hem de hekim tatmin olamayacaklardır. Hastaların güven ve tatmin düzeyinin, ücret ödeyerek aldıkları hizmetlerde daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Kao vd. , 1998; 1710; Mummalaneni ve Gopalakrishna, 1997; 180). Ancak bu gerçek, tek başına, hastaların hekimlerine olan güvenlerini arttırmanın yollarını da göstermemektedir.

Yapılan bir araştırmada, hastaların tıbbi personel tarafından bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi süreci ve bakımları hakkındaki kararların onlarla paylaşılması hastaların hastaneye güven duymaları ile ilgili değerlendirme kriterlerini oluşturmakta ve güven boyutunun hasta tatminini etkilediği ortaya konulmaktadır (Esatoğlu, 1997; 130).

Hekim ile hasta veya sağlık kurumu ile hasta arasındaki güven unsurunu zedeleyebilecek ve hasta tatminini olumsuz etkileyebilecek bir olgu da önyargılardır. “Kişisel Kurgu Kuramı”na göre, bireysel kurgular geçmişte yaşanmış benzer olaylardan hareketle gelişmekte ve gelecek olaylara yönelik bir beklenti oluşturmaktadır (Marshall, 1999; 411). Kişinin edinmiş olduğu izlenimler yeni deneyimlerle sürekli bir biçimde sınanmaktadır. Ardişık deneyimlerle şekillenen beşeri ve sosyal olgulara yönelik bireysel kurgular, aynı zamanda ortak yargıların oluşmasına yönelik bir işlev de görmektedirler (Erdem vd. , 2006; 74). Bundan dolayı gerek sağlık kurumlarına gerekse hekimlere karşı medyanın da desteği ile toplumda oluşmuş bazı olumsuz önyargılar, hasta algılamalarını ve özellikle güvene ilişkin olanlarını etkileyebilmekte, dolayısıyla hem hasta tatmini hem de hekimlerin iş doyumunu bu durumdan olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada hekimler; hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına saygısız ve önyargılı davrandığını (% 89. 7), sağlık çalışanlarına karşı varolan bu haksız ve olumsuz ön yargıyı yok edebilmek ve önlemek için basının uyarılması gerektiğini belirtmişlerdir (İzmir İl Sağlık Müd, 2006). Paul Ricoeur ise, kişinin etrafında ona güvenen insanlar olduğu müddetçe davranışlarında daha fazla sorumluluk sahibi olacağını belirtir (Sennett, 2002; 153). Buna göre kendisine güvenildiğini hisseden hekimin hem iş doyumunu

yükselecek hem de daha fazla hasta tatmini yaratabilecektir. Kendisine güvenildiğini bilen kişi, büyük olasılıkla o güvene kendisini daha layık hale getirerek, güvenen kişinin gösterdiği güveni doğrulamaya çalışacaktır (Solomon, 2001; 50). Çünkü güvenilen kişi “sadakat” ile motive edilmiş olacaktır. Bununla beraber hasta güvensizliğinin hekimlerin iş doyumuna negatif yönde bir etkisinin olmadığı ortaya konulmuştur (Thom vd. , 1999; Thom vd. , 2002).

Söz konusu sağlık hizmetleri olduğundan, güven unsuru ile ilişkili olarak hasta tatminini etkileyebilecek faktörlerden biri de tıbbın mutlak bir bilim dalı olarak kabul edilmiş olmasıdır. Örneğin, tıp, toplum tarafından genellikle kesinlikler içeren bir bilim dalı olarak kabul edildiğinden farklı hekimlerin “hasta” hakkındaki farklı teşhisleri ve yorumları toplum tarafından, hatta bazen hekimler tarafından bile “hata” olarak görülmekte, hastanın başvurduğu hekim sayısı arttıkça, teşhis, tedavi yöntemi ve yorumların sayısı da artmakta ve tıp dışındaki insanların konu hakkındaki yetersiz bilgisi nedeniyle bu durum halk tarafından hekimin bilgisizliği ve yetersizliği olarak yorumlanmaktadır (Hancı, 2006; 6). Bu durumda, hasta ne yapacağını kime güveneceğini bilemez duruma gelmekte ve tatmini azalmaktadır. Usbütün’e göre; toplum, her ne kadar tıbbı mutlak bir bilim dalı olarak kabul etmiş olsa da tüm ayrıntılı incelemelere rağmen tanı konulamayan, tamamı ile açıklanamayan veya tedaviye verilen yanıtı göre tanı konulan olgu sayısı bir hayli çoktur ve bu durum, aslında, tıbbın büyük oranda belirsizlikler içeren bir bilim dalı olduğunu göstermektedir (Hancı, 2006; 6). Bu belirsizlikler, hekimin tıbbi bilgisindeki eksiklikten kaynaklanabileceği gibi mevcut olan tıbbi bilginin de sınırlılığından kaynaklanabilmektedir. Çünkü tıbbın erişmiş olduğu bilgi birikimi göz önüne alındığında, hiçbir hekimin, ne kadar çaba gösterirse göstereceği bilgilerin tümünü öğrenmesi, insan üstü, hatta doğa üstü bir çabayı gerektirdiğinden dolayı, mümkün değildir. Ayrıca tıp biliminin henüz açıklayamadığı pek çok olgu da söz konusudur. Tıp biliminin kendisinden kaynaklanan eksiklikleri nedeni ile de hekim hastasına tam bir bilgi ve yorum getiremediğinde, hastanın içinde bulunduğu belirsizlik durumu gibi hekimin kendisi de bir belirsizlik altında kalmaktadır. Hem hasta açısından, hem de hekimin kendisini çaresiz ve yetersiz hissetmesine neden olan bu durumdan dolayı çift taraflı bir tatminsizliğin yaşanması beklenen bir durumdur.

Hekimin mesleğini sürdürdüğü sürece bu belirsizlikler ile karşı karşıya kalması ve hata yapması kaçınılmazdır (Hancı, 2006; 6). Tüm sağlık mevzuatlarımızda, hangi durumların suç teşkil edeceği belirtilmiş olmasına rağmen hekimin yetenek ve becerilerine dayanan uygulamalarındaki sorumluluklar tanımlanamamıştır. Buna sebep ise her bir vak'a'nın kendine has bir özelliğinin olması ve hekim ile hasta arasında güvene dayanan bir rıza ilişkisinin varlığının kabul edilmesidir. Hastaya daha geniş bir şekilde hekim seçme şansı verildiğinde, hem hastanın hekime olan güveni artacak hem de aldığı hizmetten daha fazla tatmin olması sağlanmış olacaktır (Leisen ve Hyman, 2004; 994). Ancak bu konuda da sınırlamalar getirilmesi, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına sebebiyet vermeyecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Hekim hasta arasındaki güven unsurunu zedeleyebilecek ve hasta tatminini olumsuz etkileyebilecek bir başka unsur ise, hastaların özel sigorta kapsamında veya diğer sosyal güvenlik kurumları kapsamında hizmet alması durumunda, hizmet bedeli olarak hekime ödenecek ücretlere limitler konulması, muayene ve testlerin sınırlandırılması ve sıkı kontrol altında tutulması, hekimin kararları üzerinde limitler konulmasıdır. Karar veren gücün, hekim değil de sosyal güvenlik kurumu olması durumunda, hastanın, kendi çıkarlarının, hekim tarafından korunabileceğine olan inancı zayıflamakta, hem hekime olan güveni azalmakta hem de hastanın tatmini bundan olumsuz etkilenmektedir.

Bundan başka, sürekli yeni icatlara sahne olan tıp biliminde olduğu gibi; teknolojideki ve bilimdeki hızlı değişimler, insanlarda güven duygusunun azalmasına neden olabilmektedir. Daha ileri teknolojinin kullanıldığından haberdar olan hasta, bu yeni teknolojinin nimetlerinden de yararlanmak isteyecek ve daha önce hizmet alıp da memnun kaldığı sağlık merkezinden, sırf bu yüzden tekrar hizmet almak istemeyebilecektir.

Hastanın güven duygularını sağlamlaştırmak için, hizmet veren kuruma da görev düşmektedir. Sağlık hizmeti talep eden hasta ve hasta yakınlarına, sağlık kurumlarının bahçe kapısından girdikleri andan itibaren bir güven duygusunun kazandırılması gerekmektedir. Bunu sağlamak için öncelikle iyi bir hasta kabul sisteminin kurulması ve şu önlemlerin alınması gerekmektedir (Doğan, 2005; 1);

- Acil servisler önüne araçlarla getirilen hasta, yakınları tarafından araçtan indirilmeden, temiz giyimli ve görevlerinin bilincinde olan hastane personeli tarafından karşılanıp, derhal modern ve temiz sedyelere alınarak, süratli bir biçimde içeriye taşınmalı,
- Araçsız gelip doğrudan içeriye giren hasta ve sahipleri ile hemen girişte oluşturulacak bir bankoda yer alan bir personel ilgilenmeli ve bu görevli tarafından alınacak çok kısa bir anamnez (rahatsızlığın hikayesi) sonunda, hasta vakit geçirilmeden ilgili hekim-hemşire grubuna teslim edilmeli,
- Hekim-hemşire grubu mutlaka aynı bölümde hazır bulunmalı, hasta ve yakınları kendilerini görmeli,
- Hastane ve özellikle acil servislerin ilk giriş bölümleri oldukça geniş, müdahale bölümleri ise yeterli hacimde olmalı ve bu bölümlerde gerekli ekipman bulunmalı,
- Laboratuvar tetkikleri için hastanın kendisi laboratuara gönderilmemeli, hastanın örnekleri bizzat refakatteki ilgili personel tarafından götürülmeli,
- Özellikle ilk müdahaleler için gerekli ilaç, serum, aşı gibi tıbbi malzeme mutlaka hastane tarafından karşılanmalı, bu amaçla reçete yazılıp, hasta sahibinden dışarıdan temin etmesi istenmemeli,
- Davet edilen ilgili branş hekimleri bu davete en seri şekilde icabet etmeli, eğer hekim o anda başka bir acil vaka ile ilgileniyorsa, bu durum hasta sahiplerine sakın bir şekilde anlatılmalı,
- Hasta sahiplerine, zaman zaman hastalarının o anki durumu, iyiye gittiği ve gitmekte olduğu, iyiye gitmediği durumlarda, kültür seviyeleri de göz önüne alınarak, tıbbi deontoloji sınırları dışındakiler açıklanmalı ve hastalarının durumu konusunda yeterince bilgilendirilmeli,
- Son aşamalarda hastanın evine gidebileceği, belirli bir süre gözetim altında kalması gerektiği, ilgili servise yatırılacağı, acilen ameliyata alınacağı, bilahare ameliyat olacağı daha gelişmiş bir merkeze sevk edilmesi gerektiği gibi konular hasta yakınlarına bildirilmeli ve inandırıcı olmalı,
- Özellikle acil servislerde ilgili uzman hekiminin bulunmayışı veya gerekli tıbbi cihazların noksanlığı ya da yetersizliği nedeni ile daha gelişkin merkezlere yapılacak sevklerin de önceden ilgili hastane haberdar edilerek hazırlıklı olması

sağlanmalı ve nakil işlemi hastane aracı ile ve görevlendirilecek ehliyetli hastane personeli refakatinde gerçekleştirilmelidir.

Mills ve Margulies, sağlık hizmetlerini, etkileşimde kişinin içsel mutluluğunu ve huzurunu sağlamanın esas olduğu hizmet sınıfında göstermiştir (Uyguç, 1998; 20). Ancak, bu huzur ve mutluluk ancak “güven” unsurunun varlığı ile sağlanabileceğinden, sağlık hizmetlerini aynı zamanda hem etkileşimde güven sağlamanın esas olduğu, hem etkileşimde görev yapmanın esas olduğu, hem de kişinin içsel mutluluğunu ve huzurunu sağlamanın esas olduğu hizmetler sınıfında birlikte gösterilmesi gerekmektedir.

4. 5. 2. 4. HASTA BİLGİLENDİRME

Hekimlerle ilgili çoğu şikayetler kliniksel yetkinlikten değil zayıf iletişimden ve yetersiz bilgilendirmeden kaynaklanmaktadır (Clack vd. , 2004; 178). Oysa hastanın tedavi hakkında gereğince ve yeterince bilgilendirilmesi, hastanın aktif olarak tedaviye katılmasını sağlayacağı gibi, hekim ile hasta arasındaki ilişkiyi güçlendirecek, hastayı destekleyici ve yüreklendirici bir etki de yaratacaktır. Hastanın hekimden açıklama beklentisi, sorularının cevaplandırılması, problemlerinin dinlenmesi aşamasında, hastanın bu beklentilerinin karşılanıp karşılanmaması, hastanın tatmini ile dolaysız olarak ilişkili görülmektedir (Baron-Epel vd. , 2001; 322; Bendapudi vd. , 2006; 340; Langen vd. , 2006; 121-123). Hekimin etkili iletişim yöntemlerini kullanarak hastayı eğitmesi, tedavisi hakkında açık bilgiler vermesi, onun beklentilerini daha realistik bir bakış açısı ile değerlendirmesine zemin hazırladığı gibi, hasta tatminini arttırmada da büyük rol oynamaktadır (Powers ve Bendall-Lyon, 2003; 31). Ayrıca, hekimin hastasını yeterince bilgilendirmemesi hastanın güvensizliğine yol açan etmenlerden bir tanesidir. Hastanın bilgilendirilmesinin hasta tatmini üzerinde yarattığı etkiler, bu konuda çalışan araştırmacıların % 50 sinin üzerinde önemle durduğu bir konudur (Hall ve Dornan, 1988; 937).

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesinde; ihtiyaçları bakımından, akut ve kronik hastalığa sahip olmaları bakımından fark olmadığı, her şarttaki hastanın yoğun bilgilendirilmeye ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Sandra, 1993; 757-758; Tremayne-Lloyd, 2003; 300-301; Sankar ve Jones, 2005; 2379-2380; Moskop, 2007; 47-49). Hekimler,

kronik hastalığı olanları bir kez bilgilendirdikten sonra onların tekrar bilgiye ihtiyaçları olmadığını düşünmeleri, bilgiler eskidiği ve unutulduğu için hastada tatminsizliğe neden olabilmektedir. Bundan başka hastaların uzman hekimler tarafından bilgilendirilmesinin, asistan hekimler veya hemşireler tarafından bilgilendirilmelerine göre daha fazla tatmin yarattığı ortaya konulmuştur (Kardeş, 1994; 237).

Bazı durumlarda hasta ve hekimin farklı bakış açıları ve rahatsızlığı/hastalığı farklı farklı algılayıp yorumlamaları da hastanın bilgilendirilmediği kanısına varmasına neden olacaktır. Graham ve Oakley, hekimlerin; özellikle anne konumundaki kadınların hekime yöneltmiş olan sorularını, hekimlerin, bilgi için ricadan çok, mevcut bir kaygının işareti olarak algılama eğilimi içinde olduklarını ve bu nedenle anne konumundaki kişilere, belli belirsiz yanıtlar verdiklerini ortaya koymuşlardır (Graham ve Oakley, 1981; 56-71). Hastanın çok ciddi bulduğu bir rahatsızlık, hekim için bir hastalık belirtisi olarak yorumlanmadığında, bunun hekim tarafından hastaya açık ve net olarak bildirilmesi, hasta tatmini açısından önem arz etmektedir. Ancak hastalık hastası olarak tanımlanan kişilerde, bu şekilde bir bilgilendirme etkili sonuç vermeyebilmekte, hasta yine de tatmin olmayabilmektedir.

İki birey arasında etkili iletişimin meydana gelmesi için etkileşimde “akılların buluşması”na ihtiyaç vardır (Clack vd. , 2004; 178). Hasta ve hekimin kişilik farklılıkları iletişimde bazı problemlerin ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir. Konu ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada, bazı kişilerin dobra, az ve öz bilgi istediği, bazılarının ayrıntılı bilgiyi tercih ettikleri, bazılarının, zekalarına saygı gösterilerek kendilerine mantıksal opsiyonlar gösterilmesini istediği, bazılarının ise kişiselleştirilmiş bilgi ile birlikte bütünsel resmi görmek istedikleri bildirilmiştir (Clack vd. , 2004; 182).

Uzman olan 104 hekimi kapsayan araştırmanın sonucuna göre, reçetenin kullanımı hakkında hastalarını bilgilendiremediğini söyleyen hekimlerin %13 ünün “zaman kısıtı” nedeni ile bu şekilde davranmak zorunda oldukları ortaya konulmuştur (Varol vd. , 2006; 1). Bu durum ise sadece iradi olarak değil, kısıtlı şartlar gereği hasta bilgilendirmenin eksik kaldığını göstermektedir.

4. 5. 2. 5. HASTANIN MUAYENE SÜRESİ

Hasta tatmininin sağlanması açısından, her bir hasta başına daha fazla zaman ayrılması ve hastaların gerek muayene esnasında gerekse tedavileri esnasında aceleye getirilmemeleri, arzulanan bir durumdur (Bendapudi vd. , 2006; 338-340). Yapılan araştırmalarda, hekimin, hasta başına 15 dakikadan daha az bir süre ayırmasının, hasta tatminsizliğine neden olduğu ortaya konulmuştur (Feddock vd. , 2005; 40). Ancak özellikle nüfus yoğunluğu yüksek olan bölgelerde hasta yoğunluğuna bağlı olarak bu faktör ihmal edilmek zorunda kalınmakta, tatmin olamayan hasta ise başka sağlık merkezlerinde tekrar ilgi bekler duruma gelmekte, bu durum ise hem hastanelerin kapasitesini zorlamakta, hem hekimlerin her bir hastaya verecekleri zamanı tekrar tekrar kısıtlamakta hem de hasta açısından ek masraflara ve zaman kaybına yol açmaktadır.

4. 5. 2. 6. HASTANIN BEKLEME SÜRESİ

Herşeyin çok hızlı geliştiği günümüzde insanlar “ihtiyaçları olduğuna inandıkları bir hizmeti” almak için bile beklemek istememekte “hızlı pizza servisi” gibi hizmet beklemektedirler (Deber vd. , 2005; 350). Ancak özellikle her bir hastanın birbirinden çok farklı özel ve acil gereksinimi olan sağlık hizmetlerinde, bekleme süreleri kritik bir önem taşımaktadır. Hastanın özellikle muayene için bekletilmesinin, hasta tatminini önemli ölçüde azalttığı, bekleme süresi uzadıkça tatmin olma olasılığının azaldığı belirtilmiştir (Taşdemir, 1998; 48; Jones vd. , 1993; 238; Press, 2003; 94-95). Çünkü bekleyen müşteriler iyi bir ruh hali içinde oldukları zaman beklemek onlar için sorun olmazken; endişeli, sıkıntılı olmaları, geçen süreyi daha uzun olarak algılamalarına neden olacak, ve nedeni ne olursa olsun, bireylerce algılanan bekleme süresi uzadıkça algılanan kalite düzeyi ve doyum da düşecektir (Uyguç, 1998; 77).

Hastaların, muayene için 15 dakikadan daha uzun süre bekletilmelerinin onların tatminsizliğine yol açtığı ortaya konulmuştur (Feddock vd. , 2005; 40). Ülkemiz şartlarında ise, hastaların, sabahın en erken saatlerinde aldıkları sıra numaralarına rağmen, ancak günün sonunda hatta ertesi gün muayene olabildikleri, bekleme esnasındaki ruhsal gerilime bağlı olarak hastaların birbirleri ile, hastane personeli ile ve

hekimlerle ilişkileri bozulabilmekte, hatta hastaların, ileri dereceye varan saldırganca davranışları zaman zaman medya vasıtasıyla bile izlenebilmektedir.

Hastanın bekleme süresinin uzunluğunun hasta tarafından algılanması farklı şekillerde olmaktadır. Buna göre (Mowen, 1993; 27);

- İnsanlar bir şey ile meşgul iken zamanlarının daha hızlı geçtiğini hissetmektedirler,
- İnsanlar bekledikçe, belirsizlik ve şüphe duyguları daha fazla yoğunlaşmaktadır,
- Süreç öncesi bekleme, süreç esnasındaki beklemeleden daha uzun olarak algılanmaktadır,
- Açıklanmayan bekleme zamanı, açıklanan bekleme zamanından daha uzun olarak algılanmaktadır,
- Haksızca bekletilmek sürenin daha uzun olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Hastaların neden bekletildikleri ve gerekli işlemler ile tahmini olarak bekleme süreleri hakkında bilgilendirilen hastaların, bilgilendirilmeyenlere oranla tatminlerinin arttığı ortaya konulmuştur (Mowen vd. , 1993; 30). Creese ve Parker, hastanın bekletilmesi durumunun sağlık kurumlarının çoğunda görülen yaygın bir olgu olduğunu, genellikle rahatsız ve kalabalık koşullarda tedavi için uzun süre beklenen hasta kuyruklarının hasta tatminini etkilediğini belirtmektedir (Creese ve Parker, 2001; 90). Bu durum bazen kaynak yokluğuna bağlı olarak ortaya çıkmakta ancak çok basit değişikliklerle bu sorunun üstesinden gelmek de mümkün olabilmektedir. Bu değişiklikler; personelin yeniden dağıtımını, işlemlerin insanların bir seri kuyruğa girmeyeceği biçimde rasyonalizasyonunu, hastaların soğuktan, sıcaktan veya gürültüden rahatsız olmayacakları bir ortamda oturabilecekleri yerlerin sağlanmasını, mevcut telefonla randevu sisteminin etkin işleyişinin sağlanmasını veya açılış ve kapanış saatlerinde yapılabilecek değişiklikleri kapsamaktadır. Ancak yine de, hastanın sağlık hizmetlerinden topyekün olarak tatmin olması, hastanın bekleme süresinden çok daha fazla önemli bulunmaktadır (Di Paula, 2002; 28).

Ülkemizde sık gözlemlenebilen bir olgu olarak, sağlık hizmetinin ücretsiz verilmesini fırsat bilerek hizmetin kötüye kullanımını (misuse) ve/veya verilen hizmeti istismar

ederek fazladan kullanımını (overuse) yapanlar, gerçekten hasta olup da sırada bekleyen diğer hastaların da zaman yönünden hakkını kullanabilmektedirler. Bu tür kötü ve aşırı sağlık hizmeti kullanımlarına engel olunabilmesi için ise, kişilerin sağlık karneleri üzerinden sıkı denetimlerinin yapılması veya kişilere aynı rahatsızlık için sadece bir kez ve istediği hekimi seçme hakkının kendilerine verilerek uygulamaya konulması, talep yığılmasını önleyebilecek ve hastaların bekleme sürelerini kısaltabilecektir.

Zamanın insanlar tarafından farklı algılanabildiği ve bu algılama farklılıklarının sonucu insanların farklı davranış yapıları ortaya koyduğu, tüketicilerin zamana karşı tutumlarının, tüketici davranışlarının açıklanmasında önemli bir faktör olduğu, bu durumun hem satın alma hem de tüketimi etkilediği, buna göre tüketicilerin, tüketime yönelik olarak daha aktif veya reaktif tutumlar gösterebileceği belirtilmektedir (Madran, 2004; 328). Buna göre, özellikle endüstrileşmiş toplumlarda zaman, tarım toplumlarına kıyasla çok daha büyük bir kıymet ifade etmektedir. Bu nedenle toplumsal farklılıklara göre de müşterilerin bekleme süresinin müşteriler tarafından farklı farklı algılanabileceği, dolayısıyla farklı tatmin seviyelerine sahip olabilecekleri de söylenebilir.

4. 5. 2. 7. BÜROKRATİK İŞLEMLER

Kamu kesimi deyince akla ilk gelen kavramlardan biri olan “bürokrasi”, örgütlerin olumsuzluklarını ve resmi otoritenin kötüye kullanılmasını anlatmakta kullanılan pejoratif (kötüleyici ve aşağılayıcı) bir anlamı da çağrıştırmaktadır (Eryılmaz, 1999; 195). Webster sözlüğü de, bürokrasiye, beşeri ihtiyaçları önemsememe, kararları üstlere havale etme eğilimi, işleri kırtasiyeciliğe boğma gibi anlamlar vermektedir.

Bir yönetim tarzı olan Bürokrasi, yönetime ilişkin genel kuralların uygulanmasını, günlük yapılan iş ve işlemlerin belirli kurallara sıkı sıkıya bağlı olarak yürütülmesini ifade etmektedir. Weber bürokrasiyi; geniş bir alana yayılan toplumsal eylem ve hareketlerin rasyonel ve objektif ilkelere uygun olarak düzenlenmesi süreci olarak tanımlarken, örgütsel davranışta keyfiliğin değil, örgütsel verimliliğin artırılması ve “kişilerüstü”lük anlayışının egemen olmasını ve yetki ve sorumluluk alanlarının, düzenleyici kurallarla sınırlandırıldığı hiyerarşik bir otoritenin var olmasını, yönetimin yazılı belgelere dayandırılmasını hedeflemişti (Özer, 2005; 70; Fişek, 2005; 112-113). Ancak sadece

verimliliğin artırılması düşünülerek, örgütsel etkinliğin, insan ilişkilerinin ve insan davranışlarının dikkate alınmaması, örgütlerdeki gerek iç, gerekse dış müşteriler açısından hem tatminsizliklere neden olacak hem de uzun süreli bir verimlilikten söz edilemeyecektir. Aslında bir devletin modern bir devlet olup olmadığını ölçmenin kriterlerinden biri de gelişmiş bir bürokrasinin var olup olmamasıdır. Ancak halkın nazarında, konumunu kendi çıkarları için kullanan hantal bir yapılanma ve işlerin aksadığı, yavaşlık ve verimsizliğin egemen olduğu, halka eziyetin ve kırtasiyeciliğin ileri boyutlara vardığı bir örgütlenme biçimi olarak algılanmakta, vatandaş, çok sayıda ve karmaşık usul ve kurallar karşısında boynu bükük olarak yönetimin iradesine teslim olmak zorunda kalmakta ve halk genellikle bürokrasiyi, muğlaklık ve güçlükler içeren bir kavram olarak değerlendirmektedir (Eryılmaz, 1999; 39; Özer, 2005; 74). Oysa hızla değişen bir toplumda ve ekonomide, örgütsel rollerle birlikte süreçlerin ve biçimlerin de değişmesi, müşteri istek ve beklentilerine uygun bir şekilde organize edilmesi gereği vardır. Bilgi teknolojileri vasıtası ile bir-iki tuşa basılarak, hastalara zûl gelebilecek pek çok işlemi biranda gerçekleştirmek mümkün iken, hasta ve hasta yakınları, hastaneye ayak bastıkları andan itibaren bitmek bilmeyen bir evrak takibi ile uğraşmak zorunda kalmakta ve bu lüzumsuz koşuşturmanın oluşturduğu memnuniyetsizlik sonucunda yaşanan ruhsal gerilim ve stresle, hastaların, örgütteki diğer çalışanlar ile aralarındaki ilişkiler bozulabilmektedir. Uygulanan yöntem ve prosedürlerin insanın doğal yapısına uygun olmaması, hem hastaların kendi hastalıklarından ötürü zaten naif olan ruh sağlığını tehdit etmekte hem de kendileri için çok gerekli olan sağlık hizmetini alırken iletişimde bozulmalara sebebiyet vermektedir. Aşırı bürokratik işlemler insanların ruh sağlıklarının yanı sıra, sosyal sağlıklarını da tehdit etmektedir. Hastanelerde bürokratik işlemlerle ilgili sıkıntılar genellikle, zaman kayıpları, işlem sırasında uzun beklemler, hastaların kabul ve taburcu hizmetlerinin uzunluğu, laboratuvar veya röntgen gibi tahlil ve tetkiklerin sonuçlarının elde edilmesi için gereken prosedürler vs. sayılabilir.

“Hizmetin”, “Hezimete” dönüşmemesi için bürokrasinin olumsuzluklarını asgariye indirmek gerekmektedir. Bunun için; esnek bir örgütlenmeye gidilmesi, iyi bir liderlik ve yönetim, kurum içinde yetki devri yoluyla orta ve alt düzeydeki yöneticilerin sorumluluklarının artırılması ve kırtasiyeciliğin önlenmesi, örgütsel amaçların, yöntemlerin, işlemlerin, kuralların ve sonuçların devamlı olarak gözden geçirilmesi,

kuralcılığa kaymayı önleyecek iyi bir iş ahlakının örgüt kültürüne entegre edilmesi, halkla ilişkilerde etkinlik sağlanması, kurumların rahat denetlenebilecek büyüklükte (ölçekte) tutulması ve kamu kurumlarının mümkün olduğu ölçüde rekabete açılması gerekmektedir (Eryılmaz, , 1999; 210).

4. 5. 2. 8. HASTA YÖNLENDİRME

Hizmet ortamının diğer bir işlevi de müşteri davranışını yönlendirmektir. “Yönlendirme”, bir yere giren bireyin ilk ve temel davranışsal gereksinmesi olup, müşteriler iki türlü yönlendirilebilmektedirler (Uyguç, 1998; 75). Bunlardan “yer yönlendirmesi”, müşterinin “neredeyim; buradan oraya nasıl gidebilirim” sorularına cevap teşkil edecek yönlendirme olup, “işlev yönlendirme” ise “bu örgüt ya da sistem nasıl çalışır” sorularına cevap niteliğindedir. Özellikle sağlık hizmeti veren büyük örgütlerde, hizmet ortamının, hastanın, bu tür sorularına kolaylıkla yanıt bulabilecek şekilde tasarlanması, ona daha az zaman kaybı ile kızgınlık ve stresten uzak bir hizmet sunulmasını sağlayacaktır. Diğer yandan, ne yapacağını, nereye gideceğini, aradığı kişiyi nerede bulacağını ve bunun için kime başvuracağını bilemeyen müşterilerin sorduğu sorular ise hizmet veren personeli işinden alıkoyabileceği gibi, bu nedenlerle kızgın olan müşterilerle karşılaşma onları olumsuz etkileyebilecektir (Uyguç, 1998; 75). Böylece hastanın aynı örgüt içindeki bir sonraki süreçte gerçekleşecek olan hizmet alımlarındaki tutum ve davranışlarına da (örneğin tedavi veya muayene için gittiği hekime) bu olumsuzluk yansıtacak, bu durum ise hem hekimin iş doyumunu, hem de hasta tatminini olumsuz etkileyebilecektir.

4. 5. 2. 9. MEKANIN VE DIŞ GÖRÜNÜMÜN ETKİSİ

Hastaların gerek ruhsal gerekse fiziksel rahatsızlıklarının teşhisi ve tedavisi esnasında, sağlık hizmeti verenler ile sağlık hizmetini talep edenler, aynı ortamda etkileşimde bulunmakta ve bu etkileşimde kişilerden ve/veya ortamdaki kaynaklanan memnuniyet ve memnuniyetsizlik durumları ortaya çıkabilmektedir. Ürün üretimi esnasında müşteri ile çalışan bir araya gelmemekte, sadece çıktı kalitesi önem taşımakta ve dolayısıyla süreç kalitesi müşteriyi çok daha az ilgilendirmekteyken hizmet üretiminde, üretim süreci boyunca içinde bulunulan ortam, hem müşterinin, hem de çalışanın duygusal durumunu etkileyebilecek, ve bu durum her iki tarafın da davranışlarına yansıtılabilecektir. Özellikle

sağlık hizmetlerinde, kullanılan teknoloji ve hizmetin içeriği kadar hizmetin verildiği yer çok önemlidir. Hasta sağlık hizmetinin verildiği yerde hizmetten yararlandığı sürece kalacağından, hizmetin algılanan kalitesi, hastanın, hizmet veren çalışan ile etkileşiminden, hizmet ortamından, hatta aynı hizmetten yararlanan diğer hastalardan bile etkilenebilecektir.

Müşterinin, fiziksel çevre ile ilişkili sorununa yol açan etkenler kurumun kontrolünde bulunmakta ve müşteri bu sorunun muhtemelen tekrarlanacağını algıladığında ise onun daha fazla doyumsuzluk yaşadığı belirtilmektedir (Uyguç, 1998; 75). Müşterilerin hizmet ortamını algılamaları, hizmetin ne olduğu hakkında kendi kişisel gerçeklerini oluşturmada, ayrıca hizmetten sağlayacakları doyum ve o hizmetten yararlanma veya alternatif hizmet arama niyetlerini belirlemede önemli rol oynamakta ve fiziksel çevre, müşterilerin hizmetin başarısızlık nedenlerini algılamalarını etkileyebilmektedir (Uyguç, 1998; 75).

Müşterinin içinde bulunduğu; iyi ve hoş duygular uyandıran mekanın ve bu mekanın müşteri üzerinde yarattığı olumlu ruh halinin, müşterinin olumlu duygularını açığa çıkaracağı ve bunun müşterinin ileriye yönelik niyetleri üzerinde de etkili olacağı, olumsuz duygularla gelen müşterilerin bile olumlu duygularının yükseleceği ve müşteri tatminini olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (Sherman vd. , 1997; 374).

Yaşam alanının rasyonelleşmesi, iletişim eyleminin etkinliğini de arttıracaktır (Scambler, 2001; 126-127). Kişinin hizmet veya mal satın aldığı bir mekandan etkilenmemesi söz konusu olamayacağına göre; hastaların hastane birimleri arasında koşturmak zorunda kalmaları, otopark sorunu yaşamaları, kalabalık, gürültülü, havasız, ilaç kokan koridorlarda ve diğer hastaların görünümünden ve psikolojisinden etkilenmemesi mümkün gözükmemektedir (Steiber, 1990; 15; Di Paula, 2002; 29; Yıldırım ve Atalay, 1992; 215; Braunsberger ve Gates, 2002; 587). Özellikle hastanelerde, diğer sorunlu hastalarla karşılaşan ve onların hoşnutsuzluğundan etkilenen hastanın kendisinin de hoşnutsuz hale gelmesi mümkündür. Çünkü ortam, davranışı belirlemede tutumdan daha etkili olabilmektedir (Kağıtçıbaşı, 1999; 109). Bu olumsuz şartlar hastanın duygu ve davranışlarına yansıyacak ve aldığı hizmetten memnuniyetini ister istemez etkileyecektir.

Hastaların gerek bekleme salonlarının, gerek acil servis girişlerinin, gerekse muayene ve tedavi odalarının basit döşenmiş fakat rahat edebilecekleri, ferah, geniş, aydınlık, sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri basit ama insana sevimli gelecek şekilde düzenlenmesi, psikolojik olarak yapacağı etkiden dolayı özen gösterilmesini gerekli kılmaktadır. Hastaların dar mekanlarda, sıkışık bir şekilde bekletilmeleri onlarda anksieteye ve olumsuz sosyal davranışların gelişmesine (örneğin saldırganlık dürtülerinin harekete geçmesine) elverişli bir ortam hazırlayabilecektir.

Bundan başka hekimlerin dış görünümünün hasta tatmini ve profesyonellik algılamaları üzerindeki etkisini araştıran Li ve Haber'in yaptığı araştırmalar, sadece acil servisleri kapsadığından ve acil servise hizmet almaya gelmiş olan hastanın dış görünüş ve mekan ile ilgilenebilecek veya dikkat edecek durumu olmadığından, hastalar tarafından hekimin görünümünün ve kıyafetlerinin, hekimin profesyonel olarak algılanılmasını ve hasta tatminini etkilemediğini ortaya çıkarmıştır (Li ve Haber, 2004; 2). Ayrıca hastaların, hekimleri, televizyon ekranlarından aşına olarak bu tarz giyimlerle görmeye alışık olmasının, bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır.

4. 5. 2. 10. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINA İLİŞKİN UNSURLAR

Hasta tatminini etkileyen bir diğer konunun da sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenceye ilişkin hizmetler olduğu ortaya konulmuştur (Etter ve Perneger, 1997; 882). Sağlık hizmetlerinde, ücret ödeyerek tedavi olan hastaların, ücretsiz bakım gören hastalardan daha fazla memnun olduğu, ancak ücretsiz sağlık hizmeti alan hastaların finansal avantajlar açısından, daha fazla memnun olduğu belirtilmiştir (Kao vd. , 1998; 1710; Mummalaneni ve Gopalakrishna, 1997; 180; Pifer vd. , 2003; 51). Baş ve Ardıç'ın (2006) yapmış oldukları araştırmada ise hastanın gelir seviyesi ile personelin sunmuş oldukları hizmetten hastaların memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak sağlık hizmetlerinde diğer hizmetlerden farklı olarak, hizmetten yararlanan ile hizmetin bedelini ödeyen taraf, farklılık gösterebilmektedir (Lucie, 1999; 11-24). Böyle bir farklılık olduğunda ise gerek hastanın kendisi, gerekse hekimin klinik kararları, üçüncü tarafın maliyetleri karşılaması durumundan etkilenmektedir. Bütün objektif kriterlere ve ölçümlere karşın, hekimin kararlarında yine

de subjektif bir taraf bulunduğu, ancak meslek gereği hekimin kendisine de özerklik tanındığı bildirilmektedir (Sur, 2005; 36). Diğer taraftan, maliyetleri karşılayan kuruluşlar ise (ister kamu sigortaları, ister özel sigorta kurumları olsun) hekimin kendisine tanınan bu özerkliği ne şekilde kullandığını bilmek isteyeceklerdir. Finansal etkilerle klinik kararlarını veren hekim sayısının hiç de az olmadığı (Sur, 2005; 36), gözönüne alındığında ise bu durum, hem hekimin özerkliğine ve dolayısıyla iş doyumuna, hem de hastanın tatminine olumsuz etki edebilecektir. Ancak bununla birlikte, mesleki bilgi ve becerisine çok güvenmeyen bir hekimin sık sık ve gereksiz tetkik/tahlil taleplerinin de gündeme gelebildiği gözden kaçmamalıdır (Sur, 2005; 36).

Görölebileceği gibi sonuçta, bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinin sigortalar aracılığı ile finanse edilmesi durumunda etik açıdan iki ayrı tehlike söz konusu olabilmektedir. Bunlardan birincisi, hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması (gereksiz hizmet talebi), ikincisi, hizmetin bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi halinde sigortanın hekim üzerindeki etkisi nedeni ile hekimin özerkliğinin kısıtlanması durumudur. Hizmet bedelinin bir kısmının hastadan tahsil edilmesi yolu ile bu tehlikelerin etkisi kamu yararı açısından en aza indirilmeye çalışılsa da özellikle eğitim seviyesinin düşük olduğu, işsizliğin ve emekli kişi sayısının çalışan nüfusa göre yüksek olduğu ölkemizde sağlık hizmet talebinin, hizmet ihtiyacını aştığı sıklıkla gözlemlenebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde minimum standardın yaratılması ise, tıbbi teknoloji alanındaki hızlı değişimlerin yüksek maliyetleri gerektirmesi açısından zorlaşmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinde maliyetlerin düşürölmesi, hem kaliteyi hem de hasta tatminini düşörebilecektir.

Ölkemizde son yirmi yılda kişi başı ilaç kullanımı 8 dolardan 40 dolara çıkmış, kişi başı sağlık harcaması ise hali hazırda 100 dolar civarında bulunmaktadır. Ölkemizde yıllık kişi başı ortalama sağlık hizmetleri talebi ise 5 tir. Yani 70 milyon nüfuslu ölkemizde yılda ortalama 350 milyon hasta ve/veya rahatsız insan, sağlık hizmeti talep etmekte (Sağlık Bakanlığı, 2008), bu durum hem toplum açısından hem de hasta açısından düşünöldüğünde, hizmetlerin gereksiz kullanımı, yanlış kullanımı ve fazladan kullanımı sorunlarının, sağlık hizmetleri maliyetleri içinde oldukça önemli bir yer tuttuğu görölmektedir. Bu duruma kanıt olarak, A.B.D. nin ilaç konusunda Türkiye'yi “en iyi

pazar” olarak seçmiş olması, bundan başka, sadece İstanbul’daki MR (manyetik rezonans) sayısının tüm Birleşik Krallık’ daki (U.K.) MR sayısından daha fazla olması gösterilmektedir (Sayek ve Hatun, 2003) . Hatta General Elektrik Company’nin (GE), 17 milyar dolarlık sağlık devi olarak gösterilen sağlık hizmetleri şirketi GE Healthcare’in, uluslararası operasyon üssü olarak İstanbul’u seçmesi de tesadüf değildir (www.hurriyet.com.tr).

Bundan başka, ülkemizdeki 20-22 milyon yoksulun 11 milyon 262 bini yeşil karta sahip bulunmakta ve Türkiye genelinde %16 lık bir kesimin yeşil kartı bulunmaktadır (www.memurlar.com/haber/40689). Yeşil kartı bir sağlık güvencesi olarak kabul edersek, bugün Türkiye’de en az 10 milyon kişinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmamaktadır (www.spf.boun.edu.tr/docs/radikal2-2004.10.10.pdf). Yoksul insanların tedavi olamama ihtimali, yoksul olmayanlara göre daha yüksek olmakta, hiçbir mali güvencesi olmayanlar hastalandıklarında mali güvencesi olanlara nazaran daha seyrek tedavi olmaktadır (Dünya Bankası, 2003). Kamu hastanelerine yapılan sübvansiyonlar da bu hizmetleri kullanan kişileri eşit olarak kapsamadığından, kamu hastanelerinden sağlık hizmeti alanlar tarafından bu durum eşitsizlik olarak algılanabilmekte ve müşteri tatminini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Yani hastaların bağlı bulundukları sosyal güvence kuruluşlarının niteliği de hastaların değerlendirme kriterlerini etkileyebilecektir. Ancak Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başlatılması ile sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki kişilerin (Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur) kullandıkları “sağlık karnesi”nin yürürlükten kalkacağı ve sağlık hizmeti almak için sadece T.C. kimlik numarasının yeterli olacağı bir yapılanma planlanmaktadır. Böylece bu konudaki şikayetlerin bir miktar azalacağı düşünülmektedir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasında ise hastanın herhangi bir ücret ödemeksizin sadece sembolik bir “katılım payı” ödeyerek “üç basamaklı” bir sevk zinciri sıralamasına tabii olacağı öngörülmektedir. Sevk zincirinin ilk aşaması, “aile hekimliği” sistemi mevcut olan illerde hasta, aile hekimine, yoksa sağlık ocağı ya da polikliniğe müracaat ettikten sonra hekimin uygun görmesi halinde, ikinci basamakta yer alan sağlık kuruluşuna (hastane) sevk edilecek olup, ancak hangi hastaneye sevk edileceği (devlet hastanesi, üniversite hastanesi, vakıf hastanesi, özel hastane vb.) hakkında herhangi bir

açıklık getirilmemiş ve hastaneler arasındaki niteliklerin farklılığı da göz önüne alınmamıştır. Acil durumlar dışında sevk zincirine uymayan hastalar hizmet bedelinin bir kısmını kendi maddi imkanları ile ödeyecekler, örneğin sözleşmeli bir sağlık kuruluşuna giden sigortalı hasta, hizmet bedelinin %30 unu, sözleşmesiz sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti alanlar ise hizmet bedelinin %50 sini kendi imkanları ile ödeyecekler, kalan kısmı ise Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacaktır. Ancak sağlık hizmet bedellerinin her bir il için ayrı ayrı belirlenmesi kararlaştırılmış olduğundan sağlık hizmetlerinde finansman açısından farklı uygulamaların gündeme gelmesi beklenmelidir.

Hali hazırda ise hastaların aldıkları sağlık hizmetinin maliyetinin karşılanabilmesinde herhangi bir mali sıkıntı yaşamayanların ve sosyal güvence kuruluşlarına bağlı olan hastaların, maliyetlere karşı daha duyarsız olması beklenen bir durumdur.

Sunulan hizmetlerin maliyet/verimlilik/etkinlik açısından değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerine ayrılan belli bir kaynak ile daha fazla hizmet sunulmasını ve/veya belli bir hizmetin daha az kaynak kullanımı ile sunulmasını mümkün kılacaktır. Ancak söz konusu “sağlık hizmetleri” olduğundan, her iki durumda da verilen hizmetin kalitesinin düşme ihtimali göz önüne alınmalı ve bu konuda dikkatle davranılması gerekmektedir.

4. 5. 2. 11. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU VEYA ÖZEL SEKTÖRDEN ALINMASI VE HASTA TATMİNİ

Sağlık hizmetlerinin kamu veya özel sektörden alınmasına göre de hasta tatmini farklılaşabilecektir. Korunka ve arkadaşları da, kamu sektöründe müşteri tatmini kavramının yerleştirilmesinin zorluğundan ve öneminden bahsetmektedir (Korunka vd. , 2003; 53). Bu zorluğun bir nedeni de, genel bir eğilim olarak özne olarak insanın; iktisadi alanda “müşteri”, kamusal alanda ise “yurttaş” olarak tanımlanmasından kaynaklanabilmektedir (Tosun ve Tosun, 1997; 27)*.

* Bkz. Tosun G. , T. Tosun , (1997), “Yurttaş Taleplerini Karşılama Kıskaçındaki Türk Kamu Yönetimi Sisteminde Stratejik Bir Yeniden Yapılanma Aracı Olarak Toplam Kalite Yönetimi”, Önce Kalite Dergisi, Ödüllü Kalite Makaleleri, TÜSİAD-KalDer-Yeni Yüzyıl Toplam Kalite Yönetimi Makale Yarışmasında Birincilik Ödülü Alan Makaleler, ss, 25-48

Kamu sektöründe mali kaynaklar, kamu hizmetlerinin düzeyini ve miktarını belirlemektedir. Ancak bu hizmetleri harekete geçirecek ve işletecek olan insan kaynağıdır (Eryılmaz, 1994; 10-11). Özellikle insan kaynağına gereken önemin verilmemesi nedeni ile kamuda “müşteri memnuniyeti” kavramı, yerini “hizmetin görülmesi”ne bırakabilecektir.

Ayrıca kamu hastanelerinin aşırı hasta yükü, bürokratik işlemlerin uzun ve yorucu görünümü, teknik alt yapı ve ekipmanlardaki yetersizlikler, hekimin her bir hasta için ayırabileceği zamanın kısıtlı olması, kamuda çalışan sağlık görevlilerinin sorunlarının fazlalığı gibi nedenler kamu hastanelerinden hizmet alan hastaların tatminlerini olumsuz etkileyebilecek türdendir. Kamu sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların aynı zamanda birer tüketici ve birer yurttaş oldukları, ancak, “kamu sektöründeki hizmetlerin sağlanmasındaki şartlar gereği, tüketici hakimiyetinin sık sık bozulmaya uğradığı” çeşitli yazarlar tarafından da belirtilmiştir (Shackley ve Ryan, 1994; Clarke ve Stewart, 1985; Barnes ve Prior, 1995).

Diğer taraftan özel sektör ise kar amacı ile çalıştığından, hastanın haklarının ve iyi niyetlerinin korunabileceği hakkında endişeler de yok değildir. Özellikle gereksiz tahliller, tetkikler, hatta ameliyatlara ile hastalara büyük bir ilgi ve özen gösterimi sergilenerek, tıbbi konularda bilgisi olmayan bu insanların suistimal edilmesi de, zaman zaman söz konusu olabilmektedir. Bu konuda gerekli denetimlerin yapılabilmesi ise ya çok zor olmakta ya da yapılmış olan gereksiz işlemlerin ortaya çıkması veya çıkarılması zaman alabilmekte ve gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi için ise bazen çok geç kalınmış olabilmektedir.

4. 6. HASTA TATMİNİ VE HASTA SADAKATI

Gerek müşteri tatmini, gerekse hasta tatmini olsun, sadakatin yaratılması, işletmelerin İçsel Pazarlama Yaklaşımını ne derece benimsediği ile doğru orantılı olarak gerçekleşecek bir olgudur. Özellikle hizmet işletmelerinde, işgörenlere verilen değer ölçüsünde müşteri tatmininin ve müşteri sadakatinin gerçekleştirilebildiği görülecektir (Struebing, 1996; 29). Sağlık hizmetlerinde, iç müşteri (hekim) ile dış müşteri (hasta) arasında birebir, yoğun bir etkileşim gerçekleşmekte, yaşamsal önemde bir hizmet

sunulmaktadır. Hekimlerin iş doyumunun diğer hiçbir sektördeki işgörenler ile kıyaslanamayacak derecede müşteri tatmini ile ilişkisi bulunmaktadır. Hekimin iş doyumunun bulunmadığı yerde hastaların tatmin olabilmesi, münferit olarak hekimin olağan üstü özverili çalışması ile belki mümkün olabilecektir. Ancak özverinin de bir sınırı bulunduğu unutulmamalıdır. İç müşteriler olarak hekimlerin iş doyumlarının olmaması, daha fazla sayıda hastanın oradan oraya sevk edilmesine (gerekli sevkler haricinde), ülke kaynaklarının heba olmasına, kaybolan işgünlerinin artmasına, hasta tatminsizliği nedeni ile mutsuz insanların çoğalmasına, hekim hasta ilişkilerinin bozulmasına ve daha pek çok olumsuzlukların ortaya çıkmasına neden olabilecektir.

Hasta ve hekim arasında ilişkinin uyumuna dayanan ve uzunca bir zaman boyutunu kapsayan, hasta davranışlarından aktarılabilen ve hastanın tüm sağlık ihtiyaçlarında, alışılmış bir kaynak olarak, danışma veya tedavi amaçlı başvuruda bulunduğu hekimi veya kurumu ifade eden “hasta sadakati”, güven ve ikili ilişkiler üzerine gelişmekte; hekim-hasta ilişkilerinde hastanın neden aynı hekimi tercih ettiği veya etmediği konuları üzerine odaklanmaktadır. Üzerinde sınırlı sayıda araştırma yapılmış olan hasta sadakati genellikle, hekim hasta ilişkisinin uzun dönemdeki yararları veya hastaların hekimleri ile neden uzun dönemli ilişkiyi devam ettirmedikleri üzerinde yoğunlaşmakta ve sadakat kavramının anlamı hakkında hastaların ve hekimlerin göreceli olarak benzer bakış açıları dikkati çekmektedir (Kaplan vd. , 1995; Thom vd. , 1997; Blankfield vd. , 1990; Hjortdahl 1992).

Hastanın hekime sadakati genel sadakat ve genel sadakatsizlik olmak üzere iki anlamda algılanmaktadır (Roberge, 2001; 56). Buna göre genel sadakat durumunda hasta, sağlığı ile ilgili herhangi bir danışmana ihtiyacı olduğunda nadiren ve sadece mecbur kaldığında bir başka hekime başvurmakta, genel sadakatsizlik durumunda ise hasta sürekli olarak aynı hekim ile iletişim kurmayıp farklı hekimlere başvuruda bulunmaktadırlar. Hatta bu tür hastalar hekimler tarafından “alışveriş gezgini” olarak nitelendirilmektedir (Roberge, 2001; 56). Bazı hastaların sırf “kıyaslama” yapmak için bu tür bir davranışa yönlendiğini, özellikle, aldığı hizmetten tatmin olamamış veya ciddi bir hastalığa sahip olup da, farklı hekimlerin hastalık hakkındaki değerlemelerini elde etmek isteyen ve/veya zaman açısından herhangi bir kısıtı bulunmayan veya genel yaşam doyumu düşük kişilerin sanki

yaşamı anlamlandırma aracı olarak, bazen de işten kaytarma aracı olarak sürekli viziteye çıkma talepleri ile, hastaneler ve hekimler arasında bitmek bilmeyen bir koşuşturmanın peşine düştükleri söylenebilir. Böyle kişilerle hekimlerin etkin bir işbirliği içinde çalışabilmesi hem zor görünmekte hem de bu kişilerin yaratacağı problemlerin aynı zamanda hekimlerin iş doyumunu da olumsuz yönde etkileyeceği göz önüne alınmalıdır.

Sürekli aynı hekim ile işbirliği içindeki hastanın avantajı ise; hekim tarafından hastanın önceki sağlık gidişatı hakkındaki bilgilere sahip olması ve ayrıca, hastanın ne gibi beklentileri olduğu konusunda hekimin daha fazla bilgi sahibi olarak hastaya yaklaşması ve hastanın da tanıdık bir hekim ile daha rahat iletişim kurabilmesi, sorularını daha rahatça ortaya koyabilmesi ve hasta ile hekimin daha koordine çalışabilmesi, karşılıklı güvenin sağlanması ve “bir partnerliğin tesis edilebilmesi” açısından her iki tarafa da kolaylıklar sağlamaktadır (Leopold vd. , 1996, 129). Ancak hastaların, ihtiyaçları durumunda her zaman kendi hekimlerine ulaşmaları mümkün olmadığında, ister istemez, hekim ve hasta arasındaki ilişki kesintiye uğrayabilmekte, bu durum ise hasta açısından sıkıntı yaratmaktadır. Hekim açısından ise hasta vizitlerinin düzenli olması, sık olmasından daha önemli olmaktadır.

Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranlarının da arttığı, hasta sadakatinin, hastaların demografik ve psikolojik özellikleri, sağlık durumları, hizmetin sunumu gibi faktörlerden etkilenmesi yanında hasta tatmini ile de ilişkili olduğu, kalite, tatmin ve sadakat arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğu, özellikle hizmet alanların, hizmet sunumu esnasında hoşnut olmasının, müşteri duygularına hitap edilmesinin, müşteri sadakati açısından birinci derecede belirleyici olduğu ortaya konulmuştur (Çerekçi ve Teke, 1998; 63; Steiber ve Krowinski, 1990; 21; Wong, 2004; 6).

4. 7. HEKİM VE HASTANIN HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Bireylerin diğer bireylerle ve toplumla ilişkilerinin düzen içerisinde olması için bazı normların varlığına ihtiyaç vardır. Bu ise bir insanın ya da grupların öteki insanlardan, gruplardan, toplumdan (devletten) ve öteki toplumlardan belli davranışlar beklemesi ve onlara karşı, kendisinin sahip olduğu hakları bilip, ileri sürebilmesini gerektirmektedir.

Hasta-hekim ilişkilerinin değişmesi, hekimin “mutlak otorite” konumundan, hasta ile karşılıklı katılım temelinde işlemesi, karşılıklı olarak hakları gündeme getirmiştir. Böylece herkes bir diğerrinin hakkını tanımakla, kendi hak ve özgürlüğünü de korumuş olacaktır. Hasta ve hekimin etkileşiminde, sadece bir tarafın haklarından bahsederek, diğerr tarafın yalnız sorumluluk ve ödevlerini belirtmek, sadece eşitliğin var olmadığı bir ilişki için söz konusu olabilmektedir. Ancak bu karşılıklı hak ve yükümlölüklerin ortaya konulmasından sonra da artık “hekimin eski babacan rolünü sürdürmesinin de beklenmemesi gerekmektedir” (Hancı, 2006; 2). Ve esas problem de tam bu noktada belirecek, yani toplumun alışık olduğu babacan rolünü, hekimin artık üstlenmemesi, hastada bir hayal kırıklığı ve tatminsizlik yaratabilecektir.

Aslında yüksek ahlaksal ideallere bağılı oldukları varsayılan hekimlerin kendileri ve mesleki uygulamaları ile ilgili yasal düzenlemeler (hasta hakları, hekim hakları gibi), hekimlere güvensizlik temelinde geliştirilmiştir (Hancı, 2006; 2). Oysa kurumlarda sadece çıkar hesaplarına dayalı bir güven, çok hızlı bir biçimde bürokratik kontrole, kuşkuçuluğa, savunmacılığa ve kaba kurnazlığa dönüşebilecek, böyle durumlar ise örgütsel esnekliği ve hızı azaltmanın yanı sıra, müşteri ilişkilerini zayıflatacak, değerlerden taviz verilmesini gerektirecek ve gereksiz israflara yolaçabilecektir (Solomon, 2001; 75). Bu konudaki önemli bir yanlış ise, hasta haklarının, hekim hakları ile karşıt kavramlar olarak görölmesidir. Oysa, hasta/hekim hakları birbirlerinden farklı değildir. Çünkü;

- Hasta kendisine yeterli süre ayrılmasını istemekte, hekim de hastasına yeterli süre ayırmak istemektedir.
- Hasta temiz ve çağdaş sağıık tesisi istemekte, hekim de temiz ve çağdaş sağıık tesislerinde çalışmak istemektedir.
- Hasta da hekim de aralarına parasal konuların girmesini istememektedir.
- Hasta tıbbi gelişmeleri izleyen hekim istemekte, hekim de bilimsel gelişmeleri takip etmek istemektedir.
- Hasta, sevgi, saygı ve şevkat görmek istemekte, hekim de kendisine saygılı davranılmasını ve güvenilmesini istemektedir.

- Hasta saatlerce poliklinik sırasında beklemek istememekte, hekim de poliklinik kapısında hastaların yığılmasını istememektedir.

Aslında yüzyıllardır Hippokrates'e atfedilen yemin metninin içeriği o dönem dikkate alınarak incelendiğinde, hastaların haklarıyla birlikte hekimlerin, sosyal ve profesyonel yaşamlarını düzenlemeye çalışan örneklerle dolu olduğu görülmektedir (www.encyclopedia.com).

4. 7. 1. HEKİM HAKLARI

Kanunlar, hekim-hasta ilişkisinde, hekimleri hasta karşısında güçlü kabul edip korunmaya muhtaç görmemektedir. Oysa uygulamada hekimlerin de hastalar veya hasta yakınları tarafından mağdur edilmeleri söz konusu olmaktadır. Bu nedenle gerek hekimlerin, gerekse hekim örgütlerinin, bu mağduriyetlerini kamuoyu karşısında yeterince gündeme getirmeleri gerekmektedir (Özlü, 2003; 69-70).

