

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE VE PAZARLAMA
STRATEJİLERİNİN HASTA SADAKATI VE
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZLEM MERT

TEZ YÖNETİCİSİ
Yrd.Doç.Dr. ALPASLAN YÜCE

KARS – 2014

T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Özlem MERT'in yüksek lisans tezi olarak hazırladığı **“Sağlık Sektöründe Kalite ve Pazarlama Stratejilerinin Hasta Sadakati ve Memnuniyetine Etkisi ”** adlı bu çalışına, yapılan tez savunma sınavı sonunda jüri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek Oy Birliği/ Oy Çokluğu İle kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesinin Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası

Başkan :Yrd.Doç.Dr. Alpaslan YÜCE



Üye :Yrd.Doç.Dr. Levent GELİBOLU



Üye :Yrd.Doç.Dr. Erkan TOKUCU



Bu tezin kabulü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurul'unun/...../2014 gün ve/.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

UYGUNDUR

17/07/2014

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Sektöründe Kalite ve Pazarlama Stratejilerinin Hasta Sadakati ve Memnuniyetine Etkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 15/07/2014

Özlem MERT

PLAGIARİMS

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work. 15/07/2014

Özlem MERT

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Sağlık sektöründe kalitenin artırılmasına yönelik fikirlerin geliştirilmesine katkı sağlayacağını umduğumuz bu çalışmanın başlatılmasında beni cesaretlendiren; araştırmanın konusunun belirlenmesi, yürütülmesi ve sonuçlandırılması sürecinde gece gündüz demeden desteği ile her an yanımda olan; bilgisini, deneyimini ve değerli görüşlerini benimle paylaşarak çalışmama büyük katkıda bulunan danışman hocam, Sayın Yard.Doç.Dr. Alpaslan YÜCE'ye;

Bu çalışmanın hazırlanmasında, yoğun çalışmalarına rağmen bana yardımcı olan ve beni yönlendiren hocalarım Sayın Yard.Doç.Dr. Levent GELİBOLU'ya, Yard.Doç.Dr. Erkan TOKUCU'ya ve Arş.Gör. Ali İbrahim Can GÖZÜM'e

Çalışma sırasında araştırmaya ilişkin sorularımı hiçbir zaman yanıtsız bırakmayan ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan değerli dostum Sayın, Öğr.Gör. Uğur ÇAPIK'a

Lisansüstü eğitimimin hemen her aşamasında yanımda olan ve çalışmanın tüm aşamaları boyunca değerli görüşlerini ve desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Okt. Ertürk MERT'e

Ayrıca; varlıkları ile beni onurlandıran, bana güç veren ve her zaman yanımda olduklarını bildiğim değerli aileme; teşekkürü bir borç bilirim.

Özlem MERT

ÖZET

Sağlık hizmetleri, sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeyinin en önemli göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve asgari maliyetle sunmaktır. Bunun sağlanması için de sağlık hizmetleri pazarlamasının etkin bir biçimde yerine getirilmesi gerekmektedir. Hastanelerde verilen bakımın kalitesi, hastaların servis hakkındaki düşüncelerinde büyük bir etkiye sahiptir. Hasta memnuniyeti ve olumlu algılayışın gelişmesinde hizmet kalitesi önemli rol oynar. Zira memnun olan hastalar, büyük olasılıkla, gelecekte tekrar aynı sağlık kurumunu tercih ederek bağlılıklarını göstereceklerdir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sektörü, Kalite, Pazarlama, Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati

ABSTRACT

Health service is one of the most significant indicators for developmental level in socioeconomic aspect. The main goal of health services is to provide health services needed by community with a quality and time desired by clients as well as minimum costs. Marketing of health services is required to be carried out effectively in order to achieve this goal. The quality of care provided at hospitals has a significant effect on opinions of patients about service. The service quality plays an important role in development of patient satisfaction and positive perception because satisfied patients will probably show their commitment by preferring the same health institution again in the future.

Key Words: Health Sector, Quality, Marketing, Patient Satisfaction, Patient Loyalty

İÇİNDEKİLER

JÜRİ ONAY SAYFASI.....	I
ÖNSÖZ.....	III
ÖZET.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XI
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE PAZARLAMASI

1.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Kapsamı.....	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Sektörünün Özellikleri.....	9
1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	17
1.4. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması.....	27
1.4.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri.....	27
1.4.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Stratejileri.....	30
1.4.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması.....	33
1.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Çevresi.....	37

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

VE HİZMET KALİTESİ

2.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı.....	40
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetinin Önemi.....	45

2.3.	Sağlık İşletmelerinde Hasta (Müşteri) Tatmini ve Önemi.....	52
2.4.	Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti Modelleri.....	59
2.5.	Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Modelleri.....	63

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE VE PAZARLAMA STRATEJİLERİNİN HASTA SADAKATI VE MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

3.1.	Araştırmanın Önem ve Amacı.....	68
3.1.1.	Çalışmanın Evren/Örnekleme.....	68
3.2.	Araştırmanın Metodolojisi.....	68
3.2.1.	Veri Toplama Araçları.....	68
3.2.2.	Veri Toplama Yöntemi.....	69
3.2.2.1.	Betimsel (Survey) Araştırma Yöntemi.....	69
3.2.3.	Araştırma Model ve Hipotezleri.....	69
3.2.4.	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	70
3.2.5.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	71
3.3.	Bulgular.....	71
3.3.1.	Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	71
3.3.2.	Alt Değişkenlere Ait Bulgular.....	74
SONUÇ VE ÖNERİLER.....		102
KAYNAKÇA.....		113
EKLER.....		122
ÖZGEÇMİŞ.....		127

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bir Sağlık Kuruluşunun Pazar Potansiyelinin Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 2. Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler.....	45
Tablo 3: Araştırma Örneklemine Ait Cinsiyet Dağılımı.....	71
Tablo 4: Araştırma Örneklemine Ait Yaş Dağılımı.....	71
Tablo 5: Araştırma Örneklemine Ait Medeni Durum Dağılımı.....	71
Tablo 6: Araştırma Örneklemine Ait Eğitim Durumu Dağılımı.....	72
Tablo 7: Araştırma Örneklemine Ait Sosyal Güvence Dağılımı.....	72
Tablo 8: Araştırma Örneklemine Ait Gelir Dağılımı.....	73
Tablo 9: Hastaneyi Başkalarına Önerir Misiniz?.....	73
Tablo 10: Doktorunuzu Başkalarına Önerir Misiniz?.....	74
Tablo 11: Memnuniyetsizliklerinizde Ya Da Şikayetlerinizde Sizinle İlgilenen Birisi/Şahıs Var Mıdır?.....	74
Tablo 12: Randevu ve Sıra Alma Kolaylığına Sahip Olmalıdır.....	74
Tablo 13: Yönlendirmeler Açıklayıcı ve Yardım Edici Özelliğe Sahip Olmalıdır...75	
Tablo 14: Muayene Olana Kadar Geçen Süreyi En Az Seviyede Tutmalıdır.....	76
Tablo 15: Hastaneye Ulaşım Kolay Olmalıdır.....	76
Tablo 16: Kayıt İşlemleri Hızlı Olmalıdır.....	76
Tablo 17: Kayıt Görevlisi Nezaketli Olmalıdır.....	77
Tablo 18: Laboratuar Hizmetlerinden Kolayca Yararlanılmalı.....	77
Tablo 19: Mahremiyet (Hasta Muayene, Tanı ve Tedavi Bilgilerinin Gizliliği) Sağlanmalıdır.....	77
Tablo 20: Hasta Kayıt ve Faturalama İşlemlerinde Gizlilik Sağlanmalı.....	78
Tablo 21: Hastanede hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır...78	
Tablo 22: Hastane Hizmetlerini Söz Verdiği Zamanda Yerine Getirmelidir.....	78
Tablo 23: Hastane Çalışanları, Hastalara Bir Problemi Olduğunda İlgili Personel Bunu Çözmek İçin Gerekli İlgiyi Göstermelidir.....	79
Tablo 24: Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi Modern Araç- Gereç ve Donanıma Sahip Olmalı.....	79

Tablo 25: Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesinin Araç ve Gereçleri (Teknik Donanım) Yeterli Sayıda ve Farklı Tedavi Şekillerine Uygun Çeşitliliğe Sahip Olmalı.....	80
Tablo 26: Hastane Uygun Fiziki ve Teknolojik Donanıma Sahip Olmalıdır.....	80
Tablo 27: Çalışanlar Düzgün ve İyi Görünüme Sahip Olmalıdır.....	81
Tablo 28: Hastanenin İç ve Dış Mekânı Düzgün Görünüme Sahip Olmalıdır.....	81
Tablo 29: Tuvaletler Temiz ve Düzenli Olmalıdır.....	81
Tablo 30: Genel Olarak Hastane Temiz Olmalıdır.....	82
Tablo 31: Kantin ve Kafeterya Temiz Olmalıdır.....	82
Tablo 32: Bekleme Sırası Elektronik Olarak Gösterilmelidir.....	82
Tablo 33: Tuvalet ve Lavabolardaki Lambalar El Değmeden Çalışmalıdır.....	83
Tablo 34: Hastane İçinde Yön Tabelaları Yeterli Olmalıdır.....	83
Tablo 35: Hastanenin Yeterli Kapasitede Otoparkı Olmalıdır.....	84
Tablo 36: Hastanenin Isıtma ve Soğutma Sistemleri Yeterli.....	84
Tablo 37: Hastanenin Havalandırma Sistemi Yeterli.....	84
Tablo 38: Hastanede Yemekler Her Zaman Uygun Sıcaklıkta Sunulmalı.....	85
Tablo 39: Hastanede Yemekler Lezzetli Olmalı.....	85
Tablo 40: Hastanede Yemekler Temizlik Kurallarına Uygun Şekilde Sunulmalı....	85
Tablo 41: Sizinle İlgilenen Hemşire Saygılı ve Nezaketli Olmalıdır.....	86
Tablo 42: Sizinle İlgilenen Hemşire İlgili ve Yakın Olmalıdır.....	86
Tablo 43: Hemşire Hastaların Sorularını Anlaşılır Şekilde Yanıtlamalıdır.....	87
Tablo 44: Hemşireler Hastalara Yardımcı Olmada İstekli Olmalıdırlar.....	87
Tablo 45: Hemşire Uygulanan İşlemler Hakkında Hastayı Bilgilendirmelidirler....	87
Tablo 46: Hemşireler Hasta Bakım ve Takibini Düzenli Yapmalıdırlar.....	88
Tablo 47: Hekim Saygılı ve Nezaketlidir.....	88
Tablo 48: Hekim İlgili ve Yakındır.....	89
Tablo 49: Hekimler Hasta Sorularına Onların Anlayacağı Şekilde Cevap Verir.....	89
Tablo 50: Hekimin Yardımcı Olma İsteği Vardır.....	89
Tablo 51: Hekimin Muayene ve Tedavisine Güven Duyarım.....	90
Tablo 52: Hekimin, Muayene ve Tedavi Hakkında Verdiği Bilgiler Yeterli.....	90

Tablo 53: Hekimin, Size Ayırdığı Zaman Yeterli.....	91
Tablo 54: Hekimin, Durumunuz Hakkında Düşüncenizi / Fikrinizi Alma Çabası Vardır.....	91
Tablo 55: Hekim Gerek Duyulduğunda Kolayca Ulaşıla Bilinmelidir.....	91
Tablo 56: Diğer Personel Hastaların Sorularını Anlaşılır Şekilde Yanıtlamalı.....	92
Tablo 57: Diğer Personel Hastalara Yardımcı Olmada İstekli Olmalıdırlar.....	92
Tablo 58: Diğer Personel Uygulanan İşlemler Hakkında Hastayı Bilgilendirmelidirler.....	93
Tablo 59: Sizinle İlgilenen Diğer Personel İlgili ve Yakın Olmalıdır.....	93
Tablo 60: Diğer Personel Hastaya Yeterince Zaman Ayırmalıdır.....	93
Tablo 61: Hastane Çalışanları, Hastalara Hizmeti Tam Olarak Ne Zaman Yerine Getireceklerini Söylemeli.....	94
Tablo 62: Hastane Çalışanları Hastanın İstek ve Şikâyetlerine Mümkün Olan En Kısa Zamanda Cevap Vermeli.....	94
Tablo 63: Hastane Çalışanları Bilgili Olmalı.....	95
Tablo 64: Alt Boyutlara Göre Güvenirlik Katsayıları.....	95
Tablo 65: Cinsiyete Göre Beklenen Durum Arasındaki Farklılıklar.....	96
Tablo 66: Cinsiyete Göre Gerçek Durum Arasındaki Farklılıklar.....	97
Tablo 67: Yaşa Göre Göre Beklenen Durum Arasındaki Farklılıklar.....	98
Tablo 68: Yaşa Göre Göre Gerçek Durum Arasındaki Farklılıklar.....	99
Tablo 69: Beklenen Duruma Ait Alt Boyutlar Arası İlişkiler.....	100
Tablo 70: Gerçek Duruma Ait Alt Boyutlar Arası Güvenirlik.....	100
Tablo 71: Beklenen Durum ve Gerçek Durum Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	101

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....62

Şekil 2: Araştırmanın Modeli.....69



GİRİŞ

Küreselleşme sonucu giderek artan rekabetten sağlık hizmeti veren işletmeler de payını almış ve bu işletmelerde pazarlama faaliyetlerinin uygulanmasını önemli hale getirmiştir. Tüketicilerin ihtiyaçlarını, beklentilerini, arzularını bilmek, bunları karşılayabilecek ürün ve hizmetleri üretmek ve devamlı olarak kaliteyi müşterilerinin beklentilerinin de üzerine çıkarmak artık işletmeler için zorunlu hale gelmiştir.

Günümüz modern pazarlama anlayışı tüketici odaklı olmayı hedef almaktadır, özellikle de hizmet sektöründe bu gereklilik daha da önemli duruma gelmektedir. Hizmetin satın alınmasına kadar tüketicinin o hizmet hakkında karar verebilmesinin oldukça zor olduğu ifade edilebilir. Dolayısıyla, işletmeler sundukları hizmetleri somut kanıtlarla tüketiciye sunmalı ve tüketicinin zihninde bir konum kazanmalıdır. Hem hizmeti alan tüketicilerin giderek artan istemlerinin karşılanması, hem de sağlık hizmeti veren işletmelerin mevcut kaynakları en etkin ve verimli bir şekilde kullanarak hedeflenen kârlılık oranına ulaşmaları için artık hizmet vereceği pazarı iyi seçmesi ve iyi anlaması gerekir.

Sağlık hizmetleri alanında pazarlama faaliyetlerinin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte, bu hizmetleri tüketen hastaların istek ve ihtiyaçlarını ön plana çıkarabilecek ve bunun bir sonucu olarak daha iyi sağlık hizmetlerinin verilmesi mümkün olabilecektir. Sağlık hizmeti sunan hastaneler ise özelde bireyin, genelde toplumun sağlık sorunlarıyla ilgilenen ve hizmetleri pazarlamasının gerçekleştirildiği ekonomik boyutlu hizmet üreten kuruluşlardır. Hizmet sektörü içerisinde yer alan bu kuruluşlar, işletmelerin yerine getirdiği diğer tüm işlevler gibi pazarlama işlevini de yerine getirirler. Dolayısıyla hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde hizmet sunabilmesi modern işletmecilik ve pazarlama anlayışıyla yönetilmelerini gerektirir.

Sağlık hizmetleri; özellikle sağlık personeli tarafından yürütülen ve insan sağlığına zarar veren etkenlerin etkisinden korunması, hastaların bakımı, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi etkinliklerdir. Sağlık hizmetlerinde amaç, kişilerin yaşam hakkının güvence altına alınarak üretkenliklerinin devamlılığını sağlamaktır. Sağlıklı ve gelişmiş bir toplum hedefine ulaşabilmek ise ancak iyi organize edilmiş bir sağlık sistemi ile mümkün olabilir.

Hasta memnuniyeti, günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkinliğini incelemeye ve değerlendirmeye kullanılan önemli bir kavram durumuna gelmiştir. Artık sağlık hizmeti verenler hastaların beklenti ve gereksinimleri ile bu hizmetin verilmesinden algıladıkları doyum sonuçlarına göre eylem görmektedirler. Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğunu ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüttür. Birbirinden değişik beklentileri ile sağlık kuruluşlarına gelen hastalar, hizmet verilmesi esnasında, beklentilerine kavuşan hastaların tatmin oldukları belirtilmektedir. Bekledikleri hizmeti hastanede göremeyen hastaların ise genel memnuniyet oranlarının daha düşük seviyede oluşmaktadır. Sunulan bakımdan memnun olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık örgütüne başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık kuruluşu bakımından başarısız hizmet üretimi söz konusudur.

Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi; hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hasta beklentileri paralelinde daha nitelikli hizmet sunulması açısından önemlidir. Sağlık hizmetinin kaliteli olmasında çağdaş tıbbi bakımın gerektirdiği en iyi hizmetin verilmesi kadar, hastaların hak, ihtiyaç ve beklentilerinin de sağlanması gereklidir. Sağlık sektöründe kalite ve pazarlama stratejilerinin hasta sadakati ve memnuniyetine etkisinin incelendiği bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetleri ve pazarlaması incelenmiştir. Bu başlık altında; sağlık hizmetlerinin tanımı, kapsamı, özellikleri ve sağlık hizmetleri piyasasının yanı sıra, sağlık hizmetleri pazarlamasının özellikleri, stratejileri ve bu hizmetler kapsamında gerçekleştirilen pazarlama karmasına ve çevresine yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi ele alınmıştır. Bu bölümde de sağlık hizmetlerinde müşteri/hasta kavramı, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinin önemi değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE PAZARLAMASI

Tüm uluslar tarafından kişilere doğuştan elde edinilen bir hak olan sağlık ile ilgili hizmetleri üreten hastanelerde pazarlama kavramı başta denk düşmeyen bir kavram olarak algılanabilir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerini üreten hastaneler ister kâr amacı taşısın ya da taşımasınlar, farkında olmadan pazarlama veya sosyal pazarlama alanına girebilecek etkinliklerini kendiliğinden yerine getirmektedirler. Söz gelimi, hizmetlerin tanıtımı, hasta ve yakınlarının belleklerinde kaliteli sağlık bakım hizmetleri imajı yaratmak, yeni bir hizmetin sunumuna yönelik talep araştırmaları gibi.¹

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına yol açan gelişmeler; artan maliyetlerin baskısı, sağlık hizmeti tüketicilerinin gereksinimlerinin arttığına benimsenmesi ve kabulü, özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı, atıl kapasitede çalışmanın yitlik olarak değerlendirilmesi, hizmetlerin taklit edilmesi, personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi, değişen hasta-doktor ilişkilerinin seviyesi, hastalığın önlenmesine ilişkin olarak artan ilgi, sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici doyumsuzluğu, sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması şeklinde ifade edilebilir. Bu gelişmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir.² Sağlık hizmetleri pazarlaması, “sağlık hizmeti tüketicilerinin neye gereksinim duyduğunu tespit etmek, bunları sağlamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir”³

Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için sunulan sağlık hizmetleri, sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık kuruluşları tarafından verilen her türlü tedavi, bakım, koruyucu sağlık hizmetleridir. Bireylerin bu hizmetlerden yararlanabilme ya da yararlanamama durumu veya bu hizmetlerin etkinliği de birey sağlığı üzerinde

¹ Yavuz Odabaşı, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1994, s.27

² Mehmet Karafakıoğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1998, s.26

³ Odabaşı, s.30

etkili olan faktördür.⁴ Sağlık planlamacılarının ve yöneticilerinin, sağlık kavramına çok yönlü yaklaşımlarını ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek için, sağlık hizmetleri dışında kalan faktörler üzerinde de odaklaşmalarını gerektirmektedir. Bu gereksinmeye paralel olarak, sektörler arası işbirliği, toplum ve bireyin sağlığının korunması ve geliştirmesinde, sağlık kurumları yanında diğer kurumların da eşgüdümlü biçimde rol oynaması anlamına gelmektedir.⁵ Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilir.

1.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Kapsamı

Sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında, en öncelikli sırada yer alan bir haktır. “İnsan için çok gerekli olan sosyal güvenlik ve sağlık hakkının, dar gelirli bakımdan sadece öneminin kavranması/kavratılması değil, istisnasız herkesin bu haklardan yararlandırılması ve bunun göstermelik olmaktan çıkarılması zorunludur.”⁶ Sağlık, kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışması olarak da tanımlanmaktadır.⁷

Sağlıklı kişi, bedensel ve ruhsal etkinlikleri engelleyecek organik ya da işlevsel bozukluklardan uzak kişidir. Bu tanım daha da geliştirilerek, “sağlık, organizmanın yaşanan çevreye uyumu veya fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi durumda olmaktır”⁸ olarak tanımlanmıştır.” Sağlık insan gücü planlamasında kullanılan dört temel yöntemden nüfus/insan gücü oranları yani nicelik kavramı en sık kullanılan değerlendirme araçlarından birisidir.⁹

Sağlık kavramı, tarihsel süreç içerisinde hastalığın olmaması şeklinde tanımlanmaya başlanmış ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Anayasası’nda,

⁴ Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa, Ekin Kitabevi, 2005, s.18

⁵ İlker Belek, *Sağlığın Politik Ekonomisi*, Yazılama Yayıncılık, İstanbul, 2009, s.45

⁶ İbrahim Şahbaz, “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı” TBB Dergisi, 2010, s.407

⁷ Erdinç Tokgöz, “Sosyal Gelişimde Sağlık” *Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri*, DPT Yayınları, Yayın No.1783, Ankara, 1981, s.499

⁸ Burhan Baloglu, *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*, Der Yayınevi, İstanbul, 2006, s.4

⁹ Bülent Kılıç, “Türkiye İçin Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları” *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir, 6 (6):501-514, 2007, s.502

“sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”¹⁰ şeklinde tanımlanarak genel kabul görmüştür. Bu tanım sağlığı, “hastalık ve sakatlık durumu” olmayışından öteye taşıyarak, kavramın tanımına geniş bir içerik kazandırmıştır. Tanımdaki “toplumsal” ya da “sosyal” ifadesi, insanların politik olarak iyi olma hallerinden kültürel, ekonomik vb. gereksinimlerinin sağlanmasının yansıttığı iyilik haline kadar geniş bir bakış açısıyla sağlığın ele alındığını göstermektedir.¹¹

Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için sunulan sağlık hizmetleri, sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık kuruluşları tarafından verilen her türlü tedavi, bakım, koruyucu sağlık hizmetleridir. “Genellikle, kamusal sağlık hizmetleri sunumunda sınırsız kaynak kullanımı, yoksul insanlara ve salgın hastalıklara yönelik olarak uygulanmaktadır. Burada önemli olan nokta, ülkede yoksul kesimlerin katmanlarının belirlenebilmesidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanına hiçbir şekilde iştirak edemeyecek olan gerçek muhtaç ve yoksulların tespit edilmesi bu noktada önem kazanmaktadır.”¹² Hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini şunlar etkilemektedir:¹³

- Hastanın tıbbi gereksinimleri,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
- Sosyokültürel konumları ve psikolojik durumları,
- Zihinlerindeki kalite tanımı.

Bir ülkede sağlık sisteminin çok iyi işlemesi, o toplumun sağlık konumunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir.¹⁴ Sağlık planlamacılarının ve yöneticilerinin, sağlık kavramına çok yönlü yaklaşımlarını ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek için, sağlık hizmetleri dışında kalan faktörler üzerinde de odaklaşmalarını gerektirmektedir. Bu gereksinmeye paralel olarak, sektörler arası işbirliği, toplum ve bireyin sağlığının korunması ve geliştirmesinde, sağlık kurumları yanında diğer

¹⁰ Yasemin Yeğinboy, *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir, 1993, s.1-2

¹¹ Mustafa Sütlaş, *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, Berdan Matbaası, İstanbul, 2000, s.63

¹² Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” *Sayıştay Dergisi*, 64:33-58, 2007, s.37

¹³ Ülfiye Çelikkalp vd., “Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6 (17):1-14, 2011, s.2

¹⁴ Cemil Sözen ve Mahmut Özdevecioğlu, *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2002, s.2

kurumların da eşgüdümlü biçimde rol oynaması anlamına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılında hazırlanan Alma Ata Bildirgesi'nde de, toplum sağlığının geliştirilmesinde sağlık ve diğer sektörler arasında eşgüdümün sağlanmasının yararlılığına işaret edilmiştir. Bildirgede verilen tanıma göre; “temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır.”¹⁵

Bireylerin sağlıklı olma hallerinin sağlanması ve devam ettirilmesi, tüm dünya ülkelerinin toplumsal hedeflerinden birisidir. Sağlıklı bireylere sahip olmak toplumsal huzurun ve ekonomik kalkınmanın temel unsurudur.¹⁶ Çünkü sağlıklı bireyler, ekonomik olarak işgücü kaybı yanında toplumsal harcamaları da artırıcı bir etki meydana getirirler.

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında bakımlarını yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir.¹⁷ Ayrıca sağlık hizmetleri, 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da şu şekilde tanımlanmaktadır:¹⁸

Başka bir tanım da; “bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek

¹⁵ Recep Akdağ, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Kasım 2002-2008, (Alma Ata'nın 30. Yılı Hatırasına), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, s.31
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/TSDP.pdf.part (29.07.2014)

¹⁶ Mehmet Tokat, *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme*, Friedrich Ebert Vakfı, Ankara, 1991, s.1

¹⁷ Sözen ve Özdevecioğlu, s.8

¹⁸ 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 12.01.1961, R.G. Sayısı: 10705 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>

kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümü” sağlık hizmetleri olarak ele alınır.¹⁹

Sağlık hizmetleri; özellikle sağlık personeli tarafından yürütülen ve insan sağlığına zarar veren etkenlerin etkisinden korunması, hastaların bakımı, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi etkinliklerdir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireyleri hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya rağmen, herkesi her hastalıktan korumak mümkün değildir ve bazıları hastalanır. İşte bu durumda, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan hastalıkların tedavisi söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı ise, tam olarak iyileştirilemeyen ve sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak, yani onları rehabilite etmektir.²⁰

İster tedavi şeklinde olsun, ister hastalığı önleme şeklinde yürütülsün sağlık hizmetlerinin amacı aynıdır: İnsanların sağlıklı ömrünü uzatmak. Böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımı, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alınabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde amaç, kişilerin yaşam hakkının güvence altına alınarak üretkenliklerinin devamlılığını sağlamaktır.²¹

Kısaca, sağlık bireyin en temel ve vazgeçilmez hakkıdır. Sağlık hizmetleri de bu hakka dönük tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Aynı zamanda, sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri ile ilgili hükümler, Anayasamızın 56. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddeye göre:

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal

¹⁹ Ümit Turan Ertem, *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, (Ed. F.A. Ay) Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007, s.111

²⁰ Zafer Öztekin, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004, s.56

²¹ Kenan Bulutoğlu, *Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Durumu*, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1988, s.251

kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Görüldüğü gibi, sağlıklı yaşama hakkı her vatandaş için aynı zamanda anayasal bir haktır. Herkesin bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı yaşamasını sağlamak ve iktisadi kalkınmanın ana unsuru olan sağlıklı işgücü yetiştirmek için gerekli tedbirleri almak, devletin anayasal bir görevidir. Devlet bu görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yapar.

Günümüzde insanlar sağlıklı bir yaşam için sadece hastalıkların önlenmesine yönelik sağlığı koruma çabalarını yeterli görmemektedir. Bunun yanında, tükettikleri gıdanın sağlıklı olmasını ve piyasada yer alan ürünlerin güvenlik standartlarını karşılamasını, kendilerinin ve çocuklarının sağlıklı bir çevrede yaşamlarını sürdürmelerini, işyerlerinde güvenlik ve sağlık bilgisi koşullarının sağlanmasını ve hatta yolculuk ve geziler sırasında üst düzey bir sağlık yardımı almak ve danışma hizmetlerinden yararlanabilmeyi de istemektedirler.²²

Dolayısıyla sağlık hizmetleri insanların istek ve gereksinimlere yanıt verebilecek düzeyde olmalıdır. Daha iyi ve daha sağlıklı bir ortamda yaşamak, çağımızın sürdürülebilir kalkınma anlayışı bağlamında, tüm insanların ortak beklentisidir. “Bu beklentiye ulaşabilmek için, yaşam kalite ve standartlarının yükseltilmesi ve yükseltilmiş standartlara ulaşılabilirliğin artırılması gereklidir.”²³

Günümüzde sağlık hizmetlerinin gerektiği zaman, gereken nitelikte bulunabilmesi ve hizmetlerin finanse ediliş biçimi tüm toplumlardaki bireyleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur.²⁴ Siyasal felsefe bakımından sağlık hizmetleri, bir kişinin vazgeçilmez temel beşeri haklarını güvence altına almak için gerekli görülmektedir. Sağlık hizmetleri; kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi

²² Sağlık Bakanlığı, *Herkesin Sağlığı: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2001, s.3

²³ Asım Balcı, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Atlas Yayınları, İstanbul, 2005, s.59

²⁴ Hikmet Seçim, *Hastane İşletmeciliği*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1995, s.271

ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde ele alınabilir. Buna göre:²⁵

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri “kişilerin sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilmektedir.
- Sağlık hizmetleri hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur.
- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel birimlerin sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim sürecinin kâr amacı taşıması ya da taşıması değil, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılması önemli olmaktadır ve bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sektöründe kâr amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlarda yer almaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Sektörünün Özellikleri

Bir toplumdaki sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun ana kaynağını teşkil eden sağlıklı olma halini yansıtan temel göstergelerdir. Bu yönü ile, bireylerin sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devlet görevi olarak hükümetleri ilgilendirdiği gibi, fertlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin giderek artması tüm dünyada sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmaktadır.²⁶

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi

²⁵ Yavuz Odabaşı, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2001, s.25

²⁶ Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s.13

yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır.²⁷ Sağlık kuruluşları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinden kaçınmak, rekabette üstünlük sağlamak, daha iyi hizmet sunmak, dış çevre ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak için diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içerisine girebilmektedirler. Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği ve bütünleşme, bütüncül sağlık hizmeti veren kuruluşların ortaya çıkmasına neden olmuştur.²⁸

Sağlık hizmetleri kamu olarak verilirken özel şahıslarında vermiş olduğu bir hizmettir. Sağlık hizmetinde önemli olan sağlanacak kar yarardan çok kişilerin ihtiyacını karşılayabilmesi ve doyum ulaştırmasıdır. Bu tüm kurumlarda sağlık hizmetinin bir amacı olarak görülmesi gerekmektedir. Bu özelliğiyle birçok kurumdan amaç olarak ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayrı tutan bazı temel özellikleri vardır. Bu özellikler;²⁹

Sağlık hizmetlerinin bütünlük özellikleri: Sağlık hizmetleri, sağlıklı doğrudan, dolaylı veya uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri; temel, koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan asıl sağlık hizmetlerini ve ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütündür.³⁰

Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması: Sağlık hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi için gerekli olduğundan tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Dolayısıyla “sosyal bir devlet olmanın gereği sağlık hizmetleri serbest piyasa mekanizmasına bırakılmayıp devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir.”³¹ Salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her bireyi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarında da

²⁷ Osman Hayran ve Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s.34

²⁸ Şahin Kavuncubaşı, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s.42

²⁹ Mehmet Tokat, *Sağlık Ekonomisi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1998, s.2

³⁰ Erdal Sargutan, *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı*, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s.13

³¹ Nurcan Turan, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004, s.8

yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. “Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir.”³²

Sağlık hizmetlerinin temel gereksinim olmama özelliği: Temel gereksinimler insanlar için her zaman vazgeçilemez ve ertelenemez bir özellik taşırlar. Her zaman temel ve vazgeçilmez bir hak ve bazen dirimsel ve zorunlu bir gereksinim olmasına karşın genel kategorik sınıflandırmada sağlık, temel gereksinimlerden birisi değildir. Ancak sağlık gereksiniminin temel gereksinim olmama özelliği hiçbir zaman onun önemsiz ve göz ardı edilebilecek bir hizmet olduğu anlamına gelmez, tersine, sağlık tüm sektörlere dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.

Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği özelliği: Sağlık hizmetlerinin temel gereksinimler kapsamında yer almaması, ertelenebilme özelliğinin olması sağlık hizmetlerine büyük bir talep esnekliği sağlamaktadır. Sağlıklarını önemsemeyenler temel gereksinim olmama ve talep esnekliğinden yararlanarak sağlık hizmeti taleplerini acil bir durum oluncaya kadar erteleyebilirler.

Sağlık hizmetleri talebinin önceden belirlenememesi: Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri, talebin ne zaman ortaya çıkacağıının belli olmamasıdır. Buna ilave olarak hastalığın maliyeti de belirsiz ve büyük boyuttadır. Yani kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. Başka bir ifade ile, sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı kolayca öngörülemmez. Belirli bir yaşa kadar çok fazla sağlık hizmetine gerek duymayan ya da ciddi bir sağlık hizmetleri tüketicisi olmayan bir kişi, kronik bir hastalığa yakalanarak çok ciddi bir hizmet kullanıcısı olabilir. “Sağlık hizmetlerinde talep ya da hizmet tüketiminin tam olarak belirlenememesi ekonomik fizibilite yapmayı güçleştirmekte ve ekonomik riski artırmaktadır.”³³ Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağıının bilinmemesi, kişilerin bu harcamalarını karşılamak üzere bütçelerinde plan yapmamış olmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kerede ödenemeyecek kadar fazla olması, hem bireysel hem de kamusal anlamda önlem alınmasını gerektirmektedir. Bu amaçla sağlık

³² Odabaşı, s.27-28

³³ Tokat, *Sağlık Ekonomisi*, s.4-5

sigortaları geliştirilmiştir. Sağlık sigortası sistemi ile önceden ödeme yöntemiyle risk bölüşümü sağlanmakta, ani ve çok yüksek maliyetlere karşı, hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır.³⁴

Sağlık hizmetleri fiyatındaki değişmelerin talebi etkilememesi: Sağlık sektörü dışındaki birçok mal ve hizmet için kişiler başta ekonomik olmak üzere çeşitli nedenlerle taleplerini erteleyebilirler. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği pek çok durumda hizmetin kullanımı ertelenemez. Bunun yanı sıra, tedavide erken tanının önemi dikkate alındığı zaman hizmetlerin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara neden olabilir. hizmetlerin kullanımının ertelenmesi kişide kalıcı hastalık ya da sakatlıkların oluşmasında da etkili olabilmektedir.³⁵ Dolayısı ile gerek duyduğu anda kişinin herhangi bir etmene ya da kısıtlamaya bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmalıdır. Hasta için sağlık hizmetlerinin kullanılması zorunlu ve ertelenemez bir gereksinim olduğundan fiyatlardaki değişikliklere karşı gösterilecek duyarlılık oldukça zayıf olmaktadır. Yani fiyatlardaki artış sağlık hizmetlerine olan gereksinimi dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi fiyatlardaki düşüşte talepte artış oluşturmaz.

Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamama özelliği: Sağlık hizmeti gereksinimi çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Hastalık her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için herhangi bir üründe olduğu gibi sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan söz etme olanağı yoktur. Sağlık hizmeti kişiye, hekime, sağlık kuruluşlarında teşhis ve bakımda kullanılan teknolojinin özelliğine, koşullara gibi etkenlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.³⁶

Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması: Mal ve hizmetlerdeki ikame özelliği yani birinin sağlayacağı yararın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifi oluşturduğundan oldukça önemli bir özelliktir. Ancak herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir tür sağlık hizmeti ile ikamesi olanağı bulunmamaktadır. “Hastanın kendisine önerilen bir tedavi yöntemini kabul etmeyip hastalığı kendi haline bırakması ya da tedavi için yapılması şart olan bir ameliyat pahalı diye farklı bir tedavinin uygulanması gibi bir durum söz konusu

³⁴ Karafakıoğlu, s.39

³⁵ Turan, s.11

³⁶ Sıdika Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Kitabevi, İstanbul, 2005, s.22

olmamaktadır.”³⁷ Hasta hekimin önerdiği tedavi hizmetini almak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz; sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez ve bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden biridir. Sağlık hizmeti alması gereken bir hastaya parası ya da sağlıkla ilgili güvencesi yok diye sağlık hizmeti verilmemesi, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu kabulünü yok sayar.³⁸ İkame olasılığının bulunması tüketicilerin kendilerini irrasyonel davranışlara karşı korumalarını sağlar. Ancak sağlık hizmeti tüketicisi, kendini ekonomik açıdan koruyabilmek için başka seçeneklere sahip değildir.

Sağlık hizmetlerinde fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyonun zayıf olması özelliği: Sağlık fiyatı biçilemeyen, ekonomik ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ile maliyetler arasında çoğu zaman korelasyonun olmamasının iki temel nedeni vardır.³⁹ İlki sağlık hizmetleri talebinin rastlantı sonucu değil gereksinime göre oluşması, başka bir hizmet ile ikame edilememesi, ertelenemez nitelikte oluşu ile tedavinin türü, kapsamı, uzunluğu gibi konularda tüketicinin inisiyatifi büyük oranda doktoruna bırakmasını gerektirdiği için önerilen sağlık hizmetlerinin fiyatı konusunda tüketicinin pazarlık şansının bulunmamasıdır. İkinci neden ise, sağlık hizmetinin karşılığının her hizmet ortaya çıktığında değil, genel olarak bir sistem çerçevesinde ödenmesidir.

Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekimin belirlemesi: İnsanlar serbest piyasada var olan birçok ürün ve hizmet hakkında bilgi sahibi olup kendi kendilerine satın alma kararı verebilirler, ancak sağlık alanında karar verirken mutlaka bir uzmandan yardım almak zorundadırlar. Tam rekabet ortamında kişiler ya piyasa hakkında tam bilgi sahibidirler ya da bilgiye kolaylıkla ve çok düşük maliyetlerle ulaşabilmeleri mümkündür. Piyasa hakkında tüketicinin tam bilgiye sahip olması varsayımı, satın alınması muhtemel farklı mal ve hizmetlerin kendisine ne tür yararlar getireceğinin hesap edebilmesinin mümkün olduğu fikrinden

³⁷ Tokat, *Sağlık Ekonomisi*, s.3

³⁸ Sevda Demirbilek, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri*, İlkem Ofset, İzmir, 1999, s.55

³⁹ Odabaşı, s.28

kaynaklanmaktadır. Bu durum büyük oranda tüketicinin ilgili ürüne ödemeyi göze aldığı fiyatla ilgilidir. Ancak sağlık hizmetlerinde bu durum söz konusu değildir.⁴⁰

Sağlık hizmetlerinin sosyal amaçlı olması: “İnsan sağlığına parasal bir değer biçilememesi sağlık hizmetlerinin kâr amacından çok sosyal amaçlı sunulması gereğini doğurmuştur.”⁴¹

Sağlık sektöründe kaynakların kısıtlılığı ve tüm sağlık giderlerinin bu kaynaklarla sağlanamaması, sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde temel nedenlerdendir. Bu noktada, kısıtlı kaynakları verimli ve etkin bir şekilde kullanarak, bundan toplumun en yüksek düzeyde sağlık geliri elde etmesinin kaynağını, önceliklerin iyi bir şekilde belirlenmesi almaktadır. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi; kaynakların etkili ve verimli dağıtımı ve kullanımı yanında sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesinin sağlanması için gereklidir.⁴² Son yıllarda, bilgi ve iletişim teknolojinin gelişimiyle sağlık sektöründe gelişimler kendisini hissettirmiştir. Dolayısıyla halkın bilgi düzeyi yükselmiş, pek çok hastalığın teşhis ve tedavisi de olanaklı hale gelmiş, yaşam süresi uzamıştır.

Sağlık hizmetlerine olan taleple birlikte, sağlık harcamalarındaki artış, sosyal güvenlik kuruluşlarına ve kişilere aşırı finans yükü binmesine de neden olmuştur. Bu suretle hizmet sunucuları, sürekliliğin sağlanabilmesi için yeni arayışlara girmiştir. Çözüm olarak birçok strateji arasından öncelik belirleme öncelikli olarak yer almıştır. Öncelik belirleme; yanlış kaynak ayırımının engellenmesi, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması, verimsizliğin önüne geçilmesi ve giderek artan maliyetler karşısında mevcut kaynakların olmaktadır.⁴³

Türkiye’de gelişmiş ülkelerde yaşanan eğilimlere koşut bir demografik geçiş ve bununla ilişkili olarak yaşlılık ve sosyoekonomik etkenlere bağlı hastalık ve ölüm haline bağlı olarak sağlık, sosyal güvenlik sorunlarının ve harcamalarının artacağını beklemek kötümser bir tahmin olmanın ötesine geçmiştir bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığa ulaşımın daha yaygın bir duruma

⁴⁰ Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 2001, s.52

⁴¹ Tokat, *Sağlık Ekonomisi*, s.38

⁴² Huriye Çatalca, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2003, s.26

⁴³ A. Balcı, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim*, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul, 2005, s.11

getirilmesi ile daha çok hastanın daha çok hastaneye tedavi için başvurması durumu oluşturulmuş olup, bu doğrultuda ilaç tüketimi artmış, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmış ve tıp hizmetlerinin “olmazsa olmaz” ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksaması ve uzman personel sıkıntısının artma riski baş göstermiştir. Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiler çok daha yakından incelenmesi gereken bir konu haline gelmiştir.

Türkiye, kamu sağlık harcamaları son on yıllık dönemde en hızlı yükseliş oranı gösteren ülkeler arasında bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılasına oranı OECD ortalaması olan yüzde 9,6’nın altında, yüzde 6,2 düzeyinde çıkmaktadır. Sağlık harcamalarına 2000-2009 döneminde kişi başına gerçek artış yönünden değerlendirildiğinde, Türkiye’nin yüzde 6,3 ile altıncı sırada bulunduğu; aynı dönemde gayri safi yurtiçi hasılasının kişi başına gerçek artışının yüzde 3,6 düzeyinde bulunduğu görülmektedir. Bu veriler OECD ortalamasında sırası ile yüzde 4 ve yüzde 1,6’dır.⁴⁴

2000’li yılların başında gayri safi yurtiçi hasılasının yüzde 5’leri düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları, 2010’lu yıllara gelince yüzde 6 düzeyine ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları ise yüzde 3’ten yüzde 4,5’e ulaşmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı belirleyen, kamu sağlık harcamalarında dönem boyunca yaşanan gerçek artış olmuştur. 1990’lı yıllara göre değerlendirildiğinde ise sağlık harcamalarındaki artış çok daha dikkat çekici olmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılasına oranı 1990’ların sonunda yüzde 3’ün altında iken, günümüzde bu oran yüzde 4’lerin üzerine çıkmıştır.⁴⁵

Sağlık harcamalarındaki artış oranları kurumsal olarak değerlendirildiğinde bütçenin sağlık harcamaları içindeki payı düşerken sosyal güvenlik sistemine yönelik olarak çıkarılan yasal düzenlemelerin uygulanması doğrultusunda Sosyal Güvenlik Kurumu payında artış görülmektedir. 2000 yılında merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kurumların payı yüzde 40,6 düzeyinde bulunmakta iken, bu pay 2012 yılında yüzde 26,3'lere düşmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu payı ise aynı dönemde sırası ile yüzde 54,3 ve yüzde 71,8 olmaktadır.