Hancı, hekim haklarını şöyle özetlemektedir (Hancı, 2006; 3-6);

- Çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama hakkı: Tıp eğitiminde yüksek teknolojinin tıptaki uygulama alanları ile tanışan bir hekimin iş yaşamında tanı ve tedavide söz konusu gelişmeleri yaşamayı isteme hakkı vardır.
- Mesleğini uygularken etik ilkelere bağlı olma hakkı: Hekim mesleğini uygularken etik ikilemlerde yasal, politik, toplumsal, estetik ve ekonomik değerlerle çatışabilir. Bu çatışmayı çözümlerken hekimin özgür ve bağımsız karar verme hakkı olmalıdır.
- Hekimin baskı altında olmadan mesleğini uygulama hakkı: Mesleki uygulamada hekimin gereksinim duyduğu klinik özgürlüğün sağlanmasına engel olabilecek her türlü baskı girişimi mesleğin doğası ile çelişir. Hekim, iç hukukun elverdiği ölçüde bu hakkını kullanabilir, gerekirse Avrupa İnsan Hakları Komisyonuna başvurabilir.
- Hekimin kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı: Hastanın değerlerine saygı duyulan bir ilişkide, hekimler de kendi değerlerini (hastalar açısından olumsuzluk yaratmamak koşulu ile) savunabilirler.

- Hekimin sağlığını koruma hakkı: Hekimliği seçmekle kendisine zarar verebilecek bir süreci önceden kabul etmiş varsaymak, haksız temele oturtulmuş bir görüştür. Hekim, mesleğini uygularken sağlık risklerini en aza indirecek çalışma koşullarını talep etme hakkına sahip olmalıdır.
- Hekimin yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı: Hekimlik mesleğindeki gelişmelerin izlenmesi, belirli bir bedeli gerektirmektedir. Hukuken hekimin kendini ülke tıbbının gelişmesi düzeyinde yetiştirmesi gerekir. Bu, hekimlerin kitap alımı, dergi aboneliğı ve kongre katılımı için bütçelerinden belirli bir pay ayırmalarını gerektirir. Yaptıkları ağır mesleki bilgi ve yoğun emek gerektiren ayrıca riskli hizmetin karşılığı ödenmelidir. Hekimin yaptığı hatalar sonucunda kendisine açılacak tazminat davaları da ileride ayrı sorun oluşturacaktır.
- Hekimin hastayı reddetme hakkı: Hekim-hasta ilişkisinin temelinde yer alan öge güvendir. Hekimin kendisine güven duymayan hastayı reddetme hakkı olmalıdır. Bu durum hekimlik onurunun korunmasının olmazsa olmaz koşuludur. Kamu kuruluşlarında ve tüzel kişiliğı olan kurumlardaki hekim ve diğler sağlık mensupları hastayı kabul etmek zorundadır. Özel olarak hekimlik yapanlar ise, bulundukları yerde tek iseler, acil yardımı veya insani bir vazifeyi gerektiren bir durum söz konusu ise hastayı kabul etmek zorundadır. Ancak hekim bunlar dışında mesleki ve kişisel sebeplerle hastaya bakmayabilir (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 18. madde)
- Hekimin yönetsel süreçlere katılma hakkı: Hekimin hem bulundukları kurumlarda, hem de ülke ile ilgili yönetsel süreçlerde etkili olma ve sağlıkla ilgili hazırlanan mevzuatta görüş bildirme hakkı olmalıdır.
- Hekimin danışma hakkı: Hekimlik mesleğinin gelişimi, hekimin tek karar verici olma durumundan “karar veren bir ekibin üyesi” konumuna doğru değışmesini de beraberinde getirmiştir. Resmi belgelerde sorumluluğun ve ödevin sürekli “kişiselliğinin” öne çıkışı, belirtilen belgelerin, bu değışimin öncesinde hazırlanmış olmalarına bağılıdır. Hekimin gereksinim duyduğı anda konsültasyon hakkı olmalıdır.
- İyileşme garantisi vermeme hakkı: Tedaviye gelen hastayla hekim arasında bir sözleşme yapılmış sayılır. Sözleşme gereğı hekim başladığı tedaviyi

sonuçlandırır, eksikleri tamamlar, hastayı iyileşinceye kadar takip eder. Hekimin bu sözleşmede hastanın tamamen iyileşeceğini söylemeye hakkı yoktur (diş, ortopedi protezleri ve estetik cerrahi hariç). Hasta da hekimden böyle bir söz talep edemez. Hekim sadece tıp ilkelerinin bilimsel gereklerine ve kurallarına uygun olarak tanıyı koymaya, gereken tedaviyi ve ameliyatı yapmaya ve tedavi prensiplerini en iyi şekilde uygulamaya söz vermiş sayılır. Bu çalışmaların kesinlikle şifa ile sonuçlanmamasından dolayı, deontoloji bakımından tenkid edilemez (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 13. madde).

- Yeterli zaman ayırma hakkı: Hekimden hastasına gerekli özeni göstermesi, bilgi ve belgeleri iyi bir şekilde kaydetmesi, hastaya hastalığı ile ilgili bilgileri vermesi beklenmektedir. Bunların hepsi zaman alan eylemlerdir. Bu nedenle, bir hekim, bir poliklinikte günde 20 hastadan fazlasına bakmama hakkına sahiptir. Her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20 den fazla hastaya bakamaz. Ancak daha fazla hastanın başvurusu halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır.
- Tanıklıktan çekilme hakkı: Hekim meslek sırrının söz konusu olduğu durumlarda tanıklıktan çekilebilir.
- Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı: Bir hastalığın tedavisinde aynı anda birden fazla tedavi yöntemi uygulanabilmekte ise, hekim bunlardan dilediğini seçmeye özgürdür. Fakat uzun zamandan beri bilinen ve genel olarak kabul edilmiş yöntemlere öncelik vermelidir. Hekim, sanat ve mesleğini uygularken hiçbir etki ve baskıya kapılmaksızın vicdani ve mesleki görüşüne göre davranır.
- Acil hizmetlerin Hızır ambulans sistemi ile gerçekleştirilmesi: Acil durumlarda hastaya gitmeyen hekim taksirle ölüme sebebiyet suçundan sorumlu tutulmaktadır. Acil sorunlarda hekimin çağrıldığı durumlarda, medikal nedenlerden çok sosyal gerekçelerin geçerli olduğu bir çok deneyimle doğrulanmıştır. Tıp etkinliğinin günümüzde ulaştığı düzey ve Hızır ambulans sisteminin oturduğu yerlerde ivedi durumlarda hekim aramak yerine, hastayı en çabuk biçimde olanakları yeterli bir sağlık kuruluşuna transfer etmeyen kişilerin, hekimin hastayı reddiyle oluşacak suçtan yargılanmaları gerekir.

4. 7. 2. HASTA HAKLARI

Tarihsel gelişmeler, hastaların hekimlere karşı saygı beslemelerini, onların hekimin davranış ve tavsiyelerini sorgusuz sualsiz kabullenmesini doğurmuş, hekim-hasta ilişkisinde hekim tavsiyeleri, uyulması gereken mutlak emirler olarak algılanmaya başlamış, sonuçta hekimlik, “paternalistik” davranış gösteren baba rolünden bir tür otorite kaynağına dönüşmüş (Öztürkeri, 2004; 5), ya da otorite olarak algılanmaya başlanmıştır.

Günümüzde yakın dönemde ise Batı dünyasında ortaya çıkan eşitlik, bireysellik ve demokrasi gibi kavramlar sayesinde, hekim-hasta ilişkisindeki hekimin otorite konumuna karşı tepkiler ortaya çıkmaya başlamış, hastalar hekim ile kendi aralarında aynı düzeyde dengeli bir ilişki talebi içine girmişler; bunun sosyal alandaki ifade biçimi ise “Hasta Hakları” olmuştur (Öztürkeri, 2004; 5). Hasta hakları, hastaların hekimler ile olan ilişkilerinde eşitliği sağlayıcı bir işlev görerek, hastaların, kendi yarar/istekleri doğrultusunda davranabilmelerine aracılık etmektedir. Yasal haklar, yasalar tarafından korunmakta, etik haklar ise etik ilke ve kurallar tarafından korunmaktadır (Öztürkeri, 2004; 5).

Genel eğilim, hasta hakları kavramının ancak ve sadece bir tıbbi hata ile karşılaşıldığı düşünülen durumlarda gündeme getiriliyor olmasıdır. Bu yanlış algılama bir bakıma hasta hakları kavramının hayata geçirilmesine ilişkin olarak da ciddi sorunlar yaratmaktadır. Bir başka nokta ise hekimlerin, “hasta haklarını” kendi özlük haklarının karşısında bir grup hak olarak görme eğilimleridir. Bu eğilimin de, yaygın olduğu ölçüde hasta haklarıyla ilgili işlevselliği ve kabul edilme düzeyini zedeleyeceği açıktır. Hak kavramının algılanmasından, sağlık sisteminin yapı ve işleyişinden kaynaklanan gerekçelerle hasta haklarının ancak hak ihlali yaşandığı şüphesiyle ortaya çıkıyor olması, dolayısıyla hastanelerde kurulmakta olan hasta hakları birimlerinin de neredeyse sadece “şikayet birimleri” ne dönüşmüş bulunması, üzerinde ciddi biçimde durulması gereken bir gerçektir (Aksu ve Arda, 2005; 53-54). Bir diğer yanlış ise “hasta hakları” ile “hekim hatalarının” özdeş kabul edilmesidir. Oysa örneğin, hasta hakları içinde, hekim hatasına uğramamak gibi bir haktan söz etmek mümkün değildir.

Ülkemizde, 01.08.1998 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği”, insan hakları bütününe bir parçasıdır. Hasta Haklarından bazıları şöyle sıralanabilmektedir (Öztürkeri, 2004; 5-6);

1. Hastanın saygın, kaliteli, onurlu, nazik ve yeterli düzeyde tıbbi hizmet alma hakkı
2. Hastanın ayırım görmeden tıbbi hizmet alma hakkı
3. Hastanın, herhangi bir dış müdahaleden etkilenmeden çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkı
4. Hastanın genel kabul gören bilimsel teknik ve bilgilerle tedavi görme hakkı
5. Hastanın, sağlık durumuyla ilgili gelişmiş en son tıbbi bilgileri alma hakkı
6. Hastalar arasında bir seçimin gerekli olduğu hallerde tüm hastaların haklarına riayet edilmeli ve seçim tıbbi kriterlerle ayırım yapılmaksızın gerçekleştirilmelidir
7. Hastanın, tıbbi tedavi ve kontrolünün devamlı olmasını bekleme hakkı
8. Hasta, hekimini seçme hakkına sahiptir
9. Hasta, müdahalenin her aşamasında başka bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir
10. Hastanın, kendisiyle ilgilenen sağlık personelinin kimlik ve ünvanlarını bilmeye hakkı vardır
11. Hastanın, tıbbi müdahaleden önce bu işlemi kabul edip etmediğine dair karar vermeye hakkı vardır. Bu karar, hastanın tıbbi müdahale hakkında tam olarak bilgilendirilmesinden sonra alınmalıdır (Aydınlatılmış Onam)
12. Karar verme kapasitesine sahip hasta tıbbi müdahaleyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir (Karar verme kapasitesi kuşkusuz ayrı bir konudur)
13. Tıbbi müdahaleyi kabul ya da reddedebilmesi için hastanın bilgilendirilmesi gerekir. Bilgilendirme sırasında müdahalenin amaç ve niteliği, yarar ve riskleri, sonuçları, ret durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında hastaya açıklamada bulunulmalıdır
14. Hastanın hekim tarafından kendisine sunulan tıbbi işlemin alternatiflerinin olup olmadığını bilmeye hakkı vardır
15. Hastanın tıbbi müdahaleyi reddetmesi halinde uygun tedavi ya da başka bir sağlık kurumuna sevkini istemeye hakkı vardır
16. Hastanın, tercihlerini etkileyecek hastane politikalarını bilmeye hakkı vardır

17. Hasta araştırma ve eğitim çalışmalarına katılmama hakkına sahiptir. Katılmayan hastaların, tedavilerinin aynı şekilde sürdürülmesini beklemeye hakkı vardır
18. Hastanın kabul ettiği tıbbi müdahalenin kısa uzun vadeli maddi yükünün ne olacağını; ödeme yöntemlerini bilmeye hakkı vardır.
19. Hasta tıbbi kayıtlarını inceleme ve elde edebilme hakkına sahiptir
20. Hastayı bilgilendirmenin onun sağlığı üzerinde olumsuz etkisinin olacağı düşünülüyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir. Ancak bu durumlar istisnai durumlar olarak kabul edilmelidir
21. Hastanın bilgilendirilmesi onun anlayabileceği bir dille ve bulunduğu sosyal ve kültürel özellikler göz önüne alınarak yapılmalıdır. Gerektiğinde tercüman kullanılabilir
22. Hastalar bir başkasının yaşamını ilgilendirmediği sürece bilgilenmeme hakkını kullanabilirler
23. Hastanın, şikayet için başvurabileceği, haklarını arayabileceği etik kurul, hasta temsilcisi ya da diğer mekanizmalar hakkında bilgi almaya hakkı vardır
24. Hastanın, tıbbi bilgilerinin gizliliğinin korunmasını beklemeye hakkı vardır. Bu bilgiler, hastanın ölümünden sonra bile korunmalıdır
25. Hastaya ait bilgiler ya hastanın izni ya da mahkemenin kararı ile verilebilir. Hastanın izni olmadan, sadece onunla ilgilenen sağlık personeli hasta ile ilgili bilgileri öğrenebilir
26. Hasta yakınlarının bu bilgileri öğrenme hakkı tıbbi risklerin öğrenilmesi gereken özel durumlarda söz konusu olabilir
27. Hastaya ait bilgilerin gizliliği kavramı, insana ait ürünlerin (kan vb.) gizliliğini de kapsar
28. Hastalar, kendilerinin yerine kimin bilgilendirileceği ve karar vereceğini belirleme hakkına sahiptir
29. Hastanın isteğine karşı olarak yapılan tıbbi müdahaleler yasaların izin verdiği ölçüde ve etik kurallar göz önüne alınarak ancak çok özel durumlarda söz konusu olabilir
30. Bilinci kapalı olan, çocuk ya da mental yeterliliği olmayan hastanın aydınlatılmış onamı yasal temsilciden alınmalıdır. Bununla beraber, durumları izin verdiği

sürece aydınlatılmış onam işlemine katılmaları sağlanmalıdır. Yasal yeterliliği olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, yasal temsilcisinin verdiği kararları reddetmeye hakkı vardır

31. Hastanın yasal temsilcisinin olmadığı acil durumlarda hastanın aksi yönde düşüncesini belirten bir belge önceden yoksa hastanın onayı varsayılarak tıbbi müdahale yapılabilir. Acil durumlarda hekim hastanın yararına olacak şekilde davranır. İntihar girişiminin bulunduğu durumlarda bilinci kapalı hastaya, hekim kurtarıcı tıbbi müdahalede bulunur
32. Yasal temsilcinin ya da hastanın tespit ettiği kişinin kararı, tedaviyi reddetme şeklinde ise ve hastanın yararı için tıbbi müdahale kaçınılmaz ise müdahale için yasal izin alınabilir.
33. Hasta, tedavi ve bakımını etkileyebilecek hastane, eğitim kurumları, sağlık çalışanları ve finansman kaynakları arasındaki ilişkileri bilme hakkına sahiptir
34. Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesini beklemeye hakkı vardır. Vaka tartışmaları, konsültasyon, muayene ve tedaviler hastanın mahremiyetini koruyacak tarzda yapılmalıdır
35. Hastanın bilincini yitirdiği zamanda tıbben ne yapılması gerektiğini belirten tıbbi vasiyet bırakmaya hakkı vardır. Hasta kayıtlarına bu yazılmalıdır. Eğer, hastanenin bu hakkı sınırlandırıcı bir politikası varsa bu hastaya bildirilmelidir
36. Hastanın, sorduğu soruların yanıtlanmasını beklemeye hakkı vardır
37. Hastanın, haklarını savunacak bir avukattan yararlanmaya hakkı vardır
38. Taburcu olmadan en az bir gün önce taburcu olacağını öğrenmeye hakkı vardır
39. Hastaların, kurumda kalacağı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler hakkında bilgilenmeye hakları vardır
40. Hastaların onurlu bir şekilde ölmeye hakları vardır.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğünde 2006 yılında İzmir’de bulunan 24 hastanedeki 1796 hekim üzerinde yapılan çalışma ile hekimlerin, hasta hakları karşısındaki tutumlarının ölçümü yapılmış ve sonuç olarak hekimlerin;

- % 92.8 i hasta haklarının olması gerektiğine inandıklarını,
- % 44.3 ü hasta hakları uygulamalarının hekim haklarına engel olduğunu,
- % 47.3 ü hasta hakları uygulamalarının hekim çalışmalarını zorlaştırdığını,

- % 38.5 i hasta hakları uygulamalarının hekim motivasyonunu olumsuz yönde etkilediğini,
- % 89.2 si hastaların haklarına saygılı davrandıkları düşüncesinde olduğunu,
- % 45.8 i hastalarının haklarını zaman zaman istemeyerek ihlal ettiklerini düşündüğünü,
- % 90.9 u hastalarının insani değerlerine saygı göstermeye çalıştığını,
- % 96 sı hastalarına şartların elverdiği ölçüde tıbbi özen göstermeye çalıştığını,
- % 77 si hastalarına kendisini tanıttığını,
- % 87.8 i hastalarını yeterince bilgilendirdiğini,
- % 92.9 u herhangi bir tıbbi girişim öncesi hastalarının onayını aldığını,
- % 92 si hastalarının mahremiyetine saygı göstermeye çalıştığını,
- % 61.7 si hastaları ile iletişim kurma konusunda zaman zaman güçlükler yaşadığını,
- % 81.7 si hastaları ile empati kurduğunu,
- % 81.8 i hastaların sorumlulukları olması gerektiğine inandığını,
- % 33.1 i hastaların sorumluluklarına uygun davrandığını,
- % 36.8 i hastaların sağlıkları ile ilgili hekim önerilerine uyduğunu,
- % 31 i hastaların sağlık durumları ile ilgili yeterli bilgi verdiğini,
- % 30.8 i hastaların hastane kurallarına uyduğunu,
- % 39.7 si hastalarının tanı ve tedavi sürecinde yeterli işbirliği gösterdiğini,
- % 44.9 u kendileri hasta olduklarında, kendi haklarının ihlal edildiğini,
- % 75.6 sı hasta haklarının aynı zamanda kendi hakları olduğunu düşündüğünü,
- % 24 ü ise hasta haklarının aynı zamanda kendi hakları olduğunu düşünmediğini ifade etmişler ve “Hekim Haklarının” gözardı edilmemesini ve tek taraflı hakkın ön plana çıkarılmaması gerektiğini vurgulamışlardır (İzmir İl Sağlık Müd. 2006; 5).

4. 7. 3. HASTANIN HEKİMLİK SÖZLEŞMESİNDEN KAYNAKLANAN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Hastanın yükümlülükleri, hasta hakları kavramının karşıtı bir konu değildir. Hastanın sahip olduğu haklara ve bunların da en başında gelen iyileşme hakkına sahip olabilmesi için mevcut bulunan yükümlülükleridir. Bu itibarla aslında hastanın yükümlülükleri de

hasta hakları ile yakından ilişki içinde bulunmaktadır. Hastanın hekimlik sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Hakeri, 2005; 130-134);

1. İşbirliği Yükümlülüğü: Etkili ve başarılı bir tedavi hastanın işbirliği olmaksızın mümkün olamaz. Hasta kural olarak işbirliğine zorlanamaz. Ancak işbirliği yapmamasının hukuksal sonuçlarına katlanmak durumunda kalır. İşbirliğinden kasıt düzenli konsültasyon, ilaçların düzenli alınması, diyetle uyulması vs. dir. Bu itibarla işbirliği hekimin talimatlarına uymaktan ziyade, tedavinin başarısı için hastanın da çaba göstermesidir. Şikayetlerin ve rahatsızlıkların tasvir edilmesi de işbirliği yükümlülüğü kapsamındadır. Ancak işbirliği yükümlülüğünün önem kazandığı husus daha çok hekim tavsiyelerine uyulmamasıdır. Bunun nedenlerinin başında hastanın kişiliği gelmekle beraber, hastalığın baskısının ağır olmaması, ilaçların yan etkisinden çekinme veya ilaç sayısının fazlalığı gelmektedir. Bununla beraber, hekimin de hastanın işbirliği arzusunu engellemesi mümkündür. Örneğin hastaya ilgi gösterilmemesi, yeterli bilgi verilmemesi veya aşırı otorite gibi. Hastanın işbirliği yükümlülüğüne uymaması, örneğin diyetle uymaması, spor yapmaması veya sigara yasağına uymaması durumunda tedavinin başarısızlığının sorumlusu hasta olur, zira hekim hastayı bunları yapmaya zorlayamaz. Ancak hastanın işbirliği yükümlülüğüne uymaması, hekimi bunun nedenlerini araştırmak ve hastayı işbirliğine teşvik etmek yükümlülüğünden kurtarmaz.

2. Hastanın Hekimin Tavsiyelerine Uyma Yükümlülüğü: İşbirliği yükümlülüğünün bir parçasını da, hastanın hekimin tavsiyelerine uyma yükümlülüğü oluşturmaktadır. Hekim kural olarak, hastanın kendi tavsiyelerine, talimatlarına uyduğunu kabul edebilir. Yapılan araştırmalar, hastaların % 30 ile % 50 si arasında değişen bir sayıda, hekimlerin talimatlarına uymadığı ve bu oranın yüksek tansiyon hastalarında % 80 e ulaştığını göstermektedir. Bu da her iki hekimden birinin zamanını boşa geçirdiği anlamına gelmektedir. Hekim hastasını teşhisin doğruluğu ve yazdığı ilaçların bu hastalık için en etkili ilaçlar olduğu konusunda ikna etmelidir. Araştırmalar göstermektedir ki, hekimden veya tedaviden memnun kalmayan hastalar, hekim tavsiyelerine, memnun hastalara nazaran daha az uymaktadırlar. Hekim tavsiyeleri, ne kadar basit ve hastanın günlük yaşamını ne kadar az değiştiriyorsa, o kadar tutulmaktadır. Karışık hekim tavsiyeleri, değişik ilaçlardan günün değişik zamanlarında alınmasına ilişkin tavsiyeler ise zamanla

unutulmakta ve hasta istese de tavsiyelere uyamamaktadır. Tavsiyelere uyulmaması konusunda hekimin de zaman zaman hataları olmaktadır. Hekim işbirliği yapılmamasına bazen aşırı tepki göstermektedir. Hasta ile konuşmak ve ikna etmek yerine aşırı bir tepki gösterilmesi, çoğu kez tavsiyelere uyulmamasının da nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Hastanın tavsiyelere uymaması durumunda tedavinin başarısızlığı söz konusu olursa, hekimin tazminat yükümlülüğü söz konusu olmaz.

3. Katlanma Yükümlülüğü: Hekimden tedavi tedbirlerini isteyen kimse, hekimlik sözleşmesi gereğince tedavi veya ameliyatın başarılı olmasını sağlamak için her şeyi yapmakla da yükümlüdür. Hekimin tıbbi müdahalesinde başarılı olabilmesi için hastanın muayeneye ve müdahaleye katlanması gerekir. Katlanma yükümlülüğü, hastanın pasif işbirliği yükümlülüğüdür. Hastanın tıbbi müdahaleye katlanmaması, sözleşme ihlali teşkil eder. Ancak hasta, istemediği bir tıbbi müdahaleye katlanmak yükümlülüğü altında değildir. Hekimin bunu hukuksal yollarla zorlaması da mümkün değildir. Ancak hekim başka teşhis veya tedavi yolları önermek durumundadır.

4. Hastanın Bildirme Yükümlülüğü: Kural olarak, öykü alınması, muayene ve teşhis sırasında, hekim hastasına önceki hastalıklarını ve hassasiyetlerini, alerjilerini, ameliyatlarını, kazaları, hamilelik durumunu, varsa alkol bağımlılığını sormak durumundadır. Hasta bunları bilinçli olarak bildirmiyorsa hekimlik sözleşmesini ihlal etmiş olur. Hastanın bildirme yükümlülüğünü yerine getirmemesi hekimin sözleşmeden kaynaklanan sorumluluğunu kısıtlayabileceği gibi, duruma göre tümüyle de ortadan kaldırabilir.

5. Ücret Ödeme Yükümlülüğü: Özel sektörde veya serbest olarak çalışan hekimlere başvuran hastalar için geçerli olan bu yükümlülükte, hasta, hekime gördüğü hizmet karşılığında bir ücret ödemekle yükümlü olmakta ancak bu yükümlülüğü yerine getiremeyen hastaların zorla alıkonulması ceza hukuku sorumluluğunu gerektirmektedir. Dolayısıyla bu kimselerden ancak borçlu olduklarına ilişkin bir belge alınabilmekte, rehin tutulma vs. ise hürriyeti tahdit suçunu oluşturmaktadır.

Yukarıda kısaca anlatılmaya çalışılan, hastanın, işbirliğine ikna edilmesi, hekim tavsiyelerine uymasının sağlanması, bildirimde bulunması gibi yükümlülükleri, sonuçta dolaylı olarak hekim açısından bir yükümlülük halini almaktadır.

5. BÖLÜM

İŞ DOYUMU VE TÜKETİCİ TATMİNİ İLİŞKİSİ

KAMU VE ÖZEL KESİM SAĞLIK HİZMETLERİNDE

HEKİMLERİN İŞ DOYUMUNUN HASTA TATMİNİNE ETKİSİ

ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

Ülkemizde sağlık hizmetleri çok farklı kurumlar tarafından verilse de genel olarak devlet ve özel sektör tarafından verilen sağlık hizmetlerinde, işgörenler olarak hekimlerin iş doyumunun, bu iki kesim arasında farklılıklar olacağı göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerinin müşterisi durumunda olan hastaların da buna bağlı olarak tatminleri farklılaşabilecektir. Bu nedenle “İş Doyumu ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” olan bu tezin amacı üç kısma ayrılabilir. Bunlar;

1. Kamu ve özel sektörde görev yapan hekimlerin iş doyumlarının belirlenmesi ve her iki kesimdeki hekimlerin iş doyumları arasında varsa farklılıkların ortaya konulması,
2. Kamu özel sektör sağlık kuruluşlarından hizmet alan hastaların tatmininin belirlenmesi ve her iki kesimden hastaların tatminleri arasında varsa farklılıkların ortaya konulması,
3. Kamu ve özel sektörde görev yapan hekimlerin iş doyumlarının, yine kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların tatminine etkisinin araştırılmasıdır.

İhtiyaç, temel bir tatminden hissedilen yoksun olma durumu olarak tanımlandığına, ve tatminden yoksunluk durumunun ihtiyacı ortadan kaldıramayacağı düşünüldüğünde, tatmin olmamış bir hastanın sürekli olarak hizmet aldığı hekimi ve/veya hastaneyi değiştirerek, tatmin olana kadar hizmet talep etmesi söz konusu olabileceğinden, sağlık hizmetleri gibi çok yüksek maliyetlere katlanılarak gerçekleştirilen bu hizmet için hekimlerin iş doyumunu özel bir önem arzetmektedir. Çalışanların iş doyumunun müşteri tatminini etkileyeceği, işinden tatmin olmayan çalışanların aynı zamanda tatmin olmamış

müşteriler yaratacağı gözönüne alındığında, özellikle sağlık hizmetleri gibi hayati öneme sahip bir sektörde konunun önemi daha da artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkin bir şekilde verilebilmesi de çalışanların iş doyumuna bağlı olarak gerçekleşeceğinden, iş doyum ve müşteri tatmini, öncelikle ülke kaynaklarının heba olmaması için, üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Diğer taraftan, pek çok sayıda işletme çalışanlarla ilgili çeşitli göstergeleri ölçmekte ama bunlardan çok küçük bir kısmı hem müşteri hem de işgörenler ile ilgili ölçümleri bir arada beraberce değerlendirmektedirler (Naumann vd. , 2001; 40). Gerek iş doyum, gerek hekimler üzerine yapılan iş doyum çalışmasının ve ayrıca müşteri tatmini ve hasta tatmini ile ilgili çalışmaların çok fazla sayıda olmasına rağmen, ülkemizde, hekimlerin iş doyumunun hasta tatminine etkisi üzerine yapılan çalışmaların olmaması, özellikle ülkemiz koşulları açısından mevcut kaynağı, ilgili iki konuda ve bu iki konunun birbiri ile ilişkisi açısından önemli bir kaynak haline getirebilecektir. Bu nedenle, ülkemizde sürekli artan hasta tatminsizliğinin, varsa hekimlerin iş doyum ile ilişkili olarak hangi nedenlerden kaynaklandığının ortaya konulması da konunun önemini ortaya koymaktadır.

5. 2. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Alan araştırması çalışmasında birinci elden toplanan veriler kullanılmış, veri toplama yöntemi olarak da anket tekniği kullanılmıştır. Çalışmanın sonunda elde edilen veriler, istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir.

5. 2. 1. ÖRNEKLEM VE VERİ TOPLAMA

Alan çalışmasında örneklem kapsamında İzmir ilinde faaliyet gösteren bir devlet hastanesi ve bir özel hastane seçilerek, burada hizmet veren hekimler ile yine aynı hastanelerden poliklinik hizmeti alan hastalara anket uygulanmıştır. Böylece, devlet hastanesinde çalışan hekimlerin iş doyumları ile devlet hastanesinden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri ve özel hastanede çalışan hekimlerin iş doyumları ile özel

hastaneden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri ölçülerek, bu iki sektör arasında bir karşılaştırma yapılmaya çalışılmıştır.

Toplamda 408 hasta ile 85 hekim üzerinde anket çalışması gerçekleştirilmiştir. 408 hastanın 306 sı aynı devlet hastanesinin polikliniklerinden, 102 si ise yine aynı özel hastanenin polikliniklerinden hizmet alan hastalardan oluşmaktadır. 85 hekimin 60 ı aynı devlet hastanesinde, 25 i ise yine aynı özel hastanede hizmet veren hekimlerden oluşmaktadır. Anket çalışması gerek hekimler gerekse hastalar ile birebir yüzyüze yapılan bir çalışma ile sonuçlandırılmış, bu nedenle anketlerin geri dönüşü konusunda herhangi bir sorun yaşanmamıştır.

5. 2. 2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

İş doyumu araştırmalarının başarı koşulları, diğer tutum araştırmalarında olduğu gibi araştırma metodolojisi, ölçeği ve bakış açısı ile yakından ilgilidir (Tak, 2002; 20). Hekimlerin iş doyumuna etki eden faktörler mevcut tezin 3. bölümde kapsamlı bir şekilde ele alınmış, ancak bunlardan özellikle Shugars vd. (1991), Wells vd. (1999), Williams vd. (2002), Roth vd. (2003) nin çalışmalarında kullandıkları ölçeklerden faydalanılmıştır. Buna göre hekimlerin iş doyumunu ölçmeye yönelik olarak hazırlanan anket soruları kapsamında bağımsız değişkenler olarak ;

1. Şahsa ait zaman,
2. Stres,
3. Mesleki Saygınlık,
4. Ücret ve Terfiler,
5. İş Ortamı,
6. Personel Durumu,
7. Yönetim Uygulamaları,
8. Profesyonel İlişkiler,
9. Profesyonel Zaman,
10. Hastaya Verilen Hizmet,
11. Hasta ile İlişkiler,

belirlenmiş, hekimlerin iş doyumu ise “bağımlı değişken” olarak ele alınmıştır. Anket formunun hazırlanmasının ardından sorular, gerek devlet gerekse özel sektörde hizmet veren hekimlere yöneltilerek görüşleri alınmış, daha sonra anket formu son halini almıştır. Alan çalışmasından önce bu konuda uzman kişilerin görüşlerinin alınmasının nedeni, soru formunun anlaşılabilirliğinin ve güvenilirliğinin sağlanmasıdır. Hekimlere iş doyumunun belirlenmesi amacıyla hazırlanan anket formunda 59 adedi 5’li likert tipi olmak üzere toplam 74 soru yöneltilmiştir.

Hekimlerin iş doyumunun ölçülmesinde göze çarpan önemli bir nokta ise diğer iş kollarında iş doyumu ölçümlerinde söz konusu olmayan; “müşteri ile ilişkiler” ve “müşteriye verilen hizmetten doyum” gibi unsurların hekimlerin iş doyumunda önemli rol oynaması ve “hasta ile ilişkiler” ile “hastaya verilen hizmetten tatmin” olma gibi iki boyutun ele alınmış olması özellikle dikkate değerdir. Hekimlerin iş doyumu literatürde, genellikle mevcut sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin verildiği çevre ve hasta bakımı ile ilişkilendirilmekte, yüksek derecede iş doyumu ise hekim-hasta uyumu ile birlikte anılmaktadır (Kirsten vd. , 2004; 1806; Williams vd. , 1999; 1141; Grembowski vd. , 2003; 383).

Müşteri tatmini ile ilgili yapılan çalışmalarda ise tatmin ile ilgili boyutların ve değişkenlerin sektörden sektöre pek çok farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Adebanjo, 2001; Mihelis v.d., 2001; Schellhase v.d., 2000; Sharma v.d., 1999; Bejou v.d. 1998). Hasta tatmininin ölçümünde ise; Langen ve arkadaşları, hasta tatminini ölçen araçların değişkenlik gösterdiğini, bu konuda herhangi bir “altın standart” bulunmadığını ve bunun metodolojik bir sorun yarattığını bu yüzden çalışmalararası karşılaştırma yapmanın da çok zor olduğunu belirtmişlerdir (Langen vd. , 2006; 119). Bununla birlikte mevcut tezin 4. bölümünde kapsamlı şekilde ele alınan ve çok çeşitli yazarların hasta tatmini için belirlemiş olduğu kriterlerden, bu araştırma için en uygun olanlar ve ayakta sağlık hizmeti alan hastalar için 11 kriter belirlenmiştir. Tezin esas amacı hekimlerin iş doyumunun hasta tatminine etkisi olduğundan, kriterler bu amaca uygun olarak seçilmiş ve hasta tatminini belirleyen bağımsız değişkenler olarak;

1. Süre: Hastaların muayene süresi ve bekleme süresi
2. İlgi: Hastaya hekim tarafından gösterilen ilgi,

3. Bilgilendirme: Hekim tarafından hastanın bilgilendirilmesi,
4. Nezaket: Hekimin hastaya gösterdiği nezaket,
5. Tutum: Hekimin hastaya karşı tutum ve davranışları,
6. Güven: Hastanın hekime ve sağlık sistemine olan güveni,
7. Erişim: Hastanın istediği hekime, istediği zaman ulaşabilme durumu,
8. Empati: Hasta tarafından hekimin empati sahibi olarak algılanıp algılanmadığı,
9. Ortam: Hastanenin fiziksel ve psikolojik ortamı,
10. Bürokratik işlemler: Bürokratik işlemler,
11. Personel: Yardımcı personelden memnuniyet,

belirlenmiştir. Hastanın hizmet aldığı “ortam”, “bürokratik işlemler” ve “diğer yardımcı personelden almış olduğu hizmet”, aynı zamanda hekimlerin de iş doyumunda etkili olmakta ve hasta-hekim iletişimini ve etkileşimini de dolaylı veya dolaysız, olumlu veya olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Ayrıca hastaların aldıkları hizmetten tatminini etkileyebilen “hastanın yaşam doyumu” ise sayılan 11 kriterin içinde yer almamasına rağmen yapılacak yorumlarda yardımcı olabileceği düşünülerek, ayrı bir şekilde değerlendirmeye alınmıştır.

5. 2. 3. ANALİZ YÖNTEMLERİ

Anket verileri SPSS 13.0 paket programı ve Mini-Tab yardımı ile çeşitli istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Ankette kullanılan ölçeklerin güvenilirliği “Cronbach Alpha” değerlerine bakılarak test edilmiştir. Anket sorularının analizinde korelasyon analizi, çapraz tablolar, ki-kare, mod medyan testi, T testi, anova, tek yönlü varyans analizi, stepwise regresyon analizi kullanılmıştır.

5. 2. 3. 1. ANKETİN GÜVENİLİRLİĞİ

Anketin güvenilirliği, değişkenlerin, analizde kullanılmadan önce ölçeğin tutarlılığını ortaya konması amacıyla yapılması gereken bir testtir. Güvenilirliğin ölçülmesinde en sık kullanılan yöntem ise Alfa yöntemidir (Cronbach Alfa Katsayısı) (Nakip, 2006; 145). Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ortaya çıkan değerler, her bir bağımsız değişkeni ölçmeye yönelik gruplamalar için 0,70 ve üstü değerleri verdiğinden, ankette kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

5. 2. 3. 2. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Hekimlerin, klinik hizmeti veren, yani hastaya birebir yüzyüze hizmet veren branşlarda olmasına dikkat edilmesi gerektiğinden ve preklinik branşlarda hizmet veren hekimlerin hasta tatmininde “dolaylı” etkileri olacağı düşünüldüğünden, preklinik branşlarda hizmet veren hekimler, araştırma kapsamına dahil edilmemişlerdir. Bu nedenle patoloji, farmakoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, histoloji, anatomi, genetik (kısmen), fizyopatoloji, fizyoloji vb. gibi preklinik dallarda sağlık hizmeti veren hekimler, araştırma kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Diğer bir kısıt ise hizmetin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmet bir süreç olarak ele alındığında, hastanın değerlemeleri bu süreç boyunca değişebilmekte sabit kalmamaktadır. Diğer taraftan anket sorularının gerçek davranışlardan ziyade ifade edilmiş olan tercihlere dayanması da tam bir ölçümleme yapıldığına dair kuşkuları her zaman arttırmaktadır (Hundley ve Ryan, 2004; 557). Ayrıca, hastanın daha önceki hastane veya hastalık deneyimleri veya özel hayatında yaşamış olduğu “kritik olaylar”, hastanın algılamalarını, beklentilerini ve tatminini etkileyeceğinden, özellikle kapalı uçlu sorularla yapılan hasta tatmini araştırmaları birçok değişkenin gerektiği kadar yansıtılabilmesine, özellikle kritik olayların açığa çıkarılmasına da engel teşkil edebilmektedir (Thomas, 2003; 40). Yani kapalı uçlu sorular, hastalara sansür niteliğinde olabilmekte ve hastaların ifadelerine limitler getirebilmektedir. Williams da, yüksek derecede memnuniyetle sonuçlanan sağlık hizmetlerinde bile, hastaların ilişkilerde mutlaka iyi deneyimler yaşadığı anlamına gelmediğini, diğer taraftan tüm hastaların negatif deneyimlerinin olduğunu, ancak bunların beklentilerinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin bir sonucu olarak değerlendirilemeyeceğini ayrıca beklentilerin de akışkan ve esnek olduğunu belirtmektedir (Williams vd. , 1998; 1358). Yani hem hastanın değerlemeleri süreç boyunca değişebildiğinden hem de bu süreç boyunca hasta beklentilerinin esnek ve akışkan bir özellik göstermesi, araştırmanın handikaplarını da işaret etmektedir.

Ayrıca, araştırmanın verileri, yalnızca bir devlet hastanesi ve bir özel hastaneden toplandığından, sonuçların tüm Türkiye’deki hekim ve hastalara genelleştirilebilmesi için

araştırma verilerinin daha fazla sayıda devlet hastanesi ve özel hastanelerden toplanarak hipotezlerin yeniden test edilmesine gereksinim bulunmaktadır.

5. 3. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE ANALİZİ

Araştırmanın bulguları hekimler ile ve hastalar ile ilgili olmak üzere öncelikle iki kısımda ele alınmıştır.

5. 3. 1. HEKİMLER İLE İLGİLİ BULGULAR

5. 3. 1. 1. HEKİMLER İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Hekimlerin Yaş Durumları

Ankete katılan 85 hekime yaşları sorulmuş ve katılımcılardan 80 hekim yaşını belirtmiştir. Ankete katılan ve yaş ile ilgili soruya geçerli cevap veren hekimlerin yaş aralığı 28-68 arasında değişmekte olup, 35 ila 42 yaş arası yoğunluk kazanmaktadır.

Hekimlerin Cinsiyeti

Ankete katılan hekimlerin cinsiyetini saptamaya yönelik bu soruya toplam 82 hekim cevap vermiş, cevap veren hekimlerin 46'sı (%56,1) erkek, 36'sı ise (%43,9) kadındır.

Hekimlik Mesleğinin Kaç Yıldır İcra Edildiği

Ankete katılan 85 katılımcıdan 83'ü mesleği kaç yıldır icra ettiğini belirtmiştir. 83 hekimin mesleği ortalama icra yılı 16,33'tür (yaklaşık 17). Ankete katılan hekimlerin mesleği icra yılları 2 yıl ile 41 yıl arasında değişmektedir. Ankete katılan hekimlerin büyük çoğunluğu 10-20 yıl arasında bir süredir bu mesleği icra etmektedirler. Ortalama sapma ise 7,32 yıldır.

Hekimlerin Aylık Ortalama Gelir Durumu

Hekimlerin aylık ortalama gelir durumları aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 5.1. Hekimlerin Aylık Ortalama Gelir Durumu

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
1000-1500 YTL	7	8,2	8,6	8,6
1501-2000 YTL	8	9,4	9,9	18,5
2001-2500 YTL	8	9,4	9,9	28,4
2501-3000 YTL	10	11,8	12,3	40,7
3001-3500 YTL	17	20,0	21,0	61,7
3501-4000 YTL	4	4,7	4,9	66,7
4001-4500 YTL	8	9,4	9,9	76,5
4501-5000 YTL	2	2,4	2,5	79,0
5001-5500 YTL	2	2,4	2,5	81,5
5501-6000 YTL	6	7,1	7,4	88,9
6001 YTL ve üzeri	9	10,6	11,1	100,0
Toplam	81	95,3	100,0	
Boş	4	4,7		
Toplam	85	100,0		

Hekimlik Mesleğini Seçme Nedenleri

Hekimlere bu mesleği seçme nedenleri sorulmuş ve kararlarında etkili olan kriterleri (birden fazla olabilmek üzere) belirtmeleri istenmiştir. Hekimlerin bu mesleği seçmelerinde ilk kriter olarak idealizm, ikinci sırada saygı ve prestij, üçüncü sırada ise ailenin ısrarı etken olarak gösterilmiştir.

Tablo 5.2. Hekimlik Mesleğini Seçme Nedenleri

	Evet	Hayır	Geçerli yüzde
İdealizm	44	39	53
Saygınlık ve Prestij	35	48	42,2
Aile İsrarı	20	63	24,1
Yüksek Gelir Beklenti	17	66	20,5
Aile Mesleği Oluşu	5	78	6
Tesadüfi olarak	4	79	4,8

Kuruma Göre Hekimlerin Günde Ortalama Hizmet Verdikleri Hasta Sayısı

Aşağıdaki tablodan da görülebileceği gibi devlet hastanesinde görev yapan hekimlerin % 42,9 u gün içerisinde 61 ve daha fazla sayıda hastaya hizmet verirken, özel hastane hekimlerinin sadece % 4 ü 61 ve daha fazla sayıda hastaya hizmet vermektedir.

Tablo 5.3. Kuruma Göre Hekimlerin Günde Ortalama Hizmet Verdikleri Hasta Sayısı

		1-10 Hasta	11-20 Hasta	21-30 Hasta	31-40 Hasta	41-50 Hasta	51-60 Hasta	61 den fazla Hasta	Toplam
Devlet	Frekans	4	5	2	3	6	12	24	56
Devlet	Yüzde	7,1	8,9	3,6	5,4	10,7	21,4	42,9	100
Özel	Frekans	14	7	3				1	25
Özel	Yüzde	56	28	12				4	100

Çalışılan Kuruma Göre Hekimlerin Motivasyon Kaynakları

Aşağıdaki tabloda özel hastane ile devlet hastanesi hekimlerinin mesleklerini yaparken onları motive eden etkenlere göre dağılımları gösterilmiştir. Ankete katılan 85 hekimden % 90,6 sını oluşturan 77 hekim her iki soruya da geçerli yanıt vermişlerdir.

Tablo 5.4. Çalışılan Kuruma Göre Hekimlerin Motivasyon Kaynakları

		Maddi	Manevi	Kariyer	Hepsi	Hiçbiri	Toplam
Devlet	Frekans		22		24	6	52
Devlet	Yüzde		42,3		46,2	11,5	100
Özel	Frekans	3	6	1	14	1	25
Özel	Yüzde	12	24	4	56	4	100

Hekimlerin Hastaları İle İlişkilerde Karşılaştıkları Sıkıntılar

Hekimlerin hastaları ile ilişkilerinde en çok karşılaşılan sıkıntıları 1: en önemli ve 5: en önemsiz olmak üzere sıralamaları istenmiştir. Buna göre elde edilen değerler aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 5.5. Hekimlerin Hastaları ile İlişkilerde Karşılaştıkları Sıkıntılar

Hasta ile ilişkilerde karşılaşılan sıkıntılar	N	Boş	Mod	Toplam
Hastaların tıbbi konulara olan gereksiz müdahaleleri	74	11	5	268
Hastaların hekimlere karşı önyargılı olumsuz tutumları	75	10	1	201*
Hastalar tarafından fazladan ve gereksiz yere meşguledilmek	74	11	3	219
Hastaların eğitim düzeyinin ve iletişim yeteneklerin yetersiz	77	8	1	193*
Hastaların içinde bulundukları olumsuz psikolojik durum	75	10	4	237

Tabloda toplam* değeriyle katılımcıların her bir ifadeye verdikleri toplam önem derecesi yer almaktadır. Mod değerlerine bakıldığında, hekimler en önemli sorunlar olarak; “hastaların eğitim düzeyinin ve iletişim yeteneklerinin yetersizliği” ile “hastaların

hekimlere karşı önyargılı olumsuz tutumlarını” belirtmişler, fakat bu ikisi arasında “eğitim düzeyi ve iletişim yetersizliğini” ilk sıraya koymuşlardır.

Hekimlere Göre Daha Yüksek Beklenti İçinde Olan Hasta Grubu

Hekimlere, hangi eğitim seviyesindeki hastaların hizmet konusunda daha yüksek beklenti içinde oldukları sorulmuş ve yüksek eğitilmiş hastaların (%46.8) beklentilerinin daha yüksek düzeyde olduğu yönünde yanıt alınmıştır.

Tablo 5.6. Hekimlere Göre Daha Yüksek Beklenti İçinde Olan Hasta Grubu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif Yüzde
Eğitim Seviyesi Düşük Olan Hastalar	17	20,0	21,5	21,5
Orta Eğitim Düzeyine Sahip Hastalar	25	29,4	31,6	53,2
Yüksek Eğitilmiş Hastalar	37	43,5	46,8	100,0
Toplam	79	92,9	100,0	
Boş	6	7,1		
Toplam	85	100,0		

Özel Hastane ve Devlet Hastanesi Hekimlerinin Hasta Kütlelerinin Sosyo-Ekonomik Durumu

Hekimlere çalıştıkları kurumda hizmet verdikleri hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri sorulmuştur. 85 hekimin % 88,2 sini oluşturan 75 hekim her iki soruya da geçerli yanıt vermiştir.

Tablo 5.7. Kuruma Göre Hasta Kütlelerinin Sosyo-Ekonomik Durumu

		Alt sosyo-eko	Orta sosyo-eko	Üst sos-eko	Toplam
Devlet	Frekans	49	5		54
Devlet	Yüzde	90,7	9,3		100
Özel	Frekans	1	12	8	21
Özel	Yüzde	4,8	57,1	38,1	100

Yukarıdaki tabloda özel hastane ve devlet hastanesi hekimlerinin çalıştıkları kurumdaki hastaların sosyo-ekonomik durumuna göre dağılımlarını gösteren çapraz tablo görülmektedir. Buna göre devlet hastanesi hekimlerinin % 90,7 si alt sosyo-ekonomik gruptan bireylere hizmet verirken, özel hastane hekimlerinin % 57,1 orta, % 38,1 i üst sosyo-ekonomik gruptan bireylere hizmet vermektedirler.

5. 3. 1. 2. HEKİM GRUPLARINDA LİKERT TİPİ SORULAR İÇİN Kİ-KARE

BAĞIMSIZLIK TESTİ

Aşağıdaki tabloda hekimlerle ilgili 59 adet likert tipi soruya verilen cevaplar, frekans ve geçerli yüzdeleri ile tanımlayıcı istatistikler sunulmuş ve devlet ile özel hastane hekimleri arasında, sorulara verilen cevaplar açısından farklılık olup olmadığının anlaşılması için Ki-Kare Bağımsızlık testi uygulanmıştır. Buna göre aralarında % 99 ve % 95 düzeyinde anlamlı farklılık bulunanlar ile aralarında anlamlı fark bulunmayanlar aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo 5.8. Hekim Gruplarında Likert Tipi Sorular İçin Ki-Kare Bağımsızlık Testi

G: Geçerli, B: Boş, K: Katılıyorum, KR: Kararsızım, KY: Katılmıyorum

Soru	İstatistikler				Frekans			Geçerli Yüzdeler			
	G	B	Anlamlılık Düzeyi	Olasılık Değeri	K	KR	KY	K	KR	KY	
Bu meslekten beklentilerim gerçekleşmiş durumdadır DEVLET	59	1	0,95	0,016**	15	12	32	25,42	20,34	54,24	
Bu meslekten beklentilerim gerçekleşmiş durumdadır ÖZEL	25	0			14	5	6	56,00	20,00	24,00	
Gelecek zaman içinde ,bu meslekten beklentilerimin gerçekleşeceğine inanıyorum DEVLET	59	1	0,99	0,001*	15	9	35	25,42	15,25	59,32	
Gelecek zaman içinde ,bu meslekten beklentilerimin gerçekleşeceğine inanıyorum ÖZEL	22	3			13	6	3	59,09	27,27	13,64	
Çalışma saatlerim dışında da çevreden gelen tıbbi taleplerle sık sık karşılaşıyorum DEVLET	59	1	***	***	55	1	3	93,22	1,69	5,08	
Çalışma saatlerim dışında da çevreden gelen tıbbi taleplerle sık sık karşılaşıyorum ÖZEL	25	0			19	3	3	76,00	12,00	12,00	
Mesleğim yoğunlukla sosyal yaşantımı olumsuz etkiliyor DEVLET	59	1	***	***	35	10	14	59,32	16,95	23,73	
Mesleğim yoğunlukla sosyal yaşantımı olumsuz etkiliyor ÖZEL	25	0			18	0	7	72,00	0,00	28,00	
İş stresim çok fazla DEVLET	56	4	***	***	49	3	4	87,50	5,36	7,14	
İş stresim çok fazla ÖZEL	24	1			20	2	2	83,33	8,33	8,33	
Bu mesleğin çok fazla özveri gerektirdiğini düşünüyorum DEVLET	57	3	***	***	55	1	1	96,49	1,75	1,75	
Bu mesleğin çok fazla özveri gerektirdiğini düşünüyorum ÖZEL	25	0			24	0	1	96,00	0	4,00	
Meslek değiştirmek mümkün olsaydı bu mesleği değiştirirdim DEVLET	59	1	0,99	0,010*	25	15	19	42,37	25,42	32,20	
Meslek değiştirmek mümkün olsaydı bu mesleği değiştirirdim ÖZEL	25	0			3	6	16	12,00	24,00	64,00	
Yıllar itibari ile mesleki saygınlığımızda bir azalma olduğunu düşünüyorum DEVLET	58	2	***	***	54	3	1	93,10	5,17	1,72	
Yıllar itibari ile mesleki saygınlığımızda bir azalma olduğunu düşünüyorum ÖZEL	25	0			22	2	1	88,00	8,00	4,00	
Gösterdiğim çabalar, üst yönetim tarafından takdir ediliyor DEVLET	59	1	0,99	0,000*	5	21	33	8,47	35,59	55,93	
Gösterdiğim çabalar, üst yönetim tarafından takdir ediliyor ÖZEL	25	0			12	7	6	48,00	28,00	24,00	
Tıbbi müdahalelerden sonraki katkılarım,çoğunlukla hastalar tarafından fark edilip, takdir görüyor DEVLET	59	1	***	***	25	13	21	42,37	22,03	35,59	
Tıbbi müdahalelerden sonraki	25	0			14	7	4	56,00	28,00	16,00	

[illegible]

İşimi yaparken otonomi sahibiyim DEVLET	56	4		***	44	5	7			78,57	8,93	12,50		
İşimi yaparken otonomi sahibiyim ÖZEL	24	1			17	2	5			70,83	8,33	20,83		
Hekim olarak, yönetimin desteğini /gücünü her zaman arkamda hissediyorum DEVLET	58	2	0,95	0,019**	5	17	36			8,62	29,31	62,04		
Hekim olarak, yönetimin desteğini /gücünü her zaman arkamda hissediyorum ÖZEL	24	1			8	6	10			33,33	25,00	41,67		
Hastanelerde hekimleri bezdirecek derecede fazla bürokratik işlem olduğunu düşünüyorum DEVLET	59	1	0,99	0,002*	51	6	2			86,44	10,17	3,39		
Hastanelerde hekimleri bezdirecek derecede fazla bürokratik işlem olduğunu düşünüyorum ÖZEL	25	0			13	6	6			52,00	24,00	24,00		
(Varsa) Vardiya usulü çalışma tarzından memnun değilim DEVLET	39	21		***	32	4	3			82,05	10,26	7,69		
(Varsa) Vardiya usulü çalışma tarzından memnun değilim ÖZEL	6	19			2	1	3			33,33	16,67	50,00		
(Varsa) Hekimlere hasta başına yapılan ücretlendirmeyi olumlu buluyorum DEVLET	54	6		***	15	7	32			27,78	12,96	59,26		
(Varsa) Hekimlere hasta başına yapılan ücretlendirmeyi olumlu buluyorum ÖZEL	10	15			5	2	3			50,00	20,00	30,00		
(Varsa) Kurum dışı geçici görevlendirmelerden (rotasyon) memnunum DEVLET	55	5		***	3	0	52			5,45	0,00	94,55		
(Varsa) Kurum dışı geçici görevlendirmelerden (rotasyon) memnunum ÖZEL	5	20			1	0	4			20,00	0,00	80,00		
Çalıştığım kurumda hekimleri ilgilendiren kararlar alınırken benim de bu kararlara katılımım olur DEVLET	58	2		***	7	11	40			12,07	18,97	68,97		
Çalıştığım kurumda hekimleri ilgilendiren kararlar alınırken benim de bu kararlara katılımım olur ÖZEL	21	4			6	4	11			28,57	19,05	52,38		
Ülkemin sağlık politikaları kararlaştırılırken,bağlı bulunduğum meslek odası (meslek birlikleri) vasıtası ile benimde bu kararlara katılımım olur DEVLET	59	1	0,95	0,030**	2	9	48			3,39	15,24	81,36		
Ülkemin sağlık politikaları kararlaştırılırken,bağlı bulunduğum meslek odası (meslek birlikleri) vasıtası ile benimde bu kararlara katılımım olur ÖZEL	24	1			5	2	17			20,83	8,33	70,83		
Mesleğimizi hiyerarşik yönetimden olumsuz olarak etkilenmeden icra edebiliyoruz DEVLET	59	1		***	15	11	33			25,42	18,64	55,93		
Mesleğimizi hiyerarşik yönetimden olumsuz olarak etkilenmeden icra edebiliyoruz ÖZEL	25	0			13	4	8			52,00	16,00	32,00		
Mesleki ilke ve değerlerim ile içinde bulunduğum sistemin ilke ve değerleri çoğunlukla uyum içindedir DEVLET	58	2	0,99	0,000*	8	17	33			13,79	29,31	56,90		
Mesleki ilke ve değerlerim ile içinde bulunduğum sistemin ilke ve değerleri çoğunlukla uyum içindedir ÖZEL	25	0			15	7	3			60,00	28,00	12,00		
Hastalara farklı,hekimlere farklı ve birbiri ile çelişen mesajlar verildiğini düşünüyorum DEVLET	58	2		***	45	6	7			77,59	10,34	12,07		
Hastalara farklı,hekimlere farklı ve birbiri ile çelişen mesajlar verildiğini düşünüyorum ÖZEL	21	4			13	5	3			61,90	23,81	14,29		
Hekimler arasında yeterli dayanışma ve işbirliğinin olduğunu düşünüyorum DEVLET	57	3	0,95	0,033**	2	13	42			3,51	22,81	73,68		
Hekimler arasında yeterli dayanışma ve	24	1			5	6	13			2,83	25,00	54,17		

[illegible]

Sağlık durumu ciddi olan hastalar şikayet mekanizmalarını daha az kullanmaktadırlar ÖZEL	25	0			21	2	2			84,00	8,00	8,00		
Sağlık durumu ciddi olmayan hastalar hizmet konusunda daha fazla talepkar olmaktadır DEVLET	58	2		***	55	3	0			94,83	5,17	0,00		
Sağlık durumu ciddi olmayan hastalar hizmet konusunda daha fazla talepkar olmaktadır ÖZEL	25	0			20	4	1			80,00	16,00	4,00		
Özellikle “yaşam doyumu düşük” olan kişilerin hastaneye başvurusunun daha fazla olduğunu düşünüyorum DEVLET	58	2		***	56	2	0			96,55	3,45	0,00		
Özellikle “yaşam doyumu düşük” olan kişilerin hastaneye başvurusunun daha fazla olduğunu düşünüyorum ÖZEL	25	0			18	5	2			72,00	20,00	8,00		
İşimizin doğası gereği duygusal beklentiler (özel ilgi beklentisi,hastanın empati arayışları,moral beklentileri,vs) oldukça fazladır DEVLET	59	1		***	55	3	1			93,22	5,08	1,69		
İşimizin doğası gereği duygusal beklentiler (özel ilgi beklentisi,hastanın empati arayışları,moral beklentileri,vs) oldukça fazladır ÖZEL	25	0			22	2	1			88,00	8,00	4,00		
Hekim hastanın duygusal beklentilerine karşılık vermek zorunda değildir DEVLET	59	1		***	25	11	23			42,37	18,64	38,98		
Hekim hastanın duygusal beklentilerine karşılık vermek zorunda değildir ÖZEL	24	1			6	3	15			25,00	12,50	62,50		
Hastalar, hekimin kendisini onların yerine koymasını beklememeliler DEVLET	59	1		***	21	13	25			35,59	22,03	42,37		
Hastalar, hekimin kendisini onların yerine koymasını beklememeliler ÖZEL	25	0			7	8	10			28,00	32,00	40,00		
Hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak durumunda kalıyorum DEVLET	58	2		***	54	3	1			93,10	5,17	1,72		
Hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak durumunda kalıyorum ÖZEL	24	1			21	3	0			87,50	12,50	0,00		
Hekimin hastaya sağlık hizmeti vermesi yeterlidir.Ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermek gerekmez DEVLET	58	2		***	6	4	48			10,34	6,90	82,76		
Hekimin hastaya sağlık hizmeti vermesi yeterlidir.Ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermek gerekmez ÖZEL	25	0			0	0	25			0,00	0,00	100,00		
Hastalarla konuşurken tıbbi terimleri basitleştirip onların anlayacağı dilden söylemek her zaman mümkündür DEVLET	59	1		***	44	7	8			74,58	11,86	13,56		
Hastalarla konuşurken tıbbi terimleri basitleştirip onların anlayacağı dilden söylemek her zaman mümkündür ÖZEL	25	0			24	1	0			96,00	4,00	0,00		
Hastaların gereksiz yere tahlil ve tetkik talepleri ile sık sık karşılaşıyorum DEVLET	58	2		***	53	3	2			91,38	5,17	3,45		
Hastaların gereksiz yere tahlil ve tetkik talepleri ile sık sık karşılaşıyorum ÖZEL	25	0			20	4	1			80,00	16,00	4,00		

* p < 0,01 , ** p < 0,05 , *** Devlet hastanesi ve özel hastane hekimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere, devlet ve özel hastane hekimleri arasında likert tipi sorulara verilen yanıtlar arasında anlamlı farklılık bulunan ifadeler, meslekten beklentilerinin gerçekleşmiş olup olmadığı, gelecek zaman içinde bu meslekten beklentilerinin gerçekleşeceğine inanıp inanmadıkları, meslek değiştirme imkanı durumunda bu mesleği değiştirmeyi düşünüp düşünmedikleri, gösterdikleri çabaların üst yönetim tarafından takdir edilip edilmemesi, performansının karşılığı

olan ücreti alıp alamama durumu, yükselme olanakları, can güvenliği, çalışma ortamının rahat ve temiz olup olmaması, insan psikolojisini olumsuz etkileyen bir ortamda çalışıp çalışmama, hekimlere ait dinlenme odalarının yeterli olup olmaması, hijyenik şartları taşımayan hastalarla sık sık karşılaşp karşılaşmama, araç-gereç ve teknik donanımların yeterliliği, yönetimin desteği, bürokratik işlemlerin uzunluğu, sağlık politikalarında söz sahibi olup olamama, , mesleki ilke ve değerleri ile içinde bulunduğu sistemin ilke ve değerlerinin uyum içinde olup olmaması, hekimler arasında dayanışma ve işbirliğinin olup olmaması, zaman kısıtı nedeni ile hastadan çok hastalığa odaklanma durumu ve hastaların iyileşmeleri durumunda hekime geri bildirim verip vermemeleri gibi ifadelere verilen yanıtlar açısından devlet ve özel hastane hekimleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

5. 3. 1. 3. HEKİM GRUPLARININ İŞ DOYUMUNA ETKİ EDEN 11 FAKTÖR İÇİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

İş doyumunu bağımlı değişken olarak ele alındığında, hekimlerin iş doyumuna etki eden (şahsa ait zaman, stres, mesleki saygınlık, ücret ve terfiler, iş ortamı, personel durumu, yönetim uygulamaları, profesyonel ilişkiler, profesyonel zaman, hasta ile ilişkiler, hastaya verilen hizmet) bağımsız değişkenlerin aldığı değerler, hem devlet ve hem de özel hastanede görev yapan hekimlere yönelik olarak tanımlayıcı istatistikler şeklinde aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 5.9. Hekim Gruplarının İş Doyumuna Etki Eden 11 Faktör İçin Tanımlayıcı İstatistikler

İş Doyumuna Etki Eden 11 Faktör	Dr.	N	N* Eksik	Ortama Değer	Standart Hata	Minimum	Ortanca (Median)	Maksimum

Şahsa Ait Zaman	Devlet	59	1	1.610	0.108	1.000	1.000	5.000
Şahsa Ait Zaman	Özel	25	0	1.880	0.233	1.000	1.000	5.000
Stress	Devlet	59	1	3.136	0.152	2.000	3.000	6.000
Stress	Özel	25	0	3.200	0.332	2.000	3.000	9.000
Mesleki Saygınlık	Devlet	60	0	3.033	0.173	1.000	2.500	6.000
Mesleki Saygınlık	Özel	25	0	3.520	0.278	2.000	3.000	8.000
Ücret ve Terfi	Devlet	60	0	3.717	0.231	2.000	3.000	8.000
Ücret ve Terfi	Özel	25	0	5.960	0.449	2.000	6.000	10.000
İş Ortamı	Devlet	60	0	14.100	0.526	6.000	14.000	22.000
İş Ortamı	Özel	25	0	21.080	0.978	10.000	21.000	31.000
Personel Durumu	Devlet	59	1	4.373	0.245	1.000	4.000	9.000
Personel Durumu	Özel	25	0	4.880	0.405	2.000	5.000	8.000
Yönetim Uygulamaları	Devlet	60	0	28.40	1.01	2.00	27.00	47.00
Yönetim Uygulamaları	Özel	25	0	32.68	1.34	21.00	32.00	51.00
Profesyonel İlişkiler	Devlet	57	3	1.982	0.111	1.000	2.000	4.000
Profesyonel İlişkiler	Özel	24	1	2.583	0.216	1.000	2.000	5.000
Profesyonel Zaman	Devlet	58	2	2.034	0.139	1.000	2.000	5.000
Profesyonel Zaman	Özel	24	1	1.667	0.187	1.000	1.000	4.000
Hastaya Verilen Hizmet	Devlet	59	1	3.678	0.194	2.000	4.000	8.000
Hastaya Verilen Hizmet	Özel	25	0	6.080	0.360	2.000	6.000	9.000
Hasta ile İlişkiler	Devlet	60	0	33.783	0.886	6.000	33.000	45.000
Hasta ile İlişkiler	Özel	25	0	41.88	1.20	29.000	43.00	53.000
Toplam	Devlet	60	0	99.47	2.72	22.00	100.00	147.00
Toplam	Özel	25	0	125.24	3.17	101.00	128.00	152.00

Devlet hastanesi ve özel hastane hekimlerinin iş doyumlarına etki eden faktörlerin ortalama değerlerine bakıldığında; sadece “profesyonel zaman” açısından devlet hastanesi hekimlerinin daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Diğer değişkenler açısından ise özel hastane hekimlerinin, devlet hastanesi hekimlerinden daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Toplamda ise yine özel hastane hekimlerinin “ortalama değere” göre 125.24 puanla, “ortanca değere” göre ise (median) 128 puan ile devlet hastanesi hekimlerinden daha fazla iş doyumuna sahip oldukları görülmektedirler.

5. 3. 1. 4. TÜM HEKİMLER İÇİN KORELASYON TABLOSU

Hekimlerin iş doyumuna etki eden 11 faktörün kendi aralarında yapılan korelasyonlarda ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 5.10. Tüm Hekimler İçin Korelasyon Tablosu

	Şahsa Ait Zaman	Stress	Mesleki Saygınlık	Ücret ve Terfi	İş Ortamı	Personel Durumu	Yönetim Uygulama	Profesyonel İlişkiler	Profesyonel Zaman	Hastaya Verilen Hizmet	Hasta ile İlişkiler
Stres	0.056 0.616										
Mesleki Saygınlık	0.255 0.019**	0.218 0.046**									
Ücret ve Terfi	0.186 0.090	0.129 0.241	0.298 0.006*								
İş Ortamı	0.103 0.352	0.307 0.004*	0.252 0.020**	0.540 0.000*							
Personel Durumu	0.230 0.036**	0.303 0.005*	0.134 0.223	0.212 0.053	0.371 0.001*						
Yönetim Uygulama	0.116 0.294	0.060 0.586	0.277 0.010*	0.510 0.000*	0.521 0.000*	0.258 0.018**					
Profesyonel İlişkiler	0.052 0.648	0.087 0.438	0.206 0.065	0.386 0.000*	0.453 0.000*	0.262 0.018**	0.322 0.003*				
Profesyonel Zaman	0.186 0.096	0.127 0.257	0.208 0.061	0.073 0.515	0.132 0.236	0.186 0.095	0.164 0.141	-0.049 0.669			
Hastaya Verilen Hizmet	0.102 0.360	0.250 0.022**	0.284 0.009*	0.478 0.000*	0.573 0.000*	0.265 0.015**	0.391 0.000*	0.238 0.033**	-0.024 0.833		
Hasta ile İlişkiler	0.217 0.048**	0.267 0.014**	0.499 0.000*	0.466 0.000*	0.557 0.000*	0.297 0.006*	0.502 0.000*	0.258 0.020**	0.169 0.130	0.555 0.000*	
Toplam	0.242 0.027**	0.339 0.002*	0.491 0.000*	0.660 0.000*	0.796 0.000*	0.475 0.000*	0.798 0.000*	0.461 0.000*	0.234 0.035**	0.670 0.000*	0.843 0.000*

* $p < 0,01$ % 99 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

** $p < 0,05$ % 95 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi hekimlerin iş doyumunu etkileyen faktörlerden ücret ve terfi ile mesleki saygınlık arasında korelasyon katsayısı 0.298 ve $p < 0,01$ olduğundan % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmakta, aynı şekilde iş ortamı ile stres arasında, personel durumu ile stres arasında, yönetim uygulamaları ile mesleki saygınlık arasında, hastaya verilen hizmet ile mesleki saygınlık arasında, hasta ile ilişkiler ve mesleki saygınlık arasında, iş ortamı ile şahsa ait zaman arasında, iş ortamı ile personel durumu arasında, yönetim uygulamaları ile ücret ve iş ortamı arasında, profesyonel ilişkiler ücret ve iş ortamı arasında, hastaya verilen hizmet ile ücret ve iş ortamı arasında, hasta ile ilişkiler ve ücret arasında, hasta ile ilişkiler ve iş ortamı ve personel arasında, profesyonel ilişkiler ile yönetim uygulamaları arasında, hastaya verilen hizmet ve yönetim uygulamaları arasında, hasta ile ilişkiler ile yönetim uygulamaları arasında, hasta ile ilişkiler ve hastaya verilen hizmet arasında, % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Ayrıca mesleki saygınlık ile şahsa ait zamandan tatmin olma arasında korelasyon katsayısı 0,255 ve $p < 0,05$ olduğundan, % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmakta, aynı şekilde mesleki saygınlık ve stres arasında, personel durumu ve şahsa ait zaman arasında, iş ortamı ile mesleki saygınlık arasında, hastaya verilen hizmet ve stres arasında, hasta ile ilişkiler ve şahsa ait zaman arasında, hasta ile ilişkiler ve stres arasında, yönetim uygulamaları ile personel durumu arasında, hastaya verilen hizmet ve personel durumu arasında, hastaya verilen hizmet ve iş ortamı arasında, hasta ile ilişkiler ve iş ortamı arasında yine % 95 anlamlılık düzeyinde ilişki bulunmaktadır. Toplam iş doyumunu açısından bakıldığında ise; stres, mesleki saygınlık, ücret, iş ortamı, personel durumu, yönetim uygulamaları, profesyonel ilişkiler, hastaya verilen hizmet ve hasta ile ilişkiler bakımından doyum arttıkça toplam iş doyumunda artmakta ve bu sayılan değişkenlerle toplam iş doyumunda % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Diğer taraftan şahsa ait zaman ve profesyonel zamandan doyum arttıkça toplam iş doyumunda artmakta ve aralarında % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır.

5. 3. 1. 4. 1. DEVLET HASTANESİ HEKİMLERİ İÇİN KORELASYON TABLOSU

Tablo 5.11. Devlet Hastanesi Hekimleri İçin Korelasyon Tablosu

	Şahsa Ait Zaman	Stres	Mesleki Saygınlık	Ücret ve Terfi	İş Ortamı	Personel Durumu	Yönetim Uygulama	Profesyonel İlişkiler	Profesyonel Zaman	Hastaya Verilen Hizmet	Hasta ile İlişkiler
Stres	0.068 0.614										
Mesleki Saygınlık	0.331 0.011**	0.429 0.001*									
Ücret ve Terfi	-0.007 0.957	0.167 0.207	0.316 0.014**								
İş Ortamı	-0.070 0.597	0.485 0.000*	0.481 0.000*	0.342 0.008*							
Personel Durumu	0.163 0.223	0.298 0.022**	0.190 0.149	0.159 0.228	0.389 0.002*						
Yönetim Uygulama	0.050 0.709	0.269 0.039**	0.357 0.005*	0.439 0.000*	0.521 0.000*	0.408 0.001*					
Profesyonel İlişkiler	0.078 0.569	0.112 0.406	0.227 0.090	0.282 0.033**	0.329 0.013**	0.296 0.025**	0.262 0.049**				
Profesyonel Zaman	0.146 0.278	0.223 0.093	0.285 0.030**	0.188 0.158	0.323 0.013**	0.151 0.259	0.307 0.019**	-0.001 0.996			
Hastaya Verilen Hizmet	0.048 0.718	0.402 0.002*	0.396 0.002*	0.376 0.003*	0.339 0.009*	0.222 0.092	0.506 0.000*	0.096 0.479	0.106 0.427		
Hasta ile İlişkiler	0.061 0.645	0.381 0.003*	0.611 0.000*	0.208 0.111	0.565 0.000*	0.322 0.013**	0.540 0.000*	0.242 0.069	0.345 0.008*	0.426 0.001*	
Toplam	0.104 0.434	0.520 0.000*	0.630 0.000*	0.471 0.000*	0.761 0.000*	0.537 0.000*	0.852 0.000*	0.386 0.003*	0.423 0.001*	0.605 0.000*	0.834 0.000*

* p < 0,01 % 99 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır

** p < 0,05 % 95 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi devlet hastanesi hekimleri için iş doyumunu etkileyen faktörlerden stres ile mesleki saygınlık arasında korelasyon katsayısı 0.429 ve $p < 0,01$ olduğundan % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Aynı şekilde stres ile iş ortamı, hastaya verilen hizmet ve hasta ile ilişkiler arasında, mesleki saygınlık ile iş ortamı, yönetim uygulamaları, hastaya verilen hizmet ve hasta ile ilişkiler arasında, ücret ve terfiler ile iş ortamı, yönetim uygulamaları, hastaya verilen hizmet arasında, iş ortamı ile personel durumu, yönetim uygulamaları, hastaya verilen hizmet ve hasta ile ilişkiler arasında, personel durumu ile yönetim uygulamaları arasında, yönetim uygulamaları ile hastaya verilen hizmet ve hasta ile ilişkiler arasında, profesyonel zaman ile hasta ile ilişkiler arasında, hastaya verilen hizmet ile hasta ile ilişkiler arasında % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Diğer taraftan mesleki saygınlık ile şahsa ait zaman arasında, mesleki saygınlık ve ücret-terfiler arasında, stres ile personel durumu ve yönetim uygulamaları arasında, mesleki saygınlık ile profesyonel zaman arasında, profesyonel zaman ile iş ortamı ve yönetim uygulamaları arasında, profesyonel ilişkiler ile ücret-terfiler, iş ortamı, personel durumu ve yönetim uygulamaları arasında, hasta ile ilişkiler ve personel durumu arasında % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır.

Toplam iş doyumunu ile iş doyumunu etkileyen 11 değişken arasındaki korelasyona bakıldığında ise stres, mesleki saygınlık, ücret ve terfiler, iş ortamı, personel durumu, yönetim uygulamaları, profesyonel ilişkiler, profesyonel zaman, hastaya verilen hizmet ve hasta ile ilişkiler bakımından doyum sağlamanın toplam iş doyumunu ile % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki içinde olduğu görülmekte, bu sayılan faktörlerden doyum arttıkça iş doyumunu da yükselmektedir.

5. 3. 1. 4. 2. ÖZEL HASTANE HEKİMLERİ İÇİN KORELASYON TABLOSU

Tablo 5.12. Özel Hastane Hekimleri İçin Korelasyon Tablosu

	Şahsa Ait Zaman	Stres	Mesleki Saygınlık	Ücret ve Terfi	İş Ortamı	Personel Durumu	Yönetim Uygulama	Profesyo nel İlişkiler	Profesyo nel Zaman	Hastaya Verilen Hizmet	Hasta ile İlişkiler
Stres	0.034 0.870										
Mesleki Saygınlık	0.092 0.663	-0.119 0.569									
Ücret ve Terfi	0.348 0.088	0.092 0.663	0.141 0.502								
İş Ortamı	0.177 0.397	0.203 0.329	-0.369 0.070	0.403 0.046**							
Personel Durumu	0.311 0.130	0.317 0.122	-0.036 0.864	0.209 0.315	0.350 0.086						
Yönetim Uygulama	0.165 0.430	-0.320 0.119	-0.053 0.802	0.522 0.007*	0.389 0.054	-0.165 0.430					
Profesyonel İlişkiler	-0.040 0.852	0.037 0.865	0.087 0.686	0.323 0.123	0.423 0.039**	0.161 0.453	0.312 0.138				
Profesyonel Zaman	0.376 0.070	-0.057 0.790	0.145 0.498	0.165 0.441	0.219 0.305	0.376 0.071	-0.057 0.791	0.004 0.985			
Hastaya Verilen Hizmet	0.005 0.982	0.134 0.523	-0.051 0.810	0.145 0.489	0.373 0.066	0.277 0.181	-0.081 0.702	0.091 0.671	0.035 0.873		
Hasta ile İlişkiler	0.414 0.040**	0.170 0.418	0.157 0.452	0.533 0.006*	-0.048 0.820	0.173 0.408	0.148 0.481	-0.073 0.734	0.193 0.365	0.266 0.198	
Toplam	0.467 0.019**	0.157 0.454	0.028 0.893	0.811 0.000*	0.631 0.001*	0.372 0.067	0.633 0.001*	0.381 0.066	0.280 0.185	0.360 0.077	0.636 0.001*

* p < 0,01 % 99 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır

** p < 0,05 % 95 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere özel hastane hekimleri için hekimlerin iş doyumunu etkileyen faktörlerden ücret ve terfiler ile yönetim uygulamaları arasında korelasyon katsayısı 0.522 olup $p < 0,01$ olduğundan % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Aynı şekilde ücret ve terfiler ile hastaya verilen hizmet arasında da % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Diğer taraftan ücret ve terfiler ile iş ortamı arasında, iş ortamı ile profesyonel ilişkiler arasında, şahsa ait zaman ile hasta ile ilişkiler arasında $p < 0,05$ olduğundan % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Ayrıca toplam iş doyumunu açısından bakıldığında özel hastane hekimleri için ücret ve terfilerden, iş ortamından, yönetim uygulamalarından, hasta ile ilişkilerden ve şahsa ait zamandan tatmin arttıkça toplam iş doyumunu da yükselmektedir.

5. 3. 1. 5. TÜM HEKİMLER İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ

Bağımsız değişkenler olarak iş doyumunu etkileyen 11 faktör ile bağımlı değişken olarak bunların toplamı olan “Toplam İş Doyumu” ele alınarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçimleri ileriye doğru aşamalı yöntem (Forward Stepwise Regression) ile gerçekleştirilmiş olup, bu analiz çerçevesinde devlet ve özel hastane hekimlerinin toplamının toplam iş doyumunu açıklamada “hasta ile ilişkiler” en fazla ağırlığı olan değişken olarak ortaya çıkmıştır. Tüm hekimler için iş doyumunu en fazla etkileyen değişken (hasta ile ilişkiler) aynı zamanda korelasyonu en yüksek değişken olup iş doyumundaki toplam varyasyonun (toplam değişkenliğin) en büyük kısmı “hasta ile ilişkiler” tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 5.13. Tüm Hekimler İçin Stepwise Regresyon Analizi

N = 78, Eksik N =7 olmak üzere;

Adım	1	2	3	4	5	6
Sabit Terim	16.8908	-5.8556	-1.2959	-2.8107	0.8555	1.1242
Hasta İle İlişkiler	2.490	1.889	1.395	1.350	1.251	1.132
T-Değeri	12.44	14.74	15.98	18.59	20.94	21.94
P-Değeri	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Yönetim Uygulamaları		1.488	1.175	1.151	1.026	1.012
T-Değeri		12.00	14.94	17.66	18.57	22.72
P-Değeri		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
İş Ortamı			1.417	1.295	1.160	1.176
T-Değeri			11.70	12.66	13.81	17.37

P-Değeri	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Personel		1.30	1.38	1.40		
T-Değeri		5.93	7.90	9.91		
P-Değeri		0.000	0.000	0.000		
Ücret ve Terfi			1.26	1.19		
T-Değeri			6.57	7.71		
P-Değeri			0.000	0.000		
Mesleki Saygınlık				1.42		
T-Değeri				6.33		
P-Değeri				0.000		
Standart Hata	12.1	7.14	4.26	3.52	2.80	2.26
R ² Değeri	67.06	88.72	96.04	97.33	98.33	98.93
Düzeltilmiş R ² Değeri	66.63	88.42	95.88	97.18	98.21	98.84

Hekimlerin, “hasta ile ilişkiler” açısından doyumlu olmaları, toplam doyumun % 67 sini açıklarken, hem hasta ile ilişkilerden, hem de yönetim uygulamalarından birlikte doyum sağlamaları, toplam iş doyumunun % 88 ini açıklamaktadır. Hekimlerin iş doyumlarını en fazla açıklayan 6 değişken ise sırasıyla; hasta ile ilişkiler, yönetim uygulamaları, iş ortamı, personel durumu, ücret ve terfiler ve mesleki saygınlık olmakta ve toplam iş doyumunu % 99 oranında açıklamaktadır.

5. 3. 1. 5. 1. DEVLET HASTANESİ HEKİMLERİ İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ

Bağımsız değişkenler olarak iş doyumunu etkileyen 11 faktör ile bağımlı değişken olarak bunların toplamı olan “Toplam İş Doyumu” ele alınarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçimleri ileriye doğru aşamalı yöntem (Forward Stepwise Regression) ile gerçekleştirilmiş olup, bu analiz çerçevesinde devlet hastanesinde çalışan hekimlerin toplam iş doyumunu açıklamada “yönetim uygulamaları” en fazla ağırlığı olan değişken olarak ortaya çıkmıştır. Devlet hastanesi hekimleri için iş doyumunu en fazla etkileyen değişken (yönetim uygulamaları) aynı zamanda korelasyonu en yüksek değişken olup, iş doyumundaki toplam varyasyonun (toplam değişkenliğin) en büyük kısmı “yönetim uygulamaları” tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 5.14. Devlet hastanesi Hekimleri İçin Stepwise Regresyon Analizi

N = 55, Eksik N = 5 olmak üzere;

Adım	1	2	3	4	5	6
Sabit Terim	39.074	-4.434	-1.688	-2.573	-2.419	-2.098
Yönetim Uygulamaları	2.138	1.588	1.338	1.346	1.217	1.128
T-Değeri	10.08	12.76	15.85	18.71	18.76	21.68
P-Değeri	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Hasta ile İlişkiler		1.733	1.263	1.197	1.215	1.196
T-Değeri		11.38	11.37	12.50	15.35	19.63
P-Değeri		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
İş Ortamı			1.441	1.216	1.118	1.036
T-Değeri			8.74	8.16	8.97	10.72
P-Değeri			0.000	0.000	0.000	0.000
Stres				1.96	1.97	1.74
T-Değeri				4.51	5.48	6.23
P-Değeri				0.000	0.000	0.000
Ücret ve Terfi					1.15	1.28
T-Değeri					4.93	7.07
P-Değeri					0.000	0.000
Personel						0.99
T-Değeri						5.92
P-Değeri						0.000
Standart Hata	11.1	5.98	3.82	3.25	2.69	2.06
R ² Değeri	65.72	90.18	96.07	97.21	98.13	98.92
Düzeltilmiş R ² Değeri	65.07	89.80	95.84	96.98	97.94	98.79

Devlet hastanesinde çalışan hekimlerin “yönetim uygulamalarından” tatmin olmaları toplam doyumun % 65 ini açıklarken, hem yönetim uygulamaları hem de hasta ile ilişkilerden birlikte tatmin olma, toplam iş doyumunun % 90 ını açıklamaktadır. Devlet hastanesinde çalışan hekimlerin iş doyumlarını en fazla açıklayan 6 değişken sırasıyla; yönetim uygulamaları, hasta ile ilişkiler, iş ortamı, stres, ücret ve terfiler ile personel durumu oluşturmakta ve bu 6 değişken, devlet hastanesinden çalışan hekimlerin toplam iş doyumunu % 99 oranında açıklamaktadır.

5. 3. 1. 5. 2. ÖZEL HASTANE HEKİMLERİ İÇİN STEPWISE REGRESYON

ANALİZİ

Bağımsız değişkenler olarak iş doyumunu etkileyen 11 faktör ile bağımlı değişken olarak bunların toplamı olan “Toplam İş Doyumu” ele alınarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçimleri ileriye doğru aşamalı yöntem (Forward Stepwise

Regression) ile gerçekleştirilmiş olup, bu analiz çerçevesinde özel hastanede çalışan hekimlerin toplam iş doyumunu açıklamada “ücret ve terfiler” en fazla ağırlığı olan değişken olarak ortaya çıkmıştır. Özel hastane hekimleri için iş doyumunu en fazla etkileyen değişken (ücret ve terfiler) aynı zamanda korelasyonu en yüksek değişken olup iş doyumundaki toplam varyasyonun (toplam değişkenliğin) en büyük kısmı “ücret ve terfiler” tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 5.15. Özel Hastane Hekimleri İçin Stepwise Regresyon Analizi

N= 23, Eksik N = 2 olmak üzere;

Adım	1	2	3	4	5	6
Sabit Terim	91.947	72.202	22.739	7.439	4.703	-3.814
Ücret ve Terfi	5.57	4.58	2.29	1.43	1.31	0.99
T-Değeri	5.88	5.34	3.38	2.77	3.37	3.38
P-Değeri	0.000	0.000	0.003	0.013	0.004	0.004
İş Ortamı		1.24	1.61	1.46	1.22	1.45
T-Değeri		3.13	6.22	7.90	8.01	11.67
P-Değeri		0.005	0.000	0.000	0.000	0.000
Hasta İle İlişkiler			1.308	1.387	1.283	1.292
T-Değeri			5.58	8.35	10.06	13.97
P-Değeri			0.000	0.000	0.000	0.000
Yönetim Uygulamaları				0.618	0.816	0.833
T-Değeri				4.50	7.09	9.97
P-Değeri				0.000	0.000	0.000
Personel					1.33	1.30
T-Değeri					3.87	5.18
P-Değeri					0.001	0.000
Mesleki Saygınlık						1.40
T-Değeri						4.04
P-Değeri						0.001
Standart Hata	9.85	8.27	5.22	3.68	2.76	2.00
R ² Değeri	62.22	74.66	90.40	95.48	97.60	98.81
Düzeltilmiş R ² Değeri	60.42	72.12	88.89	94.48	96.89	98.37

Özel hastanede çalışan hekimlerin ücret faktöründen tatmin olmaları, toplam doyumun % 60 ını açıklarken, hem ücretten hem de iş ortamından tatmin olmaları, toplam iş doyumunun % 72 sini açıklamaktadır. Özel hastane hekimlerinin iş doyumlarını en fazla açıklayan 6 değişken sırasıyla; ücret ve terfiler, iş ortamı, hasta ile ilişkiler, yönetim uygulamaları ve personel durumu olmakta ve bu 6 değişken özel hastanede çalışan hekimlerin iş doyumunu % 98 oranında açıklamaktadır.

hastanesinde çalışan hekimlerin toplam iş doyumu puanları ortalamasından yüksektir ve aralarında % 99 anlamlılık düzeyinde fark bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Tablo 5.17. Two Sample T-Test ile (Bağımsız İki Örnek T Testi) ile Hekim Gruplarının İş Doyumlarının Hesaplanması

1: Devlet Hastanesi Hekimleri 2: Özel Hastane Hekimleri olmak üzere

Dr-Grup	N	Ortalama Tatmin Puanı	Standart Sapma	Standart Hata
1	60	99.5	21.1	2.7
2	25	125.2	15.8	3.2

T-Değeri = -6.18 Serbestlik Derecesi= 59 Olasılık Değeri = 0,000

5. 3. 2. HASTALAR İLE İLGİLİ BULGULAR

5. 3. 2. 1. HASTALAR İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Hastaların Yaş Durumları

Yaşını belirten 403 hastanın en büyüğü 75, en küçüğü ise 13 yaşında olmak üzere yaş ortalaması 36,9 dur. 18 yaşından küçük olan hastaların, anket sorularına, ebeveynlerinin cevap vermesi sağlanmıştır.

Hastaların Cinsiyeti

Cinsiyetini belirten 402 katılımcıdan %61,2'si erkek, %38,8'i ise kadındır.

Hastaların Eğitim Durumu

Ankete katılan hastaların eğitim durumunu gösterir tablo aşağıdaki gibidir.

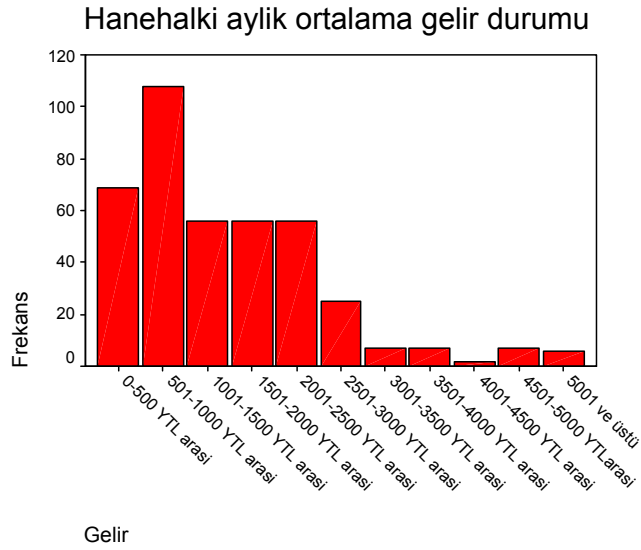
Tablo 5.18. Hastaların Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Okur-Yazar Değil	4	1,0	1,0	1,0
Okur-Yazar	8	2,0	2,0	3,0
İlkokul	61	15,0	15,3	18,3
Ortaokul	60	14,7	15,1	33,4
Lise	152	37,3	38,2	71,6
Üniversite	101	24,8	25,4	97,0
Y.Lisans/Doktora	12	2,9	3,0	100,0
Toplam	398	97,5	100,0	
Boş	10	2,5		
Toplam	408	100,0		

Hastaların Aylık Ortalama Gelir Durumu

Hastaların hanehalkı aylık ortalama geliri aşağıdaki gibidir.

Şekil 5.1. Hastaların Aylık Ortalama Gelir Durumu



Hastaların Hastaneye Gitmeden Önce Sağlık Ocağına Başvuru Düzeyleri

Ankete katılan ve soruya geçerli cevap veren 402 hastanın (toplam 408 katılımcının %98,6'sı), hastaneye gitmeden önce sağlık ocağına başvuru düzeyleri aşağıdaki gibidir. Ayrıca toplam katılımcıların %69,7'sini oluşturan devlet hastanesi hastalarının %46,8'i hastaneye gitmeden önce sağlık ocağına başvurmuş, toplam katılımcıların %30,3'ünü oluşturan özel hastane hastalarının ise %17,2'si hastaneye gitmeden önce sağlık ocağına başvurmuştur.

Tablo 5.19. Hastaların Hastane Öncesi Sağlık Ocağına Başvuru Düzeyleri

	Sağlık Ocağına Başvuru	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
	Evet	147	36,0	36,5	36,5
	Hayır	255	62,5	63,5	100,0
	Toplam	402	98,6	100,0	
Boş		6	1,4		
	Toplam	408	100,0		

Hastaların Ortalama Olarak Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı

Ankete katılan ve soruya geçerli cevap veren 404 hastanın (toplam 408 katılımcının %99'u), yılda ortalama olarak sağlık kurumuna başvuru sayıları aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo 5.20. Hastaların Ortalama Olarak Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı

Ortalama Olarak Sağlık Kurumuna Başvuru	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Birkaç yılda bir kez	46	11,3	11,4	11,4
Yılda 1-2 kez	154	37,7	38,1	49,5
Yılda 3-4 kez	111	27,2	27,5	77,0
Yılda 5-6 kez	50	12,3	12,4	89,4
Yılda 7 kez ve daha çok	43	10,5	10,6	100,0
Toplam	404	99,0	100,0	
Boş	4	1,0		
Toplam	408	100,0		

Hizmet Alınan Kuruma Göre; Hastaların Hastalıkları Hakkında Kaç Hekimin Görüşüne Başvurdukları

Aşağıdaki tablodan da görüldüğü gibi ankete katılan 408 katılımcıdan %92,9'unu oluşturan 379'u her iki soruya da geçerli yanıt vermiştir. Sonuçlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 5.21. Hizmet Alınan Kurum ve Hastanın Hastalığı Hakkında Genellikle Kaç Hekimin Görüşüne Başvurduğu Çapraz Tablosu

			Tek bir hekime	İki hekime	Üç veya daha çok	Toplam
Kurum	Devlet H.	Frekans	109	91	63	263
		Kurum	41,4%	34,6%	24,0%	100,0%
		Hastalığı Hakkında	77,3%	70,5%	57,8%	69,4%
		Toplam	28,8%	24,0%	16,6%	69,4%
	Özel H.	Frekans	32	38	46	116
		Kurum	27,6%	32,8%	39,7%	100,0%
		Hastalığı	22,7%	29,5%	42,2%	30,6%

		Hakkında				
		Toplam	8,4%	10,0%	12,1%	30,6%
Toplam		Frekans	141	129	109	379
		Kurum	37,2%	34,0%	28,8%	100,0%
		Hastalığı Hakkında	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Toplam	37,2%	34,0%	28,8%	100,0%

5. 3. 2. 2. HASTA GRUPLARINDA LİKERT TİPİ SORULAR İÇİN Kİ-KARE BAĞIMSIZLIK TESTİ

Aşağıdaki tabloda hastalar ile ilgili 38 adet likert tipi soruya verilen cevaplar, frekans ve geçerli yüzdeleri ile tanımlayıcı istatistikler sunulmuş ve devlet ile özel hastane hastaları arasında, sorulara verilen cevaplar açısından farklılık olup olmadığının anlaşılması için Ki-Kare Bağımsızlık testi uygulanmıştır. Buna göre aralarında % 99 ve % 95 düzeyinde anlamlı farklılık bulunanlar ile aralarında anlamlı fark bulunmayanlar, aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo 5.22. Hasta Gruplarında Likert Tipi Sorular İçin Ki-Kare Bağımsızlık Testi

G: Geçerli, B: Boş, TK: Tamamen Katılıyorum, K: Katılıyorum, R: Kararsızım, KY: Katılmıyorum, HK: Hiç Katılmıyorum

Soru	İstatistikler				Frekans					Geçerli Yüzdeler				
	G	B	Anlamlılık Düzeyi	Olasılık Değeri	TK	K	R	KY	HK	TK	K	R	KY	HK
Muayene olmak için bana ayrılan süreyi yeterli buluyorum DEVLET	305	1	0,99	0,000*	21	84	44	116	40	6,89	27,54	14,43	38,03	13,11
Muayene olmak için bana ayrılan süreyi yeterli buluyorum ÖZEL	102	0			30	47	18	6	1	29,41	46,08	17,65	5,88	0,98
Doktorum beni ilgili bir şekilde dinledi DEVLET	305	1	0,99	0,000*	34	141	59	63	8	11,15	46,23	19,34	20,66	2,62
Doktorum beni ilgili bir şekilde dinledi ÖZEL	102	0			31	60	11	0	0	30,39	58,82	10,78	0,00	0,00
Doktoruma sormak istediğim her şeyi sormadım DEVLET	301	5	0,99	0,000*	42	133	32	68	26	13,95	44,19	10,63	22,59	8,64
Doktoruma sormak istediğim her şeyi sormadım ÖZEL	102	0			5	15	10	57	15	4,90	14,71	9,80	55,88	14,71
Doktoruma sorduğum tüm soruların cevabını aldım DEVLET	304	2	0,99	0,000*	34	103	52	103	12	11,18	33,88	17,11	33,88	3,95
Doktoruma sorduğum tüm soruların cevabını aldım ÖZEL	102	0			23	62	9	5	3	22,55	60,78	8,82	4,90	2,94
Doktorumun bana vermiş olduğu bilgilerin bir kısmını anlamadım DEVLET	297	9	0,99	0,000*	25	134	47	72	19	8,42	45,12	15,82	24,24	6,40
Doktorumun bana vermiş olduğu bilgilerin bir kısmını anlamadım ÖZEL	102	0			2	16	22	51	11	1,96	15,69	21,57	50,00	10,78
Doktorumun benimle daha fazla ilgilenmesini isterdim DEVLET	300	6	0,99	0,000*	99	140	22	33	6	33,00	46,67	7,33	11,00	2,00
Doktorumun benimle daha fazla ilgilenmesini isterdim ÖZEL	102	0			8	26	29	29	10	7,84	25,49	28,43	28,43	9,80
Doktorum bana nazik davrandı DEVLET	305	1	0,99	0,000*	59	152	55	32	7	19,34	49,84	18,03	10,49	2,30
Doktorum bana nazik davrandı ÖZEL	102	0			44	46	9	2	1	43,14	45,10	8,82	1,96	0,98
Doktorum bana daha çok bilgi vermesini isterdim DEVLET	300	6	0,99	0,000*	78	150	32	37	3	26,00	50,00	10,67	12,33	1,00

Doktorun bana daha çok bilgi vermesini isterdim ÖZEL	101	1			9	24	26	35	7	8,91	23,76	25,74	34,65	6,93
Doktorumun tutum ve davranışlarından memnun kaldım DEVLET	303	3	0,99	0,000*	38	133	65	54	13	12,54	43,89	21,45	17,82	4,29
Doktorumun tutum ve davranışlarından memnun kaldım ÖZEL	102	0			45	46	10	1	0	44,12	45,10	9,80	0,98	0,00
Beni muayene/tedavi eden hekimin adını bilmem gerekmez DEVLET	300	6	0,95	0,013**	13	43	27	128	89	4,33	14,33	9,00	42,67	29,67
Beni muayene/tedavi eden hekimin adını bilmem gerekmez ÖZEL	102	0			2	6	17	37	40	1,96	5,88	16,67	36,27	39,22
İstediğim doktora muayene olma şansım var DEVLET	298	8	0,99	0,000*	27	72	43	83	73	9,06	24,16	14,43	27,85	24,50
İstediğim doktora muayene olma şansım var ÖZEL	102	0			39	46	3	11	3	38,24	45,10	2,94	10,78	2,94
Doktor beni tekrar gördüğünde, beni hatırlasın isterim DEVLET	300	6	0,99	0,000*	130	131	17	17	5	43,33	43,67	5,67	5,67	1,67
Doktor beni tekrar gördüğünde, beni hatırlasın isterim ÖZEL	100	2			29	31	15	19	6	29,00	31,00	15,00	19,00	6,00
Doktorun bana sağlık hizmeti vermesi yeterlidir.Ayrıca özel ilgi ve güler yüz göstermesi gerekmez diye düşünüyorum DEVLET	305	1	0,95	0,011**	14	21	22	97	151	4,59	6,89	7,21	31,80	49,51
Doktorun bana sağlık hizmeti vermesi yeterlidir.Ayrıca özel ilgi ve güler yüz göstermesi gerekmez diye düşünüyorum ÖZEL	102	0			7	2	10	18	65	6,86	1,96	9,80	17,65	63,73
Doktor beni daha fazla tahlil ve tetkike yollasaydı daha iyi olurdu DEVLET	303	3	0,99	0,000*	36	92	72	72	31	11,88	30,36	23,76	23,76	10,23
Doktor beni daha fazla tahlil ve tetkike yollasaydı daha iyi olurdu ÖZEL	102	0			2	12	35	28	25	1,96	11,76	34,31	27,45	24,51
Doktor beni farklı uzman doktorlara sevk etseydi daha iyi olurdu DEVLET	304	2	0,99	0,000*	27	90	78	91	18	8,88	29,61	25,66	29,93	5,92
Doktor beni farklı uzman doktorlara sevk etseydi daha iyi olurdu ÖZEL	102	0			1	9	40	32	20	0,98	8,82	39,22	31,37	19,61
Doktorun bana moral vermesini beklerim DEVLET	302	4	0,99	0,000*	124	142	15	17	4	41,06	47,02	4,97	5,63	1,32
Doktorun bana moral vermesini beklerim ÖZEL	102	0			77	25	0	0	0	75,49	24,51	0,00	0,00	0,00
Kesinlikle büyük şehirlerdeki doktorları tercih ederim DEVLET	304	2	0,99	0,002*	74	107	46	51	26	24,34	35,20	15,13	16,78	8,55
Kesinlikle büyük şehirlerdeki doktorları tercih ederim ÖZEL	102	0			45	24	13	17	3	44,12	23,53	12,75	16,67	2,94
Ücretini ödediğim zaman doktorun benimle daha fazla ilgileceğine inanıyorum DEVLET	304	2	0,99	0,000*	139	98	25	24	18	45,72	32,24	8,22	7,89	5,92
Ücretini ödediğim zaman doktorun benimle daha fazla ilgileceğine inanıyorum ÖZEL	102	0			37	21	9	14	21	36,27	20,59	8,82	13,73	20,59
Doktoru neşeli ve enerjik görmek beni daha fazla tatmin eder DEVLET	303	3		***	138	135	20	8	2	45,54	44,55	6,60	2,64	0,66
Doktoru neşeli ve enerjik görmek beni daha fazla tatmin eder ÖZEL	102	0			76	24	1	1	0	74,51	23,52	0,98	0,98	0,00
Moralim bozuk olduğunda daha çok hastalanıyorum DEVLET	303	3	0,99	0,000*	79	134	39	37	14	26,07	44,22	12,87	12,21	4,62
Moralim bozuk olduğunda daha çok hastalanıyorum ÖZEL	102	0			46	29	4	19	4	45,10	28,43	3,92	18,63	3,92
Gerektiğinde doktoru gece evinden veya cep telefonundan ararım DEVLET	303	3	0,99	0,000*	41	67	49	55	91	13,53	22,11	16,17	18,15	30,03
Gerektiğinde doktoru gece evinden veya cep telefonundan ararım ÖZEL	102	0			21	54	17	8	2	20,59	52,94	16,67	7,84	1,96
Doktorlar kendilerini hastanın yerine koymuyorlar DEVLET	303	3	0,99	0,000*	62	97	64	71	9	20,46	32,01	21,12	23,43	2,97
Doktorlar kendilerini hastanın yerine koymuyorlar ÖZEL	102	0			8	6	39	40	9	7,84	5,88	38,24	39,22	8,82
İyileştiğimde doktoruma haber veririm DEVLET	302	4	0,99	0,000*	28	79	36	88	71	9,27	26,16	11,92	29,14	23,51
İyileştiğimde doktoruma haber veririm ÖZEL	102	0			19	39	16	25	3	18,63	38,24	15,69	24,51	2,94
İyileşmediğim zaman doktoruma haber veririm DEVLET	301	5		***	66	160	25	32	18	21,93	53,16	8,31	10,63	5,98
İyileşmediğim zaman doktoruma haber veririm ÖZEL	101	1			18	65	10	7	1	17,82	64,36	9,90	6,93	0,99

Doktorların,başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit oldum DEVLET	301	5	0,99	0,000*	53	131	27	40	50	17,60	43,52	8,97	13,29	16,61
Doktorların,başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit oldum ÖZEL	102	0			3	17	15	50	17	2,94	16,67	14,71	49,02	16,67
Doktor beni hastalığım hakkında endişelendirdiğinde,mutlaka farklı doktorlara da fikir danışırım DEVLET	301	5		***	133	114	28	16	10	44,19	37,87	9,30	5,32	3,32
Doktor beni hastalığım hakkında endişelendirdiğinde,mutlaka farklı doktorlara da fikir danışırım ÖZEL	102	0			47	42	7	6	0	46,08	41,18	6,86	5,88	0,00
Sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu doktorlardır DEVLET	303	3	0,99	0,000*	22	31	67	108	75	7,26	10,23	22,11	35,64	24,75
Sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu doktorlardır ÖZEL	102	0			0	3	21	34	44	0,00	2,94	20,59	33,33	43,14
Ücret ödeyerek muayene oldum DEVLET	300	6	0,99	0,000*	45	87	26	81	61	15,00	29,00	8,67	27,00	20,33
Ücret ödeyerek muayene oldum ÖZEL	102	0			15	49	0	33	5	14,71	48,04	0,00	32,35	4,90
Muayene olmak için çok sıra bekledim DEVLET	300	6	0,99	0,000*	129	105	24	39	3	43,00	35,00	8,00	13,00	1,00
Muayene olmak için çok sıra bekledim ÖZEL	102	0			2	0	9	63	28	1,96	0,00	8,82	61,76	27,45
Hastaneyi yeterince temiz buldum DEVLET	298	8	0,99	0,000*	29	82	75	86	26	9,73	27,52	25,17	28,86	8,72
Hastaneyi yeterince temiz buldum ÖZEL	102	0			70	32	0	0	0	68,63	31,37	0,00	0,00	0,00
Hastane oldukça gürültülü ve/veya havasızdı DEVLET	293	13	0,99	0,000*	62	127	45	49	10	21,16	43,34	15,36	16,72	3,41
Hastane oldukça gürültülü ve/veya havasızdı ÖZEL	102	0			0	0	1	30	71	0,00	0,00	0,98	29,41	69,61
Hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kalıyorum DEVLET	303	3	0,99	0,000*	157	118	8	14	6	51,82	38,94	2,64	4,62	1,98
Hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kalıyorum ÖZEL	102	0			3	1	10	54	34	2,94	0,98	9,80	52,94	33,33
Hastanedeki diğer hastaların durumu insanın psikolojisini olumsuz etkiliyor DEVLET	305	1		***	6	23	16	148	112	1,97	7,54	5,25	48,52	36,72
Hastanedeki diğer hastaların durumu insanın psikolojisini olumsuz etkiliyor ÖZEL	102	0			5	8	2	46	41	4,90	7,84	1,96	45,10	40,20
Hemşirelerin tutum ve davranışlarından memnun kaldım DEVLET	303	3	0,99	0,000*	24	100	77	70	32	70,92	33,00	25,41	23,10	10,56
Hemşirelerin tutum ve davranışlarından memnun kaldım ÖZEL	102	0			22	66	10	4	0	21,57	64,71	9,80	3,92	0,00
Hastane personelinden memnun değilim DEVLET	299	7	0,99	0,000*	31	72	84	100	12	10,37	24,08	28,09	33,44	4,01
Hastane personelinden memnun değilim ÖZEL	102	0			1	4	10	63	24	0,98	3,92	9,80	61,76	23,53
İşimden memnun değilim DEVLET	298	8	0,99	0,000*	28	61	37	129	43	9,40	20,47	12,42	43,29	14,43
İşimden memnun değilim ÖZEL	100	2			0	6	7	45	42	0,00	6,00	7,00	45,00	42,00
Genel olarak hayatımdan memnunum DEVLET	303	3	0,95	0,015**	53	174	36	33	7	17,49	57,43	11,88	10,89	2,31
Genel olarak hayatımdan memnunum ÖZEL	102	0			29	57	13	2	1	28,43	55,88	12,75	1,96	0,98

* p < 0,01 , ** p < 0,05 , *** Devlet hastanesi ve özel hastane hastaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere devlet hastanesi hastaları ile özel hastane hastalarının likert tipi sorulara verdiği yanıtlar bakımından % 99 ve % 95 düzeyinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Verilen yanıtlar açısından fark bulunmayan ifadeler ise “doktoru neşeli ve enerjik görmek beni daha fazla tatmin eder”, “iyileşmediğim zaman doktoruma haber veririm”, “doktor beni hastalığım hakkında endişelendirdiğinde mutlaka farklı doktorlara da fikir danışırım” ve “hastanedeki diğer hastaların durumu

insan psikolojisini olumsuz etkiliyor” ifadeleridir. Devlet ve özel hastane hastaları arasında yukarıda sayılan ifadelere verilen yanıtlar arasında fark bulunmamaktadır.

5. 3. 2. 3. HASTA TATMİNİNE ETKİ EDEN 11 FAKTÖR İÇİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Tablo 5.23. Hasta Tatminine Etki Eden 11 Faktör İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Hasta Tatminine Etki Eden 11 Faktör	Hasta Grupları	N	N* Eksik	Ortama Değer	Standart Hata	Minimum	Ortanca Değer (Median)	Maksimum
SÜRE	Devlet	306	0	4.663	0.104	1.000	5.000	10.000
SÜRE	Özel	102	0	8.098	0.128	3.000	8.000	10.000
İLGİ	Devlet	306	0	5.398	0.096	1.000	5.000	10.000
İLGİ	Özel	102	0	7.265	0.145	5.000	7.000	10.000
BİLGİLEN	Devlet	306	0	10.510	0.186	4.000	10.000	20.000
BİLGİLEN	Özel	102	0	14.118	0.323	3.000	15.000	20.000
NEZAKET	Devlet	305	1	3.734	0.055	1.000	4.000	5.000
NEZAKET	Özel	102	0	4.274	0.077	1.000	4.000	5.000
TUTUM	Devlet	303	3	3.425	0.060	1.000	4.000	5.000
TUTUM	Özel	102	0	4.323	0.068	2.000	4.000	5.000
GÜVEN	Devlet	306	0	5.797	0.116	1.000	6.000	10.000
GÜVEN	Özel	102	0	7.206	0.184	2.000	7.000	10.000
ERİŞİM	Devlet	304	2	5.303	0.132	2.000	5.000	10.000
ERİŞİM	Özel	102	0	7.873	0.170	2.000	8.000	10.000
EMPATİ	Devlet	303	3	2.564	0.065	1.000	2.000	5.000
EMPATİ	Özel	102	0	3.352	0.099	1.000	3.000	5.000
ORTAM	Devlet	302	4	5.275	0.106	1.000	5.000	10.000
ORTAM	Özel	102	0	9.372	0.090	7.000	10.000	10.000
BÜROKRASİ	Devlet	303	3	1.660	0.051	1.000	1.000	5.000
BÜROKRASİ	Özel	102	0	4.127	0.084	1.000	4.000	5.000
PERSONEL	Devlet	299	7	2.966	0.062	1.000	3.000	5.000
PERSONEL	Özel	102	0	4.029	0.075	1.000	4.000	5.000
Toplam	Devlet	306	0	51.039	0.593	22.000	51.000	84.000
Toplam	Özel	102	0	74.039	0.920	41.000	74.500	92.000

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere hasta tatmine etki eden 11 faktör açısından ele alındığında, özel hastaneden hizmet alan hastaların tatmin düzeyleri, gerek “Ortanca Değere” göre, gerekse “Ortalama Değere” göre, devlet hastanesinden hizmet alan hastalardan daha yüksek bulunmaktadır. Özel hastane hastaları, devlet hastanesi hastalarından daha yüksek düzeyde tatmin olmaktadır.

5. 3. 2. 4. TÜM HASTALAR İÇİN KORELASYON TABLOSU

Hasta tatminine etki eden 11 faktör ve ayrıca yaşam doyumu ile kendi aralarında yapılan korelasyonlarda ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 5.24. Tüm Hastalar İçin Korelasyon Tablosu

	Süre	İlgi	Bilgilen	Nezaket	Tutum	Güven	Erişim	Empati	Ortam	Bürokrasi	Personel	Yaşam Doyumu
İlgi	0.688 0.000*											
Bilgilendirme	0.611 0.000*	0.636 0.000*										
Nezaket	0.396 0.000*	0.458 0.000*	0.461 0.000*									
Tutum	0.527 0.000*	0.607 0.000*	0.539 0.000*	0.696 0.000*								
Güven	0.388 0.000*	0.401 0.000*	0.435 0.000*	0.245 0.000*	0.303 0.000*							
Erişim	0.443 0.000*	0.326 0.000*	0.254 0.000*	0.180 0.000*	0.343 0.000*	0.099 0.047**						
Empati	0.371 0.000*	0.428 0.000*	0.405 0.000*	0.292 0.000*	0.365 0.000*	0.296 0.000*	0.306 0.000*					
Ortam	0.618 0.000*	0.461 0.000*	0.413 0.000*	0.334 0.000*	0.408 0.000*	0.278 0.000*	0.368 0.000*	0.303 0.000*				
Bürokrasi	0.672 0.000*	0.405 0.000*	0.496 0.000*	0.314 0.000*	0.337 0.000*	0.306 0.000*	0.467 0.000*	0.318 0.000*	0.695 0.000*			
Personel	0.433 0.000*	0.343 0.000*	0.416 0.000*	0.320 0.000*	0.388 0.000*	0.216 0.000*	0.150 0.003*	0.282 0.000*	0.487 0.000*	0.461 0.000*		
Tatmin	0.843 0.000*	0.770 0.000*	0.808 0.000*	0.553 0.000*	0.675 0.000*	0.554 0.000*	0.548 0.000*	0.549 0.000*	0.730 0.000*	0.743 0.000*	0.560 0.000*	0.268 0.000*

* p < 0,01 % 99 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

** p < 0,05 % 95 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Yukarıdaki tablodan da görülebileceği gibi, bağımsız değişkenler olarak hasta tatminini etkileyen 11 faktörün kendi aralarında yapılan korelasyonlarda, tüm faktörlerin birbirleri ile % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişkili olduğu, yalnızca “Erişim” faktörü ile “Güven” faktörünün % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki içinde olduğu ortaya çıkmaktadır. Tüm hastalar için anılan 11 faktörden tatmin arttıkça, toplam hasta tatmini de aynı oranda artmakta, aralarında pozitif doğrusal ilişki bulunduğu görülmektedir. Hasta Tatminini etkileyen 11 faktörden ayrı olarak ele alınan “Yaşam Doyumu” ile “Toplam Hasta Tatmini” arasında da % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki olduğu görülmekte, yani yaşam doyumu arttıkça, hasta tatmini de aynı oranda artmaktadır.