⁴⁴ Hasan Hüseyin Yıldırım, *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı*, Anadolu Üniversitesi Yayınları Eskişehir, 2012, s.46

⁴⁵ Yıldırım, s.46

Sağlık harcamalarındaki etkinlik yönünden gerekli olarak kullanılan göstergelerden biri de sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı olmaktadır. Türkiye, OECD ülkeleri içinde sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan kaynağın en yüksek olduğu ülkelerdendir. Kamu ilaç harcamaları, ilaç tüketimindeki artışla orantılı olarak, dönem içinde sabit fiyatlarla bir artış içinde olduğu görülmektedir. 2003 yılı sağlık alanındaki fiyatlar baz alınarak yapılmış olan hesaplamada, 2003 yılında 7,3 milyar TL olan kamu ilaç harcamaları 2012 yılı sonunda yüzde 95 oranındaki artış sağlayarak 14,3 milyar TL'ye ulaşmıştır. Bu düzeydeki bir artış finansal sürdürülebilirlik yönünden Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bütçe dengeleri üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır.⁴⁶

2012 yılında bütçe sağlık harcamalarında, yeşil kart harcamalarının dışında olarak, koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin kamu halk sağlığı harcamalarının payı yüzde 4,8 olup, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 1,2 düzeyindedir. 2011 yılı verileri ele alındığında bunun sırasıyla yüzde 6,2 ve yüzde 1,5 civarında olduğu görülmektedir. 2011 yılı bazı olarak değerlendirildiğinde, kamu halk sağlığı ödemelerinde ise düşüş kaydedilmektedir. Türkiye, halk sağlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük düzeyde olduğu ülkeler sınıflandırılması kapsamında bulunmaktadır. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde halk sağlığı harcamalarının payı yüzde 2 ile yüzde 7 arasında değişirken, bu oranın Türkiye'de yüzde 1'in altında olduğu görülmektedir.⁴⁷

Sağlıkta ülkelerin gelişmişliklerinin bir göstergesi olan yüksek hizmet kalitesinin sağlanması ve buna paralel finansmanının sürdürülebilir olması için yenilikçi uygulamaların ülkeye çekilmesi kritik önem taşımaktadır. Ar-Ge harcamalarının en yüksek olduğu sektör olan sağlık sektörü, desteklenerek yatırımların Türkiye'ye çekilmesi önemli bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Ar-Ge alanında önemli bütçelere sahip olan klinik araştırmaların da Türkiye'ye çekilmesi için bir fırsat olduğu düşünülmektedir.⁴⁸

Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile değişen organizasyon yapısı ile birlikte, Bakanlık bünyesinde bulunan

⁴⁶ Yıldırım, s.46-47

⁴⁷ TEPAV, "2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve" Mal İzleme Raporu İstikrar Enstitüsü, s.42, http://www.tepav.org.tr/upload/files/1328783545-9.Mali_Izleme_Raporu_2012_Mali_Yili_Butcesi_ve_Makro_Cerceve.pdf (29.07.2014)

⁴⁸ Deloitte, "Türkiye Sağlık Sektörü Raporu" 2012, s.3

“Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” ile “Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü” ilaç ve tıbbi cihaz sektöründe araştırma ve geliştirme çalışmalarını hızlandırdığı da belirtilmektedir. Tıbbi cihazların yerleştirme projesiyle birlikte sağlık sektöründe kullanılan yabancı kaynaklı cihazların oranının düşürülmek suretiyle cari açığın de düşük düzeyde tutulması hedeflenmektedir.⁴⁹

1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinden söz edildiğinde, üretilen mal ve hizmetler, hizmetlerin üreticisi olan doktorların teknik bilgi ve yetenekleri, sağlık kuruluşlarının teknolojik kapasiteleri, özel testler, ameliyat prosedürü gibi konular düşünülmektedir. Diğer taraftan, tüketicilerin bu kavrama yaklaşımları daha farklıdır. Sağlık hizmetleri hususunda tüketiciler için tıbbi bakım yanında sağlık personeliyle etkili iletişim, sağlık hizmetinin sağlanmasındaki kolaylık, fiziki olanaklar ve hizmeti üreten kişilerin kendilerine karşı tutumu önemli unsurlardır.⁵⁰

Sağlık hizmetleri sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine özgü kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.⁵¹

Sağlık hizmetlerinin yaşamsal özelliği ve hizmet üretiminde sağlık çalışanlarının oynadığı rolün ciddiyeti ve çalışanların özellikleri, insan kaynakları yönetiminin önemini arttırmış ve insan kaynakları yönetiminin etik alanlarının da gelişmesini sağlamıştır. Hasta bakım hizmeti sunmak için kurulmuş olan hastaneler, hedeflerine ulaşmak için personel, alet ve donanım gibi var olan kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadır. Sağlık çalışanları, emek-yoğun bir şekilde hizmetlerini sürdüren bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araç olmaktadır.

⁴⁹ Barış Çoruh, “Biyomedikal Mühendisliğinin Sektördeki Yeri ve Biyomedikal Mühendisliğinde Ar-Ge Çalışmaları” *TMMOB EMO Ankara Şubesi Haber Bülteni*, 2012, s.26

⁵⁰ Huriye Çatalca, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2003, s.38

⁵¹ Tefvik Özlü, *Hasta Hakları*, Timaş Yayınları, İstanbul, 2005, s.47

Sağlık kuruluşlarının ana girdilerinin başında, insan kaynakları gelmektedir. Tıp biliminde ve teknolojisinde ortaya çıkan gelişmeler, yeni bakım olanaklarının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu gelişmelere koşut olarak sağlık örgütlerinde aşırı iş bölümü, uzmanlaşma ve daha nitelikli personel gereksinimi de artmıştır.⁵² Hizmetler sektörünün önemli bir yapısı olan hastanelerde hizmetler, pek çok hizmet ekibi ile birlikte yürütülmektedir. Bu hizmet ekiplerinde doktor, hemşire, ebe, hastabakıcı gibi sağlık elemanlarının yanı sıra muhasebeci, bilgisayar elemanı, sekreter, aşçı gibi değişik alan ve mesleklerde çalışanları da görmek mümkündür. Farklı işgücü gerektiren bu grupların her birisinde hastalara gerektiği gibi bakım hizmetlerinin verilmesi hastanelerden beklenen en önemli unsurlar olmaktadır.

Gerek kamusal otorite gerekse toplumsal baskı grupları ile sıkı etkileşim halinde bulunan bir girişim olarak hastanelerin yönetimi, hem karmaşık hem de güçtür. Aynı zamanda hızlı nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık bilincinin yükselmesi, hastaların değişen talepleri, tıbbi uygulama gereksinimlerinin artması, aşırı rekabet, tıp alanında ileri teknolojilerin hızla yaygınlaşmasından dolayı hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde yönetimi oldukça önem kazanmıştır. Artık hastanelerde işgücü verimliliğinin iyileştirilmesi için toplam kalite yönetimi, dış kaynaklardan yararlanma ve değişim mühendisliği gibi teknikler en fazla uygulama alanı bulan çağdaş yönetim tekniklerinden yararlanmaktadır.⁵³

Son yirmi yıldır tüm dünyada sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında yeniden yönetim politikaları etkin rol oynamaktadır. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması ile birlikte sağlık kuruluşlarında idari ve finansal özerkliği sağlamak, birikimi teşvik etmek, verimlilik ve kaliteyi arttırmak için kamu hastane birlikleri kurulması hedeflenmiştir. Kamu hastane birliklerinin kurulmasıyla yeni kamu yönetim uygulamaları devreye girmiştir.⁵⁴

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, kamu hastanelerini tek çatı altında toplayarak, ilaç ihalelerini Sosyal Güvenlik

⁵² Şahin Kavuncubaşı ve Adnan Kısa, *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Eskişehir, 2002, s.23-25

⁵³ Şahin Kavuncubaşı, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara, 2000, s.193-194

⁵⁴ Ramazan Erdem, "Hastane Yönetim Kurulu ve Kamu Hastane Birlikleri" *Sağlık Kurumları Yönetimi I*, 2012, s.148

Kurumu'ndan devralacağı ifade edilmektedir. Mart 2012'de 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, kamu sektöründe gerçekleştirilen tüm sağlık harcamalarını tek elden yürüterek, eski sağlık harcamalarının yanı sıra ilaç pazarlığı ve hastanelerin tüm tedariklerini de üstleneceği belirtilmektedir. Bu uygulama ile gelir ve gider kontrolünün daha sağlıklı bir duruma getirileceği de vurgulanmaktadır. Kamu Hastaneleri Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alacağı ilaç pazarlığı ile kurumun egemen olacağı pazarın büyüklüğünün 100 milyar TL'ye yaklaşacağı, dolayısıyla Sosyal Güvenlik Kurumu'nun açığını da kapatmasının beklendiği ifade edilmektedir. Kamu Hastaneleri Kurumu'nun değiştireceği unsurlar ise şu şekilde değerlendirilmektedir:⁵⁵

- İlaç sektörünün baş aktörü olması,
- Kamu hastanelerinin tedariklerinden sorumlu olması,
- Başhekim ve rektörlerin yetkilerini kısıtlaması,
- Kamu sağlık ihalelerinin kurumdan sorulması şeklindedir.

Sağlık Bakanlığı'nın değişen yapısından dolayı bu düzenlemede, sağlık kuruluşlarının, her ildeki kamu hastaneleri birliklerine bağlanmasıyla sağlık hizmetlerinin daha hızlı ve verimli bir şekilde sunulacağı planlanmaktadır. Kamu hastanelerinin aşırı merkeziyetçi olması, Sağlık Bakanlığı ile arasında eşgüdümün çok zayıf olması, hastane üst yönetiminin profesyonel yöneticilik eğitiminden yoksun olması, karar almada resmi prosedürlerin bulunması, yöneticilerinin ve politikacıların bir aracı durumuna gelmeleri gibi sorunları minimum düzeye indirmek için 2.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir.⁵⁶

Kamu hastane birliklerinin kurulmasıyla hastane kuruluşlarının sağlık hizmetlerinin finansman sisteminde, hastanelerin konumuna göre ücretlerinin

⁵⁵Sağlık-Sen, "Sağlığın Patronu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Olacak" 2012 <http://www.saglikpersoneli.com.tr/saglik-sektoru/sagligin-patronu-turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-olacak-h12332.html> (29.07.2014)

⁵⁶ 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R.G. Tarihi: 2.11.2011, R.G. 28103 (madde 29) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>

belirlenmesinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, insan kaynakları yönetim sisteminde, yönetsel ve finansal özerklik sağlanmasında, eşgüdüm, denetim gibi konularda bir değişim sağlanmış olacaktır. Kamu hastane birlikleri ile il düzeyinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının işletilmesi öngörülmüştür. Verilen hizmetin büyüklüğü dikkate alınmak suretiyle aynı ilde birden fazla kamu hastane birliği kurulabilir. Bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmamaktadır. Birden fazla Kamu Hastane Birliği kurulan illerde ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilmektedir.

Kısaca, çeşitli kamu yönetimlerine bağlı olarak etkinlik gösteren hastanelerin tek çatı altında toplanarak kamu kaynaklarının verimsiz kullanımının engellenmesi, madde ve insan gücünde kamu kaynaklarının tek merkezden planlanması amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra hastanelerin kendi gelirlerini edinmesi ve bunların hizmet gereklerine göre kullanılmasının sağlanacağı düşünülmüştür. Bununla birlikte Türk Tabipleri Odası ve sağlık sendikalarına göre, yeni yapılanma kamu hastane birlikleri çatısı altında “özerk” sağlık işletmesi konumuna geçirmeyi öngörmektedir. Dolayısı ile bu model ile sağlık hizmetinin “sosyal devlet” anlayışı çerçevesinde “temel bir insan hakkı” olarak gören bir anlayışa değil, “ücretini ödeyenlerin yararlanabildiği bir piyasa malı” olarak anlayışa dayandığı vurgulanmaktadır.⁵⁷

Onuncu Kalkınma Planı’na göre Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedildiği belirtilmektedir.⁵⁸ Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlandığı ifade edilmektedir (madde 166).

Kalkınma planının 167 maddesinde de; temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler görüldüğü, kişi başı hekim müracaat sayısının 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2’ye, sağlık personeli sayısının 378 binden 670 bin kişiye ulaştığı, tüm iyileşmelerin hasta memnuniyet oranına da yansiyarak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranının 2012 yılında yüzde 75’e vardığı belirtilmektedir.

⁵⁷ Faruk Ataay, “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Bir Değerlendirme” Türk Tabipleri Birliği, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu_hastane.pdf (29.07.2014)

⁵⁸ Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) , 2 Temmuz 2013, s.35

Kamu kaynaklarına ek olarak sağlık yatırımlarında kamu ve özel yöntemiyle de gerçekleştirilmesine yönelik olarak yasal düzenlemenin yapıldığı ve bu yolla büyük şehirler başta olmak üzere 2013 Mayıs ayı itibariyle 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatıldığı (madde 168), diğer taraftan da daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performans dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde ve sağlık insan gücünde de iyileştirme ihtiyacının sürdüğü ifade edilmektedir (madde 169).

Onuncu Kalkınma Planı'na göre izlenecek olan politikalar da şu şekilde belirlenmiştir:⁵⁹

- Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.
- Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.
- Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir.
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir.
- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi, kullanımı ve bunlara yönelik harcamaların etkinliği kontrol edilecektir.
- Sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirilecektir.
- Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformlar hayata geçirilecektir.

⁵⁹ Onuncu Kalkınma Planı, (madde173-183), s.36-37

- Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitime ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir.
- Tüketiciler yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirilecek, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketimi yaygınlaştırılacaktır.
- Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesi sağlanacaktır.

Gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu kaynaklarının verimli kullanılmasıyla, 2010-2012 yıllarını kapsayan orta vadeli mali plan ile mali sürdürülebilirlik güvence altına alınmış, 2003-2011 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış yüzde 92 iken, kamu sağlık harcamalarında ise bu oran sadece yüzde 74 olmuştur. Gerçekleştirilen araştırmalarda ise 2003 yılında yüzde 39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılı sonunda yüzde 75,9'a ulaşmıştır.⁶⁰

Sağlık kuruluşları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinin önüne geçmek, rekabette avantaj sağlamak, kaliteli hizmet sunmak, dış çevre ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak için diğer sağlık kuruluşlarıyla birliktelik içinde olabilmektedir. Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği ve entegrasyon, bütüncül sağlık hizmeti veren kuruluşların ortaya çıkmasına neden olmuştur.⁶¹ Örneğin bir hastane, hasta potansiyelini yükseltmek, yatak kapasitesi ve teknik olanaklarının daha verimli kullanılması için özel hekimlerle, sağlık ocaklarıyla veya hemşirelik bakım merkezleriyle işbirliği yapabilmektedir. Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri olarak üç grupta toplanmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

⁶⁰ Recep Akdağ, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu* (2003-2011), 2012, s.52

⁶¹ Erdem, s.151

Koruyucu sağlık hizmetleri, birey ve toplumun sağlığını korunup geliştirilmesi için bireye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemlerin tümünü belirtir. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler.⁶² Sosyal devlet olma özelliği sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanması zorunlu kılar. Bu özelliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulur. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık olasılığının azaltılması hedeflenir. “Önleme amaçlı sağlık hizmetleri, koruyucu uygulamalar eşliğinde bireylere yönelik kişisel fayda doğurur nitelikte olsa da, uygulama alanı bulunmadığı zaman ortaya çıkabilecek sosyal maliyetler düşünöldüğünde, göreceli bir sosyal fayda birikimine sahiptir.”⁶³ Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık olasılığının azaltılması amaç edinildiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm bireyleri bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu hizmetler bireylerde hastalığın doğrudan tedavisi ile ilgili değildir.

Koruyucu sağlık hizmetleri çok geniş kapsamlı bir hizmet türüdür. Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan kişilerin aşılması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, sağlık ve hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi, çevre kirliliğinin önlenmesi, işyeri çalışma koşullarının ve gıda maddeleri üretiminin iyileştirilmesi bu kapsama dahil edilebilir.⁶⁴ Koruyucu sağlık hizmetleri, il sağlık müdürlüklerine bağlı gıda ve çevre kontrol şube müdürlüğü, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması şube müdürlüğü, bulaşıcı hastalıklar şube müdürlüğü, eğitim şube müdürlüğü tarafından yürütölmektedir. Ayrıca halk sağlığı laboratuvarları, dispanserler ve koruyucu sağlık hizmeti denince ilk olarak akla gelen merkez sağlık ocakları, köy tipi sağlık ocakları ve sağlık evleri vardır.⁶⁵

Koruyucu sağlık hizmetleri de bireye ve topluma yönelik ve de çevreye yönelik olmak üzere iki alt kısımda incelenebilir.

- *Bireye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri*; Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ise; ferdi hijyen, beslenme alışkanlıklarının

⁶² Yavuz Odabaşı, *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1998, s.8

⁶³ Ferdi Çelikay, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği” *Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2009, s.14

⁶⁴ Ayşe Yiğit Şakar, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, İstanbul, 1999, s.18

⁶⁵ Bilal Ak, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Yeni Asya Yayıncılık, Ankara, 1990, s.218

düzeltilmesi, bağışıklama, erken teşhis, aile planlaması, sağlık eğitimi vb. hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetlerden kişiye yönelik olanları doğrudan sağlık ekibinin görevi iken, sağlık ekibi çevreye yönelik hizmetlerde daha çok denetleyip yol gösterici bir hizmet görür.⁶⁶

- *Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri*; Çevreye yönelik olarak; doğanın ve çevrenin korunması, bunun için çevre ve hava kirlenmesi ile mücadele, çöp vb. atıkların yok edilmesi, gürültüden korunma, radyasyondan korunma, vektör denetimi, besin hijyeni, kanalizasyon ve kanalizasyon atıklarının arıtılması, kaliteli, yeterli ve kullanılabilir içme ve kullanama suyu kaynaklarının temini hizmetleri sayılmaktadır.⁶⁷

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

“Hasta olmaları önlenemeyen kişilerin hastalıklarının ortaya çıkması durumunda kişileri tekrar sağlıklı duruma getirmek için ortaya konan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sorumlu bir hekim eşliğinde, diğer sağlık personeli katkılarıyla verilir.”⁶⁸ Hastaları tedavi etmek için düzenlenen hizmetler, tedavi edici sağlık hizmetleridir. Dolayısıyla, sağlık ocakları, dispanserler, ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi tedavi merkezlerinde hastalıkların evde veya ayakta teşhis ve tedavisi için gerçekleştirilen hizmetler; tam teşekkülü devlet hastanelerinde, SSK hastanelerinde, özel hastanelerde hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için gerçekleştirilen hizmetler ile üniversite hastaneleri, kanser hastaneleri gibi özel tedavi gerektiren hastalıkları tedavi etmek için gerçekleştirilen hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleridir.⁶⁹

Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanır. Hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. “Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi

⁶⁶ Nevzat Eren, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1984, s.183

⁶⁷ Ak, s.218

⁶⁸ Sümeyye Özmen, “Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri” *Yüksek Lisans Tezi*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2013, s.9

⁶⁹ Ak, s.220

sürecini kapsayan hizmetlerdir.”⁷⁰ Tedavi edici sağlık hizmetleri, en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir. Buna göre tedavi edici sağlık hizmetleri dört basamağa ayrılır. Bunlar kendi kendine bakım, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri şeklinde ele alınmaktadır.

- *Kendi Kendine Bakım*; Hastanın kendi kendini iyileştirmeye çalışması ya da yakınlarının ve çevresindekilerin hastayı iyileştirmek için yaptıkları tedavilerdir. Bu amaçla evde yapılan ilaçlar ya da eczaneden alınan ilaçlar kullanılmaktadır.
- *Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri*: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları özel poliklinikler ve muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır.⁷¹ Başka bir ifade ile hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından ayakta muayene ve tedavisidir. Hastanın muayene edildiği yer genellikle yataksız bir tedavi kurumu olmakla birlikte, hastanın bulunduğu yer, evi ya da başka bir yer de olabilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilere ihtiyaç duydukları yerde ve ölçüde sağlık hizmeti sunan örgütlenme modelidir. Dayandığı temel ilkeler ise şunlardır: Halka en yakın konumda yer alır, ücretsiz hizmet sunar, koruyucu geliştirici, iyileştirici hizmetleri bütün halinde ulaştırır, ekip hizmeti sunar, sınırları belirli alandaki saptanmış bir nüfustan sorumludur, hizmet gerektiğinde evde ve ilgili yerde geçici olarak verilir, herkese eşit, gerektiğinde özelliikli ve öncelikli hizmet sunulur.⁷²
- *İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri*: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergeye göre ise; hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak

⁷⁰ Nurgül Yavuz, “Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması” *Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2011, s.21

⁷¹ Ak, s.220

⁷² Şakar, s.22-23

tedavileridir.⁷³ “Bu basamakta hastalar, devlet ya da özel hastaneler ile özel tıp merkezlerinde ayakta veya yatarak tedavi edilmektedir.”⁷⁴

- *Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:* Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir. Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir.⁷⁵

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

“Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen sakat kalan ve işgücünü kaybedenlere, işgücü ve çalışma olanağı sağlanmasına yönelik hizmetlere rehabilitasyon hizmetleri denir.”⁷⁶ Burada temel amaç, kişiyi tekrar üretici duruma getirerek başkalarına bağımlı olmaktan kurtarmaktır. Rehabilitasyon hizmetleri iki farklı şekilde olabilir. Birincisi, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından, bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesi amacıyla yapılan tıbbi rehabilitasyon; diğeri ise, sosyal çalışmacılar tarafından, sakatlıkları nedeniyle eski işini yapamayacak durumda olanlara ve belli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe alıştırma amacıyla yapılan sosyal (*mesleki*) rehabilitasyondur.⁷⁷ Rehabilitasyon sağlık hizmetleri, uzun süre verilmesi gereken, tedavi sonuçlarının ne olacağı önceden tam olarak tahmin edilemeyen, pahalı teknik araç ve gereçleri gerektiren maliyeti yüksek hizmetlerdir. Bu tür sağlık hizmetleri bir taraftan bireysel fayda sağlarken diğeri taraftan kamusal fayda da sağlar. Örneğin ülkenin çok önemli projelerinden birini yürütmekte olan bir bilim adamının trafik kazası sonucu felç olması durumunda verilen sağlık hizmeti sonucu kişinin projeyi yürütebilecek hale gelmesi durumunda hem bireysel hem kamusal fayda sağlanmış olur.

⁷³ Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, (madde 4j)
http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M_D%C3%96K%C3%9CMANLARI/22_07_2010_14_46_17.pdf (29.07.2014)

⁷⁴ Sevdâ Demirbilek ve Murat Çolak, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği” *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2:91-111, 2008, s.94

⁷⁵ Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, (madde 4k)

⁷⁶ Nuri Kalkay, *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*, Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981 s.115

⁷⁷ Zafer Öztekin, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004, s.76

1.4. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması

Pazarlama, insan gereksinimleri ile beraber var olan bir kavramdır. Başka bir anlatımla, değişime konu olan ürün ve hizmetlerin pazarlanması, insanlığın geçirmiş olduğu değişim, yakaladığı yaşam standardı ve teknolojinin sunduğu olanaklar doğrultusunda değişmekte ve gelişmektedir.⁷⁸ Günümüzde pazarlamaya duyulan ihtiyaç ve pazarlamanın yüklendiği işlevler değiştikçe, pazarlama tanımları da değişmektedir. Cemalcılar'a göre pazarlama, "malların ve hizmetlerin üreticilerden tüketicilere doğru akışını yöneten işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesidir."⁷⁹

Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı yirmi yılı aşkın süredir kullanılmasına rağmen, ülkemizde sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda yeni yeni kullanılmaya başlamıştır. Pazarlama kavramı, özellikle kamu sağlık kuruluşları yöneticileri ve çalışanlarınca yanlış anlaşılmakta ve pazarlamaya gereken önem verilmemektedir. Bu pazarlamanın satış, reklam, promosyon olarak tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Halbuki satış, pazarlama buzdağının görünen kısmıdır. Ayrıca, sağlık hizmeti sunan kuruluşların talep fazlalığı, gelir ve giderlerin büyük bir kısmı devlet tarafından karşılandığından pazarlamadan kaçma eğilimindedir.⁸⁰ Hastanelerde pazarlama kavramı, toplum tarafından tanınmak ve güvenilir olmak, benzer standartlara sahip olan hastanelerle beklenti ve ihtiyaçlarını etkilemek amacıyla ortaya çıkmıştır.

1.4.1. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda pazarlamanın amacı; hedef pazarın tatmin düzeyini geliştirmek ve tüketicilerin beklentilerini karşılayan daha nitelikli hizmetleri sunarak işletme amaçlarına ulaşmaktır. Bununla birlikte, pazarlamanın bu hedefini gerçekleştirebilmesi, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de rekabetin yoğunlaşmasına paralel olarak ortaya çıkmaktadır.⁸¹ Rekabetin olmadığı ortamda olan hastaneler, istisnai durumlar dışında, talebin arzı aştığı durumlarda tüketicilerine tatminkar olmayan hizmetler sunarlar. Dolayısıyla, rekabetin gelişmesine paralel bir

⁷⁸ Yavuz Odabaşı, *Müşteri İlişkileri Yönetimi*, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2005, s.13

⁷⁹ İlhan Cemalcılar, *Pazarlama*, İstanbul, Beta Basım Yayım, 1996, s.10

⁸⁰ Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s.72

⁸¹ Karafakıoğlu, s.64

şekilde, sağlık sektöründe pazarlama işlevinin önemi artarak, tüketicilerin gereksinim ve taleplerinin ölçülmesi ve tatmin edilmesi ön plana çıkmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetleri pazarlaması, Alvin Toffler'in endüstriyel gelişme için öngördüğü üç aşamaya paralel bir gelişme göstermektedir. İlk aşamada, pazarlamanın ne olduğu ve kullanımın neden önem kazandığı ile ilgilenilir. İkinci aşamada, pazarlama imkanlarının kullanımı, eğitimi ve geliştirme ön plandadır. Pazarlamacılar, sağlık sektörü için eğitilmiş yeni pazarlama yöntemleri oluşturulmuştur. Bazı ileri düzeydeki pazarlama teknikleri kullanılmaya başlanmıştır. Henüz daha tam olarak yaşanmamış üçüncü aşamada, deneyimli sağlık hizmetleri pazarlama yöneticileri vardır. Bunlar, karmaşık strateji geliştirme, finansal analizler ve bilgisayar kullanımını gerçekleştirmektedir.⁸²

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında, pazarlamanın diğer uygulama alanlarına göre bazı farklılıkları söz konusudur. Bu farklı özelliklerden birincisi; değişim ilişkisinin genellikle hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenmesidir. Yeni bir düzenleme ile kârlı olan bir kuruluş birden bire kâr edemez duruma düşebilmektedir.⁸³

İkinci değişiklik; verilen hizmetin iyi eğitilmiş uzman bireyler tarafından sunulmasıdır. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar ve yöneticiler hep birlikte en iyi hizmeti sunmaya çalışırlar. Dolayısıyla, tüketicinin gözünde hizmetin kendisinden çok hizmeti verenler önem kazanmaktadır. Pazarlamanın geleneksel karma elemanları olan ürün, fiyat, dağıtım, tutundurmanın yanında beşinci eleman olarak bireylerin yer almasını sağlamaktadır.

Üçüncü nitelik ise, verilen hizmetin kalitesini kesin olarak ölçmenin güçlüğüdür. Verilen ilacın etkisinin ne olduğu, anesteziye kullanılan tekniğin ne gibi sonuçlar getirdiği ya da ameliyat sonrası bakım hizmetinin kalitesi konusunda kesin ölçme ve denetleme yapmak oldukça zordur.

Dördüncü özellik olarak; tüketicilerin söz sahibi olmadığı satıcılar pazarı olma özelliği gösterilebilir. Tüketici hizmeti talep etse bile, hangi hizmetlerin satın

⁸² Yavuz Odabaşı ve Mine Oyman, *Pazarlama İletişimi Yönetimi*, MediaCat Yayınları, İstanbul, 2009, s.32

⁸³ Odabaşı ve Oyman, s.33-34

alınacağına hastaneler ve doktorlar karar vermektedir. Bu yönden, doktor ve hasta arasındaki ilişki karşılıklı güven ve inanca dayanır. Son özellik ise, dağıtım ile ilişkili olmaktadır. Ürünlerin dağıtımında; ürünün tüketicilere nasıl ulaştırılacağı tespit edilmeye çalışırken, sağlık hizmetlerinin dağıtımında tüketicinin verilen hizmete nasıl ulaştırılacağı önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan kurumların daha büyük pay almak amacıyla rekabet etmeleri desteklenmelidir. Bununla birlikte, bu rekabet daha fazla hastayı hastaneye çekmek için kıyasıya rekabet etmek ya da etik kurallarına aykırı uygulamalar yapmak şeklinde değildir. Öte yandan, pazar payı için açık bir rekabet olmadıkça, tüm hizmetlerin sürdürülebilmesine ya da hayatta kalmasına yönelik fırsatlar azaltılmış olacaktır.⁸⁴ Aslında, etkin rekabet, maliyetleri denetler, faaliyetlerin daha etkin sürdürülmesine yardımcı olur ve toplumun ihtiyaçlarının daha iyi bir şekilde karşılanmasına olanak sağlar. Yöneticiler, hastaları müşteri olarak görmelidir. Pazarlama ilkelerinin sağlık hizmetlerine uygulanması, bu konuda yeni ilkelerin ortaya konulmasını gerekli kılmayacaktır. Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına neden olan gelişmeler şöyle özetlenebilir;⁸⁵

- Artan maliyetlerin baskısı,
- Sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarının arttığının kabul edilmesi,
- Özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı,
- Atıl kapasitede çalışmanın kayıp olarak değerlendirilmesi,
- Hizmetlerin taklit edilmesi,
- Personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi,
- Değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi,
- Hastalığın önlenmesine yönelik artan ilgi,
- Sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici tatminsizliği,
- Sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması.

Kuşkusuz, kâr amaçlı sağlık kuruluşları kendi olanakları çerçevesinde çalışmak zorunda olduklarından, kabul ettikleri hasta sayısı ve sunmuş oldukları

⁸⁴ Karafakıoğlu, s.65

⁸⁵ Odabaşı ve Oyman, s.30-31

hizmetlerin maliyeti onlar açısından daha önemlidir.⁸⁶ Yeterince hizmet satmayan özel bir hastane veya kliniğin varlığını sürdürmesi ve topluma hizmet götürmesi olası değildir. Sağlık işletmeleri hem emek hem teknoloji yoğun kuruluşlardır. Teknolojinin hızla değişmesi sonucu kullanılan teçhizatın kısa sürede yenilenmesi gerekmekte, amortisman döneminin kısaltılması zorunlu olunca maliyetler de yükselmektedir. Öyle ki, hastası bol bir özel sağlık kuruluşunun dahi dışarıdan yardım görmedikçe teknolojik gelişmelere ayak uydurması kolay değildir.⁸⁷

Sağlık kuruluşlarının kâr amaçlı olsun ya da olmasın sağlıklı bir mali yapıya kavuşmaları ve amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için giderlerin finansmanını sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu, işveren, özel sigortalar ve benzeri kuruluşlardan oluşan yeni bir sağlık hizmetleri müşterisine (üçüncü kişiler pazarına) ihtiyaç vardır.⁸⁸

Sağlık kuruluşları da diğer işletmeler gibi, dağıtım kanallarına hakim olmaya, pazarı kontrol etmeye çalışırlar. Bu amaçla dikey ve yatay bütünleşmelere gidebilirler. Dağıtım kanalına üretim ve pazarlama açısından güçlü olan hakim olur ve sistemden daha fazla pay alır ve zayıf olan ezilir. Bu nedenle, sağlık kuruluşları eskiye oranla pazarlamaya daha fazla önem vermek zorunda kalacaktır.⁸⁹

1.4.2. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Stratejileri

Sağlık kuruluşlarının müşterileri, sadece bireyler değildir. Hastalar ve aileleri dışında çok sayıda örgütsel müşteri de sağlık kuruluşları tarafından sunulan çeşitli hizmetleri satın alırlar. Bu tür müşterileri bireysel müşterilerden ayıran en önemli özellik satın alma miktarlarının büyüklüğü ve satın alma kararlarının bireylere göre çok daha rasyonel biçimde vermeleridir. Bu tür müşterilere, hizmet arz eden bir sağlık kuruluşu, onları büyüklüklerine, coğrafi konumlarına, satın alma miktarlarına,

⁸⁶ Sıdıka Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Kitabevi, İstanbul, 2005, s.64

⁸⁷ Karafakıoğlu, s.10

⁸⁸ Zafer Öztekin ve Gülümser Kubilay, *Toplum Sağlığı Hemşireliği*, Palme Yayıncılık, İstanbul, 2000, s.76

⁸⁹ Şahin Kavuncubaşı, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s.76

satın alma biçimlerine ve bu türden müşteriler açısından anlamlı olabilecek diğer kriterlere göre bölümlendirip, pazarlama politikalarını ona göre belirleyebilir.⁹⁰

Hizmet sektörünün en önemli özelliği, sektörün tüketicilerin tercihlerini göz önüne alarak hizmet sağlamasıdır. Sağlık işletmelerine gelen ve burada yataklı tedavi işlemlerine başlayan tüketicilere ait bilgilerin en ayrıntılı şekilde veri olarak saklanması gerekmektedir.⁹¹ Bu müşterilerin kaldıkları yerlerde rahat edebilmeleri noktasında çeşitli mobilyalar, mefruşat, içecek, gazeteler gibi ihtiyaçları karşılanmalıdır. Alacağı sağlık hizmeti ile ilgili kendisine sunum yapılarak bilgilendirilmelidir. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası zamanlarda sağlık hizmeti tüketicisinin zamanını istediği şekilde ve dolu olarak geçirmesi sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinde marka olmanın yollarından biriside sunulan hizmetlerdeki başarıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda amaç, müşterilerin sunulan hizmetlerden doyum sağlamalarını sağlamak olmalıdır.⁹² Sağlık hizmetlerindeki kullanılan yolun başarılı olmasında en önemli hizmetlerin bir arada ve etkin olarak yapılabilmesinin hastalar üzerinde oluşacak olan etkileri önemlidir.

Sağlık hizmet pazarlamasının başarısı sağlık kuruluşları ile sağlık hizmeti alıcısının doğrudan ilişkisine bağlıdır. Dolayısıyla müşteri faktörü önem kazanmaktadır. Bu nedenle hizmet işletmesi müşterisini iyi tanımalıdır. Müşteri tiplerini tanımlamalı, seçeceği müşteri tiplerine göre hizmetler geliştirmelidir. İşletmelerin hedefledikleri satış performansını sağlayabilmeleri için hazırlanmış olan materyallerin etkili bir şekilde kullanılmasından, doğru müşterinin seçimine, bu seçimlerin net bir şekilde analiz edilmesine, müşteriye verilen mesajların doğru aktarılmasına kadar birçok konuda başarı sağlanması ancak eğitilmiş ve yetişmiş personellerle mümkündür.⁹³ Eğitimin yüksek ve iyi bir düzeyde geliştirilmiş olan bir personelin kişilerle olan uyumunun düzeninden ve doğruluğundan emin olunabilecektir. Bu sayede oluşturulacak olan mesajların doğruluğu belirlenecektir.

Hizmetlerin çok hızlı üretilerek tüketilmesi sonucunda meydana gelen çalışma ortamının getirmiş olduğu olumsuzlukların ortadan kaldırılması ancak, yetişmiş ve

⁹⁰ Nurcan Turan, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm için Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004, s.25

⁹¹ Huriye Çatalca, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beta Basım Yayım, İstanbul, İstanbul, 2003, s.16

⁹² Coşkun Can Aktan, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Yayıncılık, İstanbul, 2007, s.124

⁹³ Çatalca, s.25

yetenekli sağlık çalışanları ile başarılabilir. Burada kritik önem taşıyan husus hizmet arzında bulunan ile hizmet talebinde bulunan (hizmet satın alan) taraflar arasındaki ilişkinin içeriğidir. Çünkü, bu ilişki zorunlu olarak hizmet pazarlamasının başarısında temel etkindir. Bu bakımdan, söz konusu ilişkinin mümkün merteye candan, içten, sıcak ve samimi bir ilişki; yani, birincil nitelikte bir ilişki olması gereği göz ardı edilmemesi gerekli bir husustur. Sağlık hizmetine olan talebin ve hastalık çeşitliliğinin artmasıyla, sağlık hizmetleri pazarının bölümlere ayrılması giderek ihtiyaç haline gelmiştir.⁹⁴

Uygun biçimde tanımlanan pazar bölgesi, çok önemli karar alanını oluşturabilmektedir. Örneğin, kemik hastanesi, kanser hastanesi gibi ihtisas hastaneleri çok geniş bölgelerden hizmet sunabilmektedir. Hastaların nasıl hastaneye getirildiği, nasıl gerekli hizmetlerin verildiği ve hangi rekabet koşulları altında bunların gerçekleştirildiği “pazardaki yeri” belirlemedeki faktörlerdir.⁹⁵ Ayrıca, sevk ve gönderimlerin pazarları etkileyen bir unsur olduğunu da belirtmek ve göz önünde tutmak gerekir. Aşağıdaki tabloda bir sağlık kuruluşunun pazar potansiyelinin değerlendirilme faktörleri görülmektedir.⁹⁶

Tablo 1. Bir Sağlık Kuruluşunun Pazar Potansiyelinin Değerlendirilmesi

Endüstri Pazar Tahmini Tüm Pazar ne kadar büyük? Pazarın büyüyeceği beklenmekte midir? Büyüme tahminleri nelerdir?
Pazardaki rekabet Pazarda yer alanların mevcut sayıları Bunların büyüklüğü, pazardaki payları Yeni girecekler hakkındaki beklentiler
Söz konusu kuruluşun beklenen pazarı şimdiki Pazar payının durumu Kaynak göz önünde bulundurularak beklenen gerçekçi büyüme oranı Pazar potansiyeli ve rekabet göz önünde bulundurularak pazarda ne kadar yayılma yapılmalıdır?

⁹⁴ etin Akar ve Hüseyin zalp, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Songür Yayınları, Ankara, 2009, s.33

⁹⁵ Yavuz Odabaşı, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1994, s.41

⁹⁶ Odabaşı ve Oyman, 1998, s.38

Sağlık hizmeti veren işletmeler, pazarı bölümlere ayırıp, hedef alacağı pazarı belirledikten sonra, belirlediği hedef pazarda kendine konum kazanmaya çalışır. Sağlık işletmeleri bir hizmet işletmesi olduğu için üretim ile tüketim aynı zamanda olacağından, tüketicinin zihninde bir konum kazanmak durumu daha da zor hale getirmektedir.⁹⁷ Konumlandırma, her ne kadar tüketicinin zihninde olsa da, işletme belirleyeceği stratejilerle, tüketicinin algısına erişebilir. Tüketicinin zihninde iyi bir konum kazanmayı hedefleyen bir sağlık işletmesi öncelikli olarak; kalite politikalarını, işletme amaçlarını, hedef kitlesini ve vermek istediği mesajları belirlemek zorundadır. İşletme en üst seviyede kalite politikalarını belirlemek için belli kriterler oluşturur.⁹⁸ İşletme tüm hastalara din, dil, ırk, cinsiyet ayrımı yapmadan sağlık işletmesinin olanakları dahilinde hizmet vermelidir.

1.4.3. Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması

Pazarlama karmasını oluşturan unsurlar, kuruluşun pazarlama planlarında yer alan amaç ve hedeflere ulaşmasını sağlayacak stratejiler ve strateji kaynaklarıdır. Hizmetlerin özelliklerinden dolayı hizmet pazarlayan kuruluşlar, klasik pazarlama karması yanında diğer bazı değişkenleri de strateji olarak kullanabilirler. Mal, hizmet, fiyat, dağıtım ve tutundurma olarak bilinen ve 4P ile simgelenen pazarlama karması yanında 4P'ye eklenen fiziksel çevre, katılımcılar ve süreç yönetimi gibi yeni elemanları da pazarlama karmasında değerlendirilebilirler.⁹⁹

Hizmet Geliştirilmesi

Hizmet politikası ile ilgili tüm kararlar diğer tüm pazarlama kararları için temel oluştururlar. Örneğin bir hastane birinci, ikinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetlerinin tümünü sunabileceği gibi, bunlardan birinde uzmanlaşabilir. Dar ve geniş hizmet karmasına sahip olmanın karşılıklı üstünlükleri ve sakıncaları bulunmaktadır. Her sağlık kuruluşunun pazarda hangi hizmetlere daha çok ihtiyaç olduğunu incelemesi, insani ve maddi kaynaklarını rasyonel biçimde değerlendirerek en uygun kararı vermesi gerekir.¹⁰⁰

Fiyatlandırma

⁹⁷ Kasım Karahan, *Hizmet Pazarlaması*, Beta Yayınevi, İstanbul, 2000, s.51

⁹⁸ Jack Trout, *Konumlandırma Stratejileri*, (Çev. Ü. Şensoy), Optimist Yayınları, İstanbul, 2005, s.49

⁹⁹ Ömer Torlak ve Remzi Altunışık, *Modern Pazarlama*, Değişim Yayınları, İstanbul, 2002, s.37

¹⁰⁰ Karafakıoğlu, s.56-57

Pazar karması bileşenlerinden bir diğeri de fiyatlandırmadır. Fiyatlandırma özellikle kâr amaçlı işletmeler için üzerinde dikkatlice durulması gereken, işletmenin Pazar payına ve rekabetine doğrudan etki edebilecek bir faktördür.¹⁰¹ Ancak, sağlık hizmetlerinde fiyat olayına diğeri işletmelerde olduğu gibi yaklaşılmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde ücretin, yeterli sayıda hasta çekecek, maliyetleri karşılayacak ve ulaşılması beklenen hedefleri gerçekleştirecek düzeyde olması gerekir. Her ne kadar sağlık sektöründe fiyatlandırma konusunda tam bir özgürlük olmasa da, belirlenmiş limitler içinde yine de fiyatlandırma bilgi ve deneyim gerektiren kritik bir karar olma özelliğini korur.¹⁰² Özellikle sağlık sektörünün karmaşık yapısı ve hizmet çeşitlerinin çokluğu fiyatlandırma uygulamalarını güçleştirdiği gibi, devlet tarafından düzenlenen fiyatların toplumsal ve politik amaçlar için kullanıldığı da görülmektedir. bu nedenle sağlık hizmetlerinin daha geniş halk kitleleri tarafından kullanılması için kamu sağlık fiyatlarının düşük tutulabildiği gibi, sağlık hizmetlerinden yararlanmada hiçbir ücret ödememe de olabilir.¹⁰³

Dağıtım

Bir hizmet ne kadar mükemmel olursa olsun, müşteri istediği yerde hizmeti bulamıyorsa bir anlam ifade etmez. Dolayısıyla dağıtım sistemi iyi olmayan, coğrafi olarak yanlış konumlandırılmış bir sağlık kuruluşunun başarılı olması da düşünülemez. Sağlık hizmetlerinde dağıtım denilince, sağlık hizmetlerinin zaman, mekan ve mülkiyet faydaları sağlamak üzere nerede, ne zaman ve nasıl pazara sunulacağı gibi sorulara verilecek yanıtlar akla gelmelidir.¹⁰⁴

Sağlık hizmetlerinin dağıtımında önemli bir sorun hastaların hizmeti alabilmek için geçirdikleri bekleme süresidir. Acil olan hastalara ve acil olmayan hastalara da hizmetin en kısa sürede ulaştırılması önemlidir. Bunun için bazı hastanelerde randevu sistemine, bazılarında vardiya sistemine geçilmiştir. Sağlık hizmetlerinin dağıtımının etkinliğini sağlamak için sağlık kuruluşları arasında

¹⁰¹ Vasfi Nadir Tekin, *Pazarlama İlkeleri, Politikalar-Stratejiler-Taktikler*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2009, s.112

¹⁰² Karafakıoğlu, s.57

¹⁰³ Odabaşı, s.68

¹⁰⁴ A. Hamdi İslamoğlu, *Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım)*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2000, s.124

eşgüdümün sağlanması da gerekir. Bazı hastaneler tıbbi konularda yetersiz kaldıklarında hastaların başka hastaneye sevkleri sağlanabilmelidir.¹⁰⁵

Tutundurma

Bir ürün veya hizmetin, bir kurumun, bireyin ya da bir düşüncenin kamuya (hedef pazara) olumlu bir biçimde tanıtılıp benimsetilmesi tutundurma olarak değerlendirilmektedir. Bunun için de hedef pazardaki müşterilerin tanıtılıp benimsetilecek ürün, hizmet, kurum, kişi, fikir hakkında bilgilendirilmeleri ve olumlu yanıt vermeye ikna edilmeleri gerekir ki bu da etkin bir iletişim sistemi ihtiyacını ortaya koyar.¹⁰⁶

Sağlık sektöründe tutundurma sağlık kurumlarının hizmetlerini potansiyel kullanıcılara iletişim yoluyla bildirmek ve sağlanacak avantajlar hakkında onları ikna etmektir. Sağlık hizmetlerinin tutundurması çoğunlukla uygun görülmemekle birlikte, tutundurma çalışmaları ile potansiyel hastalara sunulacak hizmetlerin varlığını, niteliklerini, erişme ve kullanma yollarını iletmek amaçlanır. Sağlık hizmetleri için farklı maliyet, etkinlik ve uygunluk düzeylerinde iletişim yöntemleri vardır. Ürün pazarlamasında önemli rol oynayan kişisel satış ve satış tutundurma çalışmalarının sağlık hizmetlerinde çok geniş uygulaması olmasa da reklam ve halkla ilişkiler oldukça önemli ve geniş uygulama alanı bulabilmektedir.¹⁰⁷

Fiziksel Çevre

Tüketiciler bir hizmet kurumundan hizmet satın alıp almama hususunda kararlarını verirken çok değişik unsurların etkisi altında kalırlar. Bu önemli karar etkenlerinden biri, hizmet işletmesinin fiziksel ortamıdır. Müşteriler, hizmet personeli ile olduğu kadar hizmetin üretiminde kullanılan teçhizatla da ilgilenirler ve beklenen hizmetin verilmesinde araç-gerecin, yerin ve bu yerde bulunan diğer fiziksel varlıkların her birinin rolü vardır.¹⁰⁸ Sözelimi, sağlıkla ilgili tedavilerde, hasta için doktor ve diğer personel kadar, o ortamda kullanılan malzemeler, araç-gereçler ve temiz, sağlıklı ve düzenli bir ortamın da önemi büyüktür. Hizmet işletmelerinde

¹⁰⁵ Mehmet Tokat, *Türkiye’de Sağlık Sektörü Finansmanı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s.74

¹⁰⁶ İsmet Mucuk, *Pazarlama İlkeleri (ve Örnek Olaylar)*, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2001, s.52

¹⁰⁷ Odabaşı, s.78

¹⁰⁸ Ömer Baybars Tek ve Engin Özgül, *Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım*, Birleşik Matbaacılık, İzmir, 2005, s.42-43

fiziksel ortam hizmeti temsil eden varlıklar ve asıl fiziksel varlıklar olarak ikiye ayrılır. Bir hastanedeki hasta yatağı, masası ve dolabı, iç ve dış yerleşim düzenlemeleri asıl fiziksel varlıklardır. Diğer yandan hastaya sunulan yemekler, verilen sabunlar, şampuanlar veya buna benzer sahiplenebileceği küçük eşyalar ve hastane yönetimi tarafından sunulan hediyeler hizmeti temsil eden nesnelerdir.