5. 3. 2. 4. 1. DEVLET HASTANESİ HASTALARI İÇİN KORELASYON TABLOSU

Hasta tatminine etki eden 11 faktör ve ayrıca hastaların yaşam doyumu ile kendi aralarında yapılan korelasyonlarda devlet hastanesi hastaları için ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 5.25. Devlet hastanesi Hastaları İçin Korelasyon Tablosu

	Süre	İlgi	Bilgilen	Nezaket	Tutum	Güven	Erişim	Empati	Ortam	Bürokrasi	Personel	Yaşam Doyumu
İlgi	0.592 0.000*											
Bilgilen	0.464 0.000*	0.551 0.000*										
Nezaket	0.289 0.000*	0.420 0.000*	0.378 0.000*									
Tutum	0.375 0.000*	0.532 0.000*	0.444 0.000*	0.675 0.000*								
Güven	0.264 0.000*	0.338 0.000*	0.376 0.000*	0.205 0.000*	0.201 0.000*							
Erişim	0.195 0.001*	0.138 0.016**	0.006 0.918	0.075 0.195	0.201 0.000*	-0.113 0.049**						
Empati	0.199 0.000*	0.278 0.000*	0.281 0.000*	0.225 0.000*	0.280 0.000*	0.197 0.001*	0.179 0.002*					
Ortam	0.226 0.000*	0.228 0.000*	0.161 0.005*	0.243 0.000*	0.205 0.000*	0.108 0.060	0.067 0.243	0.139 0.016**				
Bürokrasi	0.307 0.000*	0.073 0.202	0.247 0.000*	0.156 0.006*	0.008 0.894	0.086 0.134	0.169 0.003*	0.102 0.077	0.297 0.000*			
Personel	0.237 0.000*	0.191 0.001*	0.299 0.000*	0.248 0.000*	0.280 0.000*	0.121 0.037**	-0.048 0.404	0.186 0.001*	0.309 0.000*	0.235 0.000*		
Tatmin	0.700 0.000*	0.722 0.000*	0.770 0.000*	0.548 0.000*	0.616 0.000*	0.505 0.000*	0.324 0.000*	0.460 0.000*	0.476 0.000*	0.396 0.000*	0.434 0.000*	0.250 0.000*

* $p < 0,01$ % 99 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

** $p < 0,05$ % 95 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi devlet hastanesi hastaları için yapılan korelasyonlarda, bağımsız değişkenler olarak hasta tatminini etkileyen 11 faktörden “Süre” ile ilgi, bilgilendirme, nezaket, tutum, güven, erişim, empati, ortam, bürokrasi, personel arasında, “İlgi” ile bilgilendirme, nezaket, tutum, güven, empati, ortam, personel arasında, “Bilgilendirme” ile nezaket, tutum, güven, empati, ortam, bürokrasi, personel arasında, “Nezaket” ile tutum, güven, empati, ortam, bürokrasi, personel arasında, “Tutum” ile güven, erişim, empati, ortam, personel arasında, “Güven” ile empati arasında, “Erişim” ile empati, bürokrasi arasında, “Empati” ile personel arasında, “Ortam” ile bürokrasi, personel arasında, “Bürokrasi” ile personel arasında % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Ancak “Erişim” ile “İlgi” faktörü arasında, “Güven” ile “Personel” arasında ve “Empati” ile “Ortam” arasında % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Yapılan korelasyonlarda sadece “Güven” faktörü ile “Erişim” faktörü arasında % 95 anlamlılık düzeyinde negatif doğrusal ilişki bulunmaktadır.

Ayrıca devlet hastanesi hastaları için hasta tatminini etkileyen 11 faktörden tatmin arttıkça, “Toplam Hasta Tatmini” de artmakta, aralarında % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Hasta tatminini etkileyen 11 faktörden ayrı olarak ele alınan “Yaşam Doyumu” ile “Toplam Hasta Tatmini” arasında ise yine % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmakta, yani yaşam doyumu arttıkça, toplam hasta tatmini de artmaktadır. Oysa Özel hastane hastaları için böyle bir ilişki bulunmamakta, özel hastane hastaları için “Yaşam Doyumu” ile “Toplam Hasta Tatmini” arasında herhangi anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

5. 3. 2. 4. 2. ÖZEL HASTANE HASTALARI İÇİN KORELASYON TABLOSU

Hasta tatminine etki eden 11 faktör ve ayrıca hastaların yaşam doyumu ile kendi aralarında yapılan korelasyonlarda özel hastane hastaları için ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 5.26. Özel Hastane Hastaları İçin Korelasyon Tablosu

	Süre	İlgi	Bilgilen	Nezaket	Tutum	Güven	Erişim	Empati	Ortam	Bürokrasi	Personel	Yaşam Doyum
İlgi	0.567 0.000*											
Bilgilen	0.570 0.000*	0.552 0.000*										
Nezaket	0.490 0.000*	0.324 0.000*	0.517 0.000*									
Tutum	0.595 0.000*	0.541 0.000*	0.523 0.000*	0.673 0.000*								
Güven	0.312 0.001*	0.231 0.020**	0.294 0.003*	0.110 0.272	0.309 0.002*							
Erişim	0.309 0.002*	0.235 0.018**	0.332 0.001*	0.078 0.438	0.227 0.022**	0.272 0.006*						
Empati	0.470 0.000*	0.235 0.018**	0.332 0.001*	0.078 0.438	0.334 0.001*	0.348 0.000*	0.309 0.002*					
Ortam	0.280 0.004*	0.208 0.036**	0.155 0.120	0.146 0.143	0.247 0.012**	0.007 0.945	-0.033 0.745	0.104 0.298				
Bürokrasi	0.474 0.000*	0.219 0.027**	0.397 0.000*	0.376 0.000*	0.450 0.000*	0.270 0.006*	0.329 0.001*	0.306 0.002*	0.359 0.000*			
Personel	0.177 0.074	0.206 0.038**	0.257 0.009*	0.217 0.028**	0.225 0.023**	0.051 0.608	-0.073 0.468	0.155 0.121	0.141 0.159	0.238 0.016**		
Tatmin	0.770 0.000*	0.712 0.000*	0.843 0.000*	0.568 0.000*	0.707 0.000*	0.533 0.000*	0.513 0.000*	0.661 0.000*	0.306 0.002*	0.600 0.000*	0.314 0.001*	0.147 0.141

* $p < 0,01$ % 99 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

** $p < 0,05$ % 95 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi özel hastane hastaları için yapılan korelasyonlarda, bağımsız değişkenler olarak hasta tatminini etkileyen 11 faktörden “Süre” ile ilgi, bilgilendirme, nezaket, tutum, güven, erişim, empati, ortam, bürokrasi arasında, “İlgi” ile bilgilendirme, nezaket, tutum arasında, “Bilgilendirme” ile nezaket, tutum, güven, erişim, empati, bürokrasi, personel arasında, “Nezaket” ile tutum, bürokrasi arasında, “Tutum” ile güven, empati, bürokrasi arasında, “Güven” ile erişim, empati, bürokrasi arasında, “Erişim” ile empati, bürokrasi arasında, “Empati” ile bürokrasi arasında, “Ortam” ile bürokrasi arasında % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Ayrıca, “İlgi” ile güven, erişim, empati, ortam, bürokrasi, personel arasında, “Nezaket” ile personel arasında, “Tutum” ile erişim, ortam, personel arasında, “Bürokrasi” ile personel arasında % 95 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Ancak “Nezaket” ile güven, erişim, empati, ortam arasında, “Personel” ile süre, güven, erişim, empati, ortam arasında, “Ortam” ile bilgilendirme, nezaket, güven, erişim, empati arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Özel Hastane hastaları için hasta tatminini etkileyen 11 faktör ile bunların toplamı olan “Toplam Hasta Tatmini” arasında % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal ilişki bulunmaktadır. Hasta Tatminini etkileyen 11 faktörden ayrı olarak ele alınan “Yaşam Doyumu” ile “Toplam Hasta Tatmini” arasında ise, özel hastane hastaları için, herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Oysa Devlet Hastanesi hastaları için bu ilişkinin % 99 anlamlılık düzeyinde pozitif doğrusal olduğu görülmektedir.

5. 3. 2. 5. TÜM HASTALAR İÇİN STEPWISE REGRESYON ANALİZİ

Bağımsız değişkenler olarak hasta tatminini etkileyen 11 faktör ile bağımlı değişken olarak bunların toplamı olan “Toplam Hasta Tatmini” ele alınarak, 408 hasta için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçimleri ileriye doğru aşamalı yöntem (Forward Stepwise Regression) ile gerçekleştirilmiş olup, bu analiz çerçevesinde tüm hastalar için toplam hasta tatminini açıklamada 11 değişken arasından “Süre” değişkeni % 73 oranında en fazla ağırlığı olan değişken olarak ortaya çıkmış, daha sonra sırası ile bilgilendirme, ortam, erişim, güven, tutum faktörleri, tüm hastalar için toplam hasta tatminini % 98 oranında açıkladığı görülmüştür. Tüm hastalar için hasta tatminini en

fazla etkileyen değişken olan “süre” aynı zamanda korelasyonu en yüksek değişken olup hasta tatminindeki toplam varyasyonun (toplam değişkenliğin) en büyük kısmı “süre” tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 5.27. Tüm Hastalar İçin Stepwise Regresyon Analizi

Adım	1	2	3	4	5	6
Sabit Terim	27.485	16.892	12.577	9.300	5.284	2.801
SÜRE	5.350	3.617	2.461	2.004	1.712	1.538
T-Değeri	32.65	23.34	17.13	16.31	17.34	19.57
P-Değeri	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
BİLGİLENDİRME		1.756	1.721	1.735	1.547	1.331
T-Değeri		17.98	22.29	27.30	30.02	30.96
P-Değeri		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ORTAM			1.755	1.585	1.553	1.469
T-Değeri			15.36	16.72	20.78	24.82
P-Değeri			0.000	0.000	0.000	0.000
ERİŞİM				1.134	1.233	1.105
T-Değeri				13.66	18.75	21.04
P-Değeri				0.000	0.000	0.000
GÜVEN					1.203	1.137
T-Değeri					15.41	18.44
P-Value					0.000	0.000
TUTUM						2.10
T-Değeri						15.39
P-Değeri						0.000
Standart Hata	7.35	5.44	4.30	3.54	2.79	2.20
R ² Değeri	73.16	85.32	90.86	93.83	96.18	97.63
Düzentilmiş R ²	73.09	85.25	90.79	93.77	96.13	97.59

5. 3. 2. 5. 1. DEVLET HASTANESİ HASTALARI İÇİN STEPWISE REGRESSION ANALİZİ

Bağımsız değişkenler olarak hasta tatminini etkileyen 11 faktör ile bağımlı değişken olarak bunların toplamı olan “Toplam Hasta Tatmini” ele alınarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçimleri ileriye doğru aşamalı yöntem (Forward Stepwise Regression) ile gerçekleştirilmiş olup, bu analiz çerçevesinde 306 devlet hastanesi hastasının “hasta tatminini” açıklamada “bilgilendirme” en fazla ağırlığı olan değişken olarak ortaya çıkmıştır. Devlet hastanesi hastaları için hasta tatminini en fazla etkileyen değişken olan “bilgilendirme” aynı zamanda korelasyonu en yüksek değişkendir ve hasta tatminindeki toplam varyasyonun (toplam değişkenliğin) en büyük kısmı “bilgilendirme”

tarafından açıklanmaktadır. Devlet hastanesi hastalarının “bilgilendirme” açısından tatmin olmaları, toplam tatminin % 59 unu açıklarken, hem bilgilendirme hem de “süre” açısından tatmin olma ise; toplam hasta tatmininin % 75 ini açıklamaktadır. Devlet hastanesi hastalarının tatminini en fazla açıklayan 6 değişken ise sırası ile, bilgilendirme, süre, ortam, erişim, güven ve tutum olarak ortaya çıkmakta ve bu 6 değişken devlet hastanesi hastalarının toplam tatminini % 95 oranında açıklamaktadır.

Tablo 5.28. Devlet Hastanesi Hastaları İçin Stepwise Regresyon Analizi

Adım	1	2	3	4	5	6
Sabit Terim	25.473	20.795	14.828	9.974	5.466	3.779
BİLGİLENDİRME	2.435	1.727	1.700	1.769	1.567	1.315
T-Değeri	20.28	16.06	18.65	23.28	25.12	25.56
P-Değeri	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
SÜRE		2.615	2.201	1.870	1.605	1.453
T-Değeri		13.55	13.09	13.11	13.92	16.21
P-Değeri		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ORTAM			1.548	1.533	1.516	1.391
T-Değeri			10.68	12.73	15.82	18.68
P-Değeri			0.000	0.000	0.000	0.000
ERİŞİM				1.095	1.263	1.084
T-Değeri				11.40	16.30	17.72
P-Değeri				0.000	0.000	0.000
GÜVEN					1.221	1.149
T-Değeri					12.93	15.72
P-Değeri					0.000	0.000
TUTUM						2.08
T-Değeri						13.94
P-Değeri						0.000
Standart Hata	6.63	5.19	4.40	3.65	2.90	2.24
R ² Değeri	58.73	74.80	81.96	87.60	92.18	95.36
Düzeltilmiş R ²	58.59	74.63	81.77	87.42	92.05	95.26

5. 3. 2. 5. 2. ÖZEL HASTANE HASTALARI İÇİN STEPWISE REGRESSION

ANALİZİ

Bağımsız değişkenler olarak hasta tatminini etkileyen 11 faktör ile bağımlı değişken olarak bunların toplamı olan “Toplam Hasta Tatmini” ele alınarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Değişken seçimleri ileriye doğru aşamalı yöntem (Forward Stepwise Regression) ile gerçekleştirilmiş olup, bu analiz çerçevesinde 102 özel hastane hastasının “hasta tatminini” açıklamada “bilgilendirme” en fazla ağırlığı olan değişken olarak ortaya çıkmıştır. Özel hastane hastaları için hasta tatminini en fazla etkileyen değişken olan

“bilgilendirme” aynı zamanda korelasyonu en yüksek değişken olup, hasta tatminindeki toplam varyasyonun (toplam değişkenliğin) en büyük kısmı “bilgilendirme” tarafından açıklanmaktadır. Özel hastane hastalarının “bilgilendirme” açısından tatmin olmaları, toplam hasta tatmininin % 71 ini açıklarken, hem bilgilendirme hem de süre açısından tatmin olma; toplam hasta tatmininin % 83 ünü açıklamaktadır. Özel hastane hastalarının tatminini en fazla açıklayan 6 değişken ise sırası ile, bilgilendirme, süre, güven, ilgi, bürokrasi, erişim olarak ortaya çıkmakta ve bu 6 değişken özel hastane hastalarının toplam tatminini % 97 oranında açıklamaktadır.

Tablo 5.29. Özel Hastane Hastaları İçin Stepwise Regresyon Analizi

Adım	1	2	3	4	5	6
Sabit Terim	40.14	25.02	20.83	18.49	15.10	12.70
BİLGİLENDİRME	2.401	1.706	1.581	1.368	1.233	1.171
T-Değeri	15.69	12.07	13.59	12.97	15.00	17.47
P-Değeri	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
SÜRE		3.08	2.69	2.10	1.48	1.42
T-Değeri		8.64	9.11	7.75	6.76	8.00
P-Değeri		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
GÜVEN			1.261	1.243	1.120	1.018
T-Değeri			7.16	8.25	9.64	10.73
P-Değeri			0.000	0.000	0.000	0.000
İLGİ				1.42	1.63	1.60
T-Değeri				6.10	9.08	11.00
P-Değeri				0.000	0.000	0.000
BÜROKRASİ					2.32	2.03
T-Değeri					8.36	8.91
P-Değeri					0.000	0.000
ERİŞİM						0.76
T-Değeri						7.22
P-Değeri						0.000
Standart Hata	5.02	3.81	3.10	2.65	2.03	1.64
R ² Değeri	71.12	83.54	89.19	92.18	95.48	97.08
Düzeltilmiş R ²	70.83	83.20	88.86	91.86	95.24	96.89

5. 3. 2. 6. HASTA GRUPLARININ TATMİNİNİN HESAPLANMASI

Devlet hastanesinden ve özel hastaneden hizmet alan hastaların tatminleri Mod Medyan Testi ile ve Two-Sample T-testi ile ayrı ayrı hesaplanmış, her iki testin sonucunda da özel hastaneden hizmet alan hastaların tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

5. 3. 2. 6. 1. MOD MEDYAN TESTİ İLE HASTA GRUPLARININ TATMİNİNİN HESAPLANMASI

Yapılan Mod-Medyan testine göre aşağıdaki tablodan da görüldüğü gibi, özel hastane hastalarının tatmin puanı ortanca değere göre 74.5 olup, devlet hastanesi hastalarının tatmin puanı olan 51 den yüksektir. Özel hastane hastalarının tatmin düzeyi ile devlet hastanesi hastalarının tatmin düzeyi arasında % 99 anlamlılık düzeyinde fark bulunmaktadır. Özel hastane hastaları, devlet hastanesi hastalarından daha fazla tatmin olmaktadır.

Tablo 5.30. Mod-Medyan Testi ile Hasta Gruplarının Tatmininin Hesaplanması

1: Özel Hastane Hastası, 2: Devlet Hastanesi Hastası olmak üzere

Ki Kare = 111.85 Serbestlik Derecesi = 1 Olasılık Değeri = 0.000

HASTA GRUBU	N<=	N>	ORTANCA	Q3-Q1	
1	5	97	74.5	10.0	(-*)
2	200	106	51.0	14.0	(--*)

56.0 64.0 72.0

5. 3. 2. 6. 2. TWO-SAMPLE T-TEST (BAĞIMSIZ İKİ ÖRNEK T TESTİ) İLE

HASTA GRUPLARININ TATMİNİNİN HESAPLANMASI

Yapılan Two-Sample T Testine göre aşağıdaki tablodan da görüldüğü gibi T Değeri = 21.02, Serbestlik Derecesi = 191, Olasılık Değeri = 0.000 olmak üzere, özel hastane hastalarının toplam tatmin puanı 74.04, devlet hastanesi hastalarının toplam tatmin puanı ise 51.0 dir. Özel hastane hastalarının tatmin düzeyi ile devlet hastanesi hastalarının tatmin düzeyi arasında % 99 anlamlılık düzeyinde fark bulunmaktadır. Özel hastane hastaları, devlet hastanesi hastalarından daha fazla tatmin olmaktadır.

Tablo 5.31. Two-Sample T-Test (Bağımsız İki Örnek T-Testi) İle Hasta Gruplarının Tatmininin Hesaplanması

1: Özel Hastane Hastası, 2: Devlet Hastanesi Hastası olmak üzere

Hasta Grup	N	Ortalama Tatmin Puanı	Standart Sapma	Standart Hata
1	102	74.04	9.29	0.92
2	306	51.0	10.4	0.59

5. 4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

5. 4. 1. HEKİMLER İLE İLGİLİ HİPOTEZLER

Hipotez 1

H_0 = Aşırı iş yükü altındaki hekimler, zaman kısıdı nedeni ile “Hastadan” çok “Hastalığa” odaklanmak zorunda kalmamaktadır.

H_1 = Aşırı iş yükü altındaki hekimler, zaman kısıdı nedeni ile “Hastadan” çok “Hastalığa” odaklanmak zorunda kalmaktadırlar

Tablo 5.32. Aşırı İş Yükü Altındaki Hekimler ve Zaman Kısıtı Nedeni ile “Hastadan” Çok “Hastalığa” Odaklanma; Tanımlayıcı İstatistikler

Zaman kısıtı nedeniyle hastadan çok hastalığa odak	N	Ortalama	Std. sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		Minimum	Maksimum
					Alt sınır	Üst sınır		
Katılıyorum	24	1,63	,77	,16	1,30	1,95	1	3
Kararsız	10	1,60	,70	,22	1,10	2,10	1	3
Katılmıyorum	48	1,17	,43	6,20E-02	1,04	1,29	1	3
Toplam	82	1,35	,62	6,80E-02	1,22	1,49	1	3

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, ankette aşırı iş yükü altındaki hekimlerin, zaman kısıdı nedeni ile “Hastadan” çok “Hastalığa” odaklanmak zorunda kalma durumlarını tespit etmeye ilişkin yapılan çapraz tabloda toplam 82 hekimden cevap alındığı görülmektedir. Aşırı iş yükü altındaki hekimler, zaman kısıdı nedeni ile “Hastadan” çok “Hastalığa” odaklanmak zorunda kalma durumlarını ölçmeye yönelik soruya hekimlerin verdikleri cevapların ortalaması; katılıyorum ($\mu=1,63$), kararsızlar ($\mu=1,60$), katılmayanların ise ($\mu=1,17$) dir.

Tablo 5.33. Aşırı İş Yükü Altındaki Hekimler ve Zaman Kısıtı Nedeni ile “Hastadan” Çok “Hastalığa” Odaklanma; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
13,308	2	79	,000

Tablo 5.34. Aşırı İş Yükü Altındaki Hekimler ve Zaman Kısıtı Nedeni ile “Hastadan” Çok “Hastalığa” Odaklanma; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	4,052	2	2,026	5,997	,004
Grupların içinde	26,692	79	,338		
Toplam	30,744	81			

$F_{(2)}=5,997$ 'de $p=0,004<0,05$ olduğu için %95 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir ve H_1 desteklenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. “Aşırı iş yükü altındaki hekimler, zaman kısıdı nedeni ile “Hastadan” çok “Hastalığa” odaklanmak zorunda kalmaktadırlar” şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 2

H_0 = Hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak zorunda kalan hekimlerin iş stresleri daha azdır

H_1 = Hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak zorunda kalan hekimlerin iş stresleri daha fazladır

Tablo 5.35. Hastanın Kendisi Kadar Hasta Yakını İle Uğraşma ve İş Stresi; Tanımlayıcı İstatistikler

İş stresim çok fazla	N	Ortalama	Std. sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Düşük	Maksimum
					Alt sınır	Üst sınır		
Katılıyorum	72	1,14	,45	5,35E-02	1,03	1,25	1	3
Kararsız	5	1,60	,89	,40	,49	2,71	1	3
Katılmıyorum	1	3,00	,	,	,	,	3	3
Toplam	78	1,19	,54	6,07E-02	1,07	1,31	1	3

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, ankette hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak zorunda kalan hekimlerin iş streslerinin artıp artmadığını tespit etmeye ilişkin yapılan çapraz tabloda toplam 78 hekimden cevap alındığı görülmektedir. Tabloda da görüldüğü üzere hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak zorunda kalıp iş stresinin çok fazla olduğunu belirten hekim sayısı 72 olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir fark aramak yanlış olacaktır. Hekimler genel olarak hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak zorunda kaldıkça iş streslerinin arttığı konusunda hemfikirdirler.

Hipotez 3

H_0 = İş doyumu yüksek olan hekimler, hastanın duygusal beklentilerine (daha az oranda) karşılık verirler.

H_1 = İş doyumu yüksek olan hekimler, hastanın duygusal beklentilerine (daha fazla oranda) karşılık verirler.

Tablo 5.36. İş Doyumu yüksek Olan Hekimler ve Hastanın Duygusal Beklentilerine Karşılık Verme Durumu

Varyasyon	Serbestlik	Kareler	Kareler	F	Olasılık
Kaynağı	Derecesi	Toplamı	Ortalaması	Değeri	Değeri
Soru	4	6856	1714	4.67	0.002
Hata	78	28617	367		
Toplam	82	35473			

Standart Hata = 19.15, R^2 Değeri = 19.33%, Düzeltilmiş R^2 Değeri = 15.19%

1:Tamamen Katılıyor, 2:Katılıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılmıyorum, 5:Hiç Katılmıyorum

Yanıt	N	Ortalama	StSap.	
1	11	92.82	23.79	(-----+-----+-----+-----+)
2	20	99.50	15.64	(-----*-----)
3	14	112.71	23.87	(-----*-----)
4	34	112.62	17.03	(-----*-----)
5	4	129.50	21.14	(-----*-----)

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarından görülebileceği üzere İş Doyumu en yüksek olan 4 hekimin iş doyumu ortalama puanı 129.50 ve 34 hekimin ise 112.62 dir. İş doyumu yüksek olan 38 (34+4) hekim bu ifadeye hiç katılmıyorum veya katılmıyorum şeklinde cevap vermiş, İş doyumu daha düşük olan hekimler ise (20+11) bu ifadeye tamamen katıldıklarını veya katıldıklarını bildirmişlerdir. İki grup arasında % 99 anlamlılık düzeyinde fark bulunmaktadır ($p < 0,01$). İki grup ortalaması birbirinden farklı olduğundan, H_1 Hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 4

H_0 = İş doyumu yüksek olan hekimler, hastaya sağlık hizmeti verilmesini yeterli görmekte ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermenin gerekli olduğunu düşünmemektedirler.

H_1 = İş doyumu yüksek olan hekimler, hastaya sağlık hizmeti verilmesini yeterli görmemekte ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermenin gerekli olduğunu düşünmektedirler.

Tablo 5.37. İş Doyumu Yüksek Olan Hekimler ve Hastaya İlgi ve Güler yüz Gösterilmesi

Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F Değeri	Olasılık Değeri
Soru	4	7226	1806	4.88	0.001
Hata	78	28901	371		
Toplam	82	36127			

Standart Hata = 19.25, R^2 Değeri= 20.00%, Düzeltilmiş R^2 Değeri= 15.90%

1:Tamamen Katılıyor, 2:Katılıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılmıyorum, 5:Hiç Katılmıyorum

Yanıt	N	Ortalama	StSap	
1	1	69.00	*	(-----+-----+-----+-----+)
2	5	104.60	24.99	(-----*-----)
3	4	84.50	12.71	(-----*-----)
4	47	104.91	18.13	(---*)
5	26	118.73	20.78	(---*---)
				-----+-----+-----+-----+-----+
				50 75 100 125

İş doyumu puanı en düşük olan (69.00) bir hekim bu ifadeye tamamen katıldığını bildirirken, İş doyumu puanı ortalaması düşük (84.50) olan 4 hekim bu ifadeye karşı kararsız kaldıklarını bildirmişlerdir. İş Doyumu yüksek olan hekimler ise bu ifadeye katılmadıklarını veya hiç katılmadıklarını belirtmişlerdir. En az iki grup ortalaması birbirinden farklı olduğundan H_1 Hipotezimiz red edilememektedir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İş doyumu yüksek olan hekimler, hastaya sağlık hizmeti verilmesini yeterli görmemekte ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermenin gerekli olduğunu düşünmektedirler şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

5. 4. 2. HASTALAR İLE İLGİLİ HİPOTEZLER

Hipotez 1

H_0 = Muayene olmak için kendisine ayrılan süreyi yeterli bulan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar.

H_1 = Muayene olmak için kendisine ayrılan süreyi yeterli bulan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar.

Tablo 5.38. Muayene Süresi ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	83	1,71	,85	9,32E-02	1,53	1,90	1	4
Katılıyor	179	2,89	1,05	7,82E-02	2,74	3,05	1	5
Kararsız	75	3,61	,94	,11	3,40	3,83	1	5
Katılmıyor	54	3,69	1,18	,16	3,36	4,01	1	5
H.Katılmıyor	13	4,08	1,04	,29	3,45	4,70	2	5
Toplam	404	2,93	1,23	6,14E-02	2,81	3,05	1	5

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, muayene olmak için kendisine ayrılan süreyi yeterli bulmayla ilgili soruya tamamen katılmayanlar, doktorun tutum ve davranışlarından da hiç memnun kalmamaktayken ($\mu=4,08$), katılmayanlar ve kararsızlar da memnun kalmamakta ($\mu=3,69$ ve $3,61$ sırasıyla) katılanlar biraz memnun kalmakta ($\mu=2,89$), tamamen katılanlar ise ($\mu=1,71$) memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.39. Muayene Süresi ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet;

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
3,518	4	399	,008

Tablo 5.40. Muayene Süresi ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbest. Derecesi	OrtalamalarınKaresi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	206,517	4	51,629	50,689	,000
Grupların içinde	406,401	399	1,019		
Toplam	612,918	403			

$F_{(4)}=50,689$ 'da $p=0,000<0,01$ olduğu için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir ve H_1 desteklenmiştir. Yani gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Yukarıdaki ortalamalara bakıldığında, muayene olmak için kendisine ayrılan süreyi yeterli bulan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kaldıkları görülmektedir.

Hipotez 2

H_0 = Doktoru tarafından ilgili bir şekilde dinlendiğini düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar.

H_1 = Doktoru tarafından ilgili bir şekilde dinlendiğini düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.41 Doktoru Tarafından İlgili Bir şekilde Dinlenme ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tamamen Katılıyor	83	1,48	,57	6,27E-02	1,36	1,61	1	4
Katılıyor	178	2,17	,67	5,01E-02	2,07	2,27	1	4
Kararsız	75	2,97	,73	8,48E-02	2,80	3,14	1	4
Katılmıyor	55	3,45	1,03	,14	3,18	3,73	1	5
Hiç Katılmıyor	13	3,08	1,32	,37	2,28	3,87	1	5
Toplam	404	2,38	,99	4,93E-02	2,28	2,48	1	5

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, doktoru tarafından ilgili bir şekilde dinlendiğine tamamen katılan hastalar, katılmayanlara göre doktorlarından daha memnun kalmaktadır ($\mu=1,48 < \mu=3,08$).

Tablo 5.42. Doktoru Tarafından İlgili Bir şekilde Dinlenme ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
12,218	4	399	,000

Tablo 5.43. Doktoru Tarafından İlgili Bir şekilde Dinlenme ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	171,124	4	42,781	76,145	,000
Grupların içinde	224,173	399	,562		
Toplam	395,297	403			

$F_{(4)}=76,145$ 'te $p=0,000 < 0,01$ olduğu için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir ve H_1 desteklenmiştir. Yani gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Doktoru tarafından ilgili bir şekilde dinlendiğini düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 3

H_0 = İsteddiği hekime muayene olma şansı bulunan hastalar, hekimin tutum ve davranışından daha az memnun kalırlar.

H_1 = İsteddiği hekime muayene olma şansı bulunan hastalar, hekimin tutum ve davranışından daha fazla memnun kalırlar.

Tablo 5.44. İsteddiği Hekime Muayene Olma Şansı ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	81	2,12	1,36	,15	1,82	2,42	1	5
Katılıyor	176	2,90	1,18	8,90E-02	2,72	3,07	1	5
Kararsız	74	3,36	1,34	,16	3,05	3,68	1	5
Katılmıyor	53	3,74	1,36	,19	3,36	4,11	1	5
Hiç Katılmıyor	13	4,85	,55	,15	4,51	5,18	3	5
Toplam	397	3,00	1,40	7,00E-02	2,86	3,14	1	5

Tablo 5.45. İsteddiği Hekime Muayene Olma Şansı ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
5,260	4	392	,000

Tablo 5.46. İsteddiği Hekime Muayene Olma Şansı ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	KarelerToplamı	Serbestlik Derecesi	OrtalamanınKaresi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	146,930	4	36,733	23,073	,000
Grupların içinde	624,067	392	1,592		
Toplam	770,997	396			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 392’de (sd) $F_{392} = 5,260$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 23,073$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\mu_{tk} = 2,12$). İsteddiği hekime muayene olma şansı bulunan hastalar, hekimin tutum ve davranışından daha fazla memnun kalırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 4

H_0 = Doktoruna sormak istediği her şeyi sormadığını düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Doktoruna sormak istediği her şeyi sormadığını düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.47. Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Soramama ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tamamen Katılıyor	80	3,84	1,28	,14	3,55	4,12	1	5
Katılıyor	178	2,94	1,13	8,50E-02	2,78	3,11	1	5
Kararsız	75	2,51	1,04	,12	2,27	2,75	1	5
Katılmıyor	55	2,24	1,02	,14	1,96	2,51	1	5
Hiç Katılmıyor	13	2,23	1,01	,28	1,62	2,84	1	4
Toplam	401	2,92	1,24	6,20E-02	2,80	3,04	1	5

Tablo 5.48. Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Soramama ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
2,657	4	396	,033

Tablo 5.49. Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Soramama ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	112,139	4	28,035	21,970	,000
Grupların içinde	505,307	396	1,276		
Toplam	617,446	400			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 396'da (sd) $F_{396} = 2,657$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 21,970$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\mu_{tk} = 2,23$). Doktoruna sormak istediği her şeyi sormadığını

düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 5

H_0 = Eğitim düzeyi daha düşük olan hastalar, doktoruna sormak istediği her şeyi sorabilmektedirler.

H_1 = Eğitim düzeyi daha düşük olan hastalar, doktoruna sormak istediği her şeyi soramamaktadırlar.

Tablo 5.50. Eğitim Düzeyi Düşük Olan Hastalar ve Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Sorabilme; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Düşük	En Yüksek
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Okur-Yazar Değil	4	3,00	1,15	,58	1,16	4,84	2	4
Okur-Yazar	8	2,88	1,25	,44	1,83	3,92	2	5
İlkokul	60	2,62	1,18	,15	2,31	2,92	1	5
Ortaokul	58	2,86	1,32	,17	2,52	3,21	1	5
Lise	151	2,86	1,24	,10	2,66	3,06	1	5
Üniversite	100	3,12	1,22	,12	2,88	3,36	1	5
Y.Lisans/ Doktora	12	3,83	1,27	,37	3,03	4,64	1	5
Toplam	393	2,92	1,25	6,31E-02	2,80	3,05	1	5

Tablo 5.51. Eğitim Düzeyi Düşük Olan Hastalar ve Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Sorabilme; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	sd1	sd2	Anlamlılık düzeyi
,759	6	386	,602

Tablo 5.52. Eğitim Düzeyi Düşük Olan Hastalar ve Doktoruna Sormak İsteddiği Herşeyi Sorabilme; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	sd	Ortalamaların karesi	F	Anlamlılık düzeyi
Gruplar arasında	20,294	6	3,382	2,204	,042
Gruplar içinde	592,261	386	1,534		
Toplam	612,555	392			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 386'da (sd) $F_{386} = 0,759$ olmak üzere $p = 0,602 > 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenememiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşittir. Varyansların eşit olduğu varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_6 =$

2,204 olmak üzere $p=0,042 < 0,05$ için %95 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiş, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Hipotez 6

H_0 = Yüksek eğitilmiş hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Yüksek eğitilmiş hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.53. Yüksek Eğitilmiş Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Okur-Yazar Değil	4	2,50	,58	,29	1,58	3,42	2	3
Okur-Yazar	8	2,38	,74	,26	1,75	3,00	1	3
İlkokul	60	2,82	1,21	,16	2,50	3,13	1	5
Ortaokul	59	2,46	1,02	,13	2,19	2,72	1	5
Lise	151	2,32	,94	7,66E-02	2,17	2,47	1	5
Üniversite	101	2,13	1,05	,10	1,92	2,34	1	5
Y.Lisans/ Doktora	12	1,67	1,23	,36	,88	2,45	1	5
Toplam	395	2,35	1,05	5,29E-02	2,25	2,45	1	5

Tablo 5.54. Yüksek Eğitilmiş Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
1,908	6	388	,078

Tablo 5.55. Yüksek Eğitilmiş Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	24,550	6	4,092	3,860	,001
Grupların içinde	411,238	388	1,060		
Toplam	435,787	394			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 388’da (sd) $F_{388} = 1,980$ olmak üzere $p = 0,078 < 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun

varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_6 = 3,860$ olmak üzere $p=0,001 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yukarıdaki tabloda da yüksek eğitilmişlerin ortalamaları diğerlerinden farklıdır ($\mu_{yüksek} = 1,67$). Yüksek eğitilmiş hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 7

H_0 = Muayene olmak için çok sıra beklediğini düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalırlar.

H_1 = Muayene olmak için çok sıra beklediğini düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalırlar.

Tablo 5.56. Çok Sıra Bekleyen Hasta ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	83	3,40	1,41	,16	3,09	3,71	1	5
Katılıyor	175	2,55	1,29	9,78E-02	2,36	2,75	1	5
Kararsız	74	2,04	1,20	,14	1,76	2,32	1	5
Katılmıyor	55	1,76	,94	,13	1,51	2,02	1	4
Hiç Katılmıyor	13	1,62	1,19	,33	,89	2,34	1	4
Toplam	400	2,50	1,37	6,85E-02	2,36	2,63	1	5

Tablo 5.57. Çok Sıra Bekleyen Hasta ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
6,270	4	395	,000

Tablo 5.58. Çok Sıra Bekleyen Hasta ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	122,994	4	30,748	19,433	,000
Grupların içinde	624,996	395	1,582		

Toplam	747,990	399			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 395’da (sd) $F_{395} = 6,270$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında tabloda görüldüğü gibi serbestlik derecesi 4’te, $F_{(4)} = 19,433$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Grupların ortalamalarında bu durum görülmektedir ($\mu_{tk} = 3,40$ ten $\mu_{hk} = 1,62$ ye ortalamalar azalmaktadır). “Muayene olmak için çok sıra beklediğini düşünen hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalırlar” şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir

Hipotez 8

H_0 = Doktorları sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu olarak gören hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Doktorları sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu olarak gören hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.59. Doktorları Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Başlıca Sorumlusu Olarak Gören Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	83	4,19	,93	,10	3,99	4,40	1	5
Katılıyor	176	3,88	1,02	7,71E-02	3,72	4,03	1	5
Kararsız	75	3,29	1,09	,13	3,04	3,54	1	5
Katılmıyor	55	3,45	1,26	,17	3,11	3,79	1	5
Hiç Katılmıyor	13	3,31	1,55	,43	2,37	4,24	1	5
Toplam	402	3,76	1,11	5,56E-02	3,65	3,87	1	5

Tablo 5.60. Doktorları Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Başlıca Sorumlusu Olarak Gören Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
4,442	4	397	,002

Tablo 5.61. Doktorları Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Başlıca Sorumlusu Olarak Gören Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	41,992	4	10,498	9,137	,000
Grupların içinde	456,118	397	1,149		
Toplam	498,109	401			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 397’da (sd) $F_{397} = 4,442$ olmak üzere $p = 0,002 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 9,137$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\mu_{tk} = 0,93$). Doktorları sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu olarak gören hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 9

H_0 = Hastane personelinden memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Hastane personelinden memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar.

Tablo 5.62. Hastane Personelinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	81	3,75	1,18	,13	3,49	4,01	1	5
Katılıyor	174	3,43	,93	7,02E-02	3,29	3,56	1	5
Kararsız	75	2,92	,97	,11	2,70	3,14	1	5
Katılmıyor	55	2,65	1,06	,14	2,37	2,94	1	5
Hiç Katılmıyor	13	2,00	1,22	,34	1,26	2,74	1	5
Toplam	398	3,24	1,10	5,52E-02	3,14	3,35	1	5

Tablo 5.63. Hastane Personelinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
1,125	4	393	,344

Tablo 5.64. Hastane Personelinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	73,812	4	18,453	17,794	,000
Grupların içinde	407,547	393	1,037		
Toplam	481,359	397			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 393'da (sd) $F_{393} = 1,125$ olmak üzere $p = 0,344 > 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenememiştir. Dolayısıyla, gruplararası varyanslar homojendir. Varyansların eşit olduğu varsayımı ile hipotezler sınandığında tabloda görüldüğü gibi serbestlik derecesi 4'te, $F_{(4)} = 17,794$ olmak üzere $p = 0,000 > 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi red değildir, dolayısıyla H_1 desteklenememiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yukarıdaki tabloda hastane personelinden memnun olmayan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmadıkları görülmektedir ($\mu_{\text{hasta}} = 2,00$).

Hipotez 10

H_0 = Hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kalan hastalar, hekimin tutum ve davranışlarından da memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kalan hastalar, hekimin tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar.

Tablo 5.65. Hastanede Evrak Takibi İçin Koşuşturmak Zorunda Kalan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	83	3,12	1,62	,18	2,77	3,47	1	5
Katılıyor	177	2,30	1,33	9,99E-02	2,10	2,50	1	5
Kararsız	74	1,91	1,05	,12	1,66	2,15	1	5
Katılmıyor	55	1,75	1,08	,14	1,45	2,04	1	5
Hiç Katılmıyor	13	1,23	,83	,23	,73	1,73	1	4
Toplam	402	2,29	1,39	6,94E-02	2,15	2,42	1	5

Tablo 5.66. Hastanede Evrak Takibi İçin Koşuşturmak Zorunda Kalan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
19,343	4	397	,000

Tablo 5.67. Hastanede Evrak Takibi İçin Koşuşturmak Zorunda Kalan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama nın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	99,095	4	24,774	14,527	,000
Grupların içinde	677,007	397	1,705		
Toplam	776,102	401			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 397’da (sd) $F_{397} = 19,343$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında tabloda görüldüğü gibi serbestlik derecesi 4’te, $F_{(4)} = 14,527$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yukarıdaki tabloda da grupların ortalamalarında bu durum görülmektedir ($\mu_{tk} = 3,12$ ten $\mu_{hk} = 1,23$ e ortalamalar azalmaktadır). Hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kalan hastalar, hekimin tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 11

H_0 = Kendisini muayene/tedavi eden hekimin adını bilmenin gerekmediğini düşünen hastalar, doktorun sağlık hizmeti vermesini yeterli bulmakta, ayrıca özel ilgi ve güler yüz göstermesini beklememektedirler.

H_1 = Kendisini muayene/tedavi eden hekimin adını bilmenin gerekmediğini düşünen hastalar, doktorun sağlık hizmeti vermesini yeterli bulmamakta, ayrıca özel ilgi ve güler yüz göstermesini beklemektedirler.

Tablo 5.68. Kendisini Muayene/Tedavi Eden Hekimin Adını Bilmenin Gerekmediğın Düşünen Hastaların Doktorun Sağlık Hizmeti Vermesini Yeterli Bulma Durumu; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Düşük	En Yüksek
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	15	3,40	1,68	,43	2,47	4,33	1	5
Katılıyor	49	3,61	1,41	,20	3,21	4,02	1	5
Kararsız	44	4,18	,90	,14	3,91	4,45	2	5
Katılmıyor	165	4,16	1,03	7,99E-02	4,01	4,32	1	5
Hiç Katılmıyor	129	4,53	,99	8,74E-02	4,35	4,70	1	5
Toplam	402	4,19	1,13	5,62E-02	4,08	4,30	1	5

Tablo 5.69. Kendisini Muayene/Tedavi Eden Hekimin Adını Bilmenin Gerekmediğın Düşünen Hastaların Doktorun Sağlık Hizmeti Vermesini Yeterli Bulma Durumu; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık düzeyi
8,880	4	397	,000

Tablo 5.70. Kendisini Muayene/Tedavi Eden Hekimin Adını Bilmenin Gerekmediğini Düşünen Hastaların Doktorun Sağlık Hizmeti Vermesini Yeterli Bulma Durumu; Anova

	Kareler Toplamı	sd	Ortalamaların karesi	F	Anlamlılık düzeyi
Gruplar arasında	40,492	4	10,123	8,578	,000
Gruplar içinde	468,515	397	1,180		
Toplam	509,007	401			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 397’da (sd) $F_{397} = 8,880$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 8,578$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yukarıdaki tabloda da bu durum görülmektedir (Tamamen katılmayanların ortalaması 4,53). Kendisini muayene/tedavi eden hekimin adını bilmenin gerekmediğini düşünen hastalar, doktorun sağlık hizmeti vermesini yeterli bulmamakta, ayrıca özel ilgi ve güleryüz göstermesini beklemektedirler şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 12

H_0 = Doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalan hastalar, hastalığı hakkında daha az hekimin görüşüne başvururlar.

H_1 = Doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalan hastalar, hastalığı hakkında daha fazla hekimin görüşüne başvururlar.

Tablo 5.71. Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha az Memnun Kalan Hastaların Hastalığı Hakkında Daha Fazla Hekimin Görüşüne Başvurma Durumu; Tanımlayıcı İstatistikler

Kaç Hekimin Görüşüne	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Bir	151	2,44	,98	7,95E-02	2,28	2,59	1	5
İki	133	2,23	1,00	8,71E-02	2,05	2,40	1	5
Üç veya daha çok	112	2,35	1,15	,11	2,13	2,56	1	5
Toplam	396	2,34	1,04	5,22E-02	2,24	2,44	1	5

Tablo 5.72. Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha az Memnun Kalan Hastaların Hastalığı Hakkında Daha Fazla Hekimin Görüşüne Başvurma Durumu; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
1,682	2	393	,187

Tablo 5.73. Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha az Memnun Kalan Hastaların Hastalığı Hakkında Daha Fazla Hekimin Görüşüne Başvurma Durumu; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	3,172	2	1,586	1,471	,231
Grupların içinde	423,805	393	1,078		
Toplam	426,977	395			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 393'da (sd) $F_{393} = 1,682$ olmak üzere $p = 0,187 > 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenmemiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit kabul edilmelidir. Varyansların eşit olduğu varsayımı ile hipotezler sınandığında tabloda görüldüğü gibi serbestlik derecesi 2'te, $F_{(2)} = 1,471$ olmak üzere $p = 0,231 < 0,1$ için %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenmemiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yukarıdaki tabloda da

grupların ortalamalarında bu durum görülmektedir ($\mu_1 = 2,44 \approx \mu_2 = 2,23 \approx \mu_3 = 2,35$). Doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalan hastalar, hastalığı hakkında daha fazla hekimin görüşüne başvururlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmemiştir

Hipotez 13

H_0 = Kronik bir hastalığı olan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalırlar.

H_1 = Kronik bir hastalığı olan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalırlar.

Tablo 5.74. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Grup İstatistikleri

	Kronik hastalığınız var mı?	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
Doktorun tutum ve davranışlarından memnun	Evet	102	2,28	1,06	,10
	Hayır	295	2,35	1,03	6,01E-02

Tablo 5.75. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Bağımsız Örneklem Testi

		Levene Testi		t-testi						
		F	Anlamlılık Düzeyi	t	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık Düzeyi (2-yönlü)	Ortalamalar arası fark	Std. Hata Farkı	%95 Güven Aralığı	
									Alt	Üst
Doktorumun tutum ve davranışlarından memnun kaldım	Varyansların eşit olduğu varsayımına göre	,020	,889	-,544	395	,587	-6,48E-02	,12	-,30	,17
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı			-,537	172,165	,592	-6,48E-02	,12	-,30	,17

Bağımsız örneklem t testi tablosuna göre $p = 0,889 > 0,1$ olduğu için, %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde varyansların eşit olduğu yönündeki H_0 hipotezimiz red değildir, varyansların eşit olmadığı şeklindeki H_1 hipotezimiz desteklenmemiştir. Varyansların her iki grup da eşit olduğu varsayımı ile $t_{(395; 0,1)} = -,544$ olmak üzere $p = 0,587 > 0,1$ olduğu için %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, H_1 desteklenmemiştir. Yani bu iki grup arasında test ettiğimiz istatistiksel anlamlılık düzeyinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dolayısıyla kronik bir

hastalığı olan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmemiştir.

Hipotez 14

H_0 = Kadın hastalar doktorların tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Kadın hastalar doktorların tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.76. Kadın Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Grup İstatistikleri

	Cinsiyeti	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalama
Doktorumun tutum ve davranışlarından memnun kaldım	Kadın	155	2,27	1,04	8,35E-02
	Erkek	244	2,38	1,03	6,59E-02

Tablo 5.77. Kadın Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Daha Az Memnuniyeti; Bağımsız Örneklem Testi

		Levene F Testi	Anlamlılık Düzeyi	T Test	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık Düzeyi (2 yönlü)	Ortalamalar arası fark	Std. Hata Farkı	%95 Güven Aralığı	
									Alt	Üst
Doktorumun tutum ve davranışlarından memnun kaldım	Varyansların eşit olduğu varsay	,019	,892	-,999	397	,318	-,11	,11	-,31	,10
	Varyansların eşit olmadığı varsay			-,997	325,322	,319	-,11	,11	-,32	,10

Bağımsız örneklem t testi tablosuna göre $p = 0,018 < 0,1$ olduğu için, %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde varyansların eşit olduğu yönündeki H_0 hipotezimiz desteklenmemiştir, varyansların eşit olmadığı şeklindeki H_1 hipotezimiz desteklenmiştir. Varyansların her iki grup da eşit olmadığı varsayımı ile $t_{(324,322; 0,1)} = -,997$ olmak üzere $p = 0,319 > 0,1$ olduğu için %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, H_1 desteklenmemiştir. Yani bu iki grup arasında test ettiğimiz istatistiksel anlamlılık düzeyinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ortalamaların fazla farklı olmadığı tabloda görülmektedir. Dolayısıyla kadın hastalar doktorların tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmemiştir.

Hipotez 15

H_0 = Doktorların, başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit olan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Doktorların, başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit olan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar.

Tablo 5.78. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Düşük	En Yüksek
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	54	2,72	1,09	,15	2,43	3,02	1	5
Katılıyor	148	2,53	1,05	8,60E-02	2,36	2,70	1	5
Kararsız	42	2,24	,85	,13	1,97	2,50	1	4
Katılmıyor	89	2,11	,95	,10	1,91	2,31	1	5
Hiç Katılmıyor	67	2,01	1,12	,14	1,74	2,29	1	5
Toplam	400	2,35	1,05	5,25E-02	2,24	2,45	1	5

Tablo 5.79. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık düzeyi
2,426	4	395	,047

Tablo 5.80. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik d.	Ortalamaların Karesi	F	Anlamlılık düzeyi
Gruplar arasında	25,553	4	6,388	6,078	,000
Gruplar içinde	415,145	395	1,051		
Toplam	440,698	399			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 395’da (sd) $F_{395} = 2,426$ olmak üzere $p = 0,047 < 0,05$ olduğu için bu iki grup arasında %95 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 6,076$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı

bir farklılık bulunmuştur. Doktorların, başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit olan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmamaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 16

H_0 = Doktorların, bir başka doktorun yaptığı tedaviyi beğenmediğine şahit olan hastalar, hastalıkları hakkında daha az doktorun görüşüne başvururlar.

H_1 = Doktorların, bir başka doktorun yaptığı tedaviyi beğenmediğine şahit olan hastalar, hastalıkları hakkında daha fazla doktorun görüşüne başvururlar.

Tablo 5.81. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Hastalıkları Hakkında Daha fazla Doktorun Görüşüne Başvurma Durumu; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tek doktora	152	2,77	1,30	,11	2,56	2,98	1	5
İki doktora	132	3,17	1,34	,12	2,94	3,40	1	5
Üç veya daha çok	111	2,80	1,37	,13	2,54	3,06	1	5
Toplam	395	2,91	1,34	6,76E-02	2,78	3,05	1	5

Tablo 5.82. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Hastalıkları Hakkında Daha fazla Doktorun Görüşüne Başvurma Durumu; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
1,216	2	392	,298

Tablo 5.83. Doktorların Başka Bir Doktorun Yaptığı Tedaviyi Beğenmeyerek Eleştirdiğine Şahit Olan Hastaların Hastalıkları Hakkında Daha fazla Doktorun Görüşüne Başvurma Durumu; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	13,501	2	6,750	3,793	,023
Grupların içinde	697,573	392	1,780		
Toplam	711,073	394			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 392’da (sd) $F_{392} = 1,216$ olmak üzere $p = 0,298 > 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenememiştir. Dolayısıyla, iki grubun

varyansları eşittir. Varyansların eşit olduğu varsayımı ile hipotezler sınıandığında $F_2 = 3,793$ olmak üzere $p=0,023 < 0,05$ için %95 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Doktorların, bir başka doktorun yaptığı tedaviyi beğenmediğine şahit olan hastalar, hastalıkları hakkında daha fazla doktorun görüşüne başvururlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 17

H_0 = Hanehalkı aylık ortalama gelir durumu daha düşük hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Hanehalkı aylık ortalama gelir durumu daha düşük hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.84. Hanehalkı Gelir Durumu Daha Düşük Olan Hastaların, Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T..Katılıyor	81	4,89	2,77	,31	4,28	5,50	1	11
Katılıyor	175	3,37	1,72	,13	3,11	3,62	1	10
Kararsız	73	2,92	2,08	,24	2,43	3,40	1	11
Katılmıyor	54	2,35	1,56	,21	1,93	2,78	1	10
Hiç Katılmıyor	13	2,62	2,29	,64	1,23	4,00	1	9
Toplam	396	3,43	2,19	,11	3,22	3,65	1	11

Tablo 5.85. Hanehalkı Gelir Durumu Daha Düşük Olan Hastaların, Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
7,365	4	391	,000

Tablo 5.86. Hanehalkı Gelir Durumu Daha Düşük Olan Hastaların, Doktorun Tutum Ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	263,666	4	65,917	15,778	,000
Grupların içinde	1633,493	391	4,178		
Toplam	1897,159	395			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 391’da (sd) $F_{391} = 7,365$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 15,778$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Zaten yukarıdaki tabloda da bu durum görülmektedir ($\mu_{tk} = 2,62$). Hanehalkı aylık ortalama gelir durumu daha düşük hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 18

H_0 = Genel olarak hayatından memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

H_1 = Genel olarak hayatından memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.87. Genel Olarak Hayatından Memnun Olmayan Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T.Katılıyor	82	1,85	,79	8,70E-02	1,68	2,03	1	5
Katılıyor	177	2,10	,77	5,78E-02	1,99	2,22	1	5
Kararsız	75	2,27	,96	,11	2,05	2,49	1	5
Katılmıyor	55	2,45	,98	,13	2,19	2,72	1	5
Hiç Katılmıyor	13	2,92	1,71	,47	1,89	3,95	1	5
Toplam	402	2,16	,91	4,53E-02	2,07	2,25	1	5

Tablo 5.88. Genel Olarak Hayatından Memnun Olmayan Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
11,897	4	397	,000

Tablo 5.89. Genel Olarak Hayatından Memnun Olmayan Hastalar ve Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyet; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	21,487	4	5,372	6,887	,000
Grupların içinde	309,640	397	,780		
Toplam	331,127	401			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 397’da (sd) $F_{397} = 11,897$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 6,887$ olmak üzere $p = 0,001 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. yukarıdaki tabloda da bu durum görülmektedir ($\mu_{hk} = 2,92$). Genel olarak hayatından memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 19

H_0 = Genel olarak hayatından daha az memnun hastalar, doktorun kendisi ile daha az ilgilenmesini beklerler.

H_1 = Genel olarak hayatından daha az memnun hastalar, doktorun kendisi ile daha fazla ilgilenmesini beklerler.

Tablo 5.90. Genel Olarak Hayatından Daha Az Memnun Hastalar ve Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgilenmesini Bekleme; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
T. Katılıyor	105	2,42	1,13	,11	2,20	2,64	1	5
Katılıyor	166	2,23	,81	6,27E-02	2,11	2,36	1	5
Kararsız	51	1,82	,71	9,98E-02	1,62	2,02	1	4
Katılmıyor	62	1,84	,71	8,96E-02	1,66	2,02	1	5
Hiç Katılmıyor	16	2,00	,89	,22	1,52	2,48	1	5
Toplam	400	2,16	,91	4,55E-02	2,07	2,25	1	5

Tablo 5.91. Genel Olarak Hayatından Daha Az memnun Hastalar ve Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgilenmesini Bekleme; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
10,490	4	395	,000

Tablo 5.92. Genel Olarak Hayatından Daha Az memnun Hastalar ve Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgilenmesini Bekleme; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	20,562	4	5,140	6,567	,000

Grupların içinde	309,198	395	,783		
Toplam	329,760	399			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 395’da (sd) $F_{395} = 10,490$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 6,567$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\mu_{tk} = 2,42$). Genel olarak hayatından daha az memnun hastalar, doktorun kendisi ile daha fazla ilgilenmesini beklerler şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 20

H_0 = Ücretini ödediği zaman doktorun kendisi ile daha fazla ilgileneceğine inanan hastalar genel olarak hayatlarından memnunnlardır.

H_1 = Ücretini ödediği zaman doktorun kendisi ile daha fazla ilgileneceğine inanan hastalar genel olarak hayatlarından memnun değildirler.

Tablo 5.93. Ücretini Ödediği Zaman Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgileneceğine İnanan Hastaların Genel olarak Hayatlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama İçin %95 Güven Aralığı		En Düşük	En Yüksek
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tam Katılıyor	175	2,14	,98	7,40E-02	1,99	2,28	1	5
Katılıyor	119	2,32	,91	8,35E-02	2,15	2,48	1	5
Kararsız	34	1,71	,46	7,93E-02	1,54	1,87	1	2
Katılmıyor	38	2,03	,82	,13	1,76	2,30	1	4
Hiç Katılmıyor	38	2,21	,84	,14	1,93	2,49	1	5
Toplam	404	2,15	,91	4,53E-02	2,06	2,24	1	5

Tablo 5.94. Ücretini Ödediği Zaman Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgileneceğine İnanan Hastaların Genel olarak Hayatlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene İstatistiği)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık düzeyi
1,937	4	399	,104

Tablo 5.95. Ücretini Ödediği Zaman Doktorun Kendisi İle Daha Fazla İlgileneceğine İnanan Hastaların Genel olarak Hayatlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamaların karesi	F	Anlamlılık düzeyi
Gruplar arasında	10,867	4	2,717	3,357	,010
Gruplar içinde	322,922	399	,809		
Toplam	333,790	403			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 399'da (sd) $F_{399} = 1,937$ olmak üzere $p = 0,104 > 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenmemiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşittir. Varyansların eşit olduğu varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 3,357$ olmak üzere $p = 0,010 < 0,05$ için %95 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ücretini ödediği zaman doktorun kendisi ile daha fazla ilgileneceğine inanan hastalar genel olarak hayatlarından memnun değillerdir şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 21

H_0 = Genel olarak hayatından memnun olan hastalar doktorun kendisini daha fazla tahlil ve tetkike yollamasını beklemektedirler.

H_1 = Genel olarak hayatından memnun olan hastalar doktorun kendisini daha fazla tahlil ve tetkike yollamasını beklememektedirler.

Tablo 5.96. Genel olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar Ve Doktorun Kendisini Daha Fazla Tahlil ve Tetkike Yollamasını Bekleme; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Düşük	En Yüksek
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tam Katılıyor	81	3,17	1,28	,14	2,89	3,46	1	5
Katılıyor	229	3,17	1,17	7,73E-02	3,02	3,32	1	5
Kararsız	49	3,00	1,02	,15	2,71	3,29	1	5
Katılmıyor	35	2,60	1,09	,18	2,23	2,97	1	5
Hiç Katılmıyor	8	2,38	1,51	,53	1,12	3,63	1	5
Toplam	402	3,08	1,19	5,92E-02	2,97	3,20	1	5

Tablo 5.97. Genel olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar Ve Doktorun Kendisini Daha Fazla Tahlil ve Tetkike Yollamasını Bekleme; Varyansların Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık düzeyi
1,270	4	397	,281

Tablo 5.98. Genel olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar Ve Doktorun Kendisini Daha Fazla Tahlil ve Tetkike Yollamasını Bekleme; Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derece	Ortalamaların karesi	F	Anlamlılık düzeyi
Gruplar arasında	14,911	4	3,728	2,690	,031
Gruplar içinde	550,213	397	1,386		
Toplam	565,124	401			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 397’da (sd) $F_{376} = 1,270$ olmak üzere $p = 0,281 > 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 red değildir, yani H_1 desteklenmemiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşittir. Varyansların eşit olduğu varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 2,690$ olmak üzere $p = 0,031 < 0,05$ için %95 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Genel olarak hayatından memnun olan hastalar doktorun kendisini daha fazla tahlil ve tetkike yollamasını beklememektedirler şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 22

H_0 = Genel olarak hayatından memnun olan hastalar doktorun kendisini farklı uzman doktorlara sevk etmesini beklemektedirler.

H_1 = Genel olarak hayatından memnun olan hastalar doktorun kendisini farklı uzman doktorlara sevk etmesini beklememektedirler.

Tablo 5.99. Genel Olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar ve Doktorun Kendisini Farklı Uzman Doktorlara Sevk Etmesini Bekleme Durumu; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Düşük	En Yüksek
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tam Katılıyor	82	3,16	1,28	,14	2,88	3,44	1	5
Katılıyor	231	3,22	1,02	6,72E-02	3,09	3,35	1	5
Kararsız	49	3,06	,97	,14	2,78	3,34	1	5
Katılmıyor	35	2,49	,98	,17	2,15	2,82	1	4
Hiç Katılmıyor	8	2,63	1,06	,37	1,74	3,51	1	4
Toplam	405	3,11	1,09	5,40E-02	3,01	3,22	1	5

Tablo 5.100. Genel Olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar ve Doktorun Kendisini Farklı Uzman Doktorlara Sevk Etmesini Bekleme Durumu; (Levene)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık düzeyi
2,194	4	400	,069

Tablo 5.101. Genel Olarak Hayatından Memnun Olan Hastalar ve Doktorun Kendisini Farklı Uzman Doktorlara Sevk Etmesini Bekleme Durumu; (Anova)

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derece	Ortalamaların karesi	F	Anlamlılık düzeyi
Gruplar arasında	18,662	4	4,665	4,074	,003
Gruplar içinde	458,113	400	1,145		
Toplam	476,775	404			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 400’da (sd) $F_{400} = 2,194$ olmak üzere $p = 0,069 < 0,1$ olduğu için bu iki grup arasında %90 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 4,074$ olmak üzere $p = 0,003 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Genel olarak hayatından memnun olan hastalar doktorun kendisini farklı uzman doktorlara sevk etmesini beklememektedirler şeklindeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Hipotez 23

H_0 = İşinden memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kalmaktadırlar.

H_1 = İşinden memnun olmayan hastalar, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmaktadırlar.

Tablo 5.102. İşinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Ortalama için %95 Güven Aralığı		En Küçük Değer	En Büyük Değer
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Tam Katılıyor	80	3,98	1,15	,13	3,72	4,23	1	5
Katılıyor	173	3,69	1,05	8,01E-02	3,54	3,85	1	5
Kararsız	75	3,33	1,17	,13	3,06	3,60	1	5
Katılmıyor	54	3,22	1,31	,18	2,86	3,58	1	5
Hiç Katılmıyor	13	1,92	1,26	,35	1,16	2,68	1	5
Toplam	395	3,56	1,20	6,04E-02	3,44	3,68	1	5

Tablo 5.103. İşinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Varyansların Homojenlik Testi (Levene)

Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	Anlamlılık Düzeyi
3,674	4	390	,006

Tablo 5.104. İşinden Memnun Olmayan Hastaların Doktorun Tutum ve Davranışlarından Memnuniyeti; Anova Tablosu

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın karesi	F	Anlamlılık Düzeyi
Gruplar arasında	61,716	4	15,429	11,900	,000
Grupların içinde	505,636	390	1,297		
Toplam	567,352	394			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, serbestlik derecesi 390'da (sd) $F_{390} = 1,980$ olmak üzere $p = 0,006 < 0,01$ olduğu için bu iki grup arasında %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 desteklenmemiştir, yani H_1 desteklenmiştir. Dolayısıyla, iki grubun varyansları eşit değildir. Varyansların eşit olmadığı varsayımı ile hipotezler sınandığında $F_4 = 11,990$ olmak üzere $p = 0,000 < 0,01$ için %99 istatistiksel anlamlılık düzeyinde H_0 hipotezi desteklenmemiştir, dolayısıyla H_1 desteklenmiştir. Yani, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\mu_{tk} = 1,15$).

SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bir toplumun sağlık sistemindeki sorunları, toplumun diğer yönlerinden ayrı olarak ele almak oldukça güçtür. Çünkü, görünüşte aynı parçalardan oluşsa bile “bütün”, yani “sağlık sistemi”, tıp bilimindeki gelişmeler ayrı tutulduğunda bile, toplumun sosyal yapısının, ekonomik yapısının, kültürel evriminin, değerlerinin, politik evriminin ve politik etkenlerin bir ifadesi olduğundan ve bu bileşenlerin kendine özgü özelliklerinden dolayı her ülkede, farklı bir yapı; farklı bir işleyiş ve farklı davranışlara sahip olabilmektedir. Buna ilave olarak, sağlık hizmetlerinin tabiatındaki riskten ve çok kapsamlı olmasından, ayrıca genellikle sağlık hizmeti alanların bu konuda uzman olmaması nedeni ile hastaların, diğer hizmet alımlarında gösterdikleri davranıştan çok farklı davranışlar ortaya koyacağı da bilinmektedir (Taylor ve Cronin, 1994; 42). Ayrıca hekimlik gibi profesyonel hizmetlerin, genellikle “müşteriye yönelik” çalışmalarla geliştirilmemiş bilgi ve yeteneklere dayanması ve bunda, hekimlerin güçlü bir biçimde görev oryantasyonuna sahip olma zorunluluğunun da büyük payının bulunması, araştırmaya konu olan, “Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisinin” yorumlanmasını daha da kapsamlı ve karmaşık hale getirmektedir. Bundan başka, sağlık sisteminin bileşenleri arasındaki ilişki, davranış ve etkileşimini belirleyen ve tanımlayan genel bir teori henüz geliştirilemediğinden, teorik bir yapı ve formülasyondan yoksun diğer sosyal sistemler gibi sağlık sistemlerinin gelişmesinin de, pek çok bilimsel disiplinin katkısı yanında deneyim ve varsayımlara dayanmak zorunluluğu da bulunmaktadır (Işık, 1997; www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9706/s15.html). Görülebileceği gibi hem sistemin bileşenleri, hem bileşenler arası ilişki ve etkileşim açısından, hem de bu sistemin ürettiği hizmet ve bu hizmeti sağlayanların ve bu hizmeti kullananların özellikleri ve davranışları bakımından oldukça karmaşık bir konunun merkezinde bulunmanın bilinci ile ve hasta tatmininin hekimin iş doyumundan ayrı düşünülemeyeceği varsayımı altında yapılan bu araştırma ve bu araştırmanın sonuçlarını, literatüre katkısını; alan araştırmasına bağlı olarak ve bağlı olmaksızın iki ayrı çerçevede değerlendirmek daha doğru olacaktır.

Ülkemizde özellikle sağlık sektöründe yaşanan sorunlar diğer ülkelerde yaşanan sorunlar ile birebir örtüşmemekte, ülkemiz şartlarında görev yapan hekimler ile hastaların ifade

ettiği şikayetler, özellikle gelişmiş ülkelerdeki hekim ve hastaların şikayetleri ile aynı bulunmamaktadır. Konuya öncelikle hekimler açısından bakıldığında; geleneksel olarak, tıp mesleği üzerine kariyer yapmak, hem finansal açıdan hem de profesyonel bağımsızlık açısından pek çok avantaj sağlamak ve hekimler kendi kendilerinin patronu olabilmekteydiler (Kellet, 2004, 4). Oysa hekimlik mesleğinin çekiciliğinin gittikçe azaldığı, eskiye oranla mesleğin değer yitirdiği ve profesyonel tatmin sağlamaktan da uzaklaştığı belirtilmektedir (Marchal ve Kegel, 2003; 89-100). Yapılan çalışmada da hekimlerin meslekten beklentilerinin gerçekleşmiş olup olmaması hekimin devlet ve özel hastanede çalışıp çalışmadığına göre farklılaşmakta, devlet hastanesinde çalışan hekimlerin % 54 ünün, özel hastanede çalışan hekimlerin ise % 24 ünün meslekten beklentilerinin gerçekleşmediği görülmektedir. “Meslek değiştirmek mümkün olsaydı bu mesleği değiştirirdim” ifadesine ise özellikle devlet hastanesi hekimlerinin % 42 sinin katılımı, eğitim için yıllar harcanmış bir mesleğin verdiği tatminsizliği de ortaya koymaktadır. Ancak bununla birlikte, mesleğin manevi yönü ile tatmin olan hekimlerin, devlet hastanesi hekimlerinde % 42, özel hastane hekimlerinde ise % 24 oranında olduğu, hekimlerin toplamının % 44 ünün mesleği seçme nedeni olarak “idealizmi” birinci sıraya koydukları gözlemlenmektedir. Yani konu sadece ücret ile ilişkilendirilememekte, yine de mesleğe bağlılık ve manevi tatmin de söz konusu olabilmektedir.

Diğer taraftan, bu kadar uzun bir eğitime rağmen, gerek özel gerekse devlet hastanesi hekimlerinin “yıllar itibari ile mesleki saygınlığın azalmış olduğu” fikrine % 92 oranındaki katılımlarının da düşündürücü boyutta olduğu görülmektedir. Bu durum ise mevcut olumsuz koşulların bir özeti şeklinde karşımıza çıkmakta, en azından mesleğin manevi yönünden tatmin sağlayan hekimlerin bile gelecekte artık böyle bir tatmini duyamayabilecekleri bir noktaya geldiklerini göstermektedir. Oysa hekimlerin % 35 i mesleği seçme nedeni olarak saygınlık ve prestiji, idealizmden sonra ikinci sırada göstermişlerdir. Mesleki saygınlığın azalmış olması, yapılan işe toplumsal saygının azalması anlamına da gelmekte olup, bu durum; çok fazla sayıda hekimin her yıl tıp fakültelerinden mezun edilip hekim enflasyonu yaratılmasından, yönetimler tarafından, hekimlere farklı hastalara farklı ve birbiri ile çelişen mesajların verilmesi sonucu, hastaların, hekimleri, sağlık sisteminde yaşanan aksaklıkların sorumlusu olarak görmelerinden ve netice itibariyle, hastaların hekimlere karşı takındıkları önyargılı

olumsuz tutum ve davranışlarından kaynaklanabilmektedir. Bundan başka, hekimlerin çalışma şartlarının toplumun gözüönünde cereyan eden özellikle devlet hastanesinde görev yapan hekimler için söz konusu olan; örneğin, hekimin can güvenliğinin olmaması, gürültülü/havasız ve rahatsız edici bir ortamda çalışması, insan psikolojisini olumsuz etkileyen bir ortamda çalışma, hekimlere ait dinlenme odalarının yeterli olmaması, çalışılan kurumun temiz olmaması gibi unsurlar da etkili olabilmektedir. Savaş esnasında düşman kuvvetleri tarafından bile can güvenliği sağlanan hekimin, ülkemizde can güvenliği sorunu ile baş başa kalması, hastalar ile hekimleri karşı karşıya bırakacak yönetim uygulamalarının bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmekte, özellikle hasta ve hasta yakınları tarafından, hekimin canına kasteden saldırılara, daha düşük eğitilmiş kesime hizmet veren devlet hastanesi hekimlerinin daha fazla maruz kaldığı ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca, alınan tıp eğitiminin, gelişmiş ülkelerdeki hekimlerin aldığı eğitim ile aynı olmasına rağmen, gelişmiş ülkelerdeki hekimlere ödenen ücretlerin çok altında ve bununla birlikte çok daha fazla aşırı iş yükü altında çalışma zorunluluğundan ve hekimliğin medya aracılığı ile sürekli yargılanan konumunda bulunan bir meslek haline getirilmesinden de ortaya çıkabilmektedir. Özellikle medya aracılığı ile hekimin hedef tahtası haline getirilmesi, hastanın da hekime karşı bakışını değiştirmiş, özellikle hekime karşı olumsuz ve önyargılı tutumları egemen kılmış, bu durumun hasta tutum ve davranışlarına yansması sonucu hem hekim ile hasta arasında kurulması gereken iyi ilişkiler tehdit altında kalmış hem de hekimlerin iş doyumunu bundan ciddi bir şekilde etkilenmiştir. Esasen hastaların, maruz kaldıkları hastalıkları, sakatlıkları, yakınlarının ölümü veya ölüm ihtimali nedeniyle genellikle, kederli, isyankar, gergin, paniklemiş, endişeli, ağırlı, bitkin halde olduklarından ve bu kişilerle optimal bir ilişki kurabilmek hekim için gerçekte çok zor olabilmektedir. Ancak yine de hekimlere yönelik şiddetin, toplumdaki profilin bir yansıması olduğu da unutulmamalı ve bu durumu toplumsal nedenlerden bağımsız olarak değerlendirmemek gerekmektedir (Özlü, 2008).

Can güvenliği ile ilgili diğer bir unsur ise hekimlerin çalışma ortamındaki risklerdir. Bununla ilgili olarak devlet hastanesi hekimlerinin % 97 sinin, özel hastane hekimlerinin ise % 100 ünün “hekim olarak bulaşıcı hastalıklar ve radyasyona maruz kalma başta olmak üzere pek çok risk altında oldukları” yapılan çalışmadan ortaya çıkmaktadır.

Ücret konusunda ise özellikle devlet hastanesi hekimleri için “performansının karşılığı olan ücreti” alamamanın yoğun olarak ifade edildiği görülmektedir. Adams’ın eşitlik teorisine göre çalışanlar, kendi emek, çaba, bilgi ve performanslarını, hem elde ettikleri ücret, ödül veya takdirlerle hem de kendine benzer durumdaki diğer çalışanlarla kıyaslamakta, bu kıyaslama sonucu bir eşitlik söz konusu ise kişi doyumlu, eşitsizlik algılaması söz konusu ise kişi doyumsuz olmaktadır. Eşitsizlik algılaması durumunda kişi ya daha fazla çalışacak ya da bu durum çabalarını azaltmasına neden olacaktır. “Performansa göre ücretlendirme sistemi” çerçevesinde ise hekim, bu eşitsizlik durumunu gidermek için ne kadar çaba sarf ederse etsin, tedavi edeceği veya muayene edeceği hasta, sayıca az ise veya diğer uzmanlık alanlarına müracaat eden hasta sayısı daha fazla ise yine de bu eşitsizliği kendi başına ve kendi çabası ile gideremeyecek ve bir tatminsizlik ortaya çıkacaktır. Bu bakımdan, daha az sayıda hastaya hizmet vermek durumunda olan hekimin aldığı ücret, ister istemez diğer hekimlerin aldığı ücretten daha düşük kalacak ve bu durum hem motivasyonunun düşmesine, hem çabalarının azalmasına hem de iş doyumsuzluğuna neden olacaktır. Üstelik sağlık hizmetlerinin özelliğinden olan talepteki düzensizlikler de dikkate alındığında hekimlerin gelirleri arasındaki bu eşitsizlikler “performansa göre ücretlendirme sistemi” çerçevesinde giderilemeyecektir. Bu nedenle en azından “alınan eğitimin süresi ve niteliği” ile orantılı bir ücretlendirme sisteminin yeniden gözden geçirilmesi, en akılcı yol olacaktır.

Literatürde, müşteri tatmininin yaratılabilmesi için öncelikle çalışanların eğitimi ve niteliklerinin gelişimine önem verilmesi gerektiği üzerinde sık sık vurgu yapılmasına rağmen, meslek içi eğitim konusunda gerek devlet hastanesi hekimlerinin, gerekse özel hastane hekimlerinin % 88 i “mesleki gelişimleri için gerekli olan eğitimlerin çalışılan kurum tarafından karşılanmadığını” belirtmektedirler. Oysa sağlık hizmetlerinde süreçler profesyonel bilgi ve yeteneklerle oluşturulmaktadır. Ayrıca, hekimlere verilecek meslek içi eğitimi bir sağlık yatırımı şeklinde düşünmek gerektiğinden, sağlık yatırımları için yapılan harcamalar da, ülkedeki çalışma gücünü koruyup, yıllar boyunca geri dönmeye devam edeceğinden, hastalıkların azalmasına yardımcı olacak ve ilerideki yıllarda ortaya çıkabilecek sağlık harcamalarından da tasarruf edilmesini ve hasta tatmininin gerçekleştirilmesini sağlayacaktır. Hekimlere hizmet içi eğitim olanaklarının verilmemesi, yoğun hasta trafiği ile aşırı iş yükü, nöbetler, vardiya usulü çalışma, çalışma

saatleri dışında çevreden gelen tıbbi talepler ve dolayısıyla hekimlerin şahsa ait zamanlarının kısıtlı olması ve yetersiz ücretlere ilave olarak hekimlerin, kendi gelişimi için gerekli olan eğitimin de kendisi tarafından karşılamasının beklenmesi, pek akılcı görünmemektedir. Hekimlerin uzmanlık alanları ile ilgili olarak yılda kaç kongreye katılabildikleri üzerine 2352 hekim ile yapılan bir araştırmada da hekimlerin % 46'sının hiçbir kongreye katılamadıkları, % 21'inin 1, % 16'sının 2, % 10'unun 3 ve % 6'sının ise 3'den fazla kongreye katılabildiği ortaya çıkmaktadır (www.medimagazin.com.tr). Oysa bir toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi, bu alana ayrılan kaynakların büyüklüğü ile beraber mevcut kaynakların rasyonel kullanımına (ki bu da meslek içi eğitim ile çok yakından ilgili bir konudur) bağlı bulunmaktadır. Özellikle “kendilerini halka, eğitim veya öğretim vasıtası ile elde edilen özel becerileri yoluyla takdim eden profesyoneller için, sürekli öğrenmenin ve gelişmenin çok önemli olduğu ve ancak böylelikle yüksek kalitede bir hizmeti sunabilmenin mümkün olduğu” belirtilmektedir (Southon ve Braithwaite, 1998; 23; Hampton ve Hampton, 2002; 4; Bukh, 2001; 91). Herzberg'in çift etmen kuramına göre de, başarı, ilerleme ve kendini geliştirme, motive edici faktörlerdir ve bunlar iş doyumuna neden olmaktadır. Ücret, iyi çalışma şartları ve arkadaşlar gibi faktörler ise çalışanın doyumsuz olmaması için gerekli olmakta fakat kişiyi motive etmemektedir. Kişinin işinde başarılı olması ki (tıp gibi her gün bir başka gelişimin ve yeniliğin söz konusu olduğu bir bilim dalında) bu da eğitim sayesinde gerçekleşebilecek; kişiye hem doyum verecek, hem de onu motive edecektir. Handy ve arkadaşları da, bir hekimin hedefinin, amirliğe geçmek değil, basit işlemleri yapan genç bir hekim iken daha karmaşık işlemleri yapabilen gelişmiş bir hekim ve sonunda da kendi alanında, en karmaşık vakalarla başa çıkabilen bir lider olması gerektiğini vurgularken, aslında hekimliğin diğer mesleklerden biraz daha farklı motivasyon mekanizmalarının olduğunu veya olması gerektiğini belirtmişler, bir anlamda da meslek içi eğitimin önemini vurgulamışlardır (Handy vd. , 1996; 88).

Hekimler, hastane hizmetlerinin temel kullanıcıları olduğundan (Eisenberg, 1997; 21-22), örneğin hastanelerde yeterli veya bakımlı teknik donanımın olmaması, yardımcı personelin yeterli nitelik ve nicelikte olmaması hekimin iş doyumunu olumsuz etkileyecektir. Araç-gereç ve teknik donanımların yeterli/bakımlı bulunup bulunmadığı konusunda devlet ve özel hastane hekimleri arasında anlamlı farklılık olduğu, devlet

hastanesi hekimlerinin % 64 ünün, özel hastane hekimlerinin ise % 12 sinin “araç-gereç ve teknik donanımlarını yeterli/bakımlı bulmadığı” ortaya çıkmaktadır.

Diğer taraftan, hekimlerin, sadece yönetim tarafından değil, kendilerine hizmet verdikleri hastalar tarafından da takdir edilmesi onların iş doyumunu etkileyecektir. Çünkü “hasta ile ilişkiler” faktörü, hekimlerin iş doyumunda belirleyici olmaktadır. Hizmetin “bir eylem, bir çaba, bir performans” olduğu göz önüne alındığında hekimler için, “tıbbi müdahalelerden sonraki katkılarının hastalar tarafından fark edilip takdir görmesi” de, özellikle devlet hastanesi hekimleri için daha düşük oranlarda seyretmektedir. Bu duruma neden olabilecek faktörün, özel hastanede görev yapan hekimin daha az zaman kısıtı altında kalması nedeni ile hastaya daha fazla zaman ayırabilmesinden ve dolayısıyla “hastalıktan” çok “hastaya” odaklanabilmesinden mi, özel hastanede çalışan hekimin daha nezih bir çalışma ortamına sahip olup da hastada yarattığı saygın imajından mı, yoksa bedeli ödenerek alınan hizmetin daha kıymetli olmasından mı kaynaklandığı hakkında kesin yargıya varmak oldukça güçtür. Ancak kişinin, diğer kişilerin gözündeki yerinin ne olduğunun, kişinin rol belirleyicilerinin gözünde, rol kümesinin gözünde, nasıl bir performans ortaya koyduğunu bilememesi durumunda da kişide rol belirsizliği oluşacaktır. Böyle durumlarda kişi, örgüte ne gibi faydası olduğunu bilemeyecektir (Kahn vd. , 1964; 95). Kişi zamanla ürettiği şeyden gurur duyamaz hale gelecek, işe karşı ilgisizlik başgösterecek, anlamsızlık ve işe karşı yabancılaşma ortaya çıkacaktır. Üstelik Sağlık Bakanlığı tarafından hastalara sağlanan “Alo 184” hattı ile hekimlerin sürekli şikayet konusu haline getirilmesi, böylece kuşku ve şikayet kültürünü geliştiren mekanizmalarla hekim motivasyonunun kırılması ve “takdir” bir yana, “tekdir” e yönelik davranışların pekişmesi de söz konusu olmaktadır.

Gösterilen çabalar sonucunda kişinin tanınma ihtiyacına cevap bulamaması da hekimlerin iş doyumsuzluğunu arttıran bir diğer etken olacaktır. Devlet hastanesi hekimlerinin % 80 i, özel hastane hekimlerinin ise % 60 ı hastaların, hekimin ismini öğrenmeksizin hizmet alıp gittiği fikrinde birleşmektedirler. İsimsizleşme hissinin doğurabileceği sonuç ise kişinin yaptığı işe anlam katamamasına, yaptığı işin kendi gözünde değerini yitirmesine, strese ve motivasyon kaybına ilave olarak, giderek daha fazla oranda yaptığı işe yabancılaşmaya ve neyi ne için yaptığını sorgulamaya başlayarak, yaptığı işten duyduğu tatminin azalmasına neden olabilecektir. Diğer taraftan, yapılan hipotez testinde

“kendisini muayene/tedavi eden hekimin adını bilmenin gerekmediğini düşünen hastaların, doktorun sağlık hizmeti vermesini yeterli bulmadıkları, ayrıca özel ilgi ve güleryüz göstermesini bekledikleri” ortaya çıkmakta, üstelik devlet hastanesi hastalarının % 87 si, özel hastane hastalarının ise % 60 ı “doktor beni tekrar gördüğünde beni hatırlasın isterim” ifadesine katıldıkları görülmektedir. Oysa hastanın kendisi, sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgili bir konumda iken, hekim ise çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu taşımaktadır. Bu ifadelerden de hasta tatmini yaratmanın hekim için ne kadar güç olabileceği ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte hasta tarafından en azından hekimin isminin öğrenilmesi ya da teşekkür edilmesi hekimi onore edecektir.

Diğer taraftan özellikle devlet hastanesi hekimlerinin “yönetim uygulamaları” konusunda özel hastane hekimlerinden daha az doyum aldığı görülmektedir. Yapılan araştırmada, devlet hastanesi hekimlerinin % 69 u, özel hastane hekimlerinin ise % 52 si “çalışılan kurumda hekimleri ilgilendiren kararlar alınırken kendilerinin bu kararlara katılımının olmadığını” belirtmekte, yine devlet hastanesi hekimlerinin % 81 i ve özel hastane hekimlerinin % 71 i “ülkemin sağlık politikaları kararlaştırılırken, bağlı bulunduğum meslek odası (meslek birlikleri) vasıtası ile benim de bu kararlara katılımım olur” ifadesine katılmadıkları gözlenmektedir. Bundan başka hekimlerin % 73 ünün “hastalara farklı, hekimlere farklı ve birbiri ile çelişen mesajlar verildiğini düşünüyorum” ifadesine katıldıkları gözlemlenmekte ve bu durum ise hekimlerin günlük yoğun hasta trafiğine ilave olarak yönetim ile hasta arasında kalarak strese girmelerine ve kendilerini hastaya tam olarak adayabilmelerine engel olabilecek ve iş doyumlarını olumsuz etkileyecektir.

Hekimin iş doyumunu oluşturan bir başka faktör de profesyonel ilişkilerdir. Devlet hastanesi hekimlerinin % 74 ü, özel hastane hekimlerinin ise % 54 ü “hekimler arasında yeterli dayanışma ve işbirliğinin olduğunu düşünüyorum” ifadesine katılmadıkları, diğer taraftan devlet hastanesi hekimlerinin % 78 i ve özel hastane hekimlerinin % 92 si “hastanın gözüönünde bir diğer meslekdaşını eleştiren hekimlerin söz ve/veya davranışlarına şahit olduklarını” belirtmişlerdir. Lawrence da hekimler arasındaki mesleki rekabetin yüksek düzeyde olduğunu, mesleğin kendi temel değerlerine göre mesleki adanmışlığın ise kaybolmaya başladığını, tıbbın şirketleşmesinden ötürü de “güvenilen meslek” statüsünü kaybetmiş olmasından bahsetmektedir (Lawrence, 2005; 439). Oysa

özellikle hekimlikte, meslekdaşlar arası ilişkilerin güçlü olması ve deontoloji kurallarının gözardı edilmemesi, sadece iş doyumunun sağlanması açısından değil, mesleki saygınlığın sürdürülebilmesi açısından da önemli olmaktadır. Burada esas önemli nokta ise yapılan hipotez testinde, “doktorların, bir başka doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit olan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmadıkları” ve “doktorların, bir başka doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit olan hastaların hastalıkları hakkında daha fazla doktorun görüşüne başvurdıkları”, ortaya çıkmaktadır. Yani hekimler arasındaki ilişkilerin niteliği, hasta tatminini de dolaysız bir şekilde etkilemektedir.

Hekimlerin sadece çalışma ortamında değil, dışında da “çevreden gelen tıbbi taleplerle sık sık karşılaşmaları” ve ayrıca “hastalar tarafından dinlenme saatlerine saygı gösterilmemesi”, hekimlerin “şahsa ait zamanlarını” kısıtlamakta, bu durum ise ayrı bir stres kaynağı olarak kendilerine ayıracak zaman bulmakta zorluk çekmelerine neden olabilmektedir. Bu konu ile bağlantılı olarak hekimleri, “mesleklerinin, yoğunlukla sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediği” üzerinde hemfikir yapmaktadır. Oysa gerek sosyal yaşantı ve gerekse kişinin kendisine ayırabileceği belirli bir zamanın olması, sadece hekimler için değil, her insan için vazgeçilmez bir ihtiyaç olmaktadır. Öncelikle “insanların sağlıkla ilgili inançları ve uygulamaları onların kültürünün bir parçası olduğundan” (Işık, 1997; www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9706/s15.html), sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı ve işleyişi hakkında toplumun daha çok bilinçlendirilmesi, çalışanların “şahsa ait zamanlarına” saygı gösterilmesi gerektiğinin vurgulanması, hekimlerin bu konudaki yükünü hafifletebilecektir. Ancak yine de sağlık hizmetlerinin yardıma yönelik olan yönü, hekimi, çevreden gelen tıbbi talepler karşısında çekince koymakta savunmasız bırakabilecektir.

Hekim-hasta iletişimine olumsuz etki edebilecek önemli bir unsur ise hijyendir. Müşteri kitlesinin “hijyenik şartları taşıyıp taşıyamaması meselesi”, başka hiçbir sektörde olmadığı kadar sağlık hizmeti veren çalışanların sık sık karşılaştıkları bir problemdir. Özellikle devlet hastanesinde çalışan hekimlerin daha sık olarak karşılaştıkları (% 97) bu durum, hem toplumun eğitimi ile ilgili hem de sosyo ekonomik yetersizliklerin bir yansıması olarak, hekimin çalışma şevkini kırabilmekte, hastaya gerekli dikkat ve özenin gösterilmesini bile engelleyebilmekte, sonuç olarak da hasta tatminsizliği ile

karşılaşılabilmektedir. Yapılan araştırmada da “devlet hastanesinde görev yapan hekimlerin, özel hastanede görev yapan hekimlere göre hijyenik şartları taşımayan hastalarla daha sık karşılaştıkları” ortaya çıkmaktadır. Hijyenik şartları taşımayan hastalarla sık sık karşılaşmak, hekimin, bilinçli veya bilinçsiz olarak, mümkün olan en kısa sürede hasta ile ilişkisini bitirip hastayı oradan yollamasıyla sonuçlanmakta ve sonuç olarak hekimi hastadan itebilmekte, üstelik hastaların olumsuz bir prototipe uymaları durumunda, hekimlerin de yorum hatasında bulunmalarının mümkün olduğu bildirilmektedir (Groopman, 2007; 44-45). Bu durum ise hem hekim-hasta iletişimini, hem hasta tatminini, hem de hekimin iş doyumunu olumsuz etkileyebilecektir.

Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, “hastanın, hekime karşı olan önyargılı olumsuz tutum ve davranışları” ki bu durumla karşılaşan hekim oranının devlet hastanelerinde çalışan hekimlerde % 87, özel hastanede çalışan hekimlerde % 60 düzeyinde olduğu, ayrıca hekimlerin hastalar tarafından “sağlık sisteminde yaşanan aksaklıkların sorumlusu olarak” görülmeleri ki bu durumla karşılaşan devlet hastanesi hekimlerinin oranının % 84, özel hastane hekimlerinin oranının % 80 düzeyinde olduğu göz önüne alındığında, hekimin de hastaya karşı olan davranışlarında tek taraflı bir nezaket beklemek zorlaşacaktır. Ayrıca hekimlerin % 88 i, hastaların gereksiz yere tahlil ve tetkik talepleri ile sık sık karşılaştığını, % 80 i hijyenik şartları taşımayan hastalarla sık sık karşılaştıklarını, % 82 si sağlık durumu ciddi olmayan hastaların şikayet mekanizmalarını daha fazla kullandıklarını, sadece % 47 si tıbbi müdahalelerden sonraki katkılarının hastalar tarafından fark edilip takdir gördüğünü, % 74 ü hastaların çoğunun hekimin ismini öğrenmeksizin hizmet alıp gittiğini, % 90 ı sağlık durumu ciddi olmayan hastaların hizmet konusunda daha fazla talepkar olduğunu, % 75 i hastalar tarafından dinlenme saatlerine saygı gösterilmediğini, % 89 u özellikle yaşam doyumu düşük olan kişilerin hastaneye başvurusunun daha fazla olduğunu belirtmektedirler. Bundan başka özellikle devlet hastanesi hekimlerinin hastaları ile olan ilişkilerinde karşılaştıkları sıkıntıları önem sırasına koymaları istendiğinde “hastaların eğitim düzeyinin ve iletişim yeteneklerinin yetersizliğini” ve “hastaların hekimlere karşı önyargılı olumsuz tutum göstermelerini” 1. sırada, “hastaların içinde bulundukları olumsuz psikolojik durumu” ise 2. sırada göstermişlerdir. Tüm bu sonuçlar, hekimin hastası ile kuracağı iyi diyalogu zedeleyebilecek sonuçlara götürmekte, hekimlerin yaptığı işten duyduğu manevi tatmini

de azaltılabilecek bulgulara işaret etmektedir. Hekimin hem bir profesyonel danışman gibi görev yapması hem de kendisine olumsuz tutum ve davranışlarda bulunulması, onların rol karmaşası yaşamasına da neden olabilecek ve iş doyumu bundan olumsuz etkilenecektir. İş doyumsuzluğu sonucu kişi, sadakatsizlik, sorunu görmezden gelme ve çabalarını azaltma gibi pasif davranışlar içine de girebilecektir (Çekmecelioğlu, 2005; 7). Hekimin hasta ile ilişkilerden tatmin olmaması, onun iş doyumunu olumsuz etkileyeceğinden; eğer sorunu görmezden gelme veya çabalarını azaltma gibi pasif davranışlar içerisine girerse, bu durum hasta tatminsizliğini de arttıracaktır. Esas önemli bir nokta ise yapılan hipotez testinde ortaya çıkmaktadır. Yapılan hipotez testi sonucuna göre “doktorları sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu olarak gören hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da daha az memnun kaldıkları” ortaya çıkmaktadır. Buradan, önyargıların, alınan hizmetten duyulan tatmini nasıl etkilediği, ve hekimin sadece hasta bakımı ile değil, bu olumsuz önyargılarla da baş etme durumunda kaldığı ve hekim için hasta tatminini sağlamanın, mevcut önyargılarla bir arada, ne kadar zor olabileceğini göstermek bakımından önemlidir. Bu nedenle hekimin de bir insan olarak duyguları olduğu ve hastalar tarafından kendilerinin birer “küçük tanrı” olarak görülmemesi gerektiği unutulmamalıdır. Bununla birlikte yapılan bir diğer hipotez testinde “hekimin tutum ve davranışlarından memnun kalmayan hastaların, hastalığı hakkında daha fazla hekimin görüşüne başvurmadığı” da ortaya çıkmaktadır. Yani müşteri beklentilerinin, sağlık hizmetleri alımında, müşterinin kısa dönemli yargılamalarından etkilenmediği görülmektedir (Carman, 1990; 33-35; Babakus vd., 1992; 254-256; Taylor ve Cronin, 1994; 43). Ancak uzun dönemde düşünüldüğünde hasta tatminsizliğinin, ülkenin ekonomik koşulları da dikkate alındığında çok pahalıya mal olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Diğer taraftan hekimlerin % 72 si “hekim-hasta işbirliği için gerekli olan iletişimin yönetiminde, hekimin iletişim yeteneğinin rolünün daha fazla olduğunu” düşünmekte, % 92 si “işlerinin doğası gereği hastanın duygusal beklentilerinin (özel ilgi beklentisi, hastanın empati arayışları, moral beklentileri v.s.) oldukça fazla olduğu” hakkında görüş bildirmektedirler. Devlet hastanesi hekimlerinin % 83 ü, özel hastane hekimlerinin % 100 ü “hastaya sağlık hizmeti verilmesini yeterli görmemekte ayrıca hastaya ilgi ve güleryüz göstermek gerektiği” fikrinde birleşmektedirler. Yapılan hipotez testinde de “iş doyumu

yüksek olan hekimlerin, hastaya sağlık hizmeti verilmesini yeterli görmedikleri ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermenin gerekli olduğunu” düşündükleri ortaya çıkmaktadır.

Lawrence ise hekimlerin, artık hasta bakımında daha katı yaklaşımlar sergilediklerini, iş etiği ile profesyonelliği birbirlerine karıştırdıklarını, tam bir adanma konusunda ise isteksiz davrandıklarını belirtmektedir (Lawrence, 2005; 439). Oysa yüzyıllar boyunca, hekimlik mesleğini icra etmek bir sanat, yetenek olarak görülmüş ve bir fedakarlık misyonunun da gerekli olduğu düşünülmüştü. Bu yönde yapılan sorgulamalar sonucu, modern tıp eğitiminin öğrencilerde var olan fedakarlık hislerini ve ahlaki gelişmelerini ortadan kaldırdığı iddia edilmesine rağmen, gittikçe belirginleşen toplumsal değişimlerin de hesaba katılmasını gerektiren pek çok etken ortaya çıkmıştır (Kellet, 2004; 3). Örneğin, postmodern akımların da etkisi ile Tıbbi Profesyonelliğin şartlarına, hasta özerkliği (hastanın kendi kaderini kendi tayin etme hakkı, tedavi karar süreçlerine katılımı) gibi kavramların daha fazla olarak girdiği görülmektedir (Deber vd. , 2005; 345; Kellet, 2004; 3). Yüzyıllar boyunca hekim-hasta ilişkisinde paternalizm veya profesyonelliğin egemenliği hüküm sürse de artık tüketicinin özerkliği ön plana geçmiş görünmektedir. Buna göre artık “müşfik paternalizm”in yavaş yavaş yok olduğu, bundan dolayı da hastaların daha fazla korunmaya muhtaç duruma geleceklerine ilişkin söylemlerin arttığı belirtilmektedir (Kellett, 2004; 3). Diğer taraftan Özvarış ve Sayek ise hasta-hekim ilişkisinde hekimin rolünü bir lider olarak ele almaktadırlar (Özvarış ve Sayek, 2005; 69). Toplulukçu kültürlerde liderin inandırıcı olabilmesi için, izleyicilerce “düşünceli” olarak algılanması ve bir baba gibi grubunu düşünmesi önem kazanmakta ve bu kültürlerde, hem iş eğilimli hem de sosyo-duygusal eğilimi olan liderin daha etkin olduğu ve daha fazla sevildiği söylenebilmektedir (Kağıtçıbaşı, 1999; 303-304). Özellikle devlet hastanelerinde görev yapan hekimin aşırı iş yükü ise onun sosyo-duygusal olarak hastaya yaklaşmasına engel teşkil edebilecektir. Bununla birlikte yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre A.B.D. ve İngiltere (U.K.) ile karşılaştırıldığında, Türk tıp öğrencilerinin daha fazla insan sevgisi ile dolu oldukları da bildirilmiştir (Kasapoğlu, 1999; 277-280).

Diğer taraftan, hastaların sağlık kurumlarına başvurularının altında fizyolojik ve psikolojik bir rahatsızlığın yanısıra sosyal, ekonomik ve kültürel nedenler de bulunmaktadır. Ayrıca kişinin neyi hastalık olarak algıladığı veya yardım isteyecek kadar

önemsediği de önemli olmaktadır (www.vanaile.com/s/klinikyontemoturum.ppt). Nedeni her ne olursa olsun hastalar, hekimden, rahatsızlıklarının tedavisinin yanı sıra, kendilerini olumlu duygularla karşılayan bir hizmet de beklemektedirler. Yapılan araştırmada da hastaların % 92 si hekimini neşeli/enerjik görmenin kendisini daha fazla tatmin edeceğini, % 91 i hekimin kendisine moral vermesini beklediğini, devlet hastanesi hastalarının % 87 si, özel hastane hastalarının ise % 60 ı hekim kendisini tekrar gördüğünde kendisini hatırlamasını istediğini, % 81 i hekimin kendisine sadece sağlık hizmeti vermesini yeterli görmeyip ayrıca ilgi ve güleryüz göstermesi gerektiğini, özellikle devlet hastanesi hastalarının % 80 i hekimin kendisi ile daha fazla ilgilenmesini istediğini, tüm hastaların % 71 i ise morali bozuk olduğunda daha çok hastalandıklarını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan, yapılan hipotez testinde ise iş doyumu yüksek olan hekimlerin, hastanın duygusal beklentilerine daha fazla oranda karşılık verdikleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle de “özellikle hastaneler gibi hizmet örgütlerinde etkinlik ve yeterlilik için çalışanlar arasında yüksek bir moral düzeyinin çok önemli olduğu” literatürde de sık sık vurgulanmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerindeki müşteri kitlesinin “hasta” veya “rahatsız” olması, diğer hiçbir sektörde olmadığı kadar işgöreni, sürekli olarak olumsuz duygularla başa çıkmak zorunda bırakmakta, bu nedenle de sağlık hizmetlerindeki işgörenin iş doyumu çok özel bir önem kazanmaktadır. Ancak özellikle devlet hastanesinde görev yapan hekimler açısından konuya bakıldığında, onların “aşırı iş yükü”, “zaman kısıtı”, “çok fazla iş stresi” altında çalışmaları, hastaya gerekli olan güleryüzü gösterememelerine, hastanın duygusal beklentilerine tam olarak karşılık verememelerine neden olabilecektir.

Ayrıca yapılan hipotez testinde “aşırı iş yükü altındaki hekimlerin hastadan ziyade hastalığa odaklanmak zorunda kaldıkları”, diğer bir hipotez testinde “devlet hastanesi hekimlerinin zaman kısıtı nedeniyle daha fazla, hastadan çok hastalığa odaklanmak zorunda kaldıkları” ortaya çıkmaktadır. Buna paralel olarak devlet hastanesi hastalarının da tatmin düzeylerinin özel hastane hastalarından daha düşük olduğu görülmektedir. Oysa hekimin karşısında “hastalık” değil, “hasta” bulunmakta, ilgi bekleyen “hastalık” değil “hastanın kendisi” olmaktadır. Hekimler bunun bilincinde olsalar bile aşırı iş yükü ve zaman kısıtı hekimlerin “hastadan” ziyade “hastalığa” odaklanmalarına neden olmakta bu durum ise hasta tatminsizliğini ortaya çıkarmaktadır.

Bundan başka, hizmetlerin özellikleri gereği olarak, müşterinin o andaki ruhsal durumu, onun beklentilerinde farklılıklar yaratabilmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinin müşterisi olarak hastalar, yardıma en çok ihtiyaç duydukları, en zayıf anlarında aldıkları bu hizmet için, özel durumları icabı çok daha titiz ve çok daha alıngan davranabilmektedir. Kaldı ki performansa göre ücretlendirme sistemi de (adı performansa göre ücretlendirme sistemi olsa da esasen, “daha fazla hasta, daha fazla ücret” sistemi olarak anılması gereken), hekime, hastanın ihtiyacı olan ilgi ve güler yüzü gösterebilmesini, bu aşırı çalışma nedeni ile de mümkün kılmamaktadır. Esas itibarıyla insan davranışının, bireysel özellikler kadar sosyal şartların da bir bileşkesi olduğu gözönünde bulundurulmalıdır. Bu bakımdan özellikle hizmet sektöründe performansa göre ücretlendirme yapılacaksa, bunun, verilen hizmetin niteliğine uygun bir şekilde ve müşteri tatmininin gözardı edilmeden yapılması çok önemlidir. Çünkü söz konusu hizmet, bir “seri üretim” şekline uygun bulunmamaktadır. Ayrıca hastanelerde “çıktı”nın hasta sayısı ya da “hasta günü” şeklinde tanımlanması, hastaların tümünün eşdeğer girdiler ile hizmet aldıkları anlamına da gelebilmektedir (Alpagun, 1991, 141). Oysa bu bir yanılgıyı doğurmakta; ne girdileri, ne çıktıları, ne de hizmet süreci aynı olan bir sistemin varlığı söz konusu olmaktadır. Aynı teşhis ve aynı tedavi uygulanan hastalara bile biyolojik, sosyal ve psikolojik özelliklerine bağlı olarak farklı girdiler kullanılabilmekte, daha da önemlisi farklı süreçler uygulanabilmekte, her bir hastanın ayrı bir proje olduğu ve her birine ayrı özen gösterilmesi gerektiği gözden kaçırılmaktadır.

Diğer taraftan hasta tatmininde hastaya ayrılan “süre” ise hizmet sağlayıcıların kontrolünde olan değişkenlerden sayılmış olmasına rağmen, gerçekleştirilen anket çalışması sonuçlarına göre, özellikle devlet hastanesi hastalarının % 51’inin muayene olmak için kendilerine ayrılan süreyi yeterli bulmadıkları, aynı şekilde devlet hastanesi hekimlerinin de % 88’inin hasta başına düşen muayene süresini yeterli bulmadıkları ortaya çıkmıştır. Oysa özel hastane hekimleri için bu oran % 20, özel hastane hastaları için ise % 7 olarak ortaya çıkmakta, yani gerek devlet hastanesi hastası gerekse devlet hastanesi hekimi, hastaya ayrılan süre konusunda tatmin olmuş görünmemektedirler. Diğer taraftan yapılan hipotez testinde, “muayene olmak için kendisine ayrılan süreyi yeterli bulan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kaldıkları” ortaya çıkmakta, yani, hastaya ayrılan süre, hastanın hekim ile ilgili yargılarını da

etkilemektedir. Özel hastane hastalarının “kendilerine ayrılan süre” konusunda daha fazla tatmin olmuş olmaları, özel hastane hastalarının genel olarak daha fazla tatmin olmasında etken olabilmektedir. Yapılan araştırmada da “özel hastaneden hizmet alan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da daha fazla memnun kaldığı” ortaya çıkmaktadır.

Diğer taraftan, anket sonuçlarından da görülebileceği gibi devlet hastanesindeki hekimlerin % 43 ü günde ortalama 61 daha fazla sayıda hastaya hizmet verirken, özel hastanede görev yapan hekimlerin ise sadece % 4 ü günde 61 ve daha fazla sayıda hastaya hizmet vermektedirler. Hastaya ayrılan süre ile hasta tatmini, doğrudan ilişkili olduğu bilindiği halde, hekimlere getirilen “performansa dayalı ücretlendirme sistemi” ile hekim, ancak daha fazla hastaya bakmak sureti ile düşük ücretine ek gelir sağlayabilmektedir. Bu ikilem içinde bırakılan hekimin, hem aşırı iş yükünden dolayı iş doyumunu olumsuz etkilenmekte, hem de her bir hastaya ayrılması gereken süre kısıtlanacağından, hasta tatminini sağlamak güçleşmektedir. “Süre” hasta tatmininde hizmet sağlayıcıların kontrolünde olan değişkenlerden olmasına rağmen, ülkemiz şartlarında böyle bir sınıflandırmadan söz edebilmek güçleşmektedir.

Hekimin muayene odasının bir montaj hattı olmadığı, hekimin, bir gözü saatte, bir gözü bilgisayar ekranında olacak şekilde düşünmesinin mümkün olmadığı, tam belirgin ve tekdüze hastalıkların 15-20 dakika içerisinde çözülebildiği ve ancak bu durumda hasta ve ailesinin viziti bilgilenmiş ve tatmin olmuş bir halde terk edebildiği, karmaşık sorunların ise acele ile çözümlenmesinin beklenmemesi gerektiği ve “düşünmenin” zaman alıcı bir eylem olduğu belirtilmektedir (Müftüoğlu, 2007). Telaş içinde çalışmak zorunda kalmak, diğer mesleklerde görülmeyecek derecede onarılması imkansız sonuçlara, daha fazla oranda yorum hatalarına ve daha yüksek oranda hasta tatminsizliğine yol açacaktır.

Hasta tatminini etkileyen “süre” değişkeni sadece muayene süresi ile sınırlı kalmamakta hastanın bekleme süresini de kapsamaktadır. Yapılan hipotez testi sonuçlarında da, “muayene olmak için çok sıra beklediğini düşünen hastaların doktorun tutum ve davranışlarından da daha az memnun kaldıkları” ve “devlet hastanesinden sağlık hizmeti alan hastaların muayene olmak için daha fazla süre bekledikleri” ortaya çıkmaktadır. Yani hastanın, sıra beklerken duyduğu gerginlik onun hekimden duyduğu memnuniyeti de etkileyebilmektedir.

Konuya “ilgi” faktörü açısından bakıldığında ise özel hastane hastalarının yine devlet hastanesi hastalarından daha yüksek doyum elde ettikleri görülmektedir. Yapılan hipotez testinde de “doktoru tarafından ilgili bir şekilde dinlendiğini düşünen hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kaldıkları” ortaya çıkmaktadır. Hekimin hastasını ilgili bir şekilde dinleyebilmesi için “hekim için gerekli olan bilgilerin hasta tarafından hekime aktarılması” önem kazanmakla birlikte, hastalar, “hekim için hangi bilgilerin gerekli olduğunu” çoğunlukla önceden kestirilemeyebilmekte, bu durumda hekim, “hastanın anlatım tarzına veya kapsamına müdahale ettiğinde” ise hasta bu durumu “hekim beni iyice dinlemedi, benimle ilgilenmedi” şeklinde algılayabilmektedir. Hekim ise kısıtlı zamanda pek çok hastaya hizmet vermesi gerektiğinden, hastanın istediği şekilde bir sohbet ortamının yaratılması mümkün olamamaktadır. Oysa hizmet sosyal bir süreçtir ve müşteri tatmini bu sürece bağlıdır. Görülebileceği gibi çalışma şartları aynı zamanda, çalışanın, müşteri ile olan etkileşimini de olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Bilgilendirme ise hekim-hasta iletişiminde ve hasta tatmininde çok önemli rol oynayan bir değişkendir. Esasen “doktor”, hastasına, hem “hastalığını” hem de “hastalığı ile nasıl baş etmesi gerektiğini” öğreten kişidir. Bu bakımdan hekimin hastasını bilgilendirmesi, hizmet ilişkisinin temelini teşkil etmektedir. Bununla birlikte hastalar, hekimlerin kullandıkları sözcüklerin anlamlarını bilmedikleri için, kendilerine söylenenleri anlamayabilmekte veya çok istedikleri halde daha fazla bilgi için soru soramayabilmektedirler. Bilgilendirme konusunda, özel hastane hastalarının tatmin düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum devlet hastanelerindeki yoğun hasta trafiğinden ve dolayısıyla hekimin aşırı iş yükünden kaynaklanabildiği gibi, devlet hastanesindeki hekimlerin iş doyumlarının daha düşük olmasından da kaynaklanabilmektedir. Diğer taraftan yapılan hipotez testinde ise “doktoruna sormak istediği her şeyi sormadığını düşünen hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından daha az memnun kaldığı”, bir diğer hipotez testinde de “eğitim düzeyi daha düşük olan hastaların, doktoruna sormak istediği herşeyi sormadıkları” görülmektedir. Yani hastanın kendi durumundan kaynaklanan bir problemden dolayı (eğitim eksikliği, çekingen yapısı v.b.), hasta, hekimin tutum ve davranışlarından memnun kalmayabilmektedir. Bu durum ise oldukça düşündürücüdür. Devlet hastanesi

hastalarının daha düşük eğitimli olması onun aldığı hizmetten daha düşük tatmin yaşamasına neden olabilmektedir. Yani hizmet alanın eğitim seviyesinin düşüklüğü özellikle sağlık hizmetlerinde, hem hizmet verenin, hem de hizmet alanın tatminini olumsuz etkileyebilmektedir. Çünkü hizmet alan sormak istediğini soramamakta, yeterli iletişimi kuramayabilmekte ve bunun faturasını ise hekime yükleyebilmektedir. Diğer taraftan gerek “hasta ile ilişkiler”, gerekse “hastaya verilen hizmet” açısından özel hastane hekimlerinin daha yüksek doyum aldıkları görülmektedir. Yani hastalarının eğitim seviyesi, hekimlerin iş doyumuna etki eden “hasta ile ilişkiler” faktörünü ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Yapılan anket çalışması sonucu ortaya çıkan bulgulardan devlet hastanesi hekimlerinin, hastaları ile ilişkilerinde en fazla, “hastaların eğitim seviyesinin düşüklüğü ve iletişimlerinin yetersizliği” konusunda sıkıntı yaşadıkları ortaya çıkmakta, ayrıca, devlet hastanesi hekimleri “eğitim seviyesi düşük olan hastaların”, özel hastane hekimleri ise “yüksek eğitimli hastaların” hizmet konusunda daha yüksek beklenti içinde olduklarını belirtmektedirler. Bununla birlikte yapılan hipotez testinde, yüksek eğitimli hastaların hekimin tutum ve davranışlarından daha fazla memnun kaldıkları görüldüğünden, sonuçlar Braunsberger ve Gates’in (2002; 578) bulguları ile örtüşmemektedir. Diğer taraftan, eğitim seviyesi düşük olan hastaların hekimin daha fazla zamanını alacağı beklenmelidir. Çünkü eğitim seviyesi düşük olan hastanın açıklamalara daha fazla ihtiyacı olacaktır (Hansen, 2003; 576). Bireye eğitim seviyesinin çok üzerinde ve taşıyabileceğinden fazla bilgi yüklemesi de iletişime engel oluşturacağından hem gerekli ve öz bilginin verilmesi hem de eğitim seviyesinin göz önüne alınarak bilginin hastaya aktarılması hekim açısından ayrı bir çaba sarfetmeyi gerektirecektir. Ayrıca hekimin sorduğu soruların doğru olarak anlaşılması ve hasta tarafından düzgün cevaplandırılması, hekimin verdiği tavsiyelerin hasta tarafından anlaşılıp, doğru düzgün bir şekilde uygulanması, yine hastanın eğitim seviyesi ile yakından ilgili olacaktır. Ülkemiz genelinde eğitim seviyesinin düşüklüğü göz önüne alındığında, bu durum özellikle devlet hastanesinde görev yapan hekimlerin, görevlerini yerine getirirken oldukça zorlanabileceklerini göstermek açısından önemlidir.

Hastaların eğitim seviyelerinin yanı sıra sosyo-ekonomik durumları da hizmetten aldığı tatmini etkileyebilmektedir. Yapılan hipotez testlerinde “hanehalkı gelir durumu düşük olan hastaların, genel olarak hayatından memnun olmayan hastaların ve işinden memnun

olmayan hastaların, hekimin tutum ve davranışlarından da memnun kalmadıkları” ortaya çıkmaktadır. Hayes ve Bautista da alt sosyo-ekonomik gruptan bireylerin şikayetlerini tam olarak ifade edemediklerini, tüketici olarak daha pasif kaldıklarını, üst sosyo-ekonomik gruptan bireylerin ise tüketici olmanın gereklerini daha bilinçli olarak yerine getirdiklerini/uyguladıklarını ve daha fazla tüketici yönelimli olduklarını belirtmektedirler. Yani hekim ile ilişkili olarak, hasta tatmininde, sadece hekimin tutum ve davranışları belirleyici olamamakta, hastaya ait pek çok değişken de bunda etkili olmaktadır. Bu arada, devlet hastanesi hekimlerinin % 91 inin alt sosyo ekonomik gruptan bireylere, özel hastane hekimlerinin ise % 57 sinin orta, % 38 inin ise üst sosyo-ekonomik gruptan bireylere hizmet verdikleri göz önüne alındığında, neden devlet hastanesi hastalarının ve hekimlerinin daha düşük doyum aldıkları ve neden özel hastane hekimlerinin “hasta ile ilişkilerden” daha yüksek düzeyde doyum sağladıkları da ortaya çıkmaktadır. Burada en önemli nokta ise; hasta tatmininde, hizmet sağlayıcıların kontrolünde olmayan değişkenler nedeniyle bile hasta tatmini olumsuz etkilendiğinde, hizmet sağlayanların iş doyumunu da bundan olumsuz etkilenmekte, hastanın olumsuz algılamaları hekim-hasta ilişkisini zedelemekte, hekimlerin “hasta ile ilişkilerden” aldığı doyumunu da etkilemekte ve bir girdap veya sarmal gibi sorunlar iç içe geçerek birbirinden ayrılması gittikçe daha da güçleşmektedir. Oysa literatürde de ele alınmış olduğu gibi “hekimlerde yüksek derecede iş doyumunun ancak hekim-hasta uyumu ile birlikte anılması gerekmektedir” (Kirsten vd. , 2004; 1806; Williams vd. , 1999; 1141; Grembowski vd. , 2003; 383).

Hasta tatmininde, hastanın eğitim seviyesinin ve sosyo-ekonomik durumunun yanı sıra hastanın yaşam doyumunu ve işinden memnun olup olmaması onun tatminini ciddi bir biçimde etkilemektedir. Yapılan hipotez testlerinde de “genel olarak hayatından daha az memnun hastaların, doktorun kendisi ile daha fazla ilgilenmesini bekledikleri” “genel olarak hayatından memnun olan hastaların, doktorun kendisini daha fazla tahlil ve tetkike yollamasını beklemedikleri”, ve “genel olarak hayatından memnun olan hastaların, doktorun kendisini farklı uzman doktorlara sevk etmesini beklemedikleri” ortaya çıkmaktadır. Burada gözönünde bulundurulması gereken nokta, hastanın yaşam doyumunun olup olmamasının, aynı zamanda hekimin iş doyumunu da (hasta ile ilişkiler ve hastaya verilen hizmet boyutunda) dolaysız bir şekilde etkileyecek olmasıdır.