Katılımcılar

Hizmetlerin ulaştırılması esnasında yer alan ve böylece hizmet alıcısının algılamalarını etkileyen tüm bireyler (personel, müşteriler ve hizmet çevresindeki diğer müşteriler) katılımcıları oluşturur. Tüketici hizmeti satın almadan önce öncelikle diğer personel ile karşı karşıya gelecektir. Tüketici personel davranışlarından ve diğer tüketicilerden etkilenecek hizmet ile ilgili beklentilerini oluşturacak, memnuniyetlerini ortaya koyacaktır.¹⁰⁹ Sağlık hizmeti sunan hastanelerde hastanın ilk karşılaştığı evrak kayıt personelini, hizmetli ile yakın temasta olduğu hemşire davranışları bu açıdan önemlidir.

Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını kapsamaktadır. İşletmelerin varlıklarını devam ettirebilmeleri için hızla gelişen ve değişen müşteri gereksinim ve beklentilerini sağlamaları gerekir. Dolayısıyla bu sonuca ulaşmak için yönetim sistemlerinde ve iş yapma tarzlarında değişiklikler yapmaları gerekmektedir.¹¹⁰ Bu nedenle gün geçtikçe süreçlerle yönetimin gerekleri ve önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Süreç yönetiminin hedefi genellikle yeni bilgi ve kaynakları kullanarak ya da önceden var olan kaynakları farklı bir şekilde değerlendirerek, bir örgütün daha etkin, daha verimli, daha uyumlu, daha yüksek kapasitede ve daha kısa sürede etkinlik göstermesini sağlamaktır.¹¹¹ Hizmet işletmelerinde çalışan elemanların üstün nitelikte elemanlar olması, yeterli eğitimden geçmiş olmaları ve en iyi şekilde motive edilmiş olmaları hizmetin kusursuz ve kaliteli sunulması için yeterli değildir. İstenilen hizmetin sunulabilmesi için işletmenin tüm birimlerinin etkin ve eşgüdümlü

¹⁰⁹ Cemal Yükselen, *Pazarlama İlkeler-Yönetim*, Detay Yayıncılık, Ankara, 2003, s.143

¹¹⁰ Richard M. Hodgetts, *Yönetim-Teori, Süreç ve Uygulama*, Der Yayınları, İstanbul, 1999, s.42

¹¹¹ Rıdvan Bozkurt, *Süreç İyileştirme*, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara, 2003, s.8-9

bir şekilde çalışma yürütmesi gerekmektedir.¹¹² Örneğin, bir hastanede kaliteli hizmet sunmak için doktorun gayreti tek başına yeterli değildir. Doktorun, teşhis için tahlil ve tetkiklere ihtiyacı vardır. Laboratuvar ve görüntüleme merkezlerindeki personeller doktor gibi duyarlı davranmaz ve hizmetin kalitesi için çaba göstermezlerse doktorun çabası boşa çıkacaktır. Dolayısıyla hastanedeki tüm personelin, fiziki ortamın ve iş akışının müşteriye tatmin edecek şekilde organize edilmesi gerekmektedir.

1.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Çevresi

Sağlık hizmetleri pazarlama politikaları; hizmet sunumundaki kaynakların etkin kullanımı ve hastaların (müşterilerin) ihtiyaçlarının tatmin edilebilmesi için oldukça gereklidir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama politikaları belirlenirken çeşitli çevresel faktörlerin yanı sıra, pazarlama çevresini oluşturan faktörler de etkili olmaktadır. Müşteri olarak kabul edilen hastaların ya da başka bir ifadeyle sağlık hizmeti alan bireylerin ilgi, inanç, değer ve tutumları, sosyoekonomik durumları, kültürel yapı, demografik yapı, ülkedeki yasalar, kanun ve yönetmelikler gibi çevresel faktörler sağlık hizmetlerine olan talep ve hizmetin arzını etkilemektedir.¹¹³

Pazarlama çevresini oluşturan faktörler aşağıdaki şekilde ele alınabilir;¹¹⁴

- Müşteriler ve diğer kamuoyu grupları
 - o İşletmeye ihtiyaç duyduğu girdileri sağlayan kamuoyu grupları
 - o İşletme içi kamuoyu grupları
 - o Aracı kamuoyu grupları
 - o İşletmenin ürettiği mal veya hizmetleri satın alan ve tüketen kamuoyu grupları
- Demografik yapı (toplam nüfus, nüfusun yapısı gibi)
- Hastanın gelir düzeyi ve genel ekonomik koşullar
- Örf ve adetler
- Rekabet (pazardaki rekabet arttıkça kapasite kullanım oranı, farklılaşma ve böylelikle müşteri seçeneklerinde artı olmaktadır).

¹¹² Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s.105

¹¹³ Yavuz Odabaşı ve Necdet Timur, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2000, s.42

¹¹⁴ Mehmet Karafakıoğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1998, s.33-34

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE HİZMET KALİTESİ

Sağlık, toplum yaşantısını doğrudan etkileyen unsurların başında gelmektedir. Sağlığın insanın yaşam kalitesini iyileştirmesi, insanlığın uygarlık düzeyini yükseltme çabasıdan kaynaklanmaktadır. Bütün uğraş alanları içinde, insanın sağlığını koruma ve iyileştirme fonksiyonunu üstlenmiş olan sağlık hizmetleri sektörü, önemli ve anlamlı bir yere sahiptir.

Sağlık hizmetleri, kar amacından çok sosyal bir amaç taşır, ikamesi yoktur ve kamu malı niteliğindedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin, kolay uygulanabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik gibi özelliklerinin yerine getirilmesi şarttır. Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak dört ana grupta toplanmıştır.¹¹⁵

Sağlık hizmetlerinin hizmet sektörü içerisinde önemli bir payı olup, daha çok kamuya bağlı sağlık kuruluşları tarafından yürütülmektedir.¹¹⁶ Devletin, Türkiye’deki sağlık hizmeti talebini karşılama, toplumun tüm birimlerinin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını gerçekleştirmesi için, kamu hastaneleri bünyesindeki kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanması hasta ve toplum memnuniyetini sağlanması gerekmektedir. Kamu hastanelerinde hasta ve toplum memnuniyetini sağlamanın ilk adımı kamudan sağlık hizmeti alan tüm paydaşları iyi analiz etmek ve tanımak, ikinci adımı ise onların ihtiyaçlarının belirlenmesi, yerinde ve zamanında karşılanabilmesi için, gerekli düzenleme ve uygulamaların başlatılması olmalıdır. Fakat sağlık kurumları yapısal açıdan çok karmaşık kurumlardır. Bu yapısal karmaşıklık, sağlık kurumlarının paydaşlarının da karmaşık ve heterojen olmasını beraberinde getirmektedir. Bunlar; hastalarıyla birlikte, hastaların ailelerini ve arkadaşlarını, doktorları, diğer çalışanları, hizmetin ücretini ödeyenleri, işverenleri,

¹¹⁵ Şahin Kavuncubaşı, *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2001, s.34

¹¹⁶ Dilaver Tengilimoğlu, *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*, Gazi Kitabevi, Ankara, 2001, s.27

hastayı sevk eden kaynakları ve başka bir sağlık kurumunu, sağlığı sürdürme ve iyileştirme sisteminin bir ögesi olarak gören genel toplumu da içermektedir.¹¹⁷

Günümüzde artık kurumların başarılı bir kurum olarak tanınması yalnızca güçlü bir finansal yapıya sahip olması ile sağlanamamakta olup, büyük ölçüde, kurumların paydaşlarının istek ve beklentilerini karşılayabilme paydaşlarını memnun etme becerilerine bağlı olmaktadır.¹¹⁸ Sağlık hizmeti veren kurumların en büyük paydaşı kuşkusuz hastalar olduğu için hastaların memnuniyeti büyük önem taşımaktadır.

Hasta memnuniyeti, bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilgili olup, farklı kişiler tarafından farklı zamanlarda çeşitli şekillerde tanımlanabilmektedir. Son yıllarda sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır.¹¹⁹ Satın alınan hizmetin konusu insan sağlığı olduğundan, sağlık sektöründe özellikle güven kavramının ön plana çıktığı görülmektedir. Sağlık sektörü paydaşlarından birisi konumundaki hasta, yüksek kalite, etkin ve güvenilir hizmetin devamlılığını beklemekte olup, sağlık kurumlarında hastaların aradıkları veya görmek istedikleri yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaşına, cinsiyetine, eğitim düzeyine, sosyokültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşabilmektedir.

Özellikle hastalar, almış oldukları hizmetin kalitesi hakkında gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için, genellikle, memnuniyet değerlendirmesinde karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter olarak alıp, bu doğrultuda memnun olmakta veya olmamaktadırlar. Özellikle sağlık kurumunun personeline güven duymak, hizmet aldıkları ortamın temiz olması, kendileri ile ilgilenilmesi ve iyi iletişim kurulması gibi beklentiler içerisinde olmaktadır. “Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak

¹¹⁷ Sıdika Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınları, Ankara, 2005, s.61-62

¹¹⁸ Nefiye Tatarlı, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” *Yüksek Lisans Tezi*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2007, s.50

¹¹⁹ Muhammed Fatih Önsüz vd., “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi” *Marmara Medical Journal*, 21 (1):33-49, 2008, s.34

ve karar verme sürecin de kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanıılarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağıık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağıık ekibinin tanıımlandığı ve belirlediğı boyutta görülmemektedir.”¹²⁰

Günümüzde rekabete dayanan pazar koşulları, hızlı iletişim, kötü hizmet satın alan birey, diğierlerinin yaşam standartlarını ve refah düzeylerini tanıımlarına fırsat vermekte, bundan dolayı da kişiler kendi yaşam kalitelerini belirli seviyede tutmaya çalışmaktadırlar. Hizmet kalitesini artırarak algılanan hizmet düzeyini iyileştirmek için, hastaların beklentilerini, sunulan hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığını ve memnuniyet derecesini araştırmak ve gerekli değierlendirmeleri yapmaları gerekmektedir. kaliteli sağıık hizmetleri, insanların daha sağııklı ve daha memnun olmalarına katkı sağıılayacaktır.¹²¹

2.1. Sağıık İşletmelerinde Müşteri Kavramı

Ekonomide son yıllarda yaşanan gelişmelerin sonucu olarak birçok alanda önemli ilerlemeler olmuştur. Bu gelişme birçok sektörü etkilemiş, dolayısıyla sektörlerdeki işletmeler yönetim şekillerini, kalite anlayışlarını ve müşterilerine bakış açılarını tekrar gözden geçirmek durumunda kalmışlardır. Sağıık sektöründe de bu değışimin yansımaları görülmüştür. Sağıık işletmeleri hizmetleri kendi istekleri doğırltusunda sunmak yerine müşterilerin gereksinimlerini karşılarırken, müşterilerini memnun edecek hizmetleri sunmayı, en önemlisi artık hastaları müşteri olarak değierlendirmeyi ilke edinmişlerdir.¹²²

Sağıık işletmelerinde rekabetin artması ve bu rekabetten avantaj sağıılayabilmeleri için hizmet kalitesine önem vermeleri gerekmektedir. İşletmelerin amacı, müşterilere een iyi hizmet sunarak onları memnun etmek ve müşterileri işletmeye sadık birer müşteri haline getirmektir.

1980’li yıllarla birlikte sağıık sektöründe yaşanan teknolojik ilerlemeler, hastalık yapısındaki değışmeler, giderek artan toplumsal algı ve beklentiler sonucu sağıık hizmet maliyetlerindeki artış, sağıık bakım alanında çevreci, tüketici ve

¹²⁰ Meryem Yılmaz, “Sağıık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2):69-74, 2001, s.70

¹²¹ Yavuz Demirel vd., “Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağıık Sektöründe Bir Araştırma” *Akademik Bakış*, 16:1-14, 2009, s.2

¹²² Asım Balcı, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağıık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005, s.135

kadının toplumsal statüsünü güçlendirmeyi amaçlayan örgütlenmeler, kalite, verimlilik, eşitlik gibi olguların toplum tarafından sorgulanmaya başlanması, toplumu sağlık sigortası kapsamına alma çalışmalarının hızlanması gibi gelişmeler sektördeki rekabet artışının nedenlerini oluşturmaktadır.¹²³

Sağlık kurumları hizmetlerini yoğun bir biçimde müşteri odaklı yürüten kurumların başında gelmektedir. Özellikle bu tür kurumlardan istenen sağlık hizmetlerinin sıklığı ve kapsamı; kalite anlayışından, hizmetlerin güvenilir olup olmamasından, çevreyle kurulan iletişimin etkinliğinden ve topluma karşı sahip olunan sosyal sorumluluk bilincinden etkilenmektedir. Dolayısıyla, sağlık kurumlarının varlıklarını sürdürebilmelerinin önemli koşullarından birisi bu kurumların eylemlerinden, kararlarından, politikalarından ya da amaçlarından etkilenen birey ya da gruplar tarafından onaylanmaları olmaktadır.¹²⁴

Hasta, müşteri mi veya değil mi? soruları sağlık sektöründe tartışılan bir olgudur. Dolayısıyla hasta ve müşteri kavramlarının yanı sıra, hangi müşteri kapsamına alındığı hususuna açıklık getirmekte yarar görülmektedir.

Hastalık, vücudun içsel işleyişini etkileyen değişikliklere veya birtakım bozukluk durumlarına verilen tepkidir. Bu noktada hastalık ile biyolojik bir organizma olarak vücudun işlevlerini değiştiren nesnel bir durumu ortaya çıkmaktadır. Aslında belirtileri aşikar olan hastalık, organizmanın çalışma durumuna dair anatomi bilgisiyle ilgili, sadece gözlenebilen bir gizli süreçtir.¹²⁵ Bununla birlikte gelişen süreçte hastalıklar, yaşamda dışsal bir faktör ve belli bir yaşam şeklinin, özellikle kentsel yaşamın bir ürünüdür. Bu anlamda hastalık, mikropların yarattığı ya da bir kaza sonucunda ortaya çıkan bir durum veya kanser gibi hastalık ya da zihinsel bir rahatsızlık şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer yandan hastalığın olmaması bir denge durumu olarak algılanmaktadır.¹²⁶ Sağlık ve hastalık artık sağlık kurumunu aşip aile, kültür, gelişim, cerrahi müdahaleler, ilaçla, genetik, sağlık

¹²³ Mehmet Karafakioğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul, 1998, s.47

¹²⁴ Çiğdem Şatır ve Fulya E. Sümer, “Kurum İtibarının Bileşenleri Üzerine Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Üreten Bir Kamu Kurumunda İç Paydaşlar İtibarı Nasıl Algılıyor?” *II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu*, 27-28 Nisan 2006, s.59

¹²⁵ Hasan Hüseyin Yıldırım, *Sağlık Sigortacılığı*, Açıköğretim Fakültesi Yayını N.1498, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2012, s.2

¹²⁶ Nurşen Özçelik Adak, *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul, 2002, s.28

Çalışanları, sağlık hizmetleri sistemi, evre koşulları, toplumsal sınıfı, yaşam tarzlarını, alışkanlıkları, ekonomiyi, enfeksiyon unsurlarını, kişiler ve gruplar arası ilişkileri de kapsar hale gelmiştir.

Hasta tanımına baktığımızda hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetten yararlanmış kişilerin tümüdür.¹²⁷ Ancak sadece sağlık hizmeti aldığında ya da tüketildiğinde hasta niteliğinin taşınması dşnldğnde, bu tanımın bazı kaynaklarca yetersiz olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla hasta kavramı bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olup, yararlanmış ve daha önceden de bu hizmetleri deneme imkanı bulmuş kişilerin tümü olarak tanımlanmaktadır.

Başka bir kaynağa göre hasta, hastanelere başvuran hasta ve hasta yakınlarını; sıkıntı, kaygı veya korku duygusuyla stres içinde olan, hatta duygusal tükenmişlik ya da kriz içinde olan kişiler olarak tanımlanmaktadır.¹²⁸ Böyle bir durumda olan hastalar çoğu kez, hastane içindeki tüm personelin hasta ve yakınlarının sorunlarına yeterli zaman ayırmalarını, nazik ve saygılı davranışlarda bulunmalarını beklemekte ve bu doğrultuda kurumun sunmuş olduğu hizmetlerden memnun olmaktadır.¹²⁹

Sağlık sektöründe uygulanmaya başlayan toplam kalite yönetiminde, hasta memnuniyetinin, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir noktası olarak ele alınmaya alınmasıyla birlikte, hastaların sağlık hizmetine yönelik geri bildirimlerinin ölçülmesi önem kazanmıştır. “Toplam kalite yönetimi öncesinde, müşterilerin mal ya da hizmetle ilgili yakınmaları bulunmadığı zaman müşterilerin doyum sağladıkları kabul edilmekteydi.”¹³⁰ Bugün ise yeni kalite yönetimi felsefesiyle, müşterilerin tepki göstermeleri beklenmeden önce, onların gerçek istek ve gereksinimlerinin anlaşılması ve sağlanması amaçlanmaktadır.

Sağlık sektöründe, hizmetin sunumu ve alımı ile oluşan performans var olan beklentileri karşılıyor ya da aşıyorsa, hastaların memnun kalacağı, bunun yanı sıra beklentilerin altında kalıyorsa tatminsizlik duyacakları söylenebilir. Beklentiler süreç

¹²⁷ Mehmet Oğuz Yenidünya, *Hastalar İnsandır*, şule Yayınları, İstanbul, 1996, s.35

¹²⁸ Hikmet Seçim, *Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model nerisi*, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, 1995, s.23

¹²⁹ Oğuz Engiz, *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003, s.23

¹³⁰ Muhittin şimşek, *Toplam Kalite Yönetimi*, Alfa Yayınları, İstanbul, 2001, s.137

içinde değıştikçe hissedilen doyum düzeyi de değışmektedir. Bu çerçevede geçmişte yeterli olarak algılanan bir hizmet bir zaman sonra yetersiz olarak da düşünölebilir. Bununla birlikte, kişilerin değır yargıları da zamanla değışerek, değışen değır yargılarının gerisinde kalan hizmetler tatminsizlik oluşturmaktadır.

Sağlık yönetiminde son zamanlarda ortaya çıkan kavram değışikliklerinden en çok karşı çıkılanı “müşteri” kavramı olmaktadır. En genel tanımı ile müşteri, ikili ilişkilerde etkileşim içinde bulunan ve sorumlu olunan ikinci ve üçüncü şahıslardır. “Yaşamımız süresince etkileşim içinde olduğumuz, tutum ve davranışlarımızdan etkilenen ikinci ve üçüncü şahıslar bizim müşterimizdir. Ticari ilişkilerde ise yalnızca, ürettiğimiz mal ya da hizmeti satın alan kişiler olarak yapılan tanımlamanın gerçekte yetersiz olduğu ifade edilebilir. Ürettiğimiz mal ve hizmetlerden haberi olan, potansiyel olarak o mal ve hizmetlere ulaşabilecek ve tüketebilecek tüm bireyler, ticari anlamda tanımlanmak istenen müşterilerdir.”¹³¹

Müşteri, sunulan hizmetlerden dolayı örgütün amaçlarına ulaşma becerisini etkileyen kişidir. Örgütün içinden veya dışından bir kişi veya grup, diğır birey veya grupların emeğinden yararlanıyorsa, müşteri olarak değırlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde önceleri hiç kullanılmayan müşteri kelimesi, 1980’li yılların ortalarından itibaren yoğun şekilde kullanılmaya başlanmıştır.¹³²

Sağlık kuruluşlarına “çeşitli nedenlerle gelen insanlara, müşteri gözüyle bakılmasının etik yönden kabul edilebilir”¹³³ olması çoğu tartışmaların nedeni olmuştur. Bununla birlikte genel olarak, bir hizmet sektörü olan sağlık alanında hastaların ve çalışan bireylerin müşteri olarak algılanmalarının işin doğasından ötürü olduğu ve etik açısından sakıncasının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Artık günümüzde sağlık kuruluşlarının müşterisi “hasta” olarak, sağlık hizmetlerinde görev yapan tüm kişiler ve kurumlar tarafından benimsenmektedir.