Yapılan bir diğ er hipotez testinde de “ cretini ödediği zaman doktorun kendisi ile daha fazla ilgileneceğine inanan hastaların, genel olarak hayatlarından memnun olmadıkları” ortaya çıkmaktadır. Bununla paralel olarak Kao v.d. (1998), Mummalaneni ve Gopalakrishna (1997) da hastaların güven ve tatmin düzeyinin, ücret ödeyerek aldıkları hizmetlerde daha yüksek olduğunu bildirmektedirler. Bu bulgular ışığında, hasta gerçekten ücret ödeyerek daha fazla ilgi göreceğine inanıyorsa, onun ücretsiz olarak aldığı hizmetten tatmininin derecesi, daha hastane kapısından girmeden önce belirlenmiş olacak demektir ki bu sonuç ise bize, devlet hastanesi hekimlerinin hasta tatmini yaratmada ne kadar zorlanabileceğini göstermek açısından önemlidir.

Hastane personelinden ve hemşirelerin tutum ve davranışlarından hastaların memnun kalıp kalmaması da yine devlet ve özel hastaneden hizmet alan hastalara göre farklılaşmakta, bu konuda özel hastane hastalarının daha memnun olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca yapılan hipotez testinde “hastane personelinden memnun olmayan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmadıkları” ortaya çıkmaktadır. Hizmet bir süreç olarak ele alındığında, hastanın değerlemeleri bu süreç boyunca değişebilmektedir. Diğ er taraftan hastaların tıbbi süreç hakkında pek fazla bilgileri bulunmaması da, hastanın sonuçlarla daha fazla ilgilenmesine neden olabilmektedir. Ancak bununla beraber, hastanın hizmet aldığı süreç boyunca yaşamış oldukları, özellikle personelin davranışları, hizmetin gerçekleştiği ortam, sürecin etkinliği gibi hizmetin fonksiyonel yönü, hasta için büyük önem arzetmekte ve aldığı hizmetten tatmini etkilemektedir. Hastaları ilgilendiren çoğunlukla hizmetin sunulış şekli, hizmet esnasındaki tavır ve davranışlar olmaktadır (Omachonu, 1991; 23-24). İnsan davranışlarının, doğru olmayan bir şekilde, “sebepler” tarafından güdüldüğünün düşünüldüğü, oysa, duygusal değerkenler tarafından belirlenen deneyim sisteminin, otomatik bir şekilde insan davranışlarını nasıl yönlendirdiği açıklanmaktadır (Humphreys vd. , 2005; 122). Müşterilerin hem duygularının hem de fikirlerinin, algılamalarını etkileyeceği  ne sürülmüş, müşterilerin duygusal durumlarının, hem davranışlarına hem de hizmet veren personel ile olan ilişkilerine yansıdağı belirtilmiştir (Wong, 2004; 368). İnsan etkinliği bir fanus içinde gerçekleşmediğinden, hizmet ortamının, hizmetten duyulan tatmini etkileyeceği, hastaların sadece hekimden aldıkları hizmetten değil, hastane personelinin tutum ve davranışlarından da etkileneceği ve en önemlisi bu

konulardaki olumsuzlukların hasta ile hekimin iletişimini olumsuz etkileyeceği gözardı edilmemeli ve hekim ile birlikte diğer sağlık çalışanlarının da iş doyumuna gereken özenin gösterilmesi gerekmektedir.

Hem hekim hem de hasta açısından tatminsizlik kaynağı olabilecek bir diğer konu ise özellikle devlet hastanelerindeki bürokratik işlemlerin fazlalığıdır. Üstelik yapılan hipotez testinde de “hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kaldığını belirten hastaların, hekimin tutum ve davranışlarından da memnun kalmadıkları” ortaya çıkmaktadır. Yani hizmetin alındığı çevre ve hastanın, hekim ile yüzyüze gelmeden önce yaşadıkları deneyimler bile hastanın duygularını etkilemekte ve onun, hekimin tutum ve davranışlarından duyduğu memnuniyeti de etkilemektedir. Diğer taraftan özellikle ülkemizdeki kamu işletmelerinin temel sorunu olan “kırtasiyecilik ile yönetim ve denetim”, hem hizmet sunan hem de hizmet alan açısından “hizmet”in “hezimet”e dönüşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle devlet hastanelerinde işlemlerin mümkün olduğunca basitleştirilip yeni bir düzenin sağlanması gerekmektedir.

Diğer taraftan yapılan çalışmalarda, hastanın tedavi olacağı yeri ve hekimini kendisinin belirlemesine izin verilmesinin, hasta tatmini yönünden olumlu etkileri olduğu da ortaya konulmuştur (Amyx ve Bristow, 2001; Manthei, 1988). Yapılan çalışmada ise devlet hastanesi hastalarının % 33 ü, özel hastane hastalarının ise % 83 ünün istediği hekimi seçme şansları olduğu ortaya çıkmış ve yapılan hipotez testinde de “istediği hekime muayene olma şansı bulunan hastaların hekimin tutum ve davranışından da daha fazla oranda memnun kaldıkları” ortaya çıkmıştır. İnsanların, duygularını karşı tarafa daha fazla açabileceklerine olan inançlarının güçlü olduğu oranda ilişkiden daha fazla tatmin oldukları önceki çalışmalarda da ortaya konulmuştur (Hansen, 2003; 575-577; Press, 2003; 94). Esasen hekim-hasta ilişkisinin temelinde yer alan öge “güven” olduğundan, hasta güven duyduğu hekimden hizmet aldığı anda kendisini daha rahat ifade edebilecek ve aldığı hizmetten daha fazla oranda tatmin olabilecektir. Buradan, Mills ve Margulies’in hizmetleri ve hizmet işletmelerini müşteri ile personel arasındaki etkileşimin amacını esas alarak yapmış olduğu sınıflandırmada sağlık hizmetlerini “etkileşimde kişinin içsel mutluluğunu ve huzurunu sağlamanın esas olduğu hizmetler” sınıfında göstermiş olsalar

da esas itibari ile sağlık hizmetlerinin aynı zamanda “etkileşimde güven sağlamanın esas olduğu hizmetler” sınıfında da yeri olduğunu söylemek mümkündür.

Yapılan hipotez testinde kronik bir hastalığı olan hastaların “doktorun tutum davranışlarından daha az memnun kalmadıkları” ortaya çıkmaktadır. Bu sonucun ise Druss ve arkadaşlarının (2000) bulgularıyla örtüşmediği görölmektedir. Kronik bir hastalığı olan hastanın hastane sistemini daha fazla kullanacağı ve hizmet aldığı hekim ile tekrar tekrar iletişime geçeceği beklendiğinden, hasta, bu iletişimi bozmak istemiyor ve yeniden aynı hastaneye veya hekime ihtiyaç duyduğuunda iyi ilişkilerini sürdürmek için gayret gösteriyor olabilir. Ortaya çıkan bu sonucun yorumunu, özellikle bizim ölkemize has olan bir duruma atıfta bulunarak da yapmak mümkündür. Ölkemizde özellikle kamu hizmetlerinin görölmesinde “ilişkilerde kurumsallaşma” tam olarak uygulanamadığından, işler genellikle “kuruma endeksli” değil “kişiyeye endeksli” olarak yürütölebilmektedir. Ancak “bir tanıdık vasıtası ile iş görme alışkanlığı” sonucu, halkın nezdinde yerleşmiş olan bir inancın tezahürü şeklinde de bu durumu yorumlamak mümkündür.

Diğer taraftan “kadın hastaların doktorların tutum ve davranışlarından daha az memnun kalmadığı” yapılan hipotez testinde ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan hekimler açısından bakıldığında ise hekimler “kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla talepkar olduğunu” düşünmektedirler. Bu bulgular ise hekimlerin, erkek hastalardan daha fazla memnun olduklarını ortaya koyan Levison vd. nin bulguları ile örtüşmektedir (Levinson vd. , 2006; 432).

Sonuç itibari ile esas önemli nokta; hekimlerin iş doyumunun hasta tatmini üzerinde etkileri olduğu gibi hastanın; “süre, erişim, ortam, bürokrasi, personel” gibi “hasta tatmininde hizmet sağlayıcıların kontrolünde olan değişkenler” nedeniyle hastanın tatmin olmaması ve ayrıca hastanın, “eğitim seviyesi, gelir durumu, yaşam doyumunu, işinden memnun olup olmaması”, gibi “hasta tatmininde hizmet sağlayıcıların kontrolünde olmayan değişkenler” nedeniyle de hastanın tatminsiz olması durumunda, hekimin iş doyumunu bundan olumsuz etkilenmektedir. Çünkü hastanın sayılan konulardaki tatminsizliği, hasta hekim ilişkisini bozmakta ve hastanın hekime karşı bakışını olumsuz etkilemekte ve bir sarmal gibi sorunlar büyümekte, kimin haklı kimin haksız olduğu,

kimin tatminsizliğinin kimi olumsuz etkilediği birbirine karışmakta, hatta ayırt edilemez hale gelmektedir.

Ancak şunu da unutmamak gerekir ki, hekimlerin kullanabileceği en son teknoloji ve bilime karşın, “iletişim”, hala hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin özü olarak görünmekte, hekimlerin hastalarla olan ilişkilerinin niteliği, hasta tatminini etkilemektedir. Hatta hasta-hekim etkileşimi ile algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkileri inceleyen bir araştırmada da hekimin davranışlarının, hastaların kalite algılamalarını etkilediği ortaya konulmuştur (Uyguç ve Arbak, 1994; 42-65). Özellikle bu konuda hizmet sağlayıcıların, müşterilerle olan temasının önemi, pazarlama literatüründe de sıkça tartışılmıştır (Wong, 2004; Butcher, 2002; Hartline ve Ferrell, 1996). Bu bakımdan “özellikle yardıma yönelik mesleklerde çalışanların iş doyumlarının olmamasının, hizmet alanlar ile ilişki kurmayı ve onlara gerekli yardımda bulunmayı zorlaştırdığı, mutsuz olan bir kimsenin, bir başkasını mutlu etmesinin mümkün olmadığı ve ancak mutlu çalışanların mutlu müşteriler yaratabileceği” belirtilmektedir (Capella ve Andrew, 2004; 207; Bhote, 1996; 23). Özellikle sağlık hizmetleri, yardıma yönelik olduğundan ve bakım veren meslekleri içerdiğinden ve bakım sözcüğü de, bir “ilişki”yi ifade ettiğinden, bu ilişki de sosyal bir durumu ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde, hizmet verenin iş doyumunun olup olmaması, onun, hizmet alan ile iyi bir iletişimi gerçekleştirip gerçekleştirilememesinde de etkili olacağı gözönünde bulundurulmalıdır. Üstelik, hekimlerin iş doyumunu etkileyen, ancak diğer iş kollarında söz konusu olmayan, “müşteri ile ilişkilerden tatmin” ve “müşteriye verilen hizmetten tatmin” gibi iki faktörün, hekimlerin iş doyumunu dolaysız olarak etkilediği ve “hasta ile ilişkilerden tatmin olma” ve “hastaya verilen hizmetten tatmin olma” şeklinde karşımıza çıktığı ve bu iki faktörün, hekimin çalışma grubundaki ilişkilerde “hasta” olgusunun önemini belirttiği, daima gözönünde bulundurulmalıdır. Özellikle devlet hastanesi hekiminin, yönetsel kararlarda söz sahibi olmaması, onun “hastaya verilen hizmet” ve “hasta ile ilişkiler” açısından da tatmin olamamasına neden olmakta ve ortaya çıkan sorunların çözümü için, hekimin örgütten kaynaklanan bir gücü de bulunmadığı gibi, hekimlik mesleği ilke ve değerleri ile uyum içinde bulunulmayan bir sistemin varlığı da söz konusu olduğundan, hekimin iş doyumunu bundan olumsuz etkilenmekte ve dolayısıyla devlet hastanelerinde daha fazla hasta tatminsizliği ile karşılaşmaktadır. Oysa hekimin

yönetmelik kararlarda söz sahibi olması en azından hasta tatmininde “hizmet sağlayıcıların kontrolünde olan değişkenlerden”, hastanın tatmin sağlanmasına neden olacaktır.

ÖNERİLER

Yukarıdaki bulgu ve yorumlara ilave olarak getirilebilecek bazı önerileri özellikle vurgulamak gerekmektedir.

- Öncelikle Türkiye, kabul edilemez fazlalıkta hasta oranına sahip bir ülkedir(www.listweb.bilkent.edu.tr/bsb/2006/Mar/att-0011/01-Turkey_Country_Report_2006.pdf ; 87-94). Bu durumun fizyolojik, psikolojik, sosyolojik nedenleri araştırılmalı, konuya bilimsel ve ciddi biçimde yaklaşılmalı, çözümün sadece hekim sayısını arttırmak olduğu düşünülmemelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün gelişmekte olan ülkelere tavsiyesi her 1000 kişiye 1 hekim isabet edecek şekilde bir oranı işaret etmekteyken, ülkemizde 700 kişiye 1 hekim düştüğü halde ülkemizde hekim açığı olduğunu söylemek mümkün değildir. Üstelik 1990 yılında 56.5 milyon olan nüfusumuz, 2007 yılında 72.5 milyona ulaşmış, aynı dönemlerde nüfusumuz % 28 artış gösterirken hekim sayısındaki artış % 100 ü geçmiştir (Demirdizen, 2008). Bu tablonun ışığı altında, hekim enflasyonunun yaratılması ise sadece “düşük ücretlerle” hekim çalıştırmaya yönelik olacak, gelecekte ise düşük ücretlerle çalışmak istemeyen yüksek kapasiteli gençler, başka eğitim alanlarını tercih ettikçe, daha düşük kapasiteli öğrencilerin tıp fakültelerine girmeleri kolaylaşacak ve esas “hasta tatminsizliği trajedisi” ise o zaman başgösterecektir. Diğer taraftan, hali hazırdaki hekimlerimizin gelecekteki beklentileri açısından bir ümitsizlik, motivasyon kaybı ve sonucunda da iş doyumsuzluğu ve dolayısıyla hasta tatminsizliği söz konusu olacaktır.

- Powers ve Bendall a (2003) göre, hasta tatmini, hastanın biyolojik ve fiziksel sonuçlarının ölçülmesi kadar onun, tüm yaşam kalitesi ve fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları gibi çeşitli ölçümleri de kapsamalıdır. Yapılan hipotez testlerinde de hastanın eğitimi, gelir seviyesi ve yaşam doyumu hekimin tutum ve davranışlarından memnun kalıp kalmadığını da belirlemektedir. Bu nedenle ülke çapında geniş tıbbi sosyolojik araştırmaların yapılması gerekmektedir. Çünkü daha etkin sağlık hizmeti verilmesine yönelik planlama çalışmaları ve politikalarının yapılabilmesi için, topluma

sağlık hizmeti sunan kesimler kadar, bu hizmetleri tüketen geniş halk kitlelerinin de daha iyi tanınmasını gerektirmektedir.

- Mevcut sağlık sisteminin işleyişinde aniden ortaya çıkan değişimler ve buna bağlı veya bağlı olmayan aksaklıklar söz konusu olduğunda bu hizmeti kullanan hasta, kendisine en kolay ulaşabildiği muhatap olarak, hekimi seçmekte ve hizmet alan ile hizmet verenin ilişkileri, sistemdeki aksaklıklar nedeni ile bozulabilmekte, bu durumdan ise hem hekimin iş doyumunu hem de hasta tatmini olumsuz olarak etkilenmektedir. Hekimin, sadece hastanın kendisi ve hastalığı ile ilgilenmesi gerekirken, hekim, ister istemez hizmet verdiği kesim ile siyasi mekanizmaların arasına sıkışıp kalmakta, hasta, hekim ile gereksiz tartışmalara girmekte, sistemdeki aksaklıklar yüzünden hasta ile özellikle devlet hastanesi hekimi karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle her hastaneye, sistemdeki değişiklikleri hastalara bildirecek, onların sağlık sistemi ile ilgili sorunlarına cevap verecek bir birimin kurulması veya mevcut danışma birimlerinin bu konularda halka yardımcı olması sağlanmalı, ayrıca bu iş ile görevlendirilecek kişilerin, hem mevzuata vakıf hem de halkla ilişkiler veya en iyisi psikoloji eğitimi almış kişilerden seçilmesi büyük önem arz etmektedir. Böyle bir uygulama ile örgütteki iletişim zincirine hastanın da aktif bir şekilde dahil edilmesi, ve hastanın örgütteki bilgi akışına katkıda bulunması da sağlanmış olacaktır.

- Yapılan çalışmalarda, hastaların, hastanelerde en çok rahatsızlık duydukları konular listesinin en başında hekimlerin tutum ve davranışlarının geldiği ve hasta tatmininde kritik bir rol oynadığı çeşitli araştırmacılar tarafından da ortaya konulmaktadır (Steiber ve Krowinski, 1990; 7; Wong, 2004; 365; Thomas, 2003; 42; <http://hastahakki.org>). Bununla birlikte hekimlerin iş doyumlarının olup olmaması onların hastaya karşı tutum ve davranışlarını da etkileyebilmektedir. Sağlık hizmetleri “müşterilerle ilişkinin/etkileşimin en yüksek olduğu” hizmetlerden olduğundan, hizmet alan ile hizmet verenin tatminlerinin eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi büyük önem arz etmekte, bu iki kesimin tatmin düzeylerinin birbirine sıkı sıkıya bağlı olduğu unutulmamalıdır.

- Özellikle ülkemiz açısından hekimlerin iş doyumlarında etkili olan belkide en önemli faktör “hasta ile ilişkiler” olmaktadır. Çünkü hastanın eğitim durumu, hekim ile hasta arasındaki ilişkinin niteliğini ve hem hastanın tatminini hem de hekimin iş doyumunu

etkilemektedir. Ülkemizde ortalama eğitim süresinin 4 yıl olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde özellikle eğitime gereken önem verilmeli, en azından yaygın iletişim araçları vasıtası ile asgari eğitim gerektiren hususlarda; hijyen konusunda, iletişim konusunda, diğerlerinin haklarına saygı konusunda, görgü kuralları konusunda, genel olarak halk eğitilmeli ve bu bir devlet politikası haline dönüştürülmelidir.

- Hekim ile hasta arasındaki çatışmaların farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklandığı, hekim ile hastanın amaç farklılığının ve görüş açısındaki farklılıkların potansiyel bir çatışma ortamının oluşumuna sebep olduğu bildirilmektedir (İşnas, 1998; 22). Langen ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerin yaşadıkları zaman kısıtları, aşırı iş yükü ve yaşadıkları stres konusunun, hastalar tarafından hiçbir zaman algılanmadığı/algılanmadığı ortaya konulmuştur (Langen vd. , 2006; 123). Üstelik hastalar, sağlık kurumlarındaki (altyapı, teknik ve insangücü yetersizlikleri v.b.) eksiklikler sonucunda dahi hekim ile gereksiz çatışmaya girmektedirler. Bu nedenle de en azından hekim meslek odaları/birlikleri vasıtasıyla, hekimlerin önceliklerini ve mesleklerini yaparken karşılaştıkları zorlukları kamuoyuna en uygun bir dille anlatmaları, hasta algılamaları üzerinde olumlu bir etki yapabilecek, kamuoyunda oluşmuş bulunan, hekimlere karşı önyargılı olumsuz tutum ve davranışların azalmasına neden olabilecektir. Yapılan çalışmada da hastanın sahip olduğu olumsuz önyargıların hekimi değerlemede ne kadar olumsuz etkilediği ortaya çıkmaktadır. Hastalar için, hekimlerin onların menfaatlerini koruyacak yeteneğe ve şevke sahip olduğuna inanmaları ve güvenmeleri çok önemlidir (Leisen ve Hyman, 2004; 991).

- Hasta hekimine güvendiğinde, hastanın hizmet kalitesini algılaması da yüksek olacak, hizmet kalitesinin yüksek algılanması ise hastanın daha fazla tatmin sağlmasına neden olabilecektir. Aslında tatmin ve güven farklı kavramlar olmalarına rağmen tatmin güveni teşvik etmekte, geçmiş deneyimlerden elde edilen tatmin ise güveni beslemekte, ama aynı zamanda güven, tatminin doğumuna da yardımcı olmaktadır (Geykens vd. ,1999; 224-225). İnsan ilişkileri güven zemininde gerçekleştiğinde ise bu ilişkide karşılıklı anlayış, birbirlerini destekleme, yardımseverlik daha yoğun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hastanın istediği hekimi seçme şansı kendisine mutlaka verilmelidir. Çünkü hekimine daha fazla güvenen hasta, aynı zamanda hekimine daha rahat bir şekilde soru sorabilecek ve isteklerini daha rahat bir şekilde ifade edebilecek ve daha fazla tatmin olacaktır.

- Diğer taraftan hekim ile hasta arasındaki pozitif sosyal ilişkiler, teşhis ve tedavinin başarısını olumlu yönde etkileyecek ve verimliliğin artmasına da neden olacaktır (Rourke, 1993; 684). Oysa hekimin aşırı iş yükü ve zaman kısıtı, hekim ile hasta arasında kurulması gereken pozitif sosyal ilişkileri imkansız hale getirmekte bu durum hem hasta tatminini olumsuz etkilemekte, hem de aşırı iş yükünden dolayı hekimin iş doyumu olumsuz etkilenmektedir. Hasta tatmininin sağlanması açısından, her bir hasta başına daha fazla zaman ayrılması ve hastaların gerek muayene esnasında gerekse tedavileri esnasında aceleye getirilmemelerinin, arzulanan bir durum olduğu bildirilmekte ve hekimlerin aşırı iş yükü ve zaman baskısı altında çalışmalarının, onların hastalara karşı davranış esnekliği gösterebilmesine, empatik yaklaşımlar sergileyebilmesine, güleryüzlü bir hizmet sunabilmesine engel teşkil edeceği ve hekimin hasta başına 15 dakikadan daha az bir süre ayırmasının, hasta tatminsizliğine neden olacağı özellikle vurgulanmaktadır (Bendapudi vd. , 2006; 338-340; Sung vd. , 2003; 237; Levinson vd. , 2006; 432; Feddock vd. , 2005; 40). Sağlık hizmetlerinde davranışsal boyutun önemi gözönünde bulundurularak, hasta başına ayrılması gereken asgari süre de önceden belirlenmelidir.

- Hastanelerin kazandıkları döner sermayelerin % 2 lik bölümünün Ankara'da havuz yaratılarak Sağlık Bakanlığı üst düzey bürokratlara dağıtılması, Bakanlığın, hekimlerin daha fazla hastaya hizmet vermesini desteklemesine neden olmaktadır (Aşık, 2008). Oysa daha fazla hastaya bakmak; daha fazla hatalı teşhis ve tedavi, daha fazla reçete yazma ve devletin kasasından daha fazla ilaç gideri anlamına gelmektedir. Bu nedenle hekimin bir günde hizmet vereceği hasta sayısına limitler konulması, hem hekimin iş doyumu hem de hasta tatmini açısından önemlidir. Aynı zamanda hekim başına düşen hasta sayısının, hekimin, hastaların hakkını ihlal etmeye zorlamayacak şekilde ayarlanması gerekmektedir.

- Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin tabiatına aykırıdır. Sağlık hizmetlerini, seri üretimin yapıldığı bir fabrika olarak değerlendirmemek gerekir. Performansa göre ücretlendirme sonuç itibarıyla verimliliği arttırmaya yönelik bir uygulama olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde verimliliğin, doktor başına düşen hasta sayısının arttırılması ile gerçekleştirilebileceğini söylemek mümkün değildir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, hekimi, mavi yakalı bir işgücü şekline sokmakta, sağlık hizmetlerinin ise seri üretim şeklinde verilebilirliğini ve hekimin

dayanıklılığını test etmekte, aynı zamanda hekimlik mesleğinin saygınlığına olumsuz etki yapabilmektedir. Hekim düşük ücretine ek gelir sağlayabilmek için daha fazla hastaya bakmakta, daha fazla fiziksel ve mental olarak yorulmakta, bu durumda hem iş doyumunu düşmekte hem de hasta tatmini sağlamak imkansızlaşmaktadır. Hasta, hekimin aşırı iş yükü nedeni ile ondan beklediği ilgi ve şevkati göremeyebilmekte, sağlık hizmetlerinde hasta tatmini için çok önemli olan davranışsal boyut ihmal edilebilmekte ve özellikle devlet hastanesinden hizmet alan hastanın tatminsizliği ile daha sık karşılaşılabilir. Bakan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, bu tür bir uygulamanın; hekimler arasında hoşnutsuzluk yarattığı, performansa göre ücretlendirmenin, hastanın gereğinden fazla kontrole çağırılmasına neden olduğu, farklı uzmanlık grupları arasında adaletsizlik ve eşitsizliklere yol açtığı, etik değerler başta olmak üzere çalışma ortamının tahrip edilmeye başlandığı, suistimale açık durumlar olduğu, meslektaşlar arasındaki dayanışmayı yok ettiği, çalışma barışını bozduğu, hekimleri esas alan bu ücretlendirmenin ekip üyelerini dışladığından dolayı ekip çalışmasının etkin şekilde yürütülmesine engel teşkil ettiği, sağlık kurumlarında tam bir kargaşa ve huzursuzluk ortamını oluşturduğu, hekimlerin puan getirecek eylemlerde bulunma eğilimlerinin arttığı ortaya konulmuş ve performansa göre ücretlendirme sisteminin kendisinden çok, sistemin uygulamasında sorunlar bulunduğu belirtilmiştir (Bakan vd. , 2006; 815). Bununla birlikte yasalaşması beklenen ‘tam gün yasası’ kapsamında tüm hekimlerin ücret ve ek ödemelerinin eşitlenmesi de söz konusudur. Diğer taraftan, özel sağlık kurumlarında çalışacak hekim sayısı kısıtlandırılacağından, hekimler, verilen ücrete razı olup devlet hastanelerinde çalışmaya zorlanacaklardır. Bu nedenle hekimlerin ücretleri ve ek ödemeleri eşitlenirken, onun almış olduğu eğitimin süresine ve niteliğine uygun bir ücretlendirme sistemi ile ücretlendirilmesi, hem hekimlik onurunun ve saygınlığının korunması, hem de hasta tatmininin sağlanması açısından en iyisi olacaktır.

- Diğer taraftan, ülkemiz hekimleri için bu tür kısıtlamalar söz konusu iken yeni düzenlemeler sonucu yabancı hekimler ülkemizde rahatça çalışabileceklerdir ki bu durumda ülkemiz hekimleri açısından adaletsizlik algılamalarını arttıracaktır. Oysa yabancı hekimler konusu ilk kez 1923 Lozan görüşmeleri esnasında gündeme getirilmiş, hatta Lozan görüşmelerinin tıkanma noktasından birini oluşturmuştu (Göçmen, 2008). Hatta ülkenin hekim ihtiyacının had safhada olduğu o yıllarda bile, yabancı hekimlerin

alışmasına izin verilmemişti. Diğ er taraftan bu durum, ülkemizin “hizmetler sektöründeki” rekabet avantajını da elinden alacak sonuçlara neden olabilecektir. Oysa  lkemiz özellikle Tıp biliminde, pek çok gelişmiş ülke ile çok rahat rekabet edebilecek bir durumda bulunmaktadır.

- Hastaların kendi ruh halleri, kendi hastalığı hakkındaki algılamaları, kişilik özellikleri, aile içi ilişkileri ve yaşam doyumları, hem kendini hem de başkalarını değ erlemede etkilidir (Thomas, 2003; Atkinson ve Caldwell, 1997). Ayrıca hastanın hastalığı esnasında maddi ve manevi olarak  stlendiğı maliyetler de onun aldığı hizmet hakkındaki görüşünü olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Özlü de (2003) hastaların ruh halinin hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi tehlikeye sokucu bir etkiye sahip olduğunu bildirmektedir. Diğ er taraftan “tatminsiz hastaların, aynı zamanda tatminsiz tüketiciler olduğu” Hall (1990) ve Dressel vd. (1997) tarafından bildirilmiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuş olan “Alo 184” hekimi şikayet hattı, hekimlerin motivasyonları üzerinde olumsuz etki yapabilecek, mesleğinden duyduğu manevi doyumunu olumsuz etkileyerek, hekimi hastadan uzaklaştırabilecektir. Zaten hekimler de, hasta ile ilişkilerde karşılaştıkları sorunların en önemlilerinden biri olarak “hastaların içinde bulunduğu olumsuz psikolojik durum” u göstermektedirler. Üstelik hizmetlerin pek çoğunda müşteri, hizmet aldıktan hemen sonra tatmin olup olmadığını veya ne kadar tatmin olduğunu bilebildiğı halde, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bu tatminin seviyesini hemen belirlemek zaman alabilmektedir. Arada geçen bu zaman zarfındaki “hasta heyecan ve hezeyanlarını”, şikayet konusu haline getirtmeye çalışarak halka hizmet veriliyor görüntüsü yaratmak ise sadece hekimlerin onurunu ve çalışma şevkini kırmaya yarayacaktır. Sağlık hizmetlerinin bu özelliğinin hekimlerin aleyhine işleyecek şekilde gündeme getirilmemesi, yönetimlerin de, hekimlerin motivasyonlarını kırııcı değil, yapıcı oluşumları teşvik etmesi gerekmektedir.

- Medya aracılığıyla hekimlere yönelik olarak yargısız infazlarda bulunulmasına son verilmelidir. Hekimlerin iş doyumuna etki eden “mesleki saygınlık” faktörünü ciddi bir biçimde etkileyebilen bu yayınlar, geniş halk kitlelerinin hekime saygı bağlamındaki tutumlarını etkileyebilmektedir. Üstelik hekimlerin saygınlığının, işlerindeki başarisına ve hizmetin kalitesine dayanmakta olduğu ve hizmetin kalitesinin ölçülmesinin ise hastaların fikirleriyle değil, diğ er hekimlerin kararlarıyla olması gerektiğı

vurgulanmaktadır (Taylor ve Cronin, 1994; 40; İşnas 1998; 24). Özellikle eğitimsiz halkın, bu tür yayınlardan etkilenip, gerek devlet açısından gerekse birey açısından çok yüksek maliyetlerle ve zorluklarla yetişmiş olan hekimlerimizin canına kast edecek davranışlarda bulunmasına bile neden olabilmektedir. Ayrıca bu durum halkın hekimlere karşı olan olumsuz önyargılarını beslemekte, hastaların, hekimlere ve sağlık sistemine güvenini olumsuz etkilemekte ve en önemlisi, hekim ile hastanın iletişimini, daha ilişkinin en başından sekteye uğratmaktadır.

- Hekimlerin hizmet içi eğitimine gereken önem verilmemekte, hekimler bu konuda desteklenmemekte, üstelik aşırı iş yükleri ile birlikte kendi mesleki gelişimleri ve eğitimleri kendi kaderlerine terk edilmektedir. Oysa hekimlere verilecek eğitimler, yıllar boyunca hastalıkların azalmasına ve hasta tatmininin artmasına neden olacaktır. Bu nedenle özellikle Sağlık Bakanlığı bütçesinden hekimlerin hizmet içi eğitimlerine gereken payın ayrılması gerekmektedir.

- Sağlık hizmeti fiziksel veya ruhsal bir soruna çözüm getirmek üzere sunulduğundan bu hizmetin verilmesinde bazı noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir. Öncelikle hekimin rahat ve stressiz olması, onun hastaları ile ilişkilerinde daha esnek ve rahat olmasına sebep olacak, hastalarını daha fazla sevecek ve onlara daha fazla ilgi gösterecek, sonuçta ise hastalar daha fazla tatmin olacaklardır (Levinson vd. , 2006; 433). Özellikle devlet hastanesinde görev yapan hekimin kendi kapasitesinin üzerinde hasta ile ilgilenmek zorunda kalması, bedensel ve/veya zihinsel olarak aşırı iş yükü altında çalışması, onun yorgunluğunu arttıracak, fizyolojik, sosyal ve psikolojik sistemlerde rahatsızlık yaratabilecek, ve bu aşırı taleplerin sonucu stres artarak performansı üzerinde olumsuz etki yapacak ve iş doyumunu da düşürecektir. Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütünün raporunda da, kötü çalışma koşulları ve yetersiz ücretlerin, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanları üzerinde çok büyük baskı yarattığı belirtilmektedir. Bu nedenle öncelikle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının aynı zamanda birer duygu işçisi olduğu kabullenilmeli ve özellikle yardıma yönelik mesleklerde çalışanların iş doyumunun önemi gözardı edilmemelidir.

- Hekimlere çalıştıkları kurumlarda kendilerini ilgilendiren kararlar alınırken, onların da bu kararlara katılımları sağlanmalı, meslek odaları/birlikleri vasıtasıyla da ülkenin sağlık

politikaları kararlaştırılırken kendilerine söz hakkı tanınmalıdır. “İşi en iyi, yapan bilir” ilkesinden hareketle, çalışanların da işleri ile kararlarda söz sahibi olması, özellikle hedef belirlemede ve planlamada fikirlerinin alınması gerekmektedir. Özellikle ülkenin reel sağlık şartlarını en iyi bilen, her daim bu gerçeklikle yaşayan hekimlerin, kararlardan uzak tutulması hekimler için ayrı bir tatminsizlik kaynağı oluşturabildiği gibi bu durum hem hasta tatminini hem de devlet bütçesini olumsuz etkileyecektir.

- Özellikle devlet hastanelerinde araç-gereç ve teknik donanımların yetersizliği veya bakımlı olmaması devlet hastanesi hekimleri için tatminsizlik kaynağı olacak seviyededir. Hekimler hastane hizmetlerinin temel kullanıcıları olduğundan ve hastaya verilen hizmette teknik açıdan yetersizlikler söz konusu olduğunda, bu durum hekimlerin iş doyumlarını olumsuz etkileyeceğinden, özellikle devlet hastanelerinde bu konuda gerekli önlemlerin alınması hem hekim hem hasta açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca yine özellikle devlet hastanesi hekimlerine, daha fazla insan onuruna yaraşan çalışma odaları, nöbet odaları ve dinlenme odalarının sağlanması gerekmektedir.

- Ülkemizdeki genel eğitim seviyesinin bir yansıması olarak, sadece bizim ülkemize has olabilecek türden konuların da hasta değerlemelerinde ele alındığı gözlemlenen bir olgudur. Örneğin hekimin reçeteye az ilaç yazması, gerekli görmediği tahlil ve tetkikleri hastadan istememesi, hekimin hastasını bir başka uzmanlık dalındaki hekime konsülte veya sevk etme gereği görmemesi, birkaç hekim ve birkaç hastaneye birden başvurmaksızın tatmin olamama, hastaların tatminsizliğine yol açabilecek diğer etmenler olarak sıralanabilir. Diğer taraftan hastanın bazı aşırı istek ve beklentileri (örneğin daha fazla tahlil ve tetkik, başka bir uzman doktora sevk isteği) hastanın yaşam doyumu ile de ilişkili bulunmaktadır. Yaşam doyumu ise dolaylı ve dolaysız olarak eğitim, sosyo-ekonomik durum, sosyal imkanlar v.s. ile ilişkilidir. Bu kadar yüksek oranda işsiz, düşük gelirli ve düşük eğitilmiş bir nüfusu tatmin etmek özellikle devlet hastanesi hekimleri için de çok güç ve yıpratıcı olabilmekte ve aynı zamanda bu durum hekimlerin iş doyumlarını da olumsuz etkilemektedir. Diğer taraftan hekimler, hijyen konusunda da diğer hiçbir meslekte görülmeyecek kadar olumsuz şartlardaki hastalara hizmet vermektedirler. Ayrıca, diğer hiçbir meslekte ‘hizmet alanların yakınlarını tatmin etmek’ bu kadar önemli ve yaşamsal değer taşımazken hekim, hem hasta ile hem de hasta yakınları ile uğraşmak zorunda kalmakta, üstelik hasta yakını, hastadan çok daha fazla duygusal bir yoğunluğa

sahip olarak hizmet bekleyebilmektedir. Yapılan hipotez testinde de ortaya çıktığı gibi hekimlerin, “hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak zorunda kaldıkça iş stresleri artmaktadır”. Diğer taraftan, sağlık hizmetlerindeki müşteri kitlesinin “hasta” veya “rahatsız” olması, diğer hiçbir sektörde olmadığı kadar hekimi ve diğer sağlık çalışanlarını, sürekli olarak olumsuz duygularla başa çıkmak zorunda da bırakmaktadır. Bu nedenle hekimlere de, bazı mesleklerde söz konusu olan “mesleki yıpranma payı” adı altında ayrı bir hak tanınması gerekmektedir.

- Hekimlerin tıp fakültelerinde almış oldukları psikiyatri dersine ilave olarak “hasta psikolojisi” dersi de almaları, “hasta ile ilişkiler” konusunda sadece kendi hocalarının deneyimlerinden faydalanmalarının yeterli olamayacağı gözönünde bulundurulmalıdır. Böylece hasta ile ilişkilerde hekimlerimiz, hem daha rahat ve stressiz çalışabilecekler, hem de hasta tatmini yaratma konusunda daha etkin olabileceklerdir. Ayrıca “hasta ile ilişkilerde” doyum ve başarı konusunda hekim, kendi stresle baş edebilme yeteneğine, kendi duygusal zekasına ve kendi empati yeteneğine terk edilmemiş olacaktır.

- Hekimlerin meslekdaşlarla ilişkilerine özen göstermeleri, hastanın gözönünde bir diğer meslekdaşını yeren söz ve davranışlardan özellikle uzak durmaları, hem hasta nezdindeki saygınlıklarının devamı, hem de hasta tatmini için çok önemlidir. Panagopoulou (2006), hekimlerin meslekdaşlarla iyi ilişkilerinin ve birbirlerini desteklemelerinin iş doyumunda önemli etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Araştırmamızda da “başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit olan hastaların, doktorun tutum ve davranışlarından da memnun kalmadıkları ve hastalıkları hakkında daha fazla doktorun görüşüne başvurdıkları” ortaya çıkmaktadır. Hekimlikte mesleki rekabetin yüksek olması, diğer meslekdaşları yermeyi gerektirmediği gibi mesleki rekabet, ancak daha fazla bilime yönelik olmakla sağlanmalıdır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerine halkımız tarafından fazla rağbet edilmemesi, özellikle devlet hastanelerinin poliklinik hizmetlerine olan talebin aşırı yüklenmesine neden olmaktadır. Özellikle halkın eğitimindeki eksiklikler, örneğin en küçük bir gribal enfeksiyonda bile şehir merkezlerindeki büyük hastanelerin tercih edilmesi, esasen hasta tatmininin yaratılamamasına da neden olmakta ve bu konuda düzeltici önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle aile hekimliği uygulamasının bir an önce

hayata geçirilmesi, veya hastane birimine en yakın noktalarda, hatta hastane lokasyonu çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmeti verecek; hasta/hastalık filtreleme sisteminin devreye sokulması gerekmekte, acil hastalar dışındakilerin bu birimden geçmeden hastaneye kabul edilmemesi gerekmektedir. Buradan da anlaşılabileceği gibi esas sorun hekim sayısının arttırılması değil, hastanın yönlendirilmesinde yaşanmaktadır. Bu nedenle kendisini her rahatsız hisseden kişinin direkt olarak hastaneye başvurması önlenmelidir. Diğer taraftan, gelişmiş, birinci basamak sağlık hizmetini sistematize etmiş ülkelerde, hekimlerin en az yarısı pratisyen hekim olarak görev yapmakta ve toplumun temel sağlık ihtiyaçlarının yüzde 80-90 ı birinci basamak sağlık hizmetleri vasıtası ile yürütülmektedir (Demirdizen, 2008). Oysa bu oran bizim ülkemizde dörtte bir civarındadır. Böyle olunca hastanelerde kuyruklar oluşmakta ve mevcut sorunlar doğru tanımlanamadığından, hekimler doğru istihdam edilememekte ve suni olarak hekim açığının artması söz konusu olmaktadır.

- Ülkemizde hızlı nüfus artışına paralel olarak özellikle şehir merkezlerindeki nüfus yığılmaları, değişen ekonomik ve sosyal yapı, hem hekimlerin hem de sağlık hizmetini kullananların tatminini güçleştirmektedir. Diğer taraftan, hastaların % 62 sinin “kesinlikle büyük şehirlerdeki doktorları tercih etme” fikrine katılımları da bir başka sorunun varlığını gözlerönüne sermektedir. Hastalar en basit vak’alarda bile, kendi küçük il veya ilçelerindeki hekim ve hastaneleri tercih etmemekte, büyük şehirlere ve büyük şehirlerdeki hastane ve hekimlerin daha güvenilir olduğuna inanmış olarak, oralara akın etmektedirler. Halkın bu beklentilerinin yönetilmesi ayrı bir konu olmakla beraber, büyük şehirlerdeki hastanelerde hasta yığılmaları, hem hekim hem de hasta tatminsizliğinin başlıca nedeni olmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı çok sayıda küçük hastane olmasının, hastane sisteminin işletilmesindeki verimsizliğe neden olduğu konusu, her ne kadar Dünya Bankası Raporunda (2003) eleştirilmiş olsa da “branşa yönelik küçük uzman hastanelerin” yurdun çeşitli bölgelerinde yaygınlaştırılması, hastaları bu tür bir önyargıdan kurtarabilecek ve büyük şehirlerdeki hasta yığılmalarını da önleyebilecektir. Ayrıca “kültür ve iş doyumu arasındaki ilişkinin büyük işletmelere göre küçük işletmelerde daha güçlü olduğu” (Özgen vd. , 2002; 343) göz önüne alındığında, küçük hastanelerde çalışma, hekimler için de iş doyumunu yükseltebilecektir. Çünkü kurumlar büyüdükçe kurum içi sorunlar müşteri önceliklerinin yerini almaya başlayacak karar

verme konumundaki yöneticiler giderek müşteriden uzaklaşmaya başlayacak ve daha fazla içe bakış ve daha fazla içsel sorunlar ile zaman geçirme baş gösterecektir ki bu durum da hem hizmet verenin hem de hizmet alanın doyumunu olumsuz etkileyecektir.

- Özellikle devlet hastanelerinde, hasta ve hasta yakınları, resmi işlemlerini yaptırabilmek, hastayı muayene ettirebilmek, serviste yatacak yer bulabilmek, röntgen veya tomografiye yakın zamanda randevu alabilmek, poliklinikteki hekim yerinden ayrılmadan laboratuardan tahlil sonucunu alabilmek veya hastayı taburcu edebilmek için kalabalık koridorlarda, oradan oraya koşuşturup durmak zorunda kalmakta bunun sonucu olarak hastada, “koordine edilmemiş bir sistemden hizmet aldığı kanısı” oluşabilmekte ve hastada negatif duygular başgösterebilmektedir. Bu durum ise hasta için bir tatminsizlik kaynağı olduğu gibi, hastanın hekimden aldığı hizmetten duyduğu tatmini de olumsuz etkilemektedir. Pozitif duygulardan ziyade, negatif duyguların tatmin/tatminsizlik konusunda daha kuvvetli etkiye bulunduğu ve negatif duyguların daha kalıcı bir etki yarattığı, müşteride hoşnutsuzluk duygularının yaratılmasının ürün veya hizmetin ‘kendisinden’ daha önemli olduğu özellikle belirtilmektedir (Wong, 2004; 367). Bu nedenle özellikle devlet hastanelerinde bürokratik işlemleri mümkün olduğunda azaltacak, hastaya kolaylık sağlayacak bir sistemin oluşturulması şarttır.

- Diğer taraftan ellerinde sevk evrakları veya tahlil istek belgeleriyle rast geldikleri kapıyı çalıp yardım isteyen hastalarla her gün onlarca kez yüzleşen gerek hekim gerekse diğer hastane çalışanları ise, hastalara yol yordam gösterirken, kendi işlerini yapamadıklarından yakınmaktadırlar. Bu üzücü tabloyu değiştirmek için, sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere hastanelere başvuran hastalara, özellikle halkla ilişkiler ve/veya psikoloji eğitimi almış, konusunda uzman kişilerce kılavuzluk (hosteslik) hizmeti verilmesi en uygun yol olarak gözükmektedir. Hosteslik hizmeti, hastalarla sağlık çalışanları arasında yaşanan sorunların önlenmesi, sağlık kurumlarıyla ilgili şikayetlerin azaltılması, hasta tatmininin sağlanması, sağlık kurumlarında verimliliğin artırılması ve sağlık çalışanlarının işlerinin kolaylaştırılması, hastanın şikayetçi olduğu konular hakkındaki geri bildirimlerinin daha hızlı alınması ve ortaya çıkan sorunlara daha hızlı çözüm bulunabilmesi bakımından çok yararlı olacaktır. Özel eğitilmiş kişiler tarafından verilecek hosteslik hizmeti, özellikle sağlık kurumlarından hizmet almakta olan yaşlı, yanında refakatçisi olmayan, hastaneye

ilk kez gelmiş, okuma yazma bilmeyen ya da hastalığı dolayısıyla bitkin düşmüş hastalar için de son derece yararlı ve yol gösterici olacaktır.

- Sıra bekleyen hastaların gerekli konforu sağlanmalı, hastalar ayakta bekletilmeyecek şekilde düzenlenmeli, bekleme odaları rahat ferah, aydınlık ve havadar olmalı, insanların birbirlerini rahatsız etmeyecekleri şekilde ve saldırganlık dürtülerini harekete geçirmeyecek şekilde düzenlenmeli ve mümkün olduğunca fazla bekletilmeyecek şekilde organize edilmelidir. Çünkü sıra bekleyen hastalar, olumsuz duygu ve davranışlarını sadece hekime ve diğer sağlık görevlilerine değil, hastane koridor ve bekleme noktalarında, birbirlerine karşı da yöneltmektedirler. Bu durum ise insanların birbirlerine karşı, gitgide daha saygısız ve daha merhametsiz olmalarını teşvik edebilmektedir.

- Hastanın hizmet ortamından veya hizmet aldığı diğer personelden memnun kalmaması, onun hekim ile olan ilişkilerini olumsuz etkileyebilmekte, bu durum ise hem hekimin iş doyumunu hem de hasta tatminini düşürmektedir. Bu nedenle gerek yatarak, gerekse ayaktan tedavi alan hastalara psikolojik destek verecek bir birimin hastanelerde kurulması, ayrıca diğer sağlık personeli ve hizmetlilerin, hasta ile ilişkiler konusunda eğitilmesi, her iki taraf için de tatminin sağlanması bakımından önemlidir.

- Hekimlerin kurum dışında geçici olarak görevlendirilmeleri durumunda ise gittikleri yerlerde özellikle kendi uzmanlık alanları ile ilgili olarak en azından teknik donanım ve yeterli personel bulundurulmasına özel önem verilmelidir. Aksi takdirde bu görevlendirmeden beklenen verimin alınması mümkün olmadığı gibi, hem hekimin iş doyumunu hem de hastanın tatmini sağlanamayacaktır.

- Hekimlerin can güvenliği ile ilgili olarak ise özellikle radyasyonla çalışan sağlık personelinin 70 yıllık özlük hakları, Avrupa Birliği standartları gerekçesi ile ortadan kaldırılmakta, radyoloji hizmeti veren sağlık çalışanlarının günlük beş saat olan mesai sınırı kaldırılmış bulunmaktadır. Üstelik çalışma ortamlarının fiziki koşulları düzeltilmeden, radyoloji cihazlarının kontrolleri yeterli olarak yapılmadan, çalışanların düzenli sağlık kontrollerinden geçmeleri sağlanmadan, sadece kurumun ihtiyaçlarına göre çalışma sürelerinin uzatılması, sağlık çalışanları için yeni bir hak kaybına neden olacaktır. Özellikle bu konuda Türkiye Atom Enerjisi Kurumunun (TAEK) lisans vermediği Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneleri de açıklaması gerekmektedir. Diğer taraftan, “Alınan şua

miktarına göre bu personelin çalışma saatleri üç saate inebilir” gibi Sağlık Bakanı tarafından yapılan bir açıklama (Radikal, 2008) ise, yöneticilerin inisiyatifine bağlı keyfi uygulamaları gündeme getirebilecektir ki özellikle radyasyon ortamında çalışmanın, keyfiyet ve şaka götürür en ufak bir noktası bulunmamaktadır.

- Diğer taraftan, hekimlere yönelik olarak yeni uygulamaya konulması planlanan, mali sorumluluk sigortası zorunluluğu getirilmektedir. Bu kapsamda sağlık kurum ve kuruluşları çalıştırdıkları her hekim için, serbest hekimler ise kendileri için, mali sorumluluk sigortası yaptıracaktır. Böyle bir durumda hekimler riskli girişimlere yanaşmak istemeyecekler, hastalar kapı kapı dolaşmak zorunda kalabilecek, ayrıca özelden alınan sağlık hizmetlerinin fiyatlarının aşırı yükselmesi söz konusu olacaktır. Diğer yandan kamuda çalışan hekimin priminin yarısının döner sermaye payından kesilmesi, primin ikinci yarısının da diğer personelin döner sermayedeki payından ödenmesi öngörülmektedir ki bu durumda devletin kendi çalışanının sigortasını, diğer çalışanın cebinden ödemesi söz konusu olacaktır ve bu durum bir adaletsizlik doğuracak, gelecekte ise hekimlerin iş doyumları bu durumdan olumsuz etkilenecektir.

- Hekimler için mecburi hizmet yükümlülükleri şart ise, özellikle erkek hekimlerin istedikleri takdirde bunu askerlik hizmetinden saydırması imkanı tanınmalıdır. Hekimin hem mecburi hizmetini, hem askerlik hizmetini, hemde uzmanlığını tamamlaması onun ömrünün yarısından fazla zamanını almaktadır ki bu da kendi mesleklerine yönelik olarak adaletsizlik algılamalarını arttırabilecek bir etken olarak gözükmektedir. Adaletsizlik olarak algılanan uygulamalar ise iş doyumunu çok ciddi bir biçimde olumsuz olarak etkilemektedir. En iyisi, oldukça yüklü maliyetlere katlanılarak gerçekleştirilen tıp eğitimi sırasında, tüm eğitim masrafları ve üniversite harçları, tıp öğrencisinin tercihinə göre, devlet tarafından karşılanmalı ve bu yönde tercih kullananların “mecburi hizmet” yükümlülüğüne alınmaları daha adaletli görünmektedir.

- Hillier’in de belirttiği gibi hükümetler, sağlık hizmetlerinin belirli tiplerini, politik hoşnutsuzluğu başından savmak için ortaya getirebilir ya da sağlık hizmetlerini, politik karşıtların kontrol altında tutulmasında kullanabilmektedir (Hillier, 2001; 158). Ancak sağlık hizmetlerinin bu şekilde politik amaçlara da hizmet etmesi planlanırken, verilen hizmetin niteliği de gözönünde bulundurularak özellikle hizmet verenlerin iş

doyumlarının gözden kaçırılmaması gerekmekte, “sağlık biriminden alınan hizmet” ile “nüfus idaresinden veya tapu dairesinden” alınan hizmetin aynı olmadığına bilincinde olmak gerekmektedir. Aksi takdirde siyasi otoritelerin, popülist kaygılarla oy’a endeksli uygulamalarının, ne hizmet vereni ne de hizmet alanı tam olarak tatmin etmesi mümkün görünmemektedir. Halkın sağlık hizmetleri vasıtası ile tatmin edilmesi gerçekten bekleniliyorsa, öncelikle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının iş doyumlarının sağlanması gerekmektedir.

Esasen profesyonel hizmet verenlerde, iş doyumunun, kendi “değerlerinden ve normlarından” kaynaklandığı ve profesyonellerin güçlü görev oryantasyonuna yönelik olarak sürekli bir biçimde “içe dönük” olarak iş doyumuna odaklandıkları (Hampton ve Hampton, 2004; 1044-1049; Whittington ve Whipp, 1992; 52-55), gözönüne alındığında, hekimlik mesleğinin genetiği (normları ve değerleri) ile oynanması, özellikle devlet hastanesi hekimlerinin, birer mavi yakalı işçi veya düz birer devlet memuru haline getirilmesi; onların “içe dönük” olarak iş doyumuna odaklanmalarına da, kendi mesleklerinden duydukları “manevi tatmini” sağlamalarına da engel teşkil edecektir.

KAYNAKLAR:

Abele-Brehm A. , P. Hermer, (1993), “Mood Influences on Health-Related Judgments: Appraisal of Own Health Versus Appraisal of Unhealthy Behaviours”, Journal of Social Psycholog, Vol, 23, ss, 613-625

Adebanjo D. , (2001), “ Understanding Customer Satisfaction, UK Food Industry Case Study” British Food Journal, Vol, 103, No, 1, ss, 36-45

Akgeyik T. , (1997), “Kamu Hizmetlerinde Yeni Kalite Anlayışı”, Celal Bayar Üniversitesi I. I. B. F. Dergisi, Sayı, 3, ss, 2-9

Akkan T. E. Hoşgönül, C. H. Açık, K. Sağlam, M. Cığırım, (1999), “Bir Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Tatmin Düzeyinin Araştırılması, 6-9 Ekim VI. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, Malatya, ss, 140-150

Aksoy M. S. , M. Özdevecioğlu, (2006), “Organizasyonlarda İnsan Kaynaklarının Dışarıdan Hizmet Alımı Yolu İle Temininin İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve Performans Açısından Değerlendirilmesi”, 14.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, 25-27 Mayıs 2006 Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Erzurum, ss, 289-296

Aksu M. , B. Arda, (2005), “Normatif Bir Sistem Olarak Tıbbi Deontolojiden Etiğe”, Uluslararası Katılımlı I. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı, İstanbul, ss, 49-56

Aksu G. , A. Acuner, R. Tabak, (2002), “Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği)”Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt, 55, Sayı, 4, ss, 1-12

Amabile T. M. , R. Conti, H. Coon, J. Lazenby, M. Herron, 1996), “Assessing the Work Environment for Creativity”, Academy of Management Journal, Vol, 39 (5), ss, 1154-1184

Amyx D. , D. N. Bristow, (2001), “An Empirical Investigation of Customer Satisfaction with Health Care Services”, Marketing Intelligence and Planning, Vol, 19 (7), ss, 515-525

Anderson L. A. , R. F. Dedrick, (1990), “Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to assess Interpersonal Trust in Patient-Physician Relationships”, Psychol Rep, Vol, 67, ss, 1091-1100, aktaran, Leisen B. , Hyman M. R. , (2004), “Antecedents and Consequences of trust in a service provider”, Journal of Business Research, Vol, 57 (9), s, 993

Arney W. , J. Neill, (1982), “The Location of Pain in Childbirth”, Sociology of Health and Illness, aktaran, Scambler G. , (2001), “Habermas ve Medikal Yetkinliğin Gücü”, Çev:Ü. Oskay, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Sayı, 8-9, ss, 121-150

Arnold E. , L. Price, (1993), “River Magic: Extraordinary Experience and the Extended Service Encounter”, Journal of Consumer Research, Vol, 20, ss, 24-45

Atkins P. M. , M. S. Marshall, R. G. Javagi, (1996), “Happy Employees Lead to Loyal Patients”, Journal of Health Care Marketing, Vol, 16, ss, 12-19

Atkinson M. J. , L. Caldwell, (1997), “The Differential Effects of Mood on Patients’ Ratings of Life Quality and Satisfaction With Their Care”, Journal of Affective Disorders, Vol, 44, ss, 169-175

Ay C. , B. Kartal, (2003), “İçsel Pazarlama: Literatür İncelemesi”, Celal Bayar Üniversitesi İ. İ. B. F. Dergisi, Haziran, ss, 15-25

Ay N. , (1994), “Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye’de Sağlık Sorunu”, Dokuz Eylül Üniversitesi I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 4-7 Mayıs, Kuşadası, Aydın, ss, 411-419

Babakus E. , G. W. Boller, (1992), “An Empirical Esessment of the SERVQUAL Scale”, Journal of Business Research, Vol, 24, May, ss, 253-268

Babin B. J. , M. Griffin, (1998), “The Nature of Satisfaction:An Updated Examination and Analysis”, Journal of Business Research, Vol, 41 (2), February, ss, 121-132

Bagozzi R. P. , M. Gopinath, P. U. Nyer, (1999), “The Role of Emotions in Marketing”, Journal of the Academy of Marketing Science, Vol, 27 (2), ss, 184-206

Bakan İ. , T. Büyükbeşe, B. Kesici, (2006), “Sağlık Sektöründe Uygulanan Performansa Göre Ücretlendirme Sisteminde Hekimlerin Adalet, Eşitlik ve Hekimler Arası Dayanışma Kavramlarına Bakışı”, 14. Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, ss, 813-820

Ballantyne D. , (2000), “Internal Relationship Marketing:A Strategy Knowledge Renewal”, International Journal of Bank Marketing, Vol, 18 (6), ss, 274-286

Barbee C. , V. Bott, (1991), “Customer Treatment As A Mirror of Employee Treatment”, Sam Advanced Management Journal, Vol, 56 (2), ss, 27-32

Baron-Epel O. , M. Dushenat, N. Friedman, (2001), “Evaluation of the Consumer Model:Relationship Between Patients’ Expectations, Perceptions and Satisfaction with Care”, International Journal for Quality in Health Care, Vol, 13 (4), ss, 317-323

Barnes M. , D. Prior, (1995), “Spoilt for Choice?How Consumerism can Disempower Public Service Users”Public Money and Management, 15, ss, 53-58, aktaran, Williams B.

, J. Coyle, D. Healy, (1998), "The Meaning of Patient Satisfaction:An Explanation of High Reported Levels", Social Science and Medical, Vol, 47 (9), s, 1358

Bejou D., Ennew c., Palmer A., (1998), "Trust, Ethics and Relationship Satisfaction", International Journal of Bank Marketing, Vol, 16/4

Bendapudi N. M. , L. L. Berry, K. A. Frey, J. T. Parish, W. L. Rayburn, (2006), "Patients'Perspective on Ideal Physician Behaviors", Mayo Foundadion for Medical Education and Research, Special Article, Vol, 81 (3), ss, 338-344

Bernhart M. H. , I. G. P. Wiadnyana, H. Wihardjo, I. Pohan, (1999), " Patient Satisfaction in Developing Countries", Social Science and Medicine, Vol, 48, ss, 989-996

Berry L. L. , (1995), "Relationship Marketing of Servives-Growing Interest, Emerging Perspective", Journal of the Academy of Marketing Science, Vol, 23 (4), ss, 236-245

Bitner M. J. , B. H. Booms, M. S. Tetreault, (1990), "The Service Encounter:Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents", Journal of Marketing, Vol, 54, ss, 71-84

Bitran G. R. , M. Lojo, (1993), "Evaluating Service Encounters:The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses", Journal of Marketing, Vol, 54, April, ss, 69-82

Blankfield R. P. , R. B. Kelly, S. A. Alemagno, (1990), "Continuity of Care in a Family Practice Residency Program. Impact on Physician Satisfaction", Journal of Family Practice, Vol, 31, ss, 69-73

Bogg J. , C. C. Cooper, (1995), "Job Satisfaction, Mental Health, And Occupational Stres Among Senior Civil Servants, Human Relations, Vol, 48 (3), 327-342

Bolton S. C. , (2001), "Changing Faces:Nurses as Emotional Jugglers", Sociology of Health and Illness, Vol, 23 (1), ss, 85-100

Bovier P. A. , Perneger T. V. , (2003), "Predictors of Work Satisfaction Among Physicians", *European Journal of Public Health*, Vol, 13, ss, 299-305

Braunsberger K. , R. H. Gates, (2002), "Patient/Enrollee Satisfaction With Healthcare And Health Plan", *Journal of Consumer Marketing*, Vol, 19 (7), ss, 575-590

Breth J. F. , W. L. Cron, J. W. Slocum, (1995), "Economic Dependency on Work:A Moderator of the Relationship Between Organizational Commitment and Performance", *Academy of Management* Vol, 38 (1), ss, 261-271

Brotheridge C. M. , R. T. Lee, (2003), "Development and Validation of the Emotional Labor Scale", *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, Vol, 76 (3), ss, 365-379

Brotheridge M. C. , A. Grandey, (2002), "Emotional Labor and Burnout:Comparing Two Perspectives of "People Work", *Journal of Vocational Behavior*, Vol, 60, ss, 17-39

Brown S. W. , T. A. Swartz, (1989), "A Gap Analysis of Professional Service Quality", *Journal of Marketing*, Vol, 53, April, ss, 92-98

Bukh P. N. , H. T. Larsen, J. Mouritsen, (2001), "Constructing Intellectual Capital Statement", *Skandinavian Journal of Management*, Vol, 17, ss, 87-108

Buttle F. , B. Bok, (1996), "Hotel Marketing Strategy and The Theory off Reasoned Action", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol, 8(5),
aktaran, Lam T. , R. Pine, T. Baum, (2003), "Subjective Norms:Effects on Job Satisfaction", *Annals of Tourism Research*, Vol, 30 (1), ss, 160-177

Capella M. E. , J. D. Andrew, (2004), "The Relationship Between Counselor Job Satisfaction and Consumer Satisfaction in Vocational Rehabilitation", *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol, 47 (4), ss, 205-214

Carey R. G. , J. H. Seibert, (1993), "A Patient Survey System to Measure Quality Improvement:Questionnaire Reliability and Validity", *Medical Care*, Vol, 31 (9), ss, 834-845

Carman J. H. , (1990), "Consumer Perceptions of Service Quality:An Assessment of the SERVQUAL Dimensions", *Journal of Retailing*, Vol, 66 (1), ss, 33-35

Carson K. D. , P. P. Carson, B. J. Birkenmeier, (2000), "Measuring emotional Intelligence:development and validation of an instrument", *Journal of Behavioral and Applied Management*, Vol, 2 (1), ss, 32-44.

Casal J. C. , (1996), "Shoot for the stars", *Journal of Health Care Marketing*, Vol, 16 (2), ss, 22-28

Chase R. B. , (1978), "Where Does the Fit in a Service Operation?", *Harvard Business Review*, Nov-Dec, ss, 137-142

Chu H. L. K. , S. K. Murrmann, (2005), "Development and Validation of the Hospitality Emotional Labor Scale", *Tourism Management*, ss, 1-11

Churchill G. , A. Surprenant, (1982), "An Investigation Into the Determinants of Customer Satisfaction", *Journal of Marketing Research*, Vol, 19, November, ss, 490-498

Clack G. B. , J. Allen, D. Cooper, J. O Head, (2004), "Personality Differences Between Doctors and Their Patients:Implications for the Teaching of Communication Skils", *Medical Education*, 38, ss, 177-186

Conner M. S. , J. K. J. Cade, J. Barrett, (2001), “Why Do Women Use Dietary Supplements?, The Use of Tehi Theory of Phanned Behaviour to ExploreBeliefs About Their Use”, Social Science and Medicine Vol, 52, ss, 621-633

Curbow B. , (1986), “Health Care and the Poor:Psychological Implications of Restrictive Policies”, Health Psychology, Vol, 5, ss, 375-391

Cronin J. J. Jr. , M. K. Brady, G. T. M. Hult, (2000), “Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments”, Journal of Retailing, Vol, 76 (2), ss, 193-218

Crosby L. A. , N. J. Stephens, (1987), “Effects of Relationship Marketing on Satisfaction, Retention and Prices in the Life Insurance Industry”, Journal of Marketing Research, Vol, 24, November, ss, 404-415

Deber R. B. , N. Kraetschmer, S. Urowitz, N. Sharpe, (2005), “Patient, Consumer, Client, or Customer:What do People Want to be Called?”, Health Expectations, 8, ss, 345-351

De Castro C. C. , (2005), “Judging Face Lift Results”, Aesthetic Surgery Journal, September/October, ss, 521-523

Demir C. , A. , Güçlü, A. Teke, M. Çimen, T. Fedai, S. Peker, Z. Kostik, H. T. Aktan, (1999), “GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmin Düzeyinin Saptanması”, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Korkut Ersoy, Şahin Kavucubaşı, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara:15-16 Mayıs

DeSouza G. , (1992), ”Designing a Customer Retention Plan”, The Journal of Business Strategy, Vol, 13 (2), ss, 24-28

Deshpande R. , J. Farley, F. Webster, (1993), “Cooporate Culture, Customer Orientation and Innovativeness”, Journal of Marketing, Vol, 57 (1), ss, 23-37

Diefendorff M. J. , M. H. Croyle, R. H. Gosserand, (2005), “The Dimensionality and Antecedents of Emotional Labor Strategies”, Journal of Vocational Behavior, Vol, 66, ss, 339-357

Di Paula A. , R. Long, D. E. Wiener, (2002), “Are Your Patient Satisfied?”, Marketing Health Services, Chicago, Fall, Vol, 22 (3), ss, 28-32

Dinççağ A. , (2005), “Stres-Hastalık İlişkisi”, Uluslararası Katılımlı I. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı, İstanbul, ss, 72-79

Dorsch M. J. , S. R. Swanson, S. W. Kelley, (1998), “The Role of Relationship Quality in the Satisfaction of Endors as Perceived by Customers”, Journal of the Academy of Marketing Science, Vol, 26 (2), ss, 128-142

Dressler W. W. , M. C. Balieiro, J. E. D. Santos, (1997), “The Cultural Construction of Social Support In Brazil”, Culture, Medicine and Psychiatry, Vol, 21, ss, 303-331

Druss B. G. , M. Schlesinger, T. Thomas, H. Allen, (1999), “Depressive Symptoms and Plan Switching Under managed Care”, American Journal of Psychiatry, Vol, 156 (5), May, ss, 697-701

Druss B. G. , M. Schlesinger, T. Thomas, H. Allen, (2000), “Chronic İllness and Plan Satisfaction Under Managed Care”, Health Affairs, Vol, 19(1), January-February, ss, 203-212

Eisenberg B. , (1997), “Customer Service in Health Care: A New Era”, Hospital and Health Service Administration, Vol, 42 (1), Spring, ss, 20-27

Ekinci H. , S. Ekici, (2003), “İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetimi Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma”, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt, 27, No. 1, ss, 109-120

Emmert M. A. , W. A. Taher, (1992), “Public Sector Professionals:The Effects of Public Sector Jobs on Motivation, Job Satisfaction and Work Involvement”, American Review of Public Administration, Vol, 22 (1)

Ercan İ. , B. Ediz, İ. Kan, (2004 a), “Sağlık Kurumlarında Teknik olmayan Boyut İçin Hizmet memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi dergisi, 30 (3), ss, 151-157

Ercan İ. , B. Ediz, İ. Kan, (2004 b), “Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3), ss, 161-167

Erdem F. , J. Ö. Aytemur, T. Karaman, (2006), “Güven ve Güvensizliğe Yönelik Toplumsal Yargılara Ulaşmanın İlk Adımı Olarak Bireysel Kurgular”, 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, ss, 71-75

Erdem F. , J. Özen İşbaşı, (1999), “Örgütlerde Güven ve Güvensizlik:Takım Çalışmaları İçin Sonuçlar”, 7. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler, 27-28-29 Mayıs, İstanbul Bilgi Üniversitesi

Erefe İ. , (1994), “Sağlık hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi”, Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu, İzmir, ss, 21-29

Ergeneli A. , M. Eryiğit, (2001), “Öğretim Elemanlarının İş Tatmini:Ankara’da Devlet ve Özel Üniversite Karşılaştırması”, Hacettepe Üniversitesi İ. İ. B. F. Dergisi, 19 (2), ss, 159-178

Erkmen T. , G. Ordun, (2001), “Örgüt Kültürü Tipleri ile Yönetim Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma”, 9. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri, İstanbul, ss, 67-87

Etter J. F. , T. V. Perneger, (1997), “Validating A Satisfaction Questionnaire Using Multiple Approaches:A Case Study “, Social Science Medicine, Vol, 45, ss, 879-885

Ewing M. , A. Caruana, (1999), “An Internal Marketing Approach to Public Sector Management:The Marketing and Human Resources Interface”, The International Journal of Public Sector Management, Vol, 12 (1), ss, 17-26

Feddock C. A. , A. Hoellein, C. H. Griffith, J. F. Wilson, J. L. Bowerman, N. S. Becker, T. S. Caudill, (2005), “Can Physicians Improve Patient Satisfaction With Long Waiting Times?”, Evaluation the Health Professions, March, Vol, 28 (1), ss, 40-52

Firth-Cozens J. , J. Greenhalgh, (1997), “Doctors’ Perceptions of the Links Between stres and Lowered Clinical Care”, Social Science Medical, Vol, 44, ss, 1017-1022

Fishbein M. , I. Ajzen, (1975), “Belief, Attitude Intention and Behaviour:An Introduction to Theory and Research, Reading MA:Addison-Wesley, aktaran, Lam T. , R. Pine, T. Baum, (2003), “Subjective Norms:Effects on Job Satisfaction”, Annals of Tourism Research, Vol, 30 (1), ss, 160-177

Fox S. , (2001), “Emotional Value:Creating Strong Bonds With Your Customers”, Personel Psychology, Vol, 54 (1), ss, 230-235

Frase L. E. , L. Sorenson, (1992), “Teacher Motivation and Satisfaction:Impact on Participatory Management, Nassp Bulletin, January, Vol, 76 (540), ss, 37-43

Frisch M. B. , J. Cornell, M. VillaEuvean, B. J. Retzlaff, (1992), “Clinical Validation of the Quality of Life Inventory; A Measure of Life Satisfaction For Use in Treatment Planning and Outcome Assessment”, *Psychological Assessment*, Vol, 4, ss, 92-101

Fung C. H. , M. N. Elliott, R. D. Hays, (2005), “Patients’ Preferences for Technical Versus Interpersonal Quality When Selecting a Primary Care Physician”, *Health Service*

Gabris G. T. , G. Simo, (1995), “Public Sector Motivation as an Independent Variable Affecting Career Decisions” *Public Personel Management*, Vol, 24 (1), ss, 33-51

George J. M. , (1989), “Mood and Absence”, *Journal of Applied Psychology*, Vol, 74, ss, 317-324

George W. R. , (1990), “Internal Marketing and Organizational Behavior:A Partnership in Developing Customer-Conscious Employees at Every Level”, *Journal of Business Research*, Vol, 20, ss, 63-70

Geykens I. , J. B. E. M. Steenkamp, N. Kumar, (1999), “A Meta-Analysis of Satisfaction in Marketing Channel Relationships”, *Journal of Marketing Research*, Vol, 36, May, ss, 223-238

Giddens A. , (2001), “İşlevselcilik:Toz Duman Dağıldıktan Sonra”, Çev:Ü. Tatlıcan, *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, Sayı, 8-9, ss, 161-193

Gilbert F. W. , J. R. Lupkin, R. P. Dant, (1992), “Adaptation and Customer Expectations of Health care Oqtions” *Journal of Health Care Marketing*, Vol, 12 (3), September, ss, 46-55

Glomb T. M. , M. J. Tews, (2004), “Emotional Labor:A Conceptualization and Scale Development”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol, 64, ss, 1-23

Gopalakrishna P. , V. Mummalaneni, (1993), “İnfluencing Satisfaction for Dental Service”, Journal of Health Care Marketing, Vol, 13 (1), Winter, ss, 16-22

Graham H. , H. Oakley, (1981), “Competing Ideologies of Reproduction:Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy”, aktaran, Scambler G. , (2001), “Habermas ve Medikal Yetkinliğin Gücü”, Çev:Ü. Oskay, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Sayı, 8-9, ss, 121-150

Grandey A. , (2000), “Emotion Regulation in the Workplace:A New Way to Conceptualise Emotional Labor”, Journal of Occupational Health Psychology, Vol, 5, ss, 95-110

Grandey A. A. , G. M. Fisk, A. S. Mattila, K. J. Jansen, L. A. Sideman, (2005), “Is “Service With a Smile” Enough? Authenticity of Positive Displays During Service Encounters”, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol, 96, ss, 38-55

Greenfield Thomas K. , Attkisson Clifford C. , (1989), “Steps to Words aMultufactorial Satisfaction Scale for Primary Care and Mental Health Service”Evaluation Program Planning, Vol, 12 (3), ss, 271-278

Grembowski D. , C. M. Ulrich, D. Paschane, P. Diehr, W. Katon, D. Martin, D. L. Patrick, C. Velicer, (2003), “Managed Care and Primary Physician Satisfaction”, Journal of the American Board of Family Practice, Vol, 16 (5), ss, 383-393

Green S. G. , W. Blank, R. C. Liden, (1983), ”Market and Organizational Ingluences On Bank Employee’s Work Attitudes and Behaviors”Journal of Applied Psychology, Vol, 68 (2), ss, 298-306

Grönroos C. , (1982), “A Service Quality Model and Its Marketing Implications”, European Journal of Marketing, Vol, 18 (4), ss, 36-44

Grönroos C. , (1984), “An Applied Service Marketing Theory”, European Journal of Marketing, Vol, 16 (17), ss, 30-41

Haeckel S. H. , L, P. Carbone, L. L. Berry, (2003), “How to Lead the Customer Experience”, Marketing Management, Vol, 12, ss, 18-23

Hakeri H. , (2005), “Hastanın Hekimlik Sözleşmesinden Kaynaklanan Yükümlülükleri”, Uluslar arası Katılımlı I. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı, İstanbul, ss, 130-134

Hall J. A. , A. M. Epstein, M. L. DeCiantis, B. J. McNeil, (1993), “Physicians’ Liking For Their Patients:More Evidence For the Role of Affect in Medical Care”, Health Psychology, Vol, 12 (2), ss, 140-146

Hall J. A. , D. L. Doter, M. A. Milburn, L. H. Daltroy, (1996), “Patients’ Health as a Predictor of Physician and Patient Behavior in Medical Visits:A Synthesis of Four Studies”, Medical Care, Vol, 34 (12), ss, 1205-1218

Hall J. A. , M. A. Milburn, D. L. Roter, L. H. Daltroy, (1998), “Why are Sicker Patients Less Satisfied With Their Medical Care?Tests of Two Explanatory Models”, Health Psychology, Vol, 17 (1), ss, 70-75

Hall J. A. , M. C. Donnan, (1988), “What Patients Like About Their Medical Care and How Often They are Asked”, Social Science and Medicine, Vol, 27 (9), ss, 935-939

Hall J. A. , M. C. Dornan, (1990), “Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction With Medical Care”, Social Science and Medicine, Vol, 30 (7), ss, 811-819

Hall J. A. , M. Feldstein, M. D. Fretwell, J. W. Rowe, A. M. Epstein, (1990), “Older Patients’ Health Status and Satisfaction With Medical Care in an HMO Population”, Medical Care, Vol, 28 (3), ss, 261-270

Hampton G. M. , D. L. Hampton, (2004), “Relationship of Professionalism, Rewards, Market Orientation and Job Satisfaction Among Medical Professionals The Case of Certified Nurse-Midwives” Journal of Business Research Vol, 57, ss, 1042-1053

Hansen H. , (2003), “Antecedents to Consumers’ Disclosing Intimacy With Service Employees”, Journal of Service Marketing, Vol, 17 (6), ss, 573-588

Harlak H. , (1996), “Sosyal Psikolojiye Eleştirel Bir Yaklaşım: Bağlamsalcılık”, Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı, 11, ss, 13-21

Hart W. C. , M. D. Johnson, (1999), “Growing The Trust Relationship”, Marketing Management, Vol, 8 (1), ss, 9-17

Healy G. , (1997), “The Industrial Relations of Appraisal:The Case of Teachers”, Industrial Relations Journal, Vol, 28 (3), ss, 206-220

Heckert T. M. , G. Cuneio, A. P. Hannah, P. J. Adams, H. E. Droste M. A. Mueller, H. A. Wallis, C. M. Griffin, L. L. Roberts, (1999), “Creation of a New Needs Assessment Questionnaire”, Journal of Social Behavior and Personalit, Vol, 15 (1), ss, 121-136

Henning-Thurau T. , A. Klee, (1997), “The Impact of Customer Satisfaction and Relationship Quality on Customer Retention:A Critical Reassessment and Model Development”, Psychology and Marketing, Vol, 14 (8), December, ss, 737-764

Heslin A. P. , (2005), “Experiencing Career Success”, Organizational Dynamics, Vol, 34 (4), ss, 376-390

Hill T. P. , (1977), “On Goods and Services” Review of Income and Wealth, 23 (December), ss, 315-338, aktaran, Uyguç N. , (1998), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı, Aralık, İzmir, s, 18

Hillier S. , (2001), “Tıbbi Bilginin Sınırları”, Çev:Aylin Nazlı, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Sayı, 8-9, ss, 151-159

Hjortdahl P. , (1992), “Continuity of Care:General Practioners’ Knowledge about and Sense of Responsibility Toward Their Patients”, Family Practice, Vol, 9, ss, 3-8

Holmlund M. , (2001), “The D&D Model:Dimensions and Domains of Relationsihp Quality Perceptions”, The Service Industries Journal, Vol, 21 (3), ss, 13-36

Humphreys J. , B. Brunsen, D. Davis, (2005), “Emotional structure and commitment:implications for health care management”, Journal of Health Organization and Management, Vol, 19 (2), ss, 120-129

Hundley V. , N. Ryan, (2004), “Are Women’s Expectations and Preferences for Intrapartum Care Affected by the Model of Care on Offer”, International Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol, 111, June, ss, 550-560

Huy Q. N. , (1999), “Emotional Capacity, Emotional Intelligence, and Radical Change”, Academy of Management Review, Vol, 24, ss, 325-345

Ilies R. , T. A. Judge, (2002), “Understanding the Dynamic Relationships Among Personality, Mood, and Job Satisfaction:A Field Experience Sampling Study”, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol, 89, ss, 1119-1139

Isen A. M. , (1999), “On the Relationship Between Affect and Creative Problem Solving”, aktaran, Weiss M. H. , (2002), “Deconstructing Job Satisfaction Separating

Evaluations, Beliefs and Affective Experiences”, Human Resource Management Review, Vol, 12, ss, 173-194

Işıkkhan V. , (1996), “Sosyal Hizmet Örgütlerinin İşlevsellik Ölçütü:İş Doyumu” MPM, Verimlilik Dergisi, 1996/1, ss, 117-130

James D. , (2000), “Don’t Forget Staff in Marketing Plan”, Marketing News, Vol, 34 (6), March, ss, 9-16

Jenkins S. R. (1995), “Need For Power and Women’s Careers Over 14 Years:Structural Power, Job Satisfaction, and Motive Change”, Journal of Personality and Social Psychology, Vol, 66, ss, 155-165

Jones R. B. , H. W. Carnon, A. J. Hedley, (1993), “How do We Measure Consumer Opinions of Outpatient Clinics?”, Public Health, Vol, 107, ss, 235-241

John J. , (1991), “Improving Quality Through Patient-Provider Communication”, Journal of Health Care Marketing, December, Vol, 11 (4), ss, 61-67

John J. , (1992), “Patient Satisfaction:The Impact of Past Experience”, Journal of Health Care Marketing, Vol, 12 (3), ss, 56-64

Jordan P. J. , N. M. Ashkanasy, C. E. J. Hartel, (2003), “The Case for Emotional Intelligence in Organizational Research”, Academy of Management Review, Vol, 28, ss, 195-202

Kao A. C. , D. C. Green, A. M. Zaslavsky, J. P. Koplan, P. D. Cleary, (1998), “The Relationshihp Between Method of Hyscian Payment and Patient Trust”, Journal of American Medicine Association, Vol, 280 (19), ss, 1708-1714

Kaplan S. , B. Gandek, S. Greenfield, W. Rogers, J. Ware, (1995), “Patient and Visit Characteristics Related to Physicians’Participatory Decision Makeng Style”, Medical Care, Vol, 33, ss, 1176-1187

Karatepe O. M. , (1997), “Bir Hizmet Kalitesi Modeli Yardımıyla Hizmet Kalitesi Oluşumuna Yönelik Kavramsal Bir İnceleme”, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt, 15, Sayı, 2, ss, 85-101

Kardeş S. , (1994), “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, 9 Eylül Üniversitesi, I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Kuşadası, Aydın, 4-7 Mayıs, ss, 231-253

Katz L. , S. Epstein, (1991), “Constructive Thinking and Coping With Laboratory-Induced Stres”, Journal of Personality and Social Psychology, Vol, 61, ss, 789-800

Kaya S. , (1996), “Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği”, Toplum ve Hekim Dergisi 11, 71, ss, 2-14

Kellet J. , (2004), “A Physician Charter on Medical Professionalism-Who Wants It and Who Needs It ?” European Journal of Internal Medicine Vol, 15, ss, 3-4

Kerr E. A. , R. D. Hays, B. S. Mittman, A. L. Siu, B. Leake, R. H. Brook, (1997), “Primary Care Physicians’ Satisfaction With Quality of Care in California Capitated Medical Groups”, JAMA, 278(4), aktaran, Bovier P. A. , T. V. Perneger, (2003), “Predictors of Work Satisfaction Among Physicians”, European Journal of Public Health, Vol, 13, ss, 299-305

Kerr E. A. , B. S. Mittman, R. D. Hays, J. K. Zemencuk, J. Pitts, R. H. Brook, (2000), “Associations Between Primary Care Physician Satisfaction and Self-Reported Aspects of Utilization Management”, Health Service Res, 35, aktaran, Bovier P. A. , Perneger T.

V. , (2003), “Predictors of Work Satisfaction Among Physicians”, European Journal of Public Health, Vol, 13, ss, 299-305

Kılıç M. , (2000), “Profesyonellerin Yönetiminde Örgüt-Çalışan İlişkileri”, Erciyes Üniversitesi, 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler, 25-27 Mayıs, Nevşehir

King C. A. , J. G. Garey, (1997), “Relational Quality in Service Encounters”, International Journal of Hospitality Management, Vol, 16 (1), ss, 39-63

Kirsten J. L. , R. Alvero, S. B. Teal, (2004), “Resident Job Satisfaction: Will 80 Hours Make A Difference?”, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol, 191, ss, 1805-1815

Kleinsorge I. K. , H. F. Koenig, (1991), “The Silent Customers: Measuring Customer Satisfaction in Nursing Homes”, Journal of Health Care Marketing, Vol, 11 (4), ss, 2-13

Korunka C. , D. Scharitzer, P. Carayon, F. Sainfort, (2003), “Employee Strain and Job Satisfaction Related to an Implementation of Quality in a Public Service Organization: A Longitudinal Study”, Work & Stress, Vol, 17 (1), January, ss, 52-72

Köse S. , A. A. Gülova, (2006), “Tükenmişlik (Burnout): Türkiye’deki Genel Cerrahlara Yönelik Bir Araştırma”, 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, ss, 255-261

Kulabaş Y. , S. Sezgin, (2003), “TORQUE-Müşteriyi Geri Döndürme Kuvveti/Bir İlişkisel Pazarlama Modeli”, İstanbul Teknik Üniversitesi Dergisi, Cilt, 2, Sayı, 5, Ekim, ss, 74-84

Kumar N. , L. K. Scheer, J. E. M. Steenkamp, (1995), “The Effects of Supplier Fairness on Vulnerable Resellers”, Journal of Marketing Research, Vol, 32, ss, 54-65

Lam S. S. K. , (1995), "Quality Management and Job Satisfaction", International Journal of Quality and Reliability Management, Vol, 12 (4), ss, 72-78

Lam S. S. K. , (1996), "Total Quality Management and Its Impact On Middle Managers and Front-Line Workers", Journal of Management Development, Vol, 15 (7), ss, 41-43

Lam T. , S. L. Kirby, (2002), "Is Emotional Intelligence an Advantage?An Exploration of the Impact of Emotional and General Intelligence on Individual Performance", Journal of Social Psychology, Vol, 142, ss, 133-143

Lam T. , H. Zhang, T. Baum, (2001), "An investigation of employees' job satisfaction:The case of hotels in Hong Kong", Tourism management, Vol, 22, ss, 157-165

Lam T. , R. Pine, T. Baum, (2003), "Subjective Norms:Effects on Job Satisfaction", Annals of Tourism Research, Vol, 30 (1), ss, 160-177

Langen I. , H. Myhren, Ø. Ekeberg, O. Stokland, (2006), "Patient's Satisfaction and Distress Compared With Expectations of the Medical Staff", Patient Education and Counseling, Vol, 63 (1-2), ss, 118-125

Langley D. A. , L. B. Cook, (2000), "Impact of Health on Satisfaction:A Customer Segmentation Case Study", Quirk's Marketing Research Review, June, ss, 22-30

Leape L. L. , (1999), "Human Error in Emergency Medicine", Annals of Emergency Medicine Vol, 34 (3), September, ss, 370-372

Lee R. , E. R. Wilbur, (1985), "Age, Education, Job Tenure, Salary, Job Characteristics and Job Satisfaction:A Multi-Variate Analysis", Human Relations Vol, 38 (8), ss, 781-791

Leisen B. , M. R. Hyman, (2004), “Antecedents and Consequences of trust in a service provider”, Journal of Business Research, Vol, 57 (9), ss, 990-999

Leopold N. , J. Cooper, C. Clancy, (1996), “Sustained Partnership in Primary Care”, Family Practice, Vol, 42, ss, 129-137

Levinson W. , R. M. Frankel, D. Roter, M. Drum, (2006), “How Much Do Surgeons Like Their Patients?”, Patient Education and Counseling, Vol, 61 (3), ss, 429-434

Lewis J. R. , (1994), “Patient Views on Quality Care in General Practice:Literature Review”, Social Science and Medicine, Vol, 39 (5), ss, 655-670

Lewis J. D. , A. Weigert, (1985), “Trust As a Social Reality”, Social Forces, Vol, 63 (4), ss, 967-985, aktaran, Özbek F. , (2003), “İnsan İlişkilerinde Güvenin Yeri ve Önemi”, (www.isguc.org.tr), Cilt, 6, Sayı, 1, s, 6

Li S. F. , M. Haber, (2004), “Patient Attitudes Toward Emergency Physician Attire”, The Journal of Emergency Medicine, Vol, 29 (1), ss, 1-3

Lings I. N. , (2004), “Internal Market Orientation Construct and Consequences”, Journal of Business Research, Vol, 57, ss, 405-413

Like R. , S. J. Zyzanski, (1987), “Patient Satisfaction With The Clinical Encounter:Social Psychological Determinants”, Social Medical, Vol, 24, ss, 351-357

Liljander V. , T. Strandvik, (1997), “Emotions in Service Satisfaction”International Journal of Service Industry Management, Vol, 8 (2), ss, 148-169

Linder-Pelz S. , (1982), “Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction:A Test of Five Hypotheses”, Social Science and Medicine, Vol, 16 (5), ss, 583-589

Lledo R. , P. Herver, A. Garcia, J. Guell, J. Setoan, M. Asenjo, (1995), “Information as a Fundamental Attribute Among Outpatients Attending the Nuclear Medicine Service of a University Hospital”, Nuclear Medicine Communications, Vol, 16 (2), ss, 76-93

Lucie C. M. , (1999), “Boonekamp Marketing for Health-Care Organizations, An Introduction to Network Management”, Journal of Management in Medicine, No. 8, ss, 11-24

Luthans F. , (2002), “Positive Organizational Behavior:Developing and Managing Psychological Strengths”, Academy of Management Executive, Vol, 16, ss, 57-65

Lytle R. S. , M. P. Mokwa, (1992), ”Evaluating Health Care Quality:The Moderating Role of Outcomes”, Journal of Health Care Marketing, March, Vol, 12 (1), ss, 4-14

Madran C. , (2004), “Zaman Odaklılık, Reklama Yönelik Tutumlar ve Reklamdan Kaçınma Davranışı”, 9. Ulusal Pazarlama Kongresi, 6-8 Ekim, Gazi Üniversitesi, Ankara, ss, 325-341

Mann S. , (2005), “A Health-Care Model of Emotional Labour:An Evaluation of the Literature and Development of a model”, Journal of Health Organization and Manegement, Vol, 19 (4/5), ss, 304-317

Maidani E. A. , (1991), “Comparative Study of Herzberg’s Two-Factor Theory of Job Satisfaction Among Public and Private Sectors”, Public Personel Management, Vol, 20 (4), ss, 441-448

Manthei R. J. , (1988), “Client Choice of Therapist:Rationale and Implications”, Psychotherapy, No:25, ss, 463-470

Marchal B. , G. Kegels, (2003), “Health Workforce Imbalances in Times of Globalization:Brain Drain or Professional Mobility?”, International Journal of Health Planning and Management, Vol, 18, ss, 89-101

Mawardi B. H. , (1979), “Satisfactions, Dissatisfactions, and Causes of Stress in Medical Practice” JAMA, 241 (14), aktaran, Bovier P. A. , T. V. Perneger, (2003), “Predictors of Work Satisfaction Among Physicians”, European Journal of Public Health, Vol, 13, ss, 299-305

Mayer R. C. , J. H. Davis, F. D. Schoorman, (1995), “An Integrative Model of Organizational Trust”, Academy of Management Review, Vol, 20 (3), ss, 709-734

Melamed T. , (1996), “Career Success:An Assessment of a Gender-Specific Model”, Journal of Occupational and Organizational Psychology, Vol, 69, ss, 217-242

Meyer J. P. , D. J. Stanley, L. Herscovitch, L. Topolnytsky, (2002), “Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization:A Meta Analysis of Antecedents Correlates and Consequences”, Journal of Vocational Behavior, Vol, 61, ss, 20-52

Mihelis G., Grigoroudis E., Siskos Y., Politis Y., Malandrakis Y., (2001), “Customer Satisfaction Measurement in the Private Bank Sector”, European Journal of Operational Research, Vol, 130, ss, 347-360

Mills P. K., N. Margulies, (1980), “Toward Core Typology of Service Organizations” Academy of Management Review, 5(2), 1980, ss, 255-265, aktaran, Uyguç N. , (1998), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı, Aralık, İzmir, s, 20

Mittal B. , W. M. Lassar, (1996), “The Role of Personalization in Service Encounters”, Journal of Retailing, Vol, 72 (1), ss, 95-109

Mohr-Jackson I. , (1991), “Broadening the Market Orientation:An Added Focus on Internal Customer”, Human Resource Management, Vol, 30, ss, 455-467 (Winter)

Morgan R. M. , S. D. Hunt, (1994), “The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing”, Journal of Marketing, Vol, 58 (3), ss, 20-38

Morgil O. , M. Küçükçirkin, (1996), “TOBB’un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, I. Basamak Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Bildiriler, Haberal EğitimVakfı Yayınları, Ankara

Moskop J. C. , (2007), “Information Disclosure and Consent: Patient Preferences and Provider Responsibilities”, The American Journal of Bioethics, Vol, 7 (12), December, ss, 47-49

Mowen J. C. , J. W. Licata, J. McPhail, (1993), “Waiting in the Emergency Room:How to Improve Patient Satisfaction”, Journal of Health Care Marketing, Summer, ss, 26-33

Mummalaneni V. , P. Gopalakrishna, (1997), “Access, Resource, and Cost Impacts on Consumer Satisfaction with Health Care Modes and Time”, Journal of Business Research, Vol, 39, July, ss, 173-186

Murrell A. J. , I. H. Frieze, J. E. Olson, (1996), “Mobility Strategies and Career Outcomes:A Longitudinal Study of MBAs”, Journal of Vocational Behavior, Vol, 49, ss, 324-335

Naktiyok A. , (2002), “Motivasyonel Değerler ve İş Tatmini:Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama”, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Dergisi, Cilt, 16, Sayı, 3-4

Nauman E. , W. D. Jackson, (1999), "One More Time:How Do You Satisfy Customers?", Business Horizons, Vol, 42 (3), May-June, ss, 71-76

Nauman E. , D. W. Jackson Jr. , M. S. Rosenbaum, (2001), "How to Implement a Customer Satisfaction Program", Business Horizons, Vol, 1, ss, 37-46

Neufeld A. , M. J. Harrison, (2002), "Unfulfilled Expectations and Negative Interactions:Nonsupport in the Relationship of Women Caregivers" Issues and Innovations in Nursing Practice, ss, 323-331

Nicholson N. , W. De Waal-Andrews, (2005), "Playing to Win:Biological Imperatives, Self-refulation, and Trade-offs in the Game of Career Success", Journal of Organizational Behavior, Vol, 26, ss, 137-154

Nixon R. L. , F. Jaramillo, (2003), "Impact of Practice Arrangements on Physicians' Satisfaction", Hospital Topics:Research and Perspectives on Healthcare, Vol, 81 (4), ss, 19-25

O'Connor S. , R. Shewchuk, (2003), "Patient Satisfaction:What Is The Point?", Health Care Management Review, Vol, 28 (1), ss, 21-24

Oldham G. , A. Cummings, (1996), "Employee Creativity:Personal and Contextual Factors at Work"Academy of Management Journal, Vol, 39 (3)

Oliver R. L. , R. T. Rust, S. Varki, (1997), "Customer Delight:Foundations, Findings, and Managerial Insight", Journal of Retailing, Vol, 73 (3), ss, 311-336

Ong L. M. L. , J. C. J. M. de Haes, A. M. Hoos, F. B. Lammes, (1995), "Doctor-Patient Communication:A Review of the Literature", Social Science and Medicine, Vol, 40 (7), ss, 903, 918

Oshagbemi T. , (2000), “Satisfaction With Co-Workers’ Behavior”, Employee Relations, Vol, 2 (22), ss, 1-16

Örs H. , (2007), “Hizmet Sektöründe Rekabet Stratejisi Aracı Olarak İlişki Kalitesi:Ölçülmesi ve Müşteri Memnuniyeti İle İlişkisi”, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı, 20, ss, 51-65

Özcan K. , M. Kurt, V. Ağca, (2006), “Yeni Kamu Yönetimi Mantığı ve Kamu Yönetiminde Postmodernizmin İzleri”, 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, ss, 809-810

Özgen H. , (1995), “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir?Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”Toplum ve Hekim Dergisi, 10 (69-70), ss, 47-53

Palmer B. , (2001), ”Will CRM Technology Revolutionize Business?”, Memphis Business Journal, Vol, 23 (2)

Panagopoulou E. , A. Montgomery, A. Benos, (2006), “Burnout in Internal Medicine Physicians:Differences Between Residents and Specialists”, European Journal of Internal Medicine, Vol, 17, ss, 195-200

Parasuraman A. , V. A. Zeithaml, L. L. Berry, (1988), “SERVQUAL:A Multiple-item Scale For Measuring Consumer Perceptions of Quality”, Journal of Retailing, Vol, 64, Spring, ss, 12-40

Parker C. , B. P. Mathews, (2001), “Customer Satisfaction:Contrating Academic and Consumers”, Marketing Intelligence and Planning, Vol, 19 (1), ss, 38-44

Parsons E. , A. Broadbridge, (2006), “Job Motivation and Satisfaction:Unpacking the Key Factors for Charity Shop Managers”, Journal of Retailing and Consumer Services, Vol, 13, ss, 121-131

Peşkircioğlu N. , (1994), “Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ve ISO 9000 Standartları”, Verimlilik Dergisi, 1, ss, 95-116

Peterson R. A., Wilson W. R. , (1992), “Measuring Customer Satisfaction: Fact And Artifact”, Journal of the Academy of Marketing Science, Vol, 20, No, 1, ss, 61-72

Piercy N. F. , (1998), “Barriers to Implementing Relationship Marketing:Analysing the Internal Market-Place”, Journal of Strategic Marketing, Vol, 6 (3), September, ss, 209-227

Pifer T. B. , U. L. Bragg-Gresham, D. M. Dykstra, J. R. Shapiro, C. C. Oppenheimer, D. S. Gaylin, N. Beronja, R. J. Rubin, P. J. Held, (2003), “Quality of Life and PatientSatisfaction:ESRD Managed care Demonstration”, Health Care Financing Review, Vol, 24 (4), ss, 45-58

Plaut V. C. , H. R. Markus, M. E. Lachman, (2002), “Place Matters:Consensual Features and Regional Variation in American Well-Being and Self”, Journal of Personality and Social Psychology, Vol, 83, ss, 160-184

Powers L, D. Bendall-Lyon, (2003), “The Satisfaction Score”, Marketing Health Services, Vol, 23 (3), Fall, ss, 29-32

Probst T. M. , (2003), “Development and Validation of the Job Security Index and the Job Security Satisfaction Scale:AClassical Test Theory and IRD Approach”, Journal of Occupational and Organizational Psychology, ss, 451-467

Quinn J. B. , P. Anderson, S. Finkelstein, (1996), “Managing Professional Intellect:Making the Most of the Best”, Harvard Business Review, Vol, 74 (2), ss, 71-80 (March-April)

Rafiq M. , K. A. Pervaiz, (2000), “Advances in the Internal Marketing Concept:Definition, Synthesis and Extansion”, Journal of Services Marketing, Vol, 14, ss, 449-457

Rainey H. G. , (2000), “Comparing Public and Private Organizations:Empirical Research and The Power of a Priori”, Journal of Pulic Administration Research and Theory, April (2), ss, 447-470

Rainey H. G. , (1982), “Reward Preferences Among Public and Private Managers:In Search of the Service Ethic”, American Review of Public Administration, Vol, 16 (4), ss, 288-302

Rainey H. G. , C. Traut, B. Blunt, (1986), “Reward Expectancies and Other Work Related Attitudes in Public and Private Organizations:A Review and Extension ”, Review of Public Personel Administration, Vol, 6 (3), ss, 50-72

Rainey H. G. , B. Bozeman, (2000), “Comparing Public and Private Organizations:Empirical Research and the Power of the a Priori”, Journal of Public Administration Research and Theory, Vol, 10, (2), ss, 447-469

Roberge D. , M. D. Beaulieu, S. Haddad, R. Lebeau, R. Pineault, (2001), “Loyalty to the Regular Care Provider:Patients’ and Physicians’ Views”, Family Practice, Vol, 18 (1), ss, 53-59

Roberts K. , S. Varki, R. Brodie, (2003), “Measuring The Quality of Relationships in Consumer Services:An Emprical Study”, European Journal of Marketing, Vol, 37 (1/2), ss, 169-196

Robledo M. A. , (2001), “Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations”, *Managing Service Quality*, Vol, 11 (1), ss, 22-31

Roth S. F. , G. Heo, C. Varnhagen, K. E. Glover, P. W. Major, (2003), “Job Satisfaction Among Canadian Orthodontists”, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, June 2003, ss, 695-700

Rourke K. O. , (1993), “Trust and The Physician-Patient Relationship”, *American Journal of Kidney Diseases*, Vol, 21 (6), ss, 683-689

Rousseau D. , (1990), “Assessing Organizational Culture: The Case for Multiple Methods”, *International Organizational Climate and Culture*, B. Sturges, Ed. , ss, 97-107, San Francisco CA: Sage, aktaran, Lam T. , R. Pine, T. Baum, (2003), “Subjective Norms: Effects on Job Satisfaction”, *Annals of Tourism Research*, Vol, 30 (1), ss, 160-177

Rudd J. , (1989), “Influencing Consumer Health Care Choices With Quality of Care Information”, *Journal of Consumer Policy*, Vol, 12

Rusbult T. , F. R. Mainous, (1988), “Impact of Exchange Variables on Exit, Voice, Loyalty and Neglect: An Integrative Model of Responses to Decline Job Satisfaction”, *Academy of Management Journal*, Vol, 31 (3), ss, 599-627

Russell R. F. , (2001), “The Role of Values in Servant Leadership” *Leadership and Organization Development Journal*, Vol, 22 (2), ss, 76-83

Salovey P. , J. D. Mayer, (1990), “Emotional Intelligence”, *Imagination, Cognition, and Personality*, Vol, 9, ss, 185-211

Sankar P., N. L. Jones, (2005), “To Tell Or Not To Tell-Primary Care Patients’ Disclosure Deliberations”, Archives of Internal Medicine, Vol, 165 (20), December, ss, 2379-2380

Sarros J. C. , A. M. Sarros, (1987), “Predictors of Teacher Burnout”, The Journal of Educational Administration, XXV(2), aktaran, Köse S. , A. A. Gülova, (2006), “Tükenmişlik (Burnout):Türkiye’deki Genel Cerrahlara Yönelik Bir Araştırma” 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, s, 255

Sarvan F. , (1995), “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği”, Hastane İşletmeciliği, Der; H. Seçim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi yayınları, No. 845, ss, 1-29

Sarvan F. , O. , Berk, (1995), “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt. 24, S. 2, Kasım 1995, ss, 17-32

Scambler G. , (2001), “Habermas ve Medikal Yetkinliğin Gücü”, Çev:Ü. Oskay, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Sayı, 8-9, ss, 121-150

Schellhase R., Hardock P., Ohlwein M., (2000), “Customer Satisfaction in Business To Business Marketing: The Case of Retail Organisations and Their Suppliers”, The Journal of Business and Industrial Marketing, Vol, 15, No, 2/3

Scheurer E. , S. Epstein, (1997), “Constructive Thinking, Reactions to a Laboratory Stressor, and Symptoms in Everyday Life”, Anxiety, Stres and Coping, Vol, 10, ss, 269-303

Schneider B. , (1980), “The Service Organization; Climate is Crucial”, Organizational Dynamics, Vol, 9, ss, 52-65(Autumn)

Shackley P. , M. Ryan, (1994), "What is the Role of the Consumer in Health Care?" *Journal of Social Policy*, Vol, 23, ss, 517-542, aktaran, Williams B. , J. Coyle, D. Healy, (1998), "The Meaning of Patient Satisfaction: An Explanation of High Reported Levels", *Social Science and Medical*, Vol, 47(9), s, 1358

Shalley C. , L. Gilson, T. Blum, (2000), "Matching Creativity Requirements and the Work Environment: Effects on Satisfaction and Intentions to Leave", *Academy of Management Journal*, Vol, 43 (2), April, ss, 215-223

Sharma S., Niedrich R.W., Dobbins G., (1999), "A Framework for Monitoring Customer Satisfaction: An Empirical Illustration", *Industrial Marketing Management*, Vol, 28, ss, 131-143

Sherman E. , A. Mathur, R. Smith, (1997), "Store Environment and Consumer Purchase Behavior: Mediating Role of Consumer Emotions", *Psychology and Marketing*, Vol, 14 (4), ss, 361-378

Shugars D. A. , R. D. Hays, M. R. DiMatteo, S. Cretin, (1991), "Development Of An Instrument to Measure Job Satisfaction Among Dentists", *Med Care*, Vol, 29, pp, 728-44, aktaran, Roth S. F. , G. Heo, C. Varnhagen, K. E. Glover, P. W. Major, (2003), "Job Satisfaction Among Canadian Orthodontists", *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, June 2003, s, 695

Singh J. , (1990), "A Multifacet Typology of Patient Satisfaction With a Hospital", *Journal of Health Care Marketing*, Vol, 10(4), ss, 8-21

Sirgy M. J. , D. Efraty, P. Siegel, D. Lee, (2001), "A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories", *Social Indicators Research*, Vol, 55, ss, 241-302

Smith P. , D. Gray, (2000), "The Emotional Labour of Nursing:How Student and Qualified Nurses Learn to Care, South Bank University, London, aktaran, Mann S. , (2005), "A Health-Care Model of Emotional Labour:An Evaluation of the Literature and Development of a model", Journal of Health Organization and Manegement, Vol, 19 (4/5), ss, 304-317

Somnath S. , J. J. Arbelaez, J. Cooper, A. Lisa, (2003), "Patient-Physician Relationships and Racial Disparities In the Quality of Health Care", American Journal of Public Health, Vol, 93 (10), ss, 1713-1719

Southon G. , J. Braithwaite, (1998), "The End Of Professionalism", Social Science Medicine, Vol, 46 (1), ss, 23-28

Srivastava R. K. , A. S. Tassadduq, L. Fahey, (1999), "Marketing Business Processes, an Shareholder Value:An Organizationally Embedded View of Marketing Activities and the Discipline of Marketing", Journal of Marketing, Special Issue, ss, 168-179

Storbacka K. , T. Strandvik, C. Grönroos, (1994), "Managing Customer Relationships for Profit:The Dynamics of Relationship Quality", International Journal of Service Industry Management, Vol, 5 (5), ss, 21-38

Storey J. , J. Billington, (2001), "Occupational Stress and Social Work", Social Work Education, Vol, 20 (6), ss, 659-670

Struebing L. , (1996), "Customer Loyalty:Playing For Keeps, Quality Progress, February,

Suh E. , E. Diner, S. Oishi, H. C. Triandis, (1998), "The Shifting Bases of Life Satisfaction Judgments Across Cultures:Emotions Versus Norms", Journal of Personality and Social Psychology, Vol, 74, ss, 482-493

SungSoo K. , S. Kaplowitz, M. V. Johnston, (2003), “The Effects of Physician Empathy on Patients Satisfaction and Compliance”, Evaluation the Health Professions, Vol, 27 (3), ss, 237-251

Swenson S. L. , P. Zettler, B. Lo, (2006), “She Gave it Her Best Shot Right Away: Patient Experiences of Biomedical and Patient-Centered Communication”, Patient Education and Counseling, Vol, 61 (2), ss, 200-211

Şimşek M. Ş. , A. Çelik, T. Akgemci, T. Fettahloğlu, (2006), “Örgütlerde Yabancılaşmanın Yönetimi:Kahramanmaraş Özel İşletme Ve Kamu Kuruluşlarında Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, ss, 585-593

Tan S. Y. , (2002), “Medicine in Stamps-Hippocrates:Father of Medicine, Singapore Medical Journal, Vol, 43(1), ss, 5-6

Tansuhaj P. , J. Wong, J. McCullough, (1987), “Internal and External marketing; Effects on Consumer Satisfaction in Banks in Thailand”, International Journal of Bank Marketing, Vol, 5(3), ss, 73-83

Taylor S. A. , J. J. Cronin Jr. , (1994), “Modelling Patient Satisfaction and Service Quality”, Journal of Health Care Marketing, Spring, Vol, 14 (1), ss, 34-44

Temel Ö. , E. İşçi, G. Mumcu, (2001), “İzmit SSK Hastanesi ve İzmit Devlet Hastanesinde Ağız ve Diş Sağlığı ile ilgili Hasta Memnuniyeti Tespiti”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 27-28 Eylül İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s, 374

Tengilimoğlu D. , (2005), “Hizmet İşletmelerinde Liderlik Davranışları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1

Terborg J. R. , G. A. Davis, (1982), “Evaluation of a New Method For Assessing Change to Planned Job Redesign as Applied to Hackman and Oldham Job Characteristic Model”, Organizational Behavior and Human Performance, Vol, 29 (1), ss, 112-128

Testa M. R. , (2001), “Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Effort in the Service Environment”, Journal of Psychology, Vol, 135, ss, 226-236

Thom D. , B. Campbell, (1997), “Patient-Physician Trust:An Exploratory Study”, Journal of Family Practice, Vol, 44, ss, 169-176

Thom D. H. , R. L. Kravitz, R. A. Bell, E. Krupat, R. Azari, (2002), “Patient Trust in the Physician:Relationship to Patient Requests”, Family Practice, Vol, 19 (5), ss, 476-483

Thom D. H. , K. M. Ribisl, A. L. Stewart, D. A. Luke, (1999), “Validation of a Measure of Patients’ Trust in Their Physician:The Trust in Physician Scale”, Medical Care, Vol, 37, ss, 510-517

Thomas R. K. , (2003), “Treating Patients Like Customers”, Marketing Health Services, Vol, 23 (2), ss, 38-43

Tokgöz E. , (1979), “Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme”, Hacettepe Üniversitesi, İdari Bilimler Dergisi, Cilt, 1, Sayı, 2, Haziran, ss, 1-20

Torres J. E. , K. L. Guo, (2004), “Quality Improvement Techniques to Improve Patient Satisfaction”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol, 17 (6), ss, 334-338

Tosun G. , T. Tosun, (1997), “Yurttaş Taleplerini Karşılama Kıskaçındaki Türk Kamu Yönetimi Sisteminde Stratejik Bir Yeniden Yapılanma Aracı Olarak Toplam Kalite Yönetimi”, Önce Kalite Dergisi, Ödüllü Kalite Makaleleri, TÜSİAD-KalDer-YeniYüzyıl Toplam Kalite Yönetimi Makale Yarışmasında Birincilik Ödülü Alan Makaleler, ss, 25-48

Tremayne-Lloyd T. , (2003), “Disclosure to a Patient’s Family”, Canadian Family Physician, Vol, 49, March, ss, 300-301

Trummer U. F. , U. O. Mueller, P. Nowak, T. Stidl, J. M. Pelikan, (2005), “Does Physician-Patient Communication That Aims at Empowering Patients Improve Clinical Outcome?”, Patient Education and Counseling, ss, 1-8

Tsapogas M. J. , (1987), “Hippocrates, The Father of Medicine”, The Alabama Journal of Medical Sciences, Vol, 24 (1), ss, 90-92

Ullman R. , J. W. Hill, E. C. Scheye, R. K. Spoeri, (1997), “Satisfaction and Choice:A View From the Plans”, Health Affairs, Vol, 16 (3), May-June, ss, 209-217

Uyguç N. , Y. Arbak, (1994), “Hasta-Doktor Etkileşimi ve Algılanan Hizmet Kalitesi”, II. Ulusal Yönetim Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 1, 1994, ss, 42-65

Uyguç N. , Y, Arbak, E. Duygulu, H. N. Çıraklar, (1998), “İş ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Üç Temel Varsayım Altında İncelenmesi”, 9 Eylül Üniversitesi İ. İ. B. F. Dergisi, Cilt, 13, Sayı, 2

Varey R. J. B. R. Lewis, (1999), “A Broadened Conception of Internal Marketing”, European Journal of Marketing, Vol, 33 (9/10)

Visser M. R. , E. M. Smets, F. J. Oort, (2003), “Stres, Satisfaction and Burnout Among Dutch Medical Specialists, Canadian Medical Association Journal, Vol, 168 (3), ss, 271-276

Vitello-Cicciu J. M. , (2003), “Innovative Leadership Through Emotional Intelligence”, nursing Management, Vol, 34 (10), ss, 28-34

Waite L. M. , S. Stides-Dole, (2000), “Removing Performance Appraisal and Merit Pay in the Name of Quality an Empirical Study of Employees Reactions”, Journal of Quality Management, Vol, 5

Walker J. , J. Baker, (2000), “An Exploratory Study of a Multi-Expectation Framework for services”, Journal of Services Marketing, Vol, 14 (5), ss, 411-431

Wasti A. S. , Ç. Önder, H. H. Tan, H. H. Brower, (2006), “Kültürlerarası Araştırmalarda Ölçüm Denkliği:Kişilerarası Güven Ölçeklerinin A.B.D., Singapur ve Türkiye Örneklemeleri ile Değerlendirmesi”, 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2006 Erzurum, Atatürk Üniversitesi İ. İ. B. F. Kongre Bildiriler Kitabı, ss, 505-508

Webb D, C. Webster, A. Kreppa, (2000), “An Exploration of the Meaning and Outcomes of a Customer-Defined Market Orientation”, Journal of Business Research, Vol, 48, s, 101

Weiss M. H. , (2002), “Deconstructing Job Satisfaction Separating Evaluations, Beliefs and Affective Experiences”, Human Resource Management Review, Vol, 12, ss, 173-194

Weiss M. H. , J. P. Nicholas, C. S. Daus, (1999), “An Examination of the Joint Effects of Effective Experiences and Job Beliefs on Job Satisfaction and Variations in Affective Experiences Over Time”, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol, 78, ss, 1-24

Wells A. , P. A. Winter, (1999), “Influence of Practice and Personal Characteristics on Dental Job Satisfaction”, Journal of Dent Education, Vol, 63, ss, 805-12, aktaran, Roth S. F. , G. Heo, C. Varnhagen, K. E. Glover, P. W. Major, (2003), “Job Satisfaction Among Canadian Orthodontists”, American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, June 2003, s, 695

Wensing M. , G. Elwyn, (2002), “Research on Patients’ Views in the Evaluation and Improvement of Quality of Care”, Quality and Safety in Health Care, Vol, 11 (2), ss, 153-160

Whitfield M. , R. Baker, (1992), “Measuring Patient Satisfaction for Audit in General Practice”, Quality in Health Care, Vol, 3, ss, 151-153

Whittington R. , R. Whipp, (1992), “Professional Ideology and Marketing Implementation”, European Journal of Marketing, Vol, 26, ss, 52-63

Wilhelm K. , L. Wedgwood, G. Malhi, P. Mitchell, M. P. Austin, B. Kotze, H. Niven, G. Parker, (2005), “Great Expectations: Factors influencing Patient Expectations and Doctors Recommendations at a Mood Disorders Unit”, Journal of Affective Disorders Vol, 88, ss, 187-192

Williams B. , J. Coyle, D. Healy, (1998), “The Meaning of Patient Satisfaction: An Explanation of High Reported Levels”, Social Science and Medical, Vol, 47 (9), ss, 1351-1359

Williams B. , (1994), “Patient Satisfaction: A Valid Concept?”, Social Science and Medicine, Vol, 38, ss, 509-516, aktaran, Baron-Epel O. , M. Dushenat, N. Friedman, (2001), “Evaluation of the Consumer Model: Relationship Between Patients’ Expectations, Perceptions and Satisfaction with Care”, International Journal for Quality in Health Care, Vol, 13 (4), ss, 317-323

Williams E. S. , T. R. Konrad, M. Linzer, J. McMurray, D. E. Pathman, M. Gerrity, M. D. Schwartz, W. E. Sheckler, J. Van Kirk, E. Rhodes, J. Douglas, (1999), "Refining the Measurement of Physician Job Satisfaction:Results From The Physician Worklife Survey", Medical Care, Vol, 37 (11), ss, 1140-1154

Williams P. A. , J. Barnsley, E. Vayda, J. Kaczorowski, T. Østbye, E. Wenghofer, (2002), "Comparing the Characteristics and attitudes of Physicians in Different Primary Care Settings:The Ontario Walk-In Clinic Study, Family Practice Vol, 19 (6), ss, 647-657

Witt A. , (1989), "Sex Differences Among Bank Employees in the Relationships of Commitment With Psychological Climate and Job Satisfaction", Journal of General Psychology, Vol, 116 (4), ss, 419-426

Wong A. , (2004), "The Role of Emotional Satisfaction in Service Encounters", Managing Service Quality, Vol, 14 (5), ss, 365-376

Woo K. , H. K. Y. Fock, (2005), "How to Spot, and Avoid, the "Toxic"Customer...and Hold on to Clients Who Are Just Right For Your Firm", Strategic Direction, Vol, 21(1), ss, 25-27

Woodd M. , (2000), "The Move Towards a Different Career Pattern:Are Women Beter Prepared then Men for a Modern Career?", Career Development International, Vol, 5 (2), ss, 99-105

Woods R. H. , (1995), "Managing Hospitality Human Resources", Educational Instute of the American Hotel and Motel Association

Woodside A. G. , L. L. Frey, R. T. Daly, (1989), "Linkign Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention", Journal of Health Care Marketing, Vol, 9 (4), ss, 5-17