Müşteri kavramı, sağlık hizmeti sürecinde yer alan pek çok meslek grubunu ve bölümü içinde barındırır. Temel hedefi hasta olan sağlık hizmetinde müşteri kavramı günümüz sağlık sektöründe fazla benimsenmese de, rekabet üstünlüğü sağlayabilmek için toplam kalitenin temelinde yatan müşteriyi memnun edebilmek

¹³¹ Engiz, s.4

¹³² Huriye Çatalca, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beta Yayıncılık, İstanbul, s.56

¹³³ Osman Hayran ve Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Yüce Yayınları, İstanbul, 1998, s.29

açısından konu ele alındığında, her aşamada hizmetin kalitesini değerlendirecek kesimin müşteri olarak tanımlanması doğru olacaktır.¹³⁴ Sağlıkta müşteri, hizmet sunum sürecini başlatan doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli, süreçte birebir yer alan hastalar ve bazı aşamalarda hizmeti hastalardan daha etkili olarak değerlendirebilen hasta yakınlarıdır.

Sağlık kurumlarının tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Önceleri sağlık kurumlarının müşterisinden söz edildiğinde, sadece hastalar düşünülürken, günümüzde sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar müşteri olarak kabul edilmektedir.¹³⁵

Diğer birçok endüstride olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin de birçok müşterileri vardır. Sağlık hizmetlerinin çeşitli müşterileri; hastalarıyla birlikte, hastaların ailelerini ve arkadaşlarını, doktorları, diğer çalışanları, hizmetin ücretini ödeyenleri, işverenleri, hastayı sevk eden kaynakları ve sağlık kuruluşunu kapsamlı sağlığı sürdürme ve iyileştirme sisteminin bir unsuru olarak gören genel toplumu da içerir.¹³⁶

Sağlık hizmetlerinde müşteri kavramının açıklığa kavuşturulması önem taşımaktadır. Daha önceleri sadece hastalar sağlık hizmetlerinin müşterileri olarak kabul edilirken, günümüzde yukarıdaki açıklamalara göre, “gerçek anlamda sağlık hizmetleri sürecine katılan tüm bireyler” müşteri olarak kabul edilmektedir. Bu genel bakış açısıyla müşteri kavramının eskiden olduğu gibi sadece hastayla sınırlı kalmadığı söylenebilir. Literatürde, örgütü oluşturan içerideki müşteriler “iç müşteriler”, örgütün dışındaki, hizmetten yararlanan müşteriler ise, “dış müşteriler” olarak adlandırılmaktadır.¹³⁷

İç müşteri, sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. İç müşteriler, yapılan iş, ürün ya da çıktıyı alan örgütün içindeki kişilerdir. İç müşteriler birlikte çalışılan kişiler ve diğer bölümler olarak da düşünülebilir. Başka bir deyişle, iç müşteriler diğer sağlık

¹³⁴ Çatalca, s.62

¹³⁵ Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması” Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi, 2 (1):69-94, 2012, s.75

¹³⁶ Sıdika Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınları, Ankara, 2005, s.61

¹³⁷ Uğur Güllülü vd., *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Detay Yayıncılık, Ankara, 2008, s.29

alışanlarına ve süreçlere bağlı olan sağlık çalışanları ve süreçlerdir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun temel çıktılarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır.¹³⁸ Sağlık kurumlarının i ve dış müşterilerine örnekler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Kurumlarında İ ve Dış Müşteriler

Dış Müşteriler	İ Müşteriler
Hastalar, hasta ailesi ve evresi Refakatiler, ziyaretçiler Devlet Diğer sağlık kurumları Anlaşmalı kuruluşlar Eczaneler Dernekler Medya Sigorta şirketleri Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları	Kurum personeli (hekim, hemşire vb.) Pay sahipleri Danışmanlar

Kaynak: şahin Kavuncubaşi, *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s.292

Sağlık hizmeti sunan işletmeler, sundukları hizmetin müşteriler tarafından beğenilmesini isterler. Bu nedenle hizmetlerin reddedilmesine neden olabilecek olan faktörlerin önceden belirlenmesi, hissedilmesi, büyük önem taşır. Eğer hastaya önerilen hastane onun kişiliğine, yaşam tarzına uygun değilse, oraya gitmek istemeyecektir.¹³⁹

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetinin nemi

Müşterilerin hizmet ve kalite beklentilerinin değişmesi, işletmelerin de müşteri memnuniyetini sağlamaya odaklı olmaları gerekliliğini artırmıştır. Müşteri memnuniyeti, tüketim sırasında elde edilen duygularla, tüketim öncesi duyguların değerlendirilmesi sonuçlarının bir bileşimi olarak değerlendirilmektedir. Buna bağlı satın alma sonrası müşteride oluşan duygusal tepkinin birbirinden bağımsız olan pozitif veya negatif etkilerinin, memnuniyet değerlendirilmesini etkilediği sonucuna

¹³⁸ Kavuncubaşi, s.292-293

¹³⁹ Güllülü vd., s.32

ulaşılabilir. Aldığı mal/hizmetten memnun kalan müşteri, işletmeye olan sadakatini artırmakta ve müşterinin işletmeye sadakatının artması sonucunda işletmelerin gelirlerinde artışlar görölmektedir.¹⁴⁰ Bu açıdan işletmelerin müşteri memnuniyetini yükseltmesi ile gerçek kârı da müşteri memnuniyetinden sağlanmaktadır.

Müşteriyi memnun etmek, devamlılığını sağlamak, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak, günümüz işletmelerinin çok daha yoğun çaba harcamasını gerektiren, strateji ve politikalarını müşterilerin talep ve gereksinimlerine göre belirlemeyi başarılı olmak isteyen işletmeler için zararlı kılan bir faaliyet zinciri olarak tanımlanmaktadır.¹⁴¹ Diğer taraftan müşteri memnuniyetinin, müşterinin işletmeye tekrar geleceğinin bir göstergesi olarak kullanıldığı, memnun müşterinin işletmeye tekrar gelebileceğı kesin olmamakla birlikte, memnuniyetsiz bir müşterinin tekrar gelmeyeceğinin kesin olduğı ifade edilmektedir.¹⁴²

Sağlık hizmetini satın alan müşterinin (hastanın) memnun olması sağlık kurumunun olumlu olarak reklamının yapılmasını da beraberinde getireceğı için iki tarafında memnuniyetinin sağlanması kalitenin iyileştirilme çalışmalarında önem arz etmektedir. Sağlık sektöründe oluşan rekabet ve özel hastanelerin hızla artması, müşteri memnuniyetine verilmesi gereken önemi artırırken, sağlık işletmeleri müşteri memnuniyeti ölçümlerinin önemini kavramış ve de sağlık hizmetlerini müşteri odaklı yaklaşım ve müşteri memnuniyeti kavramlarına uyarlamaya çalışmakta büyük adımlar atmaya başlamışlardır.

Sağlıkta kalite, sadece bir tıbbi-bilgi beceri konusu olsaydı, bütünüyle hizmet verenin sorumluluğunda olurdu. Bu durumda hastaların bu çok özel, özgül mesleğın uygulanması konusunda söyleyecek pek bir şeyleri olamazdı. Bu yaklaşım başta hakkaniyet olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin hedefleri ile uyumluluk sağlayamazdı. Dolayısıyla, hizmet verenin hizmette baskın ve tek yanlı rolünün azaltılması için, hizmet kalitesi hakkında hizmet alanın görüşüne başvurmak zorunlu hale gelmiştir. Bu suretle, son yıllarda bir kalite ölçütü olarak tüketici memnuniyeti

¹⁴⁰ Özkan Tütüncü ve Özlem İ. Doğan, “Müşteri Tatmini Kapsamında Öğrenci Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulaması” *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5 (4):130-151, 2003

¹⁴¹ Terry G. Vavra, *Müşteri Tatmini Ölçümlerinin Geliştirilme Yolları (Müşteri Tatmini Ölçüm Programları Oluşturma, Uygulama İnceleme ve Raporlama Rehberi)*, (Çev. G. Günay), KalDer Yayınları, İstanbul, 1999, s.40

¹⁴² Yüksel Öztürk ve Kadir Seyhan, “Konaklama İşletmelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesi” *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 16 (2):170-182, 2005, s.171

önem kazanmıştır.¹⁴³ Bu görüş sanayi alanından sağlık sektörüne kolayca girebilmiştir. Sonuçta sağlık alanında da müşteri/hasta ve toplumun beklenti ve algısına göre hizmetin ne kadar iyi verildiğine karar vermek bir yönetim yaklaşımı haline gelmiştir.

Artık sağlık işletmeleri, hastaların tıbbi gereksinimlerinin yanı sıra, duygusal ve kültürel beklentilerine de karşılık vermek zorunda kalmışlardır. Zira bir sağlık kuruluşunun başarılı olması, hastanın tatmin olarak tedaviyi sürdürmesi ve sonuçlandırılması ile mümkün olmaktadır. Memnun kalmayan hasta, tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık işletmesi açısından başarısız hizmet üretimi söz konusudur. Dolayısıyla, sağlık hizmeti işletmelerinin başarısı, memnun hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır.¹⁴⁴

Sağlık kurumları, kendilerinden hizmet bekleyen müşterilerine kaliteli hizmet vermeli, yüksek maliyetleri minimum düzeye indirebilecek yöntemler geliştirmeli, hizmet sunum sürecinin süresini en uygun düzeye çekebilmeli, tanılama ve tedavi yöntemini seçmede sıfır hatayı hedeflemeli, hastaya durumu hakkında bilgilendirmeli, mümkün olduğunca hastayı sağlığına kavuşturabilmeli, hastane sonrası yapması gerekenler hakkında hastaya yeterince açıklamalar yapılabilmesi ve müşterilerinin memnun olarak ayrılmasını sağlamalıdır.¹⁴⁵

Kişilerin artan sağlık hizmeti gereksinimleri kalite artışını da gündeme getirmiştir. Zira hizmet alanların beklentilerine göre, yeniden bir yapılanma anlayışı içine girilmesi hizmet kalitesinde görece bir artış sağlamaktadır. Kişilerin memnuniyeti, geçmiş deneyimleri, beklentileri ve değerlerini içeren birden fazla faktör ile ilişkilidir. Sağlık bakımı sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüttür.”¹⁴⁶

¹⁴³ Nevzat Eren, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatiboğlu Yayınevi, 1989, s.131

¹⁴⁴ Bilal Ak, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Yeni Asya Yayıncılık, Ankara, Yeni Asya Yayınları, 1990, s.258

¹⁴⁵ Erdiç Ünal, *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*, Ekin Basım Yayın, Bursa, 2012, s.124

¹⁴⁶ Bayram Demir, “Kamu Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Uygulaması ve Vatandaş Memnuniyeti: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği” (Ed. H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın), *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007, s.421-422

Hasta memnuniyeti, günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkinliğini incelemeye ve değerlendirmeye kullanılan önemli bir kavram durumuna gelmiştir. Artık sağlık hizmeti verenler hastaların beklenti ve gereksinimleri ile bu hizmetin verilmesinden algıladıkları doyum sonuçlarına göre eylem görmektedirler. “Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar; sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır.”¹⁴⁷ Algılanan hasta tatmini düzeyinde daha çok hastaların görüşleri esas alınmaktadır. Dolayısıyla artık algılanan hasta tatmini, bakım kalitesiyle ilgili hasta bakış açısı biçiminde değerlendirilmeye başlamıştır.

Müşteri odaklılık bağlamında, örgüt için müşterinin önemi, müşteri gereksinimleri, beklentileri, tutumu, algılaması, doyumu, memnuniyeti ve kalite kavramları gündemde yerini korumaktadır. Bu kavramlar birbirini tanımlamada, gerektikçe birbirlerinin yerine de kullanılmaktadır. Hasta memnuniyeti, “sağlık örgütlerinde sunulan hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkat edilmesi gereken ana ölçütlerden biri”¹⁴⁸ olmaktadır. Sağlık örgütlerinde hasta memnuniyetinin dört farklı sebepten dolayı önemli olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar:

- *İnsancıl nedenler:* Hastaların esas haklarının en başında, en kaliteli ve en iyi sağlık hizmeti alma hakkı gelmektedir. Sağlık örgütlerinde sunulan hizmetlerin gerek bilimsel ve teknik anlamda yeterli olması, gerekse de hastaların bireyselliğine, duygu ve düşüncelerine, değer yargılarına, tutum ve davranışlarına saygı gösterilerek verilmesi çok önemlidir.
- *Ekonomik nedenler:* Hastalar hizmet alıcısı konumunda olmaktadır. Hastalar yaşadıkları şartlardan dolayı, sunulan hizmet açısından diğer kurumlardaki müşterilerden daha dikkatlidirler. Seçimlerini daha ciddi yaparak verdikleri ücretin karşılığı da beklerler. Hasta memnuniyeti, sağlık örgütünün müşteri/hasta ve kâr potansiyelini oldukça fazla arttırmaktadır.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Muhammed Fatih Önsüz vd., “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi” *Marmara Medical Journal*, 21 (1):33-49, 2008, s.34

¹⁴⁸ Leman Birol, *Hemşirelik Süreci*, Kişisel Yayın, İzmir, 2000, s.62

¹⁴⁹ Thomas Gordon ve W. Sterling Edwards, *Doktor-Hasta İşbirliği*, (Çev. E. Aksay), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1995, s.45

- *Pazarlama*: Sağlık örgütleri, müşteri gücünü arttırmak ve dolayısıyla pazardaki payını yükseltmek için hasta doyumuna verilen önemi korumak zorundadırlar.
- *Etkililik*: Memnuniyeti sağlanan hastaların, bakım sürecinde daha olumlu tutum ve davranışlara sahip oldukları bilinmektedir. Bakım kalitesinden memnun kalan hastalar, gerek doktor gerekse diğer sağlık çalışanlarının önerilerini dikkatle yerine getirmektedirler.

Hasta memnuniyeti sağlık tedavi hizmetlerinin temel ürünüdür. Ayrıca hasta memnuniyeti ve doyumunu bu hizmetlerin yapısı ve süreci hakkında da bilgi vermektedir. Hizmetten memnun kalan dış müşteriler, sağlık örgütünün kalitesinin dış ortama aksettirilmesinde büyük rol oynarlar. “Hastalar memnun olmadıklarında müşteri yitimi olarak tanımlanan bir olguyla karşılaşmaktadır.”¹⁵⁰ Sağlık sektöründe, hizmetin sunumu ve alımı ile oluşan performans var olan beklentileri karşılıyor ya da aşıyorsa, hastaların memnun kalacağı, bunun yanı sıra beklentilerin altında kalıyorsa tatminsizlik duyacakları söylenebilir.

Nesanır ve Dinç tarafından 2008 yılında yayınlanan araştırmalarında da yatarak tanı ve tedavi görenlerin % 6’sı aldıkları sağlık hizmetinden hiç memnun kalmadıklarını belirtmişlerdir. Bu memnuniyetsizlik oranı devlet hastaneleri için % 7,5, özel hastaneler için de % 1,6 olarak saptanmıştır.¹⁵¹ Ayrıca son yıllardaki özel hastane artışına rağmen, özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde yoksul hastalara farklı tutum sergilendiği, karmaşık ve kronik vakalara bakılmaktan kaçınılması bu hastaların devlet hastanelerine gönderildiği yolunda bazı endişeler dile getirilmektedir.¹⁵²

Özer ve Çakıl’ın 2007’de yaptığı araştırmasına göre ise; hastanın yaşı, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi, kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirme, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel şartlar ile bürokrasi;

¹⁵⁰ Şükrü Hatun, *Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar*, İletişim Yayınları, İstanbul, 2002, s.134

¹⁵¹ Nasır Nesanır ve Gönül Dinç, “Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (5):419-428, 2008, s.422

¹⁵² Yahya Deryal, “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması” *Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 3 (2):101-147, 2006, s.103

bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetleri hasta memnuniyetini etkileyen faktörler olarak bulunmuştur.¹⁵³

İzmir’de bir özel hastanede 105 hastayla gerçekleştirilen başka araştırmada, hastaların demografik özelliklerinin hizmet kalitesi değerlendirmeleri ile olan ilişkileri incelenmiş ve yaşlı hastaların gençlere, düşük eğitimlilerin yüksek eğitimli hastalara göre, yüksek gelirli hastaların düşük gelirli olanlara ve sadık hastaların sadık olmayanlara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri bulunmuştur.¹⁵⁴

Başka bir araştırmada, hastane hizmetlerinde kalite algılamasını etkileyen faktörlerin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Hastaların cinsiyeti, daha önce gittikleri hastane ve eğitim düzeyleri hasta memnuniyet derecesinde etkili olmaktadır. Kadınlar erkeklerden daha fazla memnun kaldıklarını ifade etmişler, ayrıca, daha önce farklı hastanelerden hizmet alan hastalar diğer hastalara göre daha memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Son olarak da, hastanede daha kısa süreli kalan hastaların, uzun süreli kalan hastalara göre memnuniyet seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.¹⁵⁵

Karadağ’ın yapmış olduğu araştırmada da kayıt işlemleri için yedi dakika ve üzerinde bekleyenlerin memnuniyeti, daha az bekleyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aynı araştırmada hastaların gelir durumları ile memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.¹⁵⁶

Birey olarak değer verildiğini bilmenin, bir yönden bilgilendirilme ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Birçok durumda bireylerin ihtiyaçlarını belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren hastane personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda gerçekleştirilen çalışmalarda da durumu ve yapılacak işlemlerle ilgili olarak bilgilendirilen hastaların, hastane personeline güvenlerinin ve

¹⁵³ Ali Özer ve Enver Çakıl, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler” *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5 (3):140-143, 2007

¹⁵⁴ Nevzat Devebakan ve Mehmet Aksaraylı, “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması” *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5 (1):38-54, 2003

¹⁵⁵ Kahraman Çatı ve Abdullah Yılmaz, “Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma” *Pazarlama Dünyası*, 16 (4):46-53, 2002

¹⁵⁶ Zennure Karadağ, “Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi” *Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007

memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir.¹⁵⁷ Hastaların bilgilendirilmesi, güvenli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararına katılımlarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasını sağlamaktadır.¹⁵⁸

Sağlık hizmetleri sunan hastaneler açısından fiziksel ortam hastanın sağlık hizmetlerini satın alma kararını vermesinde ve satın aldığı hizmetlerden memnun kalmasında hatta hizmeti tekrar satın almasında önemli bir unsurdur. Bu sebeple sağlık hizmetinin sunulduğu fiziksel ortam içinde temizlik başta olmak üzere bekleme salonlarının hastalar için beklemeye elverişli bir mekanda olması gerekmektedir. Temizlik kavramı, hastanenin fiziksel görünümünü hizmet kalitesi ve memnuniyet bakımından etkileyecektir.¹⁵⁹ Gülmez'in 2005 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde 396 kişi üzerinde yaptığı araştırmada polikliniklerin genel görünümü iyi diyenlerin oranı % 74, temizlik açısından ise bu oran % 40 olarak bulunmuştur. Özellikle de tuvaletlerin temizliği açısından bu durum % 30 gibi iyi denemeyecek bir sonuç vermiştir.

Sağlık kurumlarında etkili bir randevu sisteminin oluşturulması, hizmet planlamasının doğru yapılması gerekmektedir. Hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin tamamlanması için geçen süre, hasta memnuniyetini etkilemektedir. Çünkü hastanelerde formalite arttıkça, hastaların zaman kaybının hasta memnuniyetini azalttığını göstermektedir.¹⁶⁰

Trabzon'da yapılan bir araştırmada, genel olarak eğitim seviyesi ile beklenti düzeyi arasında doğrusal bir orantı olduğu kanısına varılmıştır. Yani eğitim seviyesi arttıkça beklenti seviyesinde de artış olduğu gözlenmiştir.¹⁶¹ Deveci ve Yağcı'ya göre, beklenti düzeyi arttıkça memnuniyet seviyesi azalmaktadır. İzmir'de yapılan bir araştırmada, medeni hal açısından hastaların verilen hizmetlere yönelik kalite algıları arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir.

¹⁵⁷ Meryem Yılmaz, "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti" *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2):69-74, 2001

¹⁵⁸ Tülay Onur, "Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri" *Yüksek Lisans Tezi*, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007

¹⁵⁹ Mustafa Gülmez, "Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama" *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6 (2):147-169, 2005, s.166

¹⁶⁰ Onur, s.57

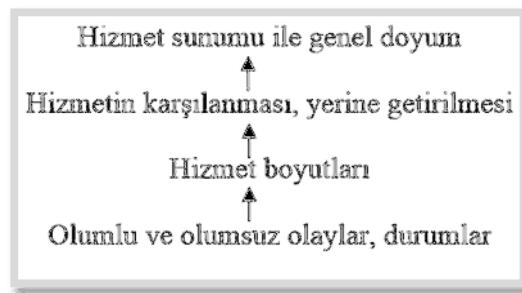
¹⁶¹ Sedat Bostan, Taner Acuner ve Gökhan Yılmaz, "Hastane İşletmelerinde Müşteri (Hasta) Beklentileri Araştırması" *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara, 2005, s.185-194

2.3. Sağlık İşletmelerinde Hasta (Müşteri) Tatmini ve Önemi

Hasta tatmini, “hastaların aldıkları sağlık hizmeti ya da tıbbi tedaviye yönelik beklenti, deneyim ve değer yargılarını içeren ve daha ziyade hastaların algılamalarıyla ilişkin”¹⁶² bir kavram olmaktadır. Hasta tatmini “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğunu ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt”¹⁶³ olarak da tanımlanmaktadır. Memnuniyet düzeyinin sağlık hizmetinden beklenen ve sağlanan faydalar arasındaki orana bakmak suretiyle belirlenme olanağı ileri sürülmektedir. “Hasta memnuniyeti, hastanın sorunlarını gidermek üzere kendisine özgü planlanmış bakımı algılamasının göstergesi olarak ifade edilmiş olup aynı zamanda verilen hizmetin sunumunu, hasta ve hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerinin değerlendirmesini içerir.”¹⁶⁴

Bir başka tanımda ise, hasta tatmini, “yasal ve istenen bir sonuç ve kaliteli bakımın bir tutumu olarak kalite güvence değerlendirmelerini”¹⁶⁵ kapsamaktadır. Hasta tatmini, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir işlevi olmaktadır. Dolayısıyla bir hasta, hizmeti almadan önce bazı beklentilere sahip olmakta, hizmet sunumundan sonra geçirdiği deneyimle yaşadığı deneyime bağlı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, “algıladığı ve beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda”¹⁶⁶ tatmin sağlayıp sağlayamadığına karar vermektedir. Hasta memnuniyeti, hasta memnuniyeti ve sonuç üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır.