Wright N. D. , J. W. Pearce, J. W. Busbin, (1997), “Linking Customer Service Orientation to Competitive Performance; Does the Marketing Concept Really Work?”, Journal of Marketing Theory Practice, Vol, 4, ss, 23-34 (Fall)

Wright T. , R. Cropanzano, (2004), “The Role of Psychological Well-Being in Job Performance:A fresh Look at an Age-Old Quest”, Organizational Dynamics, Vol, 33 (4)

Yıldırım (Bilgin)İ. , M. Atalay, (1992), “C. Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların Hastane Gürültüsünden Nasıl Etkilendiklerinin Belirlenmesi”, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, C. Ü. Hemşirelik Y. O. , 24-26 Haziran, Sivas, ss, 213-221

Yıldırım H. , (1999/1), “Kaliteli ve Uygun Sağlık Bakımının Temel Malzemesi:Doktor Hasta İlişkisi”, Verimlilik Dergisi, MPM, Ankara

Yoon M. H. , J. Suh, (2003), “Organizational Citizenship Behaviors and Service Quality as External Effectiveness of Contact Employees”, Journal of Business Research, Vol, 56, ss, 597-611

Zapf D. , (2002), “Emotion Work and Psychological Well-Being:A Review of the Literature and Some Conceptual Considerations”, Human Resource Management Review, Vol, 12, ss, 237-268

Zapka J. G. , R. H. Palmer, J. L. Hargraves, D. Nerenz, H. S. Frazier, C. K. Warner, (1995), “Relationship of Patient Satisfaction With Experience of System Performance and Health Status”, Journal of Ambulatory Care management, Vol, 18 (1), ss, 73-83

Zeithaml V. A. , A. Parasuraman, L. Berry, (1985), “Problems and Strategies in Service Marketing”, Journal of Marketing, Vol, 49, Spring, ss, 33-46

Zeithaml V. A. , L. Berry, A. Parasuraman, (1988), “Communication and Control Processes In The Delivery of Service Quality”, Journal of Marketing, April, 1988, ss, 35-48

TEZLER

Birinci N. , (1999), “Bursa’da Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu Ve Bunu Etkileyen Etmenler”, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Bursa

Bütün H. , (2000), “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesi”, Mimar Sinan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul

Demirdöğen İ. , (2005), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması:İstanbul’daki Sağlık Hizmetleri Tüketicilerinin Davranışları Üzerine Bir Alan Araştırması”, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Ergin A. , (2000), “Takım Temelli Örgütlerde Performans Değerleme Sistemleri”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Esatoğlu A. , (1997), “Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara

Ferik İ. F. , (1997), “Örgüt Büyüklüklerine Bağlı Olarak Liderlik Tarzları ve İş Tatmini Arasındaki İlişkiler”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Gürkan A. , (1989), “İşletmelerde İşgören Devir Hızı”, Marmara Üniversitesi İ. İ. B. F. , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

İşnas C. , (1998), “Doktor Hasta İlişkisi:Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara

Karagün A. , (1998), “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimine Geçerken Müşterilerin ve Çalışanların memnuniyetsizliğinin Önemi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, K.O.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetim ve Organizasyon, Kocaeli

Karakaş K. , (1998), “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının Anlam ve Önemi:Akdeniz Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Bir Tatmin Araştırması”, Akdeniz Üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Antalya

Kılıç İ. , (1998), “Motivasyon ile İşgören Devir Hızı Arasındaki İlişki”, Kocaeli Üniversitesi İ. İ. B. F. , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

Özer Şentürk L. , (1998), “Hizmet Sektöründe Müşteri Tatmini “Rusya Federasyonu Vatandaşlarının Türkiye’ye Seyahatlerine İlişkin Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmini Ölçümü”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara

Poyrazoğlu N. , (1992), “Hastane Çalışanlarında İş Doyumu-Verimlilik İlişkisi”, Gazi Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Söylemez D. , (2002), “ Sağlık Personelinin İş Doyumu ile İlgili Bir Metaanalizi Çalışması”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Şengül A. , (1999), “Organizasyonel Stresin Yönetimi ve İzmir Çevresinde Orta Kademe Yöneticiler Üzerine Bir Araştırma” Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Taşdemir M. , (1998), “Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi”, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul

Yamaç D. , (2003), “İçsel Pazarlama:Hizmet İşletmelerinde İşgören Tatmininin Müşteri Tatminine Dönüşmesi ve Örnek Bir Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa

Yanık A. , (2000), “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme yönetimi ve Organizasyonu Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul

Yenimahalleli G. , (1999), “Türkiye’de Sağlık İşkolunun Özellikleri ve Sendikal Örgütlenme”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Yıldırım H. H. , (1998), “Sağlık Bakımında Tüketici Davranışları:Tüketici Davranış Endeksine Dayalı Bir Uygulama”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara

Yiğitoğlu S. , (2004), “Performans Değerlendirmenin Kariyer Üzerine Etkileri” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

DERGİLER

Acuner A. Ş. , (2002), “İç Müşteri Memnuniyeti Kavramının Müşteri Memnuniyetindeki Yeri ve Önemi”, MPM Anahtar Dergisi, Yıl, 14, Sayı, 160

Akal Z. , (1995), “Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri”, Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı

Alpagun O. , (1991), “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, I. Verimlilik Kongresi, MPM Yayın No. 454, Ankara

Aslan Ö. , N. Albayrak, (2002), “Hemşirelerde İş Doyumu”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(2), ss, 29-35

Bakır B. , A. Kasapoğlu, L. Erdem, (1993), “Ankara Merkezinde Çalışan Hekimlerin Genel Sağlık Sorunlarına Bakışları”, Toplum ve Hekim, Sayı, 58

Bozkurt R. , (1993), “Kalitenin Esasları ve Deming’in Ondört İlkesi”, Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, Ankara, 23/3, s, 107

Bozkurt R. , (1994), “Toplam Kalite Yönetim Sistemi”, Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, Ankara 1994/4, ss, 9-11

Coşkun S. , (2003), “Toplam Kalite Yönetimi ve Yönetim Teorisi”, Amme İdaresi Dergisi, 36/4, ss55-59

Çelen Ü. , B. Piyal, G. Karaodul, M. Demir, (2004), “Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, ss, 295-318

Çivi S. , M. Akman, (1990), “Toplumumuzun Hekimlerden Beklentileri”, Deniz Tıp Bülteni, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı Sağlık ve Veteriner Daire Başkanlığı, Ankara, Eylül, 23(3), ss, 68-77

Donabedian A. , (1993), “Bakım Kalitesi ve Maliyeti Konularında Mesleki Sorumluluk”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt II, ss, 99-112

Erdoğan O. , (1992), “Hekimlerin Sorunları”, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı, 52:18-19

Erigüç G. , Y. Yıldırım, (2001), “Değer Algı Uyumsuzluğu Modeline Göre Hastane Yöneticilerinin İş Doyumu ve Görevden Ayrılma ile İlgili Düşünceleri”, Amme İdaresi Dergisi, 34(4), ss, 183-204

Ertuğrul M. , (2000), “Bilgi Çağında İşletmelerin Yeni Kaynağı Entelektüel Sermaye”, Active Dergisi, Ekim-Kasım, ss, 3-10

Gözel K. A. , (2003), “Yeni Kamu Yönetimi Nedir?”, Türk İdare Dergisi, Yıl, 75, Sayı, 438

Harlak H. , A. Araz, (1996), “Bir Roman Kahramanının Bilişsel Yapısı:Şemaları, Çelişkileri ve Çözüm Yolları”, Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı, 11, ss, 23-33

Hekim ve Yaşam Dergisi, İzmir Tabip Odası Yayını, Yıl, 1, Sayı 1

Karlıdağ R. , S. Ünal, S. Yoloğlu, (2000), “Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi”, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt, 11, Sayı, 1, ss, 49-57

Kavruk H. , (1993), “Türkiye’de Kamu Hizmetlerinin Yapısı ve Kamu Hizmeti Anlayışına Yön Veren Çağdaş Gelişmeler” Türk İdare Dergisi, Şubat, ss, 139-161

Kaya S. , (1996), “Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği”, Toplum ve Hekim Dergisi, 11:71, Ocak-Şubat

Kurçer M. A. , (2005), “Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri”, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 3

McKenna R. , (1997), “Çağdaş Pazarlamada Müşterinin Değişen Anlamı”, Power Dergisi, Özel Ek

Lawrence G. S. , (2005), “Medical Professionalism and the Generation Gap”, Association of Professors of Medicine, APM Perspectives, ss, 439-442

Leblebici D. N. , U. Ömürgönülşen, M. D. Aydın, (2001), “Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımında Önemli Bir Araç:Toplam Kalite Yönetimi”, Hacettepe Üniversitesi İ. İ. B. F. Dergisi, Cilt, 19, Sayı, 1

Musal B. , Ö. Ç. Elçi, S. Ergin, (1995), “Uzman Hekimlerde Mesleki Doyum”, Toplum ve Hekim Dergisi, Temmuz-Ağustos, ss, 2-7

Ökem Z. D. , (1996), “Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Analizi” Toplum ve Hekim Dergisi, 11:72, ss, 67-72

Önder M. , (1997), “Toplam Kalite Yönetimi:Kamu Sektöründe Uygulanması ve Karşılaşılan Sorunlar”, Türk İdare Dergisi, Yıl, 69, Sayı, 416

Özdevecioğlu, M. (2002), “Kamu ve Özel Sektör Yöneticileri Arasındaki Davranışsal Çalışma Koşulları ve Kişilik Farklılıklarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, Erciyes Üniversitesi İ. İ. B. F. Dergisi, Sayı:19, Temmuz-Aralık, ss, 115-134

Öztürkeri A. , (2004), “Hasta Hakları”, Ana Kucağı, T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Yayını, Eylül-Ekim, Sayı:4

Özvarış Ş. B. , İ. Sayek, (2005), “Tıp Eğitiminde Değişim”, Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt, 36, Sayı, 2, ss, 65-74

Piyal B. , Ü. Çelen, N. Şahin, (2000), “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 53(4), ss, 241-250

Sağlık Reformları Araştırmaları-1, (1996), II. Baskı. Ankara:T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları

Sandra K. J. , D. H. Hickam, L. M. Borders, (1993), “Patients’ Desires and Satisfaction in General Medicine Clinics”, Public Health Reports, November-December, 108(6), ss, 757-758

Saran U. , (2001), “Demokratikleşme ve Sivilleşme Eğilimleri Karşısında Devletin Yeniden Yapılandırılmasının Anahtarı:Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Türk İdare Dergisi, Yıl, 73, Sayı, 431

Soylu S. , (1996), “İşletmelerde Sosyal Kategorizasyon ve Sosyal Kimlik”, Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı. 11, ss, 45-57

Sur H. , (2005), “Hekimler! Klinik Uygulamaların da Kontrolü Artıyor”, Diyalog Dergisi, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Aralık, Sayı:18, ss, 35-38

Sur H. , B. Eren, (2004), “Hastanelerde Hekimlerle İlişkiler”, SB Diyalog, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Mayıs, Sayı:2

Şahin M. , M. Eğri, (1999), “Malatya Yeşilyurt İlçesinde hastane hizmetlerinin kullanımı ve etkileyen faktörler”, Toplum ve Hekim Dergisi, 14, Eylül-Ekim, ss, 332-337

Şahin N. H. , A. D. Batıgün, (1997), “Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres”, Türk Psikoloji Dergisi, Sayı, 12, ss, 57-75

Yapraklı Ş. , S. Özer, (2001), “İçsel Pazarlama”, Pazarlama Dünyası Dergisi, 6, Kasım-Aralık, ss, 58-62

Yetim Ü. , (1996), “Yönelim Değerleri ve Yaşam Doyumu Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma” Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı. 11, ss, 59-88

Yüksel İ. , (2003), “Hemşirelerin İş Güçlüğü Faktörlerinin Belirlenmesi, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi”, Öneri Dergisi, 20(5)ss, 131-139

KİTAPLAR

Adalı S. , (1986), Daha İyi Hizmet Görme Açısından Katımlı Yönetim, Türk Dünya Araştırmaları Vakfı, İstanbul

Arbak Y. , Kesken, J. , (2005), Örgütsel Bağlılık; Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Gelişim İçin Davranışsal Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, İzmir

Bağrıaçık A. , (1995), Belgelerle ISO 9000, Eskişehir Bilim Teknik Yayınevi,

Baltaş A. , Z. Baltaş, (1990), Stres ve Başa çıkma Yolları, 8. Basım, İstanbul

Barsky J. D. , (1995), World-Class Customer Satisfaction, Irwin Professional Publishing, Chicago

Baysal A. C. , (1992), Çalışma Yaşamında İnsan, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, No. 225, İstanbul

Baysal, A. C. , (1981), Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar, Yalçın Ofset Matbaası, İstanbul

Bentley T. , (1999), İnsanları Motive Etme, Çeviren; O. Yıldırım, Hayat Yayınları, İstanbul

Bhote K. R. , (1996), Beyond Customer Satisfaction To Customer Loyalty, AHA Publishing, NewYork, U. S. A.

Bilgin N. , (2003), Sosyal Psikoloji Sözlüğü, Bağlam Yayıncılık, İstanbul

Bingöl D. , (2003), İnsan Kaynakları Yönetimi, 5. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul

Bingöl D. , (1997), Personel Yönetimi, Beta Basımevi, İstanbul

Bolat T. , (2000), Toplam Kalite Yönetimi, Beta Basım Yayım Dağıtım, 1. Baskı, İstanbul

Budak G. , (1999), “İşletmelerin Başarıya Ulaştıran Yol; Organizasyon Yapısı-Birey-İş Doyumu Uyumu, İzmir Ticaret Odası Yayını, İzmir

Can H. , A. Akgün, Ş. Kavuncubaşı, (1995), Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara

Canman D. , (1995), Çağdaş Personel Yönetimi, TODAİ Yayınları, Ankara

Clarke M. , J. Stewart, (1985), Local Government and the Public Service Orientation. Local Government Training Board, Luton, aktaran, Williams B. , J. Coyle, D. Healy, (1998), “The Meaning of Patient Satisfaction:An Explanation of High Reported Levels”, Social Science and Medical, Vol, 47 (9), s, 1358

Cohen D. , L. Prusak, (2001), Kavrayamadığımız Zenginlik; Kuruluşların Sosyal Sermayesi, Çev, A. Kardam, MESS Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası, Acar Matbaacılık, İstanbul

Czepiel J. A., M. R. Solomon, C. P. Surprenant, (1986), “The Service Encounters: An Overview”, The Service Encounter: Managing Employee/Customer Interaction In Service Busenisses, eds; J.A.Czepiel v.d., Lexington Books, USA, ss, 3-15, aktaran, Uyguç N. , (1998), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı, Aralık, İzmir, ss, 59

Çetinkanat C. , (2000), Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu, Anı Yayıncılık

Dalrymple D. J. , L. J. Parsons, (1995), Basic Marketing Management, John Willey&Sons, Inc, NewYork

Davis K. , J. W. Newstrom, (1998), Organizational Behavior; Human Behavior at Work, 9. Edition, MacGraw-Hill Inc. , N. J.

Davis K. , (1988), İşletmede İnsan Davranışı, Beşinci baskıdan çeviri, Çev:K. Tosun, T. Somay, F. Aykar, C. Baysal, Ö. Sadullah, S. Yalçın, İşletme Fakültesi Yayın No:199, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No:98

Demir F. , (1999), İş Güvencesi, 2. Baskı, İzmir

Dirican R. , N. Bilgel, (1993), Halk Sağlığı, 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa

Doğan H. Z. , (1987), Turizmin Sosyo-Kültürel Temelleri, Uğur Ofset Mat. Ve Tic. İzmir

Donaldson C. , K. Gerard, (1994), Economics of Health Care Financing:The Visible Hand, MacMillan Press

Drafke M. W. , S. Kossen, (1998), The Human Side of Organizations, Seventh Edition, An Imprint of Addison Wesley Longman Inc. , U.S.A.

Dressler G. , (1998), Management:Leading People and Organizations in the 21. Century, New Jersey, Prentice-Hall Inc.

Engiz O. , (1997), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hastane Yöneticiliği, Ed:Haydar Sur, Osman Hayran, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul

Erdoğan İ. , (1996), İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, İşletme Fakültesi Yayını, No. 266, İstanbul

Erdoğan İ. , (1994), İşletmelerde Davranış, Beta Yayınları, İstanbul

Erdoğan İ. , (1996), İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, No, 266, İstanbul

Eren E. , (1996), Yönetim Psikolojisi, Beta Basım Yayın, İstanbul

Eren E. , (1998), Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Genişletilmiş Beşinci Baskı, İstanbul

Eren N. , (1997), Çağlar Boyunca Uygarlıklar ve Tıp, Somgür Yayıncılık, Ankara

Erginer A. , (2003), İş Yaşamının Niteliği, Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar Uygulamalar ve Sorunlar, Editör, C.Elma ve K.Demir, Anı Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara

Eryılmaz B. , (1999), Kamu Yönetimi, Erkam Matbaacılık, İstanbul

Eryılmaz B. , (1994), Kamu Yönetimi, Üniversite Kitabevi, İzmir

Fişek K. , (2005), Yönetim, Paragraf Yayınevi, Ankara

Freidson F. , (1986), Professional Powers:A Study of the Institutionalisation of Formal Knowledge, Chicago III: University of Chicago Press, aktaran, Scambler G. , (2001), “Habermas ve Medikal Yetkinliğin Gücü”, Çev:Ü. Oskay, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Sayı, 8-9, ss, 121-150

Fukuyama F. , (1998), Güven, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Birinci Basım, Çev: A. Buğdaycı, Ankara

Gerson R. F. , (1997), Müşteri Tatmininde Süreklilik, 1. basım, Rota Yayınları

Geylan R. , (1991), Personel Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Matbaası, Eskişehir

Gordon T. , W. S. Edwards, (1997), Doktor-Hasta İşbirliği, Çev:E. Aksay, Ed. B. Özkan, Sistem Yayıncılık, İstanbul, Mart

Grint K. , (1998), Çalışma Sosyolojisi, Çev. V. Bozkurt, Alfa Yayınevi, İstanbul

Groopman J. , (2007), Doktorlar Nasıl Düşünür?, Çev. S. Ataman, Mikado Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, Ekim

Grönroos C. , (1981), Strategic Management ant Marketing In The Service Sector, Helsingfors, Finland, in, Uyguç, N. (1998), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı, Aralık, İzmir, s, 73

Hammer M. , J. Champy, (1993), Reengineering teh Corporation:a Manifesto for Business Revolution, Harper Collins Publishers, New-York,

Handy C. , S. Covey, M. Porter, C. K. Prahalad, G. Hamel, M. Hammer, E. Goldratt, P. Senge, W. Bennis, J. Kotter, J. Naisbitt, L. Thurow, K. Kelly, (1996), Geleceği Yeniden Düşünmek: İşYönetimi, Rekabet, Kontrol, Liderlik, Pazarlar ve Dünya, Türkçesi; S. Gül, Sabah Yayınları 46, Çağdaş Bakışlar Dizisi, 15, İstanbul

Hanks K. , (1999), İnsanları Motive Etme Sanatı, Alfa Yayınları, İstanbul

Harrington H. J. , (1995), Total Improvement Management, McGraw-Hill, NewYork

Hicks H. G. , (1979), Örgütlerin Yönetimi:Sistemler ve Beşeri Kaynaklar Açısından, Çev: O. Tekok vd. , 3. Baskı, Turhan Kitabevi, Ankara

Hofstede G. , (1980), Cultur's Consequences:International Differences in Work Related Values, SAGE Publications Ltd. London

Kağıtçıbaşı Ç. , (1999), Yeni İnsan ve İnsanlar, Sosyal Psikolojiye Giriş, 10. Basım, Evrim Yayınevi, İstanbul

Kahn L. R. , M. D. Wolfe, P. R. Quinn, J. D. Snoek, (1964), Organizational Stress:Studies in Role Conflict and Ambiguity, John Willey and Sons Inc. NewYork, London, Sydney

Kasapoğlu M. A. , (1999), Sağlık Sosyolojisi:Türkiye'den Araştırmalar, Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Birinci Baskı, Nisan, Ankara

Kavlakoğlu İ. , (1996), Kalite, Kalite Güvencesi ve ISO 9000, Kalder Yayınları, Rekabetçi Yönetim Dizisi, No. 1, İstanbul:Kalder Derneği

Koçel T. , (2003), İşletme Yöneticiliği, 9. Bası, Beta Yayınevi, İstanbul

Kotler P. , (1997), Marketing Management:Analysis, Planning, Implementation and Control, 9. Edition, Prentice-Hall Int. , Inc, New Jersey

Kotler P. , (1994), Marketing Management:Analysis, Planning, Implementation and Control, 8. Edition, Prentice-Hall Inc.

Kotler P. , G. Armstrong, (2001), Principles of Marketing, 9. Edition, Prentice-Hall, Upper Saddrle River, NJ.

Kök R. , E. Deliktaş, (2003), Endüstri İktisadında Verimlilik Ölçme ve Strateji geliştirme Teknikleri, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yayın Karar No:25-8/1, Birinci baskı, İzmir

Köknel Ö. , (1987), Zorlanan İnsan, Kaygı Çağında Stres, Altın Kitaplar Yayını, İstanbul

Leebov W. , (1994), Service Quality Improvement, American Hospital Publishing, U.S.A.

Legge K. , (1995), Human Resource Management:Rhetorics and Realities, MacMillan Pres, London

Lovelock C. H. , (1991), Services Marketing, 2nd Edition, Prentice-Hall, New Jersey, U.S.A.

Marshall G. , (1999), Sosyoloji Sözlüğü, Çeviren:O Akınhay ve D. Kömürcü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara

Martin W. B. , (1997), Müşteri Hizmetlerinde Kalite, 1. Basım, Ağustos, Rota Yayınları

McEwan T. , (2001), Managing Values and Beliefs in ORganizations, Prentice Hall Inc.

Mucuk İ. , (2001), Pazarlama İlkeleri, 13. Baskı, İstanbul

Murray R. , (1995), Fordizm ve Post-Fordizm , Yeni Zamanlar-1990’larda Politikanın Değişen Çehresi-, Derleyen, Stuart Hall, Martin Jacques, Çeviren, Abdullah Yılmaz, Ayrıntı Yayınları, İstanbul

Nakip M. , (2006), Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve SPSS Destekli Uygulamalar, Seçkin Yayıncılık, Ankara

Odabaşı Y. , (1996), Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejisi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No, 908, İşletme Fakültesi Yayınları No, 2, Eskişehir

Omachonu V. K. , (1991), Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations, Georgia:Institute of Industrial Engineers and American Society for Quality Control

Organ D. , C. Hamner, (1982), Organizational Behavior an Applied Psychology Approach, Business Publication Inc. , aktaran, Şengül A. , (1999), “Organizasyonel Stresin Yönetimi ve İzmir Çevresinde Orta Kademe Yöneticiler Üzerine Bir Araştırma”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Özer M. A. , (2005), Yeni Kamu Yönetimi-Teoriden Uygulamaya, Platin Yayınları, Ankara

Özgen H. , A. Öztürk, A. Yalçın, (2002), İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Yayınevi, Adana

Özkalp E. , Ç. Kirel, (2001), Örgütsel Davranış, Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı, Yayın No: 149, Etam A.Ş. Matbaa Tesisleri, Eskişehir

Özlü T. , (2003), Hekiminizi Nasıl Alırdınız?, 1. Basım, Kaknüs Yayınları

Öztekin A. , (1998), Türk Kamu Yönetiminde Personel Sorunları ve Çözüm Önerileri, DPB Yayın No: 275, Ankara

Peker Ö. , N. Aytürk, (2002), Yönetim Becerileri:Öğrenilebilir ve Geliştirilebilir, 2. Baskı, Yargı Yayınevi, Ankara

Robbins S. , T. Judge, (2007), Organizational Behaviour, 12 th Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey

Rue L. W. , L. L. Byars, (1995), Management:Skills and Applications, Chicago, Irwin

Sabuncuoğlu Z. , M. Tüz, (1996), Örgütsel Psikoloji, Ezgi Yayınları, Bursa

Sağlam M. , (1979), Örgütsel Değişme, TODAİ Yayınları, 185, Ankara

Savaş V. , (1978), Piyasa Ekonomisi ve Devlet, Beta Yayınları, İstanbul

Selye H. , (1974), Stres Without Distress, 5. Edition, Lippincott Company, NewYork

Sennett R. , (2002), Karakter Aşınması, Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri, Çev. Barış Yıldırım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul

Schiffman L. G. , L. L. Kanuk, (1997), Consumer Behavior, 6. Edition, Prentice Hall Int. , Inc. , NewYork

Silah, M. , (2001), Çalışma Psikolojisi, Selim Kitabevi, Ankara

Solomon R. C. , F. Fernando, (2001), Güven Yaratmak, BZD Yayın ve İletişim Hizmetleri, İstanbul, MESS Yayın No:369, Aralık

Soyer A. , (1990), Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Yayını

Stoner J. A. F. , (1978), Management, London:Prentice-Hall International Inc,

Sümbüloğlu K. , V. Sümbüloğlu, (1998), Sağlık Enformasyon Sistemleri, Somgür Yayıncılık, Ankara

Şale İ. , (2001), Adım Adım Toplam Kalite Uygulamaları, Seçkin Yayınevi, Ankara

Şamiloğlu F. , (2002), Entelektüel Sermaye, Gazi Kitabevi, Ankara

Şimşek M. Ş. , T. Akgemici, A. Çelik, (2001), Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Genişletilmiş 2. Basım, Ankara

Şimşek Ş. , (2003), Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Adım Yayıncılık, Konya

Şimşek Ş. , (1998), Yönetim ve Organizasyon, Damla Yayınları, Konya

Tak B. , (2002), Personel Tatmini Araştırmalarının Yönetim Açısından Önemi ve Başarı Koşulları, Ed: Sabuncuoğlu Z. , İşletmelerde Çağdaş Yaklaşımlar, Livane Matbaası, Bursa

Taşkın E. , (2000), Müşteri İlişkileri Eğitimi, Genişletilmiş ve Yeniden Düzenlenmiş İkinci Baskı, Papatya Yayıncılık, İstanbul

Tatlıdil R. , (1983), Tüketici Davranışları, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Resmi Teksir Yayını, No, 22, İzmir

Tatlıdil R. , M. Oktav, (1992), Pazarlama Yönetimi, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları 0906. DK. 92. 016. 095, I. Baskı, İzmir

Teboul J. , (1991), Managing Quality Dynamics, Prentice Hall, London, aktaran, Robledo M. A. , (2001), “Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations”, Managing Service Quality, Vol, 11(1), s, 27

Tek Ö. B. , (1997), Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları, 7. Baskı, Cem Ofset Matbaacılık, İzmir

Telman N. , P. Ünsal, (2004), Çalışan Memnuniyeti. 1. Baskı, Epsilon Yayıncılık, İstanbul

Tenner A. R. , I. J. Detoro, (1992), Total Quality Management, U. S. A. , Addison Wesley Publishing Company

Tınar M. , (1996), Çalışma Psikolojisi, Necdet Bükey Matbaacılık, İzmir

Tiwana A. , (2001), The Essential Guide to Knowledge Management, Prentice Hall, PTR, New Jersey

Turan K. , (1999), Milletlerarası Sendikal Hareket ve Küreselleşme, Türk Ar Araştırma Dizisi, Ankara

Uyguç N. , (1998), Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, 1. Baskı, Aralık, İzmir

Ünsal E. , (1992), İş Güvencesi, Sosyal Siyaset Konferansları, Cilt:1, Sayı. 7, İstanbul

Üstün Ç. , (2003), Tıp Sanatının Ustası Hippokrates, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No. 156, İzmir

Varinli İ. , S. M. İlkay, O. Erdem, (2001), Erciyes Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerinin Ölçümü, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No, 66, İ. İ. B. F. Yayın No, 13, Kayseri

Yates J. E. , (1985), Gerilim Altındaki Yönetici, Çev. F. Dilber, Modern Yönetim Dizisi, İlgı Yayınları, İstanbul

Yıldız G. , (1994), İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi Toplam Kaliteye Geçişte Stratejik Bir Yaklaşım, Sakarya Üniversitesi, Yayın No. 10

Zeithaml V. A. , A. Parasuraman, L. L. Berry, (1990), “Delivering Quality Service:Balancing Customer Perceptions and Expectations”, The Free Press, NewYork, aktaran, Robledo M. A. , (2001), “Measuring and Managing Service Quality:Integrating Customer Expectations”, Managing Service Quality, Vol, 11(1), p, 27

RAPORLAR

Dünya Bankası Raporu, (2003), Türkiye:Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, (2006) “Hasta Hakları ve Uygulamaları Hakkında Hekim Görüşleri Anketi Değerlendirme Raporu”, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Haziran

T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, 2003, (2004), Yayın No:667

The World Health Report, (2000), Health Systems:Improving Performance. The Human Resources are Vital WHO Library Cataloguing in Publication Data ISBN 92 4 156198 X(NLM Classification:WA 540. 1) ISSN 1020-3311

TÜSİAD, (2004), “Sağlıklı Bir Gelecek:Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri”Yayın No:Tüsiad-T/2004-09/380, Eylül

Sağlık Reformları Araştırmaları-I-, (1996), T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, II. Baskı, Ankara

İNTERNET

Akıncı Z. , (2002), “Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler:Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama”, Akdeniz Üniversitesi I. İ. B. F. Dergisi, (4), ss, 1-25 (www.akdeniz.edu.tr/iibf/yeni/genel/dergi/Sayi04/05Akinci.pdf), 16 Ekim 2005 tarihli kayıttan

Aşık M. , (2008), Dersimiz Sağlık, Milliyet Gazetesi, www.milliyet.com.tr yazarlar, 5 Haziran 2008

Avşaroğlu S. , M. E. Deniz, A. Kahraman, (2008), “Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu İş Doyumu Ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi”, www.sosyalbil.selçuk.edu.tr/sos_mak/makaleler , 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Baş T. , K. Ardıç, (2006), “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi; Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama”, (www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mklgos.php?nt=494) , 21 Ocak 2006 tarihli kayıttan

Creese A. , D. Parker, (2001), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi, Çev: M. Tatar ve F. Tatar, (www.htm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/malanaliz.pdf), 24 Kasım 2005 tarihli kayıttan

Çakırer M. A. , (2006),“Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü”, (www.sitetky.com/frameset/tky/tkymain31.html), 5 Ocak 2006 tarihli kayıttan

Çekmecelioğlu H. G. , (2005), “Örgüt İkliminin İş tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi:Bir Araştırma”, Cumhuriyet Üniversitesi, İ. İ. B. F. Dergisi Cilt 6, Sayı, 2 (www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/1220.pdf), 12 Şubat 2006 tarihli kayıttan

Çepelioğullar R. , (2008),
www.veritaspsikiyatri.net/bulten.php?makale_id=21&aktif_bulten=14&kind=3, 26
Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Çeçen R. A. (2008), “Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordamada Bireysel Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı, <http://eku.comu.edu.tr/index/4/1/arcecen.pdf> 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

[www.danışmend.com/konular,Ergunda,2003](http://www.danışmend.com/konular/Ergunda,2003), aktaran, Yamaç D. , (2003), İçsel Pazarlama:Hizmet İşletmelerinde İşgören Tatmininin Müşteri Tatminine Dönüşmesi ve Örnek Bir Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi ve Pazarlama Programı Yüksek Lisans Tezi, 2003, s, 61

Demirdizen, (2008), “Hekim Sayısı Az Mı?” Radikal İnternet Baskısı, www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=212313 , 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Doğan İ. , (2005), “Doktorların Şiddet Eylemlerine Maruz Kalması”, İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulamaları Bürosu 4, İstanbul, (www.istabip.org.tr/hub/rehber4html), 20 Ocak 2006 tarihli kayıttan

Erdener H. A. , (2008), (www.hekimlerbirligivakfi.org/news_read.php?i=496) , 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Gore A. , (1998), “An Open Letter to Federal Workers from the Vice President of the United States” December (www.npr.gov/library/misc/survey.html), 24 Mart 2005 tarihli kayıttan

Göçmen E. , (2008), “Hekim Sayısı Az Mı?” Radikal İnternet Baskısı, www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=212313 , 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Gök, M. G. , (2006), “Ankara Büyükşehir Belediyesinde Görev Yapan İtfaiye Çalışanlarının İş Tutumları ile İş Doyumlarının Analizi”, www.ttb.org.tr/MSG/mart25/buyuksehir.pdf, 27 nisan 2007 tarihli kayıttan

Hancı H. , (2006), “Hekim Hakları”, (<http://med.ege.edu.tr>), 8 Mart 2006 tarihli kayıttan

<http://hastahakki.org>, 26 Nisan 2006 tarihli kayıttan

<http://iibf.erciyes.edu.tr/dergi/sayi22/sçoban.pdf> , 25 Haziran 2006 tarihli kayıttan

Işık S. , (1997), “Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık”, (www.spkgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9706/s15.html), 6 Aralık 2005 tarihli kayıttan

Keser A. , (2004), “Çalışma-Birey İlişkisi ve Çalışmanın Bireyin Yaşamında Yeri”, (www.isguc.org) (Cilt, 6, Sayı, 2), 8 Mayıs 2006 tarihli kayıttan

Kılıç S. , A. Göksel, (2007), “Tüketici Davranışları:İndirim Kartlarının Tüketici Satın Alma Karar Süreci Üzerindeki Etkisine Dair Ampirik Bir Çalışma” (www.gazi.edu.tr/web/agoksel/akademikcalismalar/MKLindirimkartlari.pdf), ss, 10-11

Kuşdil M. E. , N. Bayram, S. Aytaç, N. Bilgel, (2004), “Çalışma Yaşamında Bireylerin Yaptıkları İşe İlişkin Duygularının İş Stres Tepkileri Üzerine Etkisi", 9. Ergonomi Kongresi, 16-18 Ekim 2003, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, (www.isguc.org), 5 Ocak 2005 tarihli kayıttan

Kömürcüoğlu H. , (2006), “Belirsizlik Ortamında İş Tatmini ve İşe Bağlılık”, (www.isguc.org/?avc=arc), 4 Temmuz 2006 tarihli kayıttan

Mazgit İ. , (2006), “Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi”, (www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mklgos.php?nt=194), 26 Mayıs 2006 tarihli kayıttan

Özbek F. , (2003), “İnsan İlişkilerinde Güvenin Yeri ve Önemi”, (www.isguc.org.tr), Cilt, 6, Sayı, 1, 26 Haziran 2006 tarihli kayıttan

Özer A. , E. Çakıl, (2007), “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”, Tıp Araştırmaları Dergisi, Sayı, 5(3), ss, 140-143, www.ejgm.org/www.tader.org/tader53/Aralık2007-64-67.pdf , 26 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Özer M. , Ö. Ö. Karabulut, (2003), “Yaşlılarda Yaşam Doyumu”, http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_146.pdf , 26 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Özlü T. , (2008), “Sağlıkta Şiddetin Nedenleri”, www.medimagazin.com.tr/mm.saglikta-siddetin-nedenleri-ky-51658.html, 2 Haziran 2008 tarihli kayıttan

Özsarı H. , (2006), (<http://www.hastanedergisi.com/sayi12/busayida14.asp>), 14 Mart 2006 tarihli kayıttan

Öztürk O. , (2006), “Hekimler İnsancılığını yitiriyor” (www.medimagazin.com.tr/haber-listele20046.html), 12 Haziran 2006 tarihli kayıttan

Sağlıkta Strateji, (1995), “Türkiye’de Sağlık Güvencesi Olmayan Kesim”, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü Yayın Organı (www.saglik.gov.tr), 23 Şubat 2005 tarihli kayıttan

Sağlıkta Strateji, (1998), “Sağlık Bakanlığı Örgüt Kültürü Araştırma Özeti”, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü Yayın Organı (www.saglik.gov.tr), 23 Şubat 2005 tarihli kayıttan

Saygun M. , A. Çakmak, K. Köse, (2008), “Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin Mesleki İş Doyumu”, www.medimagazin.com.tr/mm-kirikkale-ilinde-uc-

farkli-hastanede-calisan-hekimlerin-mesleki-is-doyumu-h-41594.html. 18 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Varol N. , K. Tepeli, S. Yetişen, (2006), “Hekimlerin Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Sorumluluklarının Sağlık Hukuku Açısından Değerlendirilmesi”, (www.hukukrehberi.net/makaleler/guncelgoster.asp?id=41), 12 Şubat 2006 tarihli kayıttan

Varinli İ. , A. Çakır, (2004), “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki, Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma” http://sbe.erciyes.edu.tr/dergi/sayı_17/03_varinli.pdf , 26 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

www.ato.org.tr/dergi/19984/sg0.html , 28 Eylül 2006 tarihli kayıttan

www.ato.org.tr/hakkinda/cr-1998-1999/etkinlik.htm, 27 Kasım 2006 tarihli kayıttan

www.ceterisparibus.net/arsiv/gacar4.doc , 12 Şubat 2006 tarihli kayıttan

www.encyclopedia.com/html/h/hippocra.asp, 4 Temmuz 2006 tarihli kayıttan

www.hurriyet.com.tr , 13 Haziran 2008 tarihli kayıttan

www.kdh.gov.tr/hukukbelgeler/egitim/DMK_odev.doc , 17 Eylül 2007 tarihli kayıttan

www.memurlar.com/haber/40689 , 4 Mayıs 2007 tarihli kayıttan

(www.oecd.org/dataoecd/21/38/39316712.pdf). 26 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Radikal Gazetesi İnternet Baskısı, www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=212313 , 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

Sağlık Bakanlığı, (2008), “Hekim Sayısı Az Mı?” Radikal İnternet Baskısı, www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=212313 , 23 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/hollandanotlardegistiricekler.doc, 24 Mart 2006 tarihli kayıttan

www.sciencemag.org/cgi/reprint/200/4344/856pdf , 10 Aralık 2007 tarihli kayıttan

www.ttb.org/index.php?option=comcontent&task=view&id=306&Itemid=57, 22 Aralık 2006 tarihli kayıttan

www.turkhemsirelerdernegi.org.tr , 16 Mayıs 2006 tarihli kayıttan

www.turkmia.org/eski/file/211sagliktatemelkavramlargaulesen.ppt , 7 Haziran 2006 tarihli kayıttan

www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/bilgilendirme_notu.pdf , 17 Eylül 2007 tarihli kayıttan

www.vanaile.com/s/klinikyontemoturum.ppt , 25 Haziran 2006 tarihli kayıttan

<http://webmastersitesi.com/felsefe/4604-sosyal-bilis-teorisi>, 24 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

<http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/say158/yilmaz-koseoglu.htm>, 22 Mayıs 2008 tarihli kayıttan

DİĞER

Demirkol N. , (17 Kasım 2003), Gözlem Gazetesi

Çerekçi S. , A. K. Teke, (1998), “Ankara Garnizonundaki Subay-Astsubay ve Ailelerinin GATA Eğitim Hastanesinden beklentilerinin Analizi”, III. Baştabip Oryantasyon Kursu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, 19-23 Ekim, ss, 58-71

Hatun Ş. , (6 Kasım 2003), Siyaset Meydanı, Yöneten, A. Kırca

Müftüoğlu O. , (4 Ekim 2007), Hürriyet Gazetesi

Özkök E. , (19 Ekim 2005), Hürriyet Gazetesi

Press I. , (2003), “Patient Satisfaction With the Outpatient Experience; How Does Your Organization Measure Up?”, Healthcare Executive, May/June

Sayek F. , (6 Kasım 2003), Siyaset Meydanı, Yöneten, A. Kırca

Steiber S. R. , W. J. Krowinski, (1990), Measuring and Managing Patient Satisfaction, AHA American Hospital Publishing, Inc. , An American Hospital Association Company

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

Woolridge A. , (2000), “Come Back, Company Man!”, New York Times Magazine, March

EK I: HEKİMLERE YÖNELİK ANKET FORMU

Değerli Hekimlerimiz ;

Hekimlerimizin İş Doyumunu ölçmeye yönelik olarak yapılan bu anket çalışması,sizin katkılarınız sayesinde değer kazanacaktır. “Kamu ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” adlı doktora tezinin teorik alt yapısını güçlendirecek pratikler, siz değerli hekimlerden alacağımız veriler ışığında değerlendirilecek olup, kesinlikle kimlik bilgisi istenmemektedir.

İlginize çok teşekkür eder,
Saygılarımı sunarım.
Arzu Şengül
Ege Üniversitesi İ.İ.B.F.

Mesleğiniz ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelere ne derece katılıyorsunuz?

	T A M A M E N	K A T I L I Y O R U M	K A T I L I Y O R U M	K A R A R S I Z I M	K A T I L M I Y O R U M	H İ Ç K A T I L M I Y O R U M
Bu meslekten beklentilerim gerçekleşmiş durumdadır						
Gelecek zaman içinde, bu meslekten beklentilerimin gerçekleşeceğine inanıyorum						
Çalışma saatlerim dışında da çevreden gelen tıbbi taleplerle sık sık karşılaşıyorum						
Mesleğim çoğunlukla sosyal yaşantımı olumsuz etkiliyor						
İş stresim çok fazla						
Bu mesleğin çok fazla özveri gerektirdiğini düşünüyorum						
Meslek değiştirmek mümkün olsaydı bu mesleği değiştirirdim						
Yıllar itibari ile mesleki saygınlığımızda bir azalma olduğunu düşünüyorum						
Gösterdiğim çabalar, üst yönetim tarafından takdir ediliyor						
Tıbbi müdahalelerden sonraki katkılarım,çoğunlukla hastalar tarafından fark edilip, takdir görüyor						
Hastaların çoğu hekimin ismini öğrenmeksizin hizmet alıp gitmektedirler.						

	T A M A M E N	K A T I L I Y O R U M	K A T I L I Y O R U M	K A R A R S I Z I M	K A T I L M I Y O R U M	H İ Ç K A T I L M I Y O R U M
Performansımın karşılığı olan ücreti aldığımı düşünüyorum						
Performansım ile orantılı olarak “yükselme” olanağım vardır						
Çalışma ortamında can güvenliğimin olduğunu düşünüyorum						
İş güvencem vardır						
Hekim olarak, bulaşıcı hastalıklar ve radyasyona maruz kalma başta olmak üzere pek çok risk altındayız						
Genel olarak gürültülü/havasız ve rahatsız edici bir ortamda çalışıyorum						
Genel olarak insan psikolojisini olumsuz etkileyen bir ortamda çalışıyorum						
Çalıştığım hastanede hekimlere ait dinlenme odasını yeterli bulmaktayım						
Çalıştığım kurumun yeterince temiz olduğunu düşünüyorum						
Hijyenik şartları taşımayan hastalarla sık sık karşılaşıyorum						
Araç-gereç ve teknik donanımlarımızı yeterli / bakımlı buluyorum						
Yardımcı sağlık personelinin yeterli sayıda olduğunu düşünüyorum						
Yardımcı sağlık personelinin yeterli nitelikte olduğunu düşünüyorum						
Çalışma arkadaşlarımla iyi ilişkiler içerisindeyiz						
İşimi yaparken otonomi sahibiyim						
Hekim olarak, yönetimin desteğini /gücünü her zaman arkamda hissediyorum						
Hastanelerde hekimleri bezdirecek derecede fazla bürokratik işlem olduğunu düşünüyorum						
(Varsa) Vardiya usulü çalışma tarzından memnun değilim						
(Varsa) Hekimlere hasta başına yapılan ücretlendirmeyi olumlu buluyorum						
(Varsa) Kurum dışı geçici görevlendirmelerden (rotasyon) memnunum						
Çalıştığım kurumda hekimleri ilgilendiren kararlar alınırken benim de bu kararlara katılımım olur						

	T A M A M E N	K A T I L I Y O R U M	K A T I L I Y O R U M	K A R A R S I Z I M	K A T I L M I Y O R U M	H İ Ç K A T I L M I Y O R U M
Ülkemin sağlık politikaları kararlaştırılırken,bağlı bulunduğum meslek odası (meslek birlikleri) vasıtası ile benimde bu kararlara katılımım olur						
Mesleğimizi hiyerarşik yönetimden olumsuz olarak etkilenmeden icra edebiliyoruz						
Mesleki ilke ve değerlerim ile içinde bulunduğum sistemin ilke ve değerleri çoğunlukla uyum içindedir						
Hastalara farklı,hekimlere farklı ve birbiri ile çelişen mesajlar verildiğini düşünüyorum						
Hekimler arasında yeterli dayanışma ve işbirliğinin olduğunu düşünüyorum						
Hekim-hasta işbirliği için gerekli olan iletişim yönetiminde, hekimin iletişim yeteneğinin rolünün daha fazla olduğunu düşünüyorum						
Hastanın gözüönünde bir diğer meslekdaşını eleştiren hekimlerin söz ve/veya davranışlarına şahit oldum						
Mesleki gelişimim için gerekli olan eğitimler, çalıştığım kurum tarafından karşılanmaktadır						
Hastalarım dinlenme saatlerime saygı gösterirler						
Zaman kısıtı nedeni ile “Hasta”dan çok “Hastalığa” odaklanmak zorunda kalıyoruz						
Hasta başına düşen ortalama muayene süresini yeterli buluyorum						
Hastalar genellikle iyileştikleri zaman bana geri bildirimde bulunuyorlar						
Hastaların iyileşip iyileşmediklerini bana bildirmemeleri yaptığım işin sonuçlarını göremememe neden oluyor						
Hastaların hekimlere karşı olan önyargılı olumsuz tutum ve davranışları ile sık sık karşılaşıyorum						
Hastalar hekimleri, sağlık sisteminde yaşanan aksaklıkların sorumlusu olarak görmektedirler						
Sağlık hizmeti konusunda bayan hastaların erkek hastalardan daha fazla talepkar olduğunu düşünüyorum						

	T A M A M E N	K A T I L I Y O R U M	K A T I L I Y O R U M	K A R A R S I Z I M	K A T I L M I Y O R U M	H İ Ç K A T I L M I Y O R U M
Sağlık durumu ciddi olan hastalar şikayet mekanizmalarını daha az kullanmaktadırlar						
Sağlık durumu ciddi olmayan hastalar hizmet konusunda daha fazla talepkar olmaktadır						
Özellikle “yaşam doyumu düşük” olan kişilerin hastaneye başvurusunun daha fazla olduğunu düşünüyorum						
İşimizin doğası gereği duygusal beklentiler (özel ilgi beklentisi,hastanın empati arayışları,moral beklentileri,vs) oldukça fazladır						
Hekim hastanın duygusal beklentilerine karşılık vermek zorunda değildir						
Hastalar, hekimin kendisini onların yerine koymasını beklememeliler						
Hastanın kendisi kadar, hasta yakını ile de uğraşmak durumunda kalıyorum						
Hekimin hastaya sağlık hizmeti vermesi yeterlidir.Ayrıca hastaya ilgi ve güler yüz göstermek gerekmez						
Hastalarla konuşurken tıbbi terimleri basitleştirip onların anlayacağı dilden söylemek her zaman mümkündür						
Hastaların gereksiz yere tahlil ve tetkik talepleri ile sık sık karşılaşıyorum						

1. Hekimlik mesleğini kaç yıldır icra ediyorsunuz?
2. Uzman Hekim olarak kaç yıldır görev yapıyorsunuz?
3. Hekimlik Mesleğini seçme nedenleriniz;
 - a. İdealizm
 - b. Saygınlık ve Prestij
 - c. Yüksek gelir beklentisi
 - d. Ailenin ısrarı
 - e. Aile mesleği oluşu
 - f. Tesadüfî olarak

4. Mesleğimi yaparken beni motive eden
- Maddi yönüdüş
 - Manevi yönüdüş
 - Kariyer olanaklarıdır
 - Hepsi
 - Hiçbiri
5. Hastalarınızla olan ilişkilerinizde karşılaştığınız sıkıntıları önem sırasına göre 1 den 5 ya kadar sıralayınız. (1 en önemli,5 en önemsiz olmak üzere)

- () Hastaların tıbbi konulara olan gereksiz müdahaleleri
() Hastaların hekimlere karşı önyargılı olumsuz tutumları
() Hastalar tarafından fazladan ve gereksiz yere meşgul edilmek
() Hastaların eğitim düzeyinin ve iletişim yeteneklerinin yetersizliği
() Hastaların içinde bulundukları olumsuz psikolojik durum
() Diğer (Lütfen belirtiniz)

6. Günde ortalama kaç hastaya hizmet vermektedirsiniz?

- 1-10 hasta
- 11-20 hasta
- 21-30 hasta
- 31-40 hasta
- 41-50 hasta
- 51-60 hasta
- 61 ve daha fazla hasta

7. Çalıştığınız kurumda,hasta kütesinin sosyo-ekonomik açıdan çoğunlukla hangi gruptan olduğunu gözlemlediniz

- () Alt sosyo-ekonomik gruptan bireyler
- () Orta sosyo-ekonomik gruptan bireyler
- () Üst sosyo-ekonomik gruptan bireyler

8. Sizce genellikle hangi tür hastalar hizmet konusunda daha yüksek beklenti içindedir

- () Genellikle eğitim seviyesi düşük olan hastalar
() Genellikle orta eğitim düzeyine sahip hastalar
() Genellikle yüksek eğitimli hastalar

9. Yaşınız:

- 10.Cinsiyetiniz:

- () Kadın () Erkek

11.Medeni Durumunuz;

- ☐ Evli- Çocuksuz
- ☐ Evli- Çocuklu
- ☐ Bekar- Çocuksuz
- ☐ Bekar- Çocuklu

12.Çalıştığınız hastane (kurum) hangi statüdedir?

- a. Devlet Hastanesi
- b. Özel Hastane

13.Çalışma Şekliniz:

- ☐ Maaşlı
- ☐ Maaş + Prim
- ☐ Maaş + Serbest
- ☐ Maaş + Prim + Serbest
- ☐ Sadece Prim
- ☐ Sadece Serbest

14. Aylık Ortalama Toplam Geliriniz (YTL olarak)

☐ 1.000 – 1.500 YTL	☐ 1.501 – 2.000 YTL	☐ 2.001 – 2.500
☐ 2.501 – 3.000 YTL	☐ 3.001 – 3.500 YTL	☐ 3.501 – 4.000
☐ 4.001 – 4.500 YTL	☐ 4.500 – 5.000 YTL	☐ 5.001 – 5.500
☐ 5.501 - 6.000 YTL	☐ 6.001 YTL ve üzeri	

EK II : HASTALARA YÖNELİK ANKET FORMU

SAYIN HASTA ve HASTA YAKINI

Hasta tatminini ölçmeye yönelik bir araştırmaya ilişkin olarak gerçekleştirilen bu anket çalışmasına vereceğiniz katkılardan dolayı teşekkür ediyorum.

Arzu Şengül

	T A M A M E N	K A T I L I Y O R U M	K A T I L I Y O R U M	K A R A R S I Z I M	K A T I L M I Y O R U M	H İ Ç K A T I L M I Y O R U M
Muayene olmak için bana ayrılan süreyi yeterli buluyorum						
Doktorum beni ilgili bir şekilde dinledi						
Doktoruma sormak istediğim her şeyi soramadım						
Doktoruma sorduğum tüm soruların cevabını aldım						
Doktorumun bana vermiş olduğu bilgilerin bir kısmını anlamadım						
Doktorumun benimle daha fazla ilgilenmesini isterdim						
Doktorum bana nazik davrandı						
Doktorun bana daha çok bilgi vermesini isterdim						
Doktorumun tutum ve davranışlarından memnun kaldım						
Beni muayene/tedavi eden hekimin adını bilmem gerekmez						
İstediğim doktora muayene olma şansım var						
Doktor beni tekrar gördüğünde, beni hatırlasın isterim						
Doktorun bana sağlık hizmeti vermesi yeterlidir.Ayrıca özel ilgi ve güleryüz göstermesi <u>gerekmez</u> diye düşünüyorum						
Doktor beni daha fazla tahlil ve tetkike yollasaydı daha iyi olurdu						
Doktor beni farklı uzman doktorlara sevk etseydi daha iyi olurdu						
Doktorun bana moral vermesini beklerim						
Kesinlikle büyük şehirlerdeki doktorları tercih ederim						
Ücretini ödediğim zaman doktorun benimle daha fazla ilgileneceğine inanıyorum						
Doktoru neşeli ve enerjik görmek beni daha fazla tatmin eder						

	T A M A M E N	K A T I L I Y O R U M	K A T I L I Y O R U M	K A R A R S I Z I M	K A T I L M I Y O R U M	H İ Ç K A T I L M I Y O R U M
Moralim bozuk olduğunda daha çok hastalanıyorum						
Gerektiğinde doktoru gece evinden veya cep telefonundan ararım						
Doktorlar kendilerini hastanın yerine koymuyorlar						
İyileştiğimde doktoruma haber veririm						
İyileşmediğim zaman doktoruma haber veririm						
Doktorların, başka bir doktorun yaptığı tedaviyi beğenmeyerek eleştirdiğine şahit oldum						
Doktor beni hastalığım hakkında endişelendirdiğinde, mutlaka farklı doktorlara da fikir danışırım						
Sağlık sistemindeki aksaklıkların başlıca sorumlusu doktorlardır						
Ücret ödeyerek muayene oldum						
Muayene olmak için çok sıra bekledim						
Hastaneyi yeterince temiz buldum						
Hastane oldukça gürültülü ve/veya havasızdı						
Hastanede evrak takibi için veya tedavi olabilmek için oradan oraya koşuşturmak zorunda kalıyorum						
Hastanedeki diğer hastaların durumu insanın psikolojisini olumsuz etkiliyor						
Hemşirelerin tutum ve davranışlarından memnun kaldım						
Hastane personelinden memnun değilim						
İşimden memnun değilim						
Genel olarak hayatımdan memnunum						

1. Sosyal Güvenceniz var mı?

- a. Var b. Yok

2. Sosyal Güvenceniz var ise;

- a. Emekli Sandığı
b. SSK
c. Bağ-Kur
d. Yeşil Kartlı
e. Diğer

3. Hangi kurumdan sağlık hizmeti almaktasınız?
a. Devlet Hastanesi
b. Özel Hastane
4. Hastaneye başvurmadan önce size en yakın Sağlık Ocağına gittiniz mi?
a. Evet b. Hayır
5. Muayene olmak için ne kadar zaman beklediniz (dakika veya saat olarak belirtiniz)
6. Süreklilik arzeden (kronik) bir hastalığınız var mı?
a. Evet b. Hayır
7. Ortalama olarak bir sağlık kurumuna başvuru sayınız?
- () Birkaç yılda bir kez
() Yılda 1-2 kez
() Yılda 3-4 kez
() Yılda 5-6 kez
() Yılda 7 kez veya daha çok
8. Hastalığım hakkında genellikle;
a. Tek bir doktorun görüşüne başvururum
b. İki doktorun görüşüne başvururum
c. Üç veya daha çok doktorun görüşüne başvururum
9. () Doktoruma, tavsiye üzerine geldim
() Doktoruma,önceden memnun kaldığım için geldim
() Doktoruma,tesadüfen geldim
() Doktoruma,mecburen geldim
10. Yaşınız;
- 11.Cinsiyetiniz;
a. Kadın b. Erkek
12. Doğum Yeriniz;
13. Medeni Durumunuz;
() Evli- Çocuksuz
() Evli- Çocuklu
() Bekar- Çocuksuz
() Bekar- Çocuklu

14. Eğitim durumunuz;

- a. Okur-Yazar değil
- b. Okur-Yazar
- c. İlkokul mezunu
- d. Ortaokul mezunu
- e. Lise Mezunu
- f. Üniversite Mezunu
- g. Yüksek Lisans / Doktora

15. Meslek Grubunuz

- (1) Özel sektörde memur
- (2) Kamu sektöründe memur
- (3) Özel sektörde işçi
- (4) Kamu sektöründe işçi
- (5) Uzmanlık gerektiren meslekler (Konusunda yüksekokul okumuş doktor,mühendis,avukat,öğretim üyesi)
- (6) Küçük/orta ticaret serbest meslek (Alım-satım,bakkal,esnaf)
- (7) Büyük ölçekli ticaret (İthalat-ihracat,fabrika sahipleri,vs.)
- (8) Üst düzey yönetici (Özel veya Devlet sektöründe)
- (9) Emekli (herhangi bir işte çalışmayıp emekli maaşıyla geçinen)
- (10) Ev kadını
- (11) Öğrenci
- (12) İşsiz fakat gelir sahibi (bir işte çalışmayıp,iş aramayan,kira-faiz benzeri gelirle geçinen kişiler)
- (13) İşsiz (Herhangi bir işte çalışmayıp,iş arayan kişiler)
- (14) Sporcu,sanatçı
- (15) Tarımla uğraşanlar ve çiftçilik yapanlar
- (16) Hayvancılık ile uğraşanlar

16 .Hanehalkı aylık ortalama gelir durumu (Bin YTL)

() 0 -500	() 501-1.000	() 1.001- 1.500
() 1.501 – 2.000	() 2.001- 2.500	() 2.501 – 3.000
() 3.001 – 3.500	() 3.501 – 4.000	() 4.001 – 4.500
() 4.501 – 5.000	() 5.001 ve üstü	