Aşağıdaki şekilde hasta memnuniyetinin ulaşımı gösterilmektedir:



¹⁶² Sıdika Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınevi, Ankara, 2005, s.48

¹⁶³ Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması” *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2 (1): 69-95, 2012, s.76

¹⁶⁴ Gülden İçyeroğlu ve Elanur Karabulutlu, “Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6 (17):67-81, 2011, s.69

¹⁶⁵ Uğur Güllülü, Aysel Ercis, Şükrü Yapraklı ve Sevtap Ünal, *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Detay Yayıncılık, Ankara, 2008, s.29

¹⁶⁶ Burhan Tükel, A. Münir Acuner, Ömer Rıfkı Önder ve Arzu Üzgöl, “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)” *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57 (4):205-214, 2004, s.206

Birbirinden değişik beklentileri ile sağlık kuruluşlarına gelen hastalar, hizmet verilmesi esnasında, beklentilerine kavuşan hastaların tatmin oldukları belirtilmektedir. Bekledikleri hizmeti hastanede göremeyen hastaların ise genel memnuniyet oranlarının daha düşük seviyede oluşmaktadır.¹⁶⁷

Memnuniyet, beklentilerin bir işlevi olmakta, beklentiler ise, aynı veya benzer olan geçmiş deneyimlere dayalı olarak oluşmaktadır. Dolayısıyla, hastanın önceki deneyimlerinden sağladığı tatmin düzeyinin onun beklentilerinin oluşmasında ve buna bağlı olarak kendisine verilen sağlık hizmetinden tatmin sağlayıp sağlayamamasında ve tatmin gücünün belirlenmesinde etkisi olmaktadır. Beklentiler süreç içinde değiştikçe duyulan tatmin seviyesi de değişmektedir. Bu çerçeve de geçmişte yeterli olarak duyulan bir sağlık hizmeti daha sonra yetersiz olarak da düşünölebilir. Bunun yanı sıra “hastaların değer yargıları da zamanla değişmekte ve buna bağlı olarak sağlık hizmetleri da doyumsuzluk oluşturmaktadır”¹⁶⁸. Burada önem verilmesi gereken nokta da sağlık hizmetleri veren sağlık kuruluşlarının başarımı ile sadece doyumunu etkilemekle kalmadığı, aynı zamanda yeni beklentiler de oluşturacağıdır, bunlar da gelecekteki memnuniyet düzeyini etkileyecektir.

Hasta tatminsizliği sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden oluşabileceği gibi, genel refah seviyesine bağlı olarak değişiklik yaratabilir. Refah düzeyinin artmasıyla diğer hususlarda olduğu gibi verilen sağlık hizmetlerinde de hastaların beklentileri değişecektir. Hizmetlerin yetersiz oluşundan doğan doyumsuzluk, sağlık kuruluşlarının denetimi dışında olmaktadır. Ancak tüketici doyumunu üzerine yapılan araştırmalar “bu tür bir tatminsizliğin daha az olduğunu, buna karşılık pazarlama hizmetlerinin yetersizliğinden doğan tatminsizliğin ise daha fazla”¹⁶⁹ olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetleri verenler açısından hasta tatmini; yüksek oranda hastaların kuruluşta bulunmaları, hastanın doktorun verdiği önerilere ve isteklere uyma eğiliminin artması, kulaktan kulağa haber yayılması, yüksek kâr oranı gibi olumlu sonuçlar yaratmaktadır. Bundan dolayı hasta tatmininin bilinmesi sağlık kuruluşlarına büyük fayda sağlamaktadır.

Hasta memnuniyeti, hizmetin nasıl verildiğini, hasta ve hizmet sunanların ilişkisini, hizmetin devamlılığını, bu hizmetin verenlerin yeterliliğini ve aradaki

¹⁶⁷ Gülşen Terakye, *Hasta Hemşire İlişkileri*, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995, s.91

¹⁶⁸ Kaya, s.62

¹⁶⁹ Ayşe Özcan, *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim*, Yaz Yayınları, Ankara, 2006, s.145

iletişim özelliklerini de kapsar. Bu nedenle hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra “hemşirelik hizmetlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi ile bakım kalitesinin saptanmasında geri bildirim sağlamaktadır”.¹⁷⁰ Hasta ve yakınlarının beklenti ve önceliklerinin algılanması, geribildirimlerin değerlendirilerek sonuçların hastalara iletilmesi memnuniyeti etkileyen unsurların en önemlilerindendir Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri hastaya ilişkin faktörler, hemşirelerle olan ilişkileri ve  evre ya da kuruma ilişkin faktörler olarak ele alınabilir.

Hastaya ilişkin faktörler;

Hasta ve ailesi açısından memnuniyet, bireysel özelliklerden, karmaşık gereksinimlerden, beklentilerden, düşünce ve davranışlardan etkilenir. Bunun yanı sıra “kişinin geçmiş deneyimleri, arkadaşları ya da yazılı-sözlü basın yoluyla sağladığı bilgiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, sosyal konumu, sağlığına yönelik durumu, hastanın kendi sağlığını nasıl algıladığı”¹⁷¹ gibi etkenler de hastaya yönelik özellikler arasından sıralanabilir.

Hasta memnuniyetine yönelik çalışmalarda hastaya ilişkin sosyo-demografik varyasyonlar arasında çelişkili sonuçlar da elde edilmiştir. Örneğin, bazı araştırmalarda “yaşlı hastaların genç olanlara nazaran daha fazla memnun oldukları belirtilirken, bazılarında ise memnuniyet-yaş ilişkisine rastlanmamıştır”.¹⁷² Yine aynı şekilde, eğitimle hasta memnuniyeti arasındaki ilişkileri inceleyen bazı araştırmalarda da, “eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az memnun oldukları”¹⁷³ da saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklmeleri bu sonuca neden olmaktadır.

Hasta memnuniyetinde hemşirenin rolü;

Hasta memnuniyetini etkileyen bir başka faktör de hasta-hemşire etkileşimi olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde, hemşirenin ana fonksiyonu, sağlıklı veya hasta kişiye yardım etmektir. Bu yardım da, sağlam olan bireyin yaşamını

¹⁷⁰ Leman Birol, *Hemşirelik Süreci*, Kişisel Yayın, İzmir, 2000, s.54

¹⁷¹ Yenidünya, s.76

¹⁷² Emine Erdal, *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar*, Dağaşan Ofset, 1993, s.48

¹⁷³ Ayşe  zcan, *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletilişim*, Yaz Yayınları, Ankara, 2006, s.61

sağlıklı olarak sürdürmesi, hastanın da tekrar sağlığına kavuşması için gereken güç, bilgi ve isteği elde etmesine yönelik etkinlikleri kapsamaktadır.

Hemşirenin hastayla olan etkileşimi, kurduğu iletişim, sunulan bakımın niteliğini de etkilemektedir. Özellikle yataklı bakım kuruluşlarında, hastaların bakım süreci boyunca en fazla iletişimde bulundukları çalışanlar grubu hemşirelerdir. Dolayısıyla, hemşire, personelin tutum ve davranışlarını hasta memnuniyetine etkisi büyüktür. Hastaneden taburcu olmuş hastalara yönelik bazı araştırmalarda, “hemşirelerin tutumlarından memnun kalan hastaların genel doyum ve memnuniyet düzeylerinin de yüksekliği” göze çarpmaktadır.¹⁷⁴ Bu durum da hasta-hemşire ilişkisinin hastanın memnuniyeti üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir.

Hemşirelik açısından memnuniyetin değerlendirilmesinde, hastalara ve yakın çevrelerine güler yüzlü, saygılı ve nazik olmaları, hastalara destek vermeleri, soruları açıkça ve net olarak cevaplamaları, hastalar tarafından kolayca ulaşılabilir olmaları ve beklentileri karşılamaları gibi kriterlere başvurulmaktadır. Hastaların hastanede kaldıkları süreç içerisinde sunulan “hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetlerine yönelik memnuniyetlerine etki eden en önemli bir faktör”¹⁷⁵ olmaktadır. Bu durum da hastanın hastaneyi tekrar seçme eğilimini ve hizmetten duyduğu memnuniyetini başka kişilere iletme yoluyla da gösterdiğini ifade etmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, hastaların hastanedeki deneyimlerine yönelik memnuniyetlerinde hemşirelik hizmetlerinin oldukça önem taşıyan bir etkin olduğu ve dolayısıyla hemşirelik, hastane çalışanların hasta ile iletişimleri ve davranışlarının hastanın memnun olmasındaki temel etkenler olduğu da belirtilmektedir.¹⁷⁶

Hemşire-hasta etkileşimi pek çok faktörlere bağlıdır. Bu ilişkinin etkinliğini ve başarısını etkileyen temel unsurlar; “güven, bağımlılık, bağımsızlık, empati, sevilme, kendini beğenme ve benliğe saygı” duyguları olmaktadır.¹⁷⁷ Aradaki bu tür bir iletişim ne kadar yüksek olursa hastanın memnuniyeti o derece artmaktadır.

- *Güven duygusu*; başkalarının yanında bireyin kendini daha güvencede duymasını sağlayan, başkasının güvenini kazanmada dürüstlüğü öne alan

¹⁷⁴ Güllülü vd., s.31

¹⁷⁵ Kaya, s.69

¹⁷⁶ Özcan, s.70

¹⁷⁷ Birol, s.45

duygudur. Bu duygu, bireyin gereksinimlerinin geçmişteki deneyimlerine ve yaşamında önemli yeri olan kişilere bağlı olmaktadır. Gereksinimlere gösterilen tepkilerin doyuruculuğu bireyin güven duygusunu oluşturmaktadır. Eğer hastanın arzuları sürekli olarak doyum sağlamıyorsa ve çevresindeki önemli bireylerden gelen karşılıklar da memnunluk yaratmıyorsa, hastada olasılıkla büyük bir güvensizlik duygusu vardır. “Hasta kendine güveniyorsa, gevşeme, rahatlama ve bakıma katılma arzusu ve eğilimi görülmektedir.”¹⁷⁸ Güvensizlik duygusu hastayı sürekli bir şeyler istemeye yönelten, huzursuz, her şeyi reddeden zor bir hasta konumuna sokar ve hastane kurallarını bir sınırlama ya da tehlike olarak da yorumlayabilir.

- *Edinilen bağımlılık duygusu*; bağımlılık düzeyinin göreceli olmasına karşın çağdaş psikolojik tıp, hastanın az da olsa bağımlı olduğunu kabul etmektedir. Bu duygu bireylerde hastalığın algılanmasına göre değişebilir. Bazı hastalar, “hastalığı zayıflığın bir simgesi ve saygınlık seviyelerini kaybetme”¹⁷⁹ olarak algırlar. Hastaya duyulan saygı, onu olduğu gibi kabullenmek ve gereksinimlerini karşılamakla eşdeğerlidir. Önemli ve gergin durumlarda başkalarına bağımlı olma insanın temel gereksinimlerindendir.
- *Bağımsızlık duygusu*; insan doğası nedeniyle gittikçe artan bir bağımsızlık düzeyine varmaya eğilimlidir. Olgunluğun göstergesi, bireyin sorunlarını çözme ve karar almadaki becerileridir. Hemşirenin hastanın gerçekçi ve gerektiği zamanda bağımsız olabildiği durumları algılayabilmesi önemlidir.¹⁸⁰ İyileşme dönemindeki hasta kendi bağımsızlığı ve özgürlüğü için oldukça fazla çaba harcamaktadır. Bu çabalara hemşirenin destek vermesi ve övmesi hastanın kendine güveninin ve bireysel memnuniyetinin artmasına yardımcı olmaktadır.
- *Empati*; duygusal bir ilişkide oldukça önemli bir kavram olmaktadır. Empati, hastanın sorunları, korkuları, istekleri ve güduları hakkında hasta ile bir duygu alışverişi olmaktadır. Hemşire, hastasını yakından tanıyarak ve hastalığının niteliklerini algılayarak empati geliştirebilir. Hemşirenin hastaya

¹⁷⁸ Ida Jean Orlando, *Hemşire Hasta İlişkisinde Kişilerarası Süreçler*, (Çev. A. Özcan ve N. Platin) Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 1984, s.25

¹⁷⁹ Orlando, s.32

¹⁸⁰ W. Sterling Edwards ve Thomas Gordon, *Doktor-Hasta İşbirliği*, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1995, s.85

gösterdiği etken ve içten gelen yakınlaşması ve ona zamanını vermesi oldukça önemlidir.

- *Sevilme duygusu*; bir diğer kişiye karşılıksız olarak, düşünceli bir biçimde sevgisini gösterme becerisidir. Hastaya sevgi çoğunlukla hemşirelerin sabrı, nazikliği, hoşgörüsü, saygısı ve şefkati ile gösterilebilir.
- *Kendini beğenme ve benliğe saygı duygusu*; bu iki olgu birbiri ile yakından ilişkilidir ve bireyin saygı görmeyi hak ettiğini ve dikkatin üstünde olduğunu hissetmesini sağlayan duygular olmaktadır. “Hastanın kendini beğenme duygusu, saygının doğrudan gösterilmesi ile orantılı olmaktadır.”¹⁸¹ Bireyin benliğine duyduğu saygı ve kendini beğenme duygularını riske atacak herhangi bir durum, hastanın iyileşme sürecini etkilemektedir.

Çevresel faktörler;

Hastane ortamı, ulaşabilir olma durumu, yiyeceklerin kalitesi, temizlik, otopark gibi konular fiziksel ve çevresel etkenleri kapsamaktadır. “Hastanelerin gerek çevresel ve fiziksel gerekse sosyal yönden vereceği rahatlık, hastaların kendilerini kendi evlerinde hissetmelerini sağlamakta ve memnuniyetlerini arttırmaktadır.”¹⁸² Bakımsız bir hastanedeki yeterli ve düzenli olmayan hasta odaları, koşulların rahatsızlığı şikayet nedenlerinden olmakta ve hastaların seçimlerini olumsuz olarak etkilemektedir.

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli koşullardan en önemlisi olan temizlik unsurunun yanı sıra, gürültü ve özel hastalık durumlarından dolayı, daha denetimli bir ziyaretçi politikasına gereksinim duyulmaktadır. Hastane yönetiminin dengeli bir ziyaretçi sistemi kurması hastaların memnuniyeti açısından oldukça önemlidir.

Hemşire hizmetlerinin yeri ve önemi;

Hemşirelik hizmetleri “kişinin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ile hasta olduğunda iyileştirilmesi alanında rol oynayan bir sağlık disiplini.”¹⁸³ 2007’de Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş olan 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanuna göre

¹⁸¹ Gürkan Sert, *Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*, Babil Yayınları, İstanbul, 2004, s.78

¹⁸² Nurşen Özçelik Adak, *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul, 2002, s.65

¹⁸³ Perihan Velioğlu, *Hemşirelik Üstüne Düşünceler*, Latin Matbaası, İstanbul, 1997, s.14

“Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir” (madde 4).¹⁸⁴

Hemşire, hasta ile günün 24 saati birlikte olan, hastanın teşhis ve tedavi işlemleri ve bu süreçte hastanın yaşadığı olaylardan nasıl etkilendiğini yakından gözlemleyen sağlık personelidir. Bu nedenle hastanın servise kabulünden taburcu edilmesine kadar geçen süreçte hastanın memnuniyetini arttırmada hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilmekte, hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kalitesinin belirlenmesinde de çok önemli geribildirim sağlamaktadır. Hastaların hastane açısından memnuniyetini etkileyen en önemli etkenin hemşirelik bakımından memnuniyetleri olduğu ifade edilmektedir.¹⁸⁵ Bu nedenle hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin düzenli olarak değerlendirilmesi önemlidir. Güllülü, hastanede yatan hastaların tatmin ile tatminsizliğini etkileyen nedenleri aşağıdaki şekilde ifade etmektedir;¹⁸⁶

- Dinlenme ve rahatlama,
- Eliminasyon,
- Diyet ihtiyaçları,
- Kişisel hijyen,
- Destekleyici bakım,
- Tedaviye cevap ve
- Hasta-hemşire ilişkisidir.

Güllülü, hastalarda tatmini sağlayabilmek için sekiz boyut tanımlamıştır. Bu boyutlar;¹⁸⁷

¹⁸⁴ 5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 02.05.2007, R.G. Sayısı: 26510 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> (13.08.2014)

¹⁸⁵ Gülten İçyeroğlu ve Elanur Karabulutlu, “Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6 (17):67-81, 2011, s.69

¹⁸⁶ Uğur Güllülü, *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Detay Yayıncılık, 2008, s.43

¹⁸⁷ Güllülü, a.g.e., s.46-47

- Bakım sanatı,
- Bakımın teknik kalitesi,
- Ulaşılabilirlik,
- Uygunluk,
- Fiziksel çevre,
- Finans durumu,
- Bakımın sürekliliği ile
- Bakımın etkinliğidir.

Bu ve benzeri hasta beklentileri analiz edildiğinde, hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyeti üstünde ne derece etkili olduğu görülmektedir.

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti Modelleri

Hasta memnuniyetini açıklamak için ileri sürülen kuramların pek çoğu işyerine yönelik motivasyon kuramları üzerine temellendirilmiştir. Bazı bilim adamları Herzberg ve arkadaşları tarafından ileri sürülen ikili faktör kuramı ile hasta memnuniyeti veya memnuniyetsizliğine neden olabilecek faktörlere ilişkin yorumlar yapmışlardır. Bu kuramda tatmin ve tatminsizliğin farklı etmenlerden meydana geldiği ileri sürülmektedir.¹⁸⁸

Müşteri tatmininin oluşumu ve tatmini etkileyen faktörler hakkında literatürde birbirinden farklı kuramlar geliştirilmiştir. Bu kuramlar; beklentinin onaylanmaması, bilişsel uyumsuzluk/çelişki, benzeşim-zıtlık, eşitlik, atıf, kıyaslama düzeyi ve uyumlaştırma kuramları olarak açıklanmaktadır. Bununla birlikte, bu alanda en çok kabul gören kuram, beklentinin onaylanmaması kuramıdır. Bu kurama göre müşteriler, satın alma ve kullanma öncesinde, hizmet/ürünün kullanım anında göstereceği performansla ilgili beklentilere girmekte ve beklenen sonuç da memnuniyet olmaktadır. Dolayısıyla, müşteri, satın alma hareketine beklentileriyle girmekte ve satın alma sonrasında algıladığı performans ile satın alma öncesindeki beklediği mal/hizmet performansını karşılaştırmaktadır. Bu karşılaştırma sonucunda her iki performans birbirine eşitse onaylama gerçekleşmektedir. Algılanan ürün

¹⁸⁸ Sıdıka Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınları, Ankara, 2005, 73-74

performansı, beklentilerden daha büyük olduğunda pozitif, küçük olduğunda ise negatif onaylamama gerçekleşmektedir.¹⁸⁹

Mal ve hizmetleri kullanan müşterilerin beklentileri ile elde ettikleri fayda arasındaki uygunluk temel alınmak üzere elde ettikleri memnuniyeti analiz eden çeşitli modeller söz konusudur. Bu modeller aşağıdaki şekilde ele alınmaktadır.

Benzeşim-Zıtlık Modeli;

Müşteri anlayışının sosyal yargı yasasına göre kabul edilir ve kabul edilemez performans bölgeleri söz konusudur. Buna göre, müşterilerin algılamalarına kayıtsız kalabilecek performanslar olduğu gibi kabul görmeyen performans bölgesinde bulunan ve kabul edilmeyecek yargıları oluşturan performanslar vardır. Bu bölgeler müşterinin gerçek beklenti düzeyi çerçevesinde yer almaktadır. Bu kapsamda model, müşterideki kabul bölgesinde kalan performans beklentileri karşılayamamış olsa da, bu uyumsuzluğun göz ardı edilebileceğini, eğer ret bölgesinde ise zıtlığın ön plana çıkacağını belirtmektedir.¹⁹⁰

Buna göre beklentiler ile müşteri deneyimleri arasındaki tüm farklılık, farklılığın derecesine göre abartılabilecektir. Bir ürünün performansı beklenenden çok az dahi, müşteri tarafından kabul edilemez kriterlerde yer alırken, alınan performansın, beklenenden üstün olması durumunda tam tersi geçerli olacaktır.¹⁹¹

Çelişki modeli;

Çelişki modeli, müşterinin beklentisinden daha düşük bir performansla karşılaşması halinde zihninde bu çelişkiyi en aza indirmeye çalışacağını anlatmaktadır. Bu iki şekilde olabilir. İlk olarak müşteri ürün ya da hizmeti satın aldıktan sonra beklentilerini düşürebilir, ikinci olarak ise ürünün ya da hizmetin performansını olumlu bir biçimde algılama yoluna gidilebilir.

Olumsuzluk modeli;

Beklentiler ve performans arasındaki uyumsuzluklar müşteriyi olumsuz etkileyip, huzursuz edebilir. Bir ürün veya hizmete ilişkin olarak müşteri tarafından

¹⁸⁹ Ömer Baybars Tek, *Pazarlama İlkeleri*, Beta Yayınları, İstanbul, 1999, s.216

¹⁹⁰ İbrahim Kılıç ve Elbeyi Pelit, “Yerli Turistlerin Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma” *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 15 (2):113-124, 2004, s.114

¹⁹¹ Baybars, s.114

hissedilen şey bu çelişkinin büyüklüğü ile ters orantılıdır. Bu açıdan çelişkinin büyüklüğü mal/hizmete duyulan memnuniyeti artıracaktır.¹⁹²

Hipotezin testi modeli;

Bu modelde müşteriler hizmet/ürünlere ilişkin deneyimlerini olumlu yönde değerlendirirler. Müşteriler hakkında iyimser bir yaklaşımı benimseyen bu model ayrıca, müşterilerin satın alma öncesindeki bilgilerinin çoğunun rakamlara dayandığını ve bu rakamların kullanılacak ürünlere ilişkin beklentilerin oluşturulmasında önemli rol oynadığı varsayılmaktadır. Bu kurama göre müşteriler ürünlere yönelik deneyimlerini pozitif değerlendirme eğiliminde olup, bunun müşteriler hakkında iyimser bir görüş olduğu vurgulanmaktadır.¹⁹³

Hasta beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasının hassas bir göstergesidir. Genel olarak hasta memnuniyetinin beklentilerle ilgili olduğu varsayılmaktadır.¹⁹⁴ Yapılan araştırmalarda “beklentisi olmayan ve az bilgilendirilmiş hastaların daha çok memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri fazla olan hastaların daha az memnun oldukları”¹⁹⁵ saptanmıştır. Hastalar sağlık bakım dizgesine farklı kişisel özellikleri, tutumları, davranışları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler Hastanın hemşirelik bakımı ile ilgili beklentileri bu özelliklerinin yanı sıra aile, yakın çevre ile yazılı ve sözlü basından aldığı bilgilerden de etkilenmektedir. Ancak hastanın beklentileri daha çok sağlık bakımı ile ilgili deneyimleri çerçevesine değişime uğrayabilmektedir. Zira daha önce hastaneye yatmış olan kişiler bu sırada sağlık bakım hizmeti sunanlarla iletişim halinde bulunmaktadır. Aradaki bu etkileşimin sonucunda kazandıkları bilgiler beklentilerini saptamaktadır.¹⁹⁶ Bu değerlendirmeler daha sonraki hastaneye yatışlarında aldıkları bakımdan memnuniyet durumlarını etkilemektedir. Daha önce hastaneye yatmamış olan kişiler ise, böyle bir etkileşime sahip olmadıklarından beklentileri sınırlı kalabilmektedir.

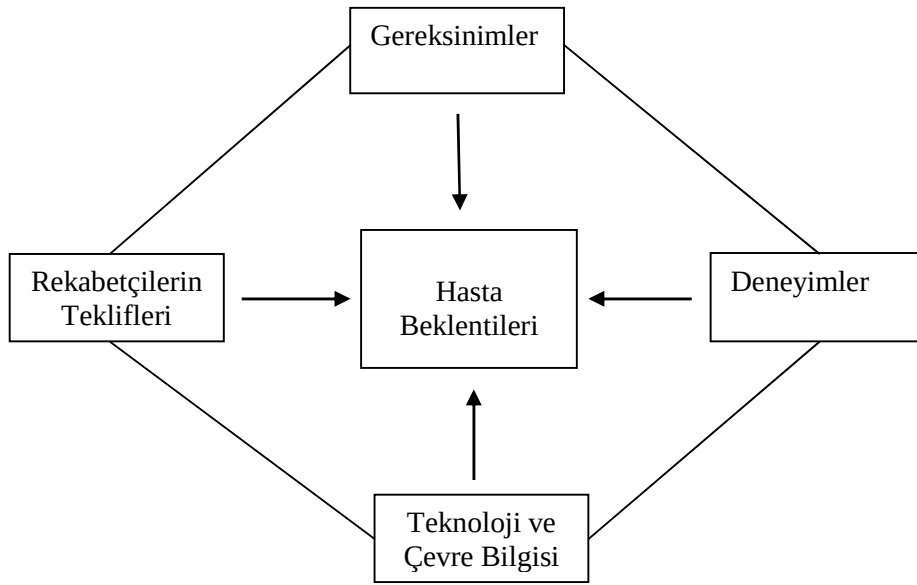
¹⁹² Terry G. Vavra, *Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları*, (G. Günay), KalDer Yayınları, İstanbul, 1999, s.55-56

¹⁹³ Baybars, s.114

¹⁹⁴ Mehmet Karafakıoğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, s.115

¹⁹⁵ Dilek Özmen “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması” *II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, İzmir, 1999, s.532

¹⁹⁶ Hayran ve Sur, s.72



Şekil 1. Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler¹⁹⁷

Genel olarak, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir;¹⁹⁸

- *Hastaların tıbbi gereksinimleri*; sağlık sorunlarını çözme ya da en aza indirme, bakım görme veya belirli bir hastalığın ilerlemesini önleme ihtiyaçları, hastaların beklentilerinin belirlenmesinde önemli rol oynarlar.
- *Mevcut ve diğer sağlık örgütlerinden edinilen deneyimler*; hastaların sağlık bakım hizmeti ile geçmişte edindikleri deneyimlerdir.
- *Teknoloji ve çevre bilgisi*; hastaların sosyokültürel durumlarına göre, var olan hizmet çeşitlerini, hizmet etkinliklerinin risklerini ve hizmetlerin teknolojik düzeyini algıladıkları belirtilmektedir. Bunun yanı sıra hastaların aileleri, akrabaları, arkadaşları ve ziyaretçileri gibi diğer kişilerin deneyimlerinden edindikleri bilgiler önemli olmaktadır.
- *Eşlik eden kişilerin öğütleri*; diğer sağlık bakım kuruluşlarının öğütlerini ya da bu konuda verilen sözleri bilmek hasta beklentileri üzerinde önemli bir etki yapmaktadır. Ayrıca hastaların ruhsal durumları ve algılanan kalite olgusu da hastaların hizmetlerden beklentilerini etkileyen faktörlerdir.

¹⁹⁷ Sıdika Kaya, Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme, Pelikan Yayınları, Ankara, 2005, s.75

¹⁹⁸ Adnan Kısa, “Vardiyalı Çalışma Sistemini Uygulayan Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Bir Hastanede Hasta Memnuniyetinin Araştırılması” 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, 2001, s.421-422

Sağlık kuruluşlarında hastalar, kendilerine uygulanan bakımı hissederlerse memnun olacak ve doyum sağlayacaklardır. Hem bireyler hem de yapılan işlemler bu özeni göstermelidir. Burada da gerçek beklentilerin belirlenmesi ve gerçekleştirilmesi gereken etkinliklerin ortaya konulmasıdır. Dolayısıyla önceleri kınama, inceleme ya da bir yargıya varamamaktadır. Hastalar genelde neden beklediklerini bilmedikleri gibi beklemek de istememektedirler. Burada önemli olan husus da hastanın düzenli olarak ve sık aralıklarla bilgilendirilmesidir. Duygusal ve fiziksel düzeyde sağlanan hasta hizmeti, hasta gözünde bakım kalitesiyle aynı değerdedir.

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Modelleri

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden birisi de verilen sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerine gün geçtikçe daha da fazla önem verilmekte, sağlık hizmetlerinde standartlaşma amaç edinilerek kalitenin devamı hedeflenmektedir.¹⁹⁹

Günümüzde kalite artık yaşantımızın tüm alanlarında ön plana alınmış olup, her konuda ve her zaman sözü edilen bir talep durumuna gelmiştir. “Birçok ülkede tüketici olgusunun gelişmesi ve bireylerin artan beklentileri sonucu büyük önem kazanmış olan kaliteden artık sağlık alanında da söz edilmektedir.”²⁰⁰ Ancak sağlık hizmetlerinin oldukça gelişmiş olduğu ülkelerde bile bakım hizmetinde kaliteyi elde etmenin karmaşık ve güç bir olgu olduğu kabul edilmektedir. 1980’li yıllarda Donabedian, kalitenin “farklı ama birbirine iç içe geçmiş parçalardan oluştuğunu” vurgulamıştır. Bunlar yapı, süreç ve sonuç olmaktadır;²⁰¹

- *Yapı*; sağlık bakım alanında işbirliğini sağlamak için sistemli bir hale getirilmiş, araç gereç, yapı, personel gibi tüm madde ve hizmetleri açıklamaktadır.
- *Süreç*; hemşire tarafından sunulan bakıma ilişkin olup neyin nasıl yapılması veya bakımın nasıl yürütülmesine yöneliktir.

¹⁹⁹ Enver Bozkurt, *İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü*, Nobel Basımevi, Ankara, 2003, s.76

²⁰⁰ Sıdıka Kaya, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınevi, Ankara, 2005, s.124

²⁰¹ Asım Balcı, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005, s.135

- *Sonuç*; tedavinin bitiminde, hastanın sağlık durumunda değişme, bilgisinde artma ve memnuniyet derecesi ile ilişkili olmaktadır.

Donabedian'ın oluşturduğu bu esaslar, sağlık bakım hizmetlerinin çoğunda, hemşirelik bakım standartlarını oluşturmak için kullanılmıştır.

Günümüzde bakım kalitesinin değerlendirilmesinde başlıca iki bakış açısı yer almaktadır. İlki, bakımın standartlarının belirlenmesi ve yapılan düzenlemelerin bu standartlara göre ölçümü ile değerlendirme ve denetim yöntemi olmaktadır. Bu yöntem mekanik düzeyde geçerli olabilir, ancak verilen bakımın hasta üzerindeki etkisini belirlemek için etkin olmamaktadır. Verilen bakım güvencesinde diğer yaklaşım ise, hasta memnuniyetinin gelişiminin gözden geçirilmesi yöntemidir.²⁰²

Diğer taraftan bakımın kalitesi de, teknik alanda ve bireyler arası kalite olarak iki alana ayrılabilir. Teknik alanda, bir sağlık sorununun tıbbi teknoloji ve bilimini kullanarak çözülmesi geçerli olmaktadır. Bireylerarası bakım kalitesi ise, hasta ve bakımı hizmeti sunan çalışan birey arasındaki iletişim olarak belirtilmektedir. “Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi; hemşirelik uygulamalarında bakım kalitesini belirlemeye, bakıma etkisi olan değişkenleri saptamaya ve hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlayarak hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükseltmektedir.”²⁰³ Dolayısıyla hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin düzenli olarak değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki de üç boyutlu olarak ele alınmaktadır;²⁰⁴

- *Teknik ve profesyonel davranışlar*; hemşirelik görevlerini yeterli düzeyde yapabilmesi için hemşirenin edinmesi gereken bilgi ve teknik işlevlerdir.
- *Güvenilir ilişki*; hemşirenin olumlu bir hasta-hemşire ilişkisi ve iletişim kurmaya yetecek düzeyde yapıcı niteliklerinin olmasıdır.
- *Eğitimsel ilişki*; hemşirenin hastalara bilgi verme becerisinin olması, sorulara doyurucu cevaplar verebilmesi, verilen bakımı net olarak açıklaması, teknikleri sunabilmesidir.

²⁰² Osman Hayran ve Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayınları, İstanbul, 1998, s.67-68

²⁰³ Gülten İçyeroğlu ve Elanur Karabulutlu, “Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6 (17):67-81, 2011, s.69

²⁰⁴ Türkan Şanlı, *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992, s.78-79

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Zira yapılan araştırmalara göre “hasta beklentileri ile tatmin düzeyleri arasında her zaman doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır.”²⁰⁵ Beklentiler süreç içinde değiştikçe hissedilen doyum düzeyi de değişmektedir. Hastaların tıbbi gereksinimlerinin yanı sıra başka beklentilerinin olması, sadece tıbbi hizmet amacıyla kurulan sağlık örgütlerinde yeniden yapılanma gereksinimini da beraberinde getirmektedir. Artık sağlık örgütleri, hastaların tıbbi gereksinimlerinden başka, estetik, duygusal, kültürel gereksinme ve beklentilerine de yanıt verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır.²⁰⁶ Çünkü bir sağlık örgütünün başarısı hastanın doyum ve memnuniyet olarak bakıma sürdürmesi ve sonuçlandırmasıdır.

Sunulan bakımdan memnun olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık örgütüne başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık kuruluşu bakımından başarısız hizmet üretimi söz konusudur. Hasta memnuniyetinin, hizmeti verenlerin ve hastaların beklentilerini temel alan özel, olumlu yönlü bir hizmet değerlendirilmesi olduğu ve kalite ile memnuniyet kavramının farklı olarak görünseler bile yüksek seviyede birbirleriyle ilişkili oldukları belirtilmektedir.

Sağlık bakım hizmeti bazı yönlerden diğer sanayi ve hizmet kuruluşlarından açık seçik bir şekilde farklılık göstermektedir. Rekabete dayalı bir piyasada tüketiciler hoşnutsuzluklarını alışveriş yerlerini değiştirerek gösterebilmektedir. Oysa sağlık hizmetinde kişilerin bağlı oldukları sağlık örgütleri nedeni ile seçme şansı sınırlıdır. Bu sınırlı durum, ülkemizde ulusal sağlık hizmetlerinin sunulduğu Sosyal Sigortalar Kurumu ve Devlet Hastanesi gibi örgütlerde açıkça görülür.²⁰⁷ Daha da önemlisi bireyin sağlık ve bakım ihtiyacının sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili ölçütler, toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki ölçütlerden daha farklı ve karmaşıktır.

Yıllardır kuruluş yöneticileri, üretilen mal ve hizmetlerin mutlaka satılacağını düşünmüşlerdir. Bu algılama şekli, isteğin yüksek, buna karşılık sunumun sınırlı olduğu kesimlerde bugün de egemenliğini korumaktadır. “Hasta sayısının fazlalığı, buna karşılık sağlık örgütleri sayısının sınırlılığı, sağlık hizmetleri piyasası açısından

²⁰⁵ Ayşe Özcan, *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim*, Yaz Yayınları, Ankara, 2006, s.158

²⁰⁶ Kaya, s.68

²⁰⁷ Hayran ve Sur, s.246

çok tipik bir örnek oluşturmaktadır.”²⁰⁸ Hastanelere olan isteklerdeki artışın yanı sıra, hizmet sunumunda kurum sayısındaki düşüklük nedeniyle yaşayan sağlık kesiminde bu durum açıkça görülmektedir. Bununla beraber, dünyadaki bütün gelişmeler göz önüne alındığında, 1960’lı yıllardan başlayarak sonra kişinin “*hasta*” olmaktan daha ziyade sağlık bakımının bir “*tüketici*” olarak kabul edilme fikri giderek daha önemli olmaya başlamıştır.²⁰⁹ Dolayısıyla sağlık hizmetlerini satın alanları müşteri olarak değerlendirmek en azından kavramsal düzeyde yanlış olmayacağı düşünülmektedir.

Sağlık kuruluşlarından hizmet alan hastaların müşteri olarak tanımlanmaları, aynı zamanda bu bireylerin doyumu kavramı çerçevesinde yapılan araştırmaların giderek yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu açıdan hasta doyum ve memnuniyeti, istenen bakım sonuçlarından biri olarak, aynı zamanda sağlık durumu belirtisi olarak kabul edilmektedir. Müşteri tarafından algılanan kalite ile örgütsel kalitenin bir karşılaştırması olarak hasta doyumu ve memnuniyetini etkileyen en önemli etken; “sağlık müşterilerinin aldıkları hizmetin teknik açıdan yeterliliğini belirleyebilecek bilgi düzeyinde olamamalarıdır”²¹⁰. Bir başka deyişle hastaların, doktorun teknik açıdan yeterliliğini önemsedikleri, ancak bu durumun hastaların doktoru yeniden yeğledikleri eğilimine etki etmediği, yeniden doktor seçiminde ise “doktorun ilgisi ve hastaya yaklaşım şeklinin daha önemli olduğu” belirlenmiştir.²¹¹ Hastalar doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun kendi alanındaki uzmanlık bilgisinden ziyade duyarlılığı, zaman ayırması, nezaketi ve dinlemesi gibi davranışlarını ön plana almaktadırlar.

Hasta memnuniyetine yönelik değerlendirmelerin kalite belirtisi olarak kullanılamayacağı görüşünde olanların gerekçeleri ise;²¹²

- Hastaların, sağlık sektöründe çalışan profesyonel elemanların teknik yeterliliklerini belirleyecek teknik bilgileri olmamaktadır. Bunun yanı sıra, fiziksel ve duygusal durumları kararlarını kolayca etkileyebilir.

²⁰⁸ Mehmet Karafakioğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul, 1998, s.47

²⁰⁹ Güllülü vd., s.34

²¹⁰ Edwards ve Gordon, s.55

²¹¹ Cevdet İnaş, Mehtap Tatar, “Doktor Hasta İlişkisi” *Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi*, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1999, s.67

²¹² Terakye, s.46-47

- Hastalar, hizmeti sunanların bireylerarası ilişkileri gibi tıp bilimi dışındaki faktörlerden etkilenebilirler. Yatakta olan hastalara iyi yaklaşım, kolay olarak uygun olmayan teknik tedaviyi maskeleyebilir.
- Hastalar, ilişkilerinin sürmesi düşüncesi ya da daha önceki hasta-doktor iletişimindeki başarısızlıktan ötürü ne düşündüklerini tam olarak açıklamaktan da çekinebilirler.
- Hastalar, hizmetin sunulmasına ilişkin özellikleri tam olarak anımsayamadıklarından dolayı, hasta memnuniyet araştırmaları, yüz yüze görüşmeler de dahil olmak üzere, oldukça öznel olan bir durumun saptanması için uygun olmayan yöntemler olmaktadır.

Ancak tüm eleştirilere karşın, günümüzde müşteri doyum ve memnuniyetine yönelik yapılan araştırma ve inceleme sonuçları, bir pazarlama aracı olmaktan çıkarak, hizmet kalitesini değerlendirme kriteri özelliğini elde etmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE VE PAZARLAMA STRATEJİLERİNİN HASTA SADAKATI VE MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

3.1. Araştırmanın Önem ve Amacı

Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın biçimde kullanılmasına yol açan gelişmeler; artan maliyetlerin baskısı, sağlık hizmeti tüketicilerinin gereksinimlerinin arttığı benimsenmesi ve kabulü, özel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artışı, atıl kapasitede çalışmanın yitlik olarak değerlendirilmesi, hizmetlerin taklit edilmesi, personelin profesyonellik anlayışının gelişmesi, değişen hasta-doktor ilişkilerinin seviyesi, hastalığın önlenmesine ilişkin olarak artan ilgi, sağlık hizmeti sunanlara yönelik artan tüketici doyumsuzluğu, sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması şeklinde ifade edilebilir. Bu gelişmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir. Sağlık hizmetleri pazarlaması, “sağlık hizmeti tüketicilerinin neye gereksinim duyduğunu tespit etmek, bunları sağlamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme anlamında önemli görülmektedir. Bu açıdan yapılan bu çalışma ile sağlık sektöründe kalite ve pazarlama stratejilerinin hasta sadakati ve memnuniyetine etkisinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

3.1.1. Çalışmanın Evren/Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kafkas Üniversitesi (Kars) Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yatmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Yapılan çalışma 190 Kadın, 238 Erkek olmak üzere toplam 428 katılımcı ile sağlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Metodolojisi

3.2.1. Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri, derinlemesine mülakat ve yüz yüze görüşme yöntemleri ile toplanmıştır. Veri toplamada 8 bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan “SERVQUAL” yöntemine göre hazırlanmış; böylece hastaların poliklinikte verilen sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri ölçülmeye çalışılmıştır. Bu Parasuraman, Zeithalm ve Berry tarafından geliştirilen bir modeldir. Modele göre bir hizmette olması gereken özellikler araştırılmıştır. Parasuraman, Zeithalm ve Berry (1985),”A

Conceptual Model of Service Quality and It's Implication for Future Research” ve Parasuraman, Zeithalm ve Berry (1988), “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality” çalışmalarındaki ölçekler birlikte ele alınmış ve algılanan hizmet kalitesi değerlendirilmeye çalışılmıştır.²¹³

Kullanılan formun ilk bölümünde; hizmet satın alan hastalara ait sosyo-demografik faktörler yer alırken anket formunun diğer bölümlerinde ise fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, yemekler, hemşireler, yönetim ve hekim unsurlarına ait sorular sorularak sağlık sektöründe kalite ve pazarlama stratejilerinin hasta sadakati ve memnuniyetine etkisini ölçmeye çalışılmıştır.

3.2.2. Veri Toplama Yöntemi

Sağlık sektöründe kalite ve pazarlama stratejilerinin hasta sadakati ve memnuniyetine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada betimsel (survey) tarama modeli kullanılmıştır.

3.2.2.1. Betimsel (Survey) Araştırma Yöntemi

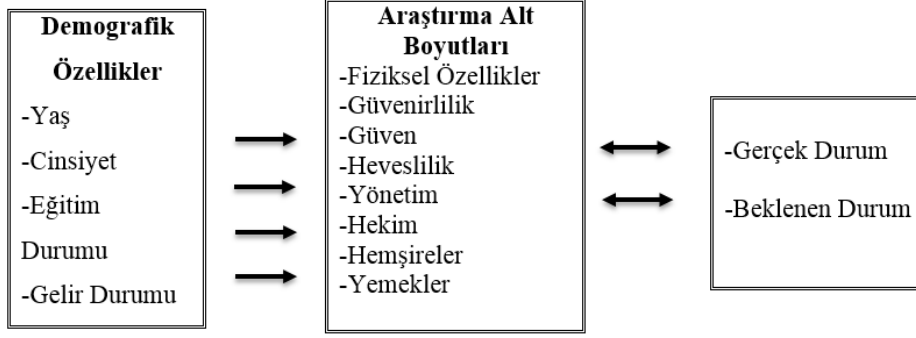
Betimsel (survey) araştırma yöntemi geçmişte veya halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Betimsel nitelikli araştırmalar; mevcut olayların daha önceki olay ve koşullarla ilişkilerini dikkate alarak, durumlar arasındaki etkileşimi açıklamayı hedeflemektedir. Genellikle bir survey yöntemi olan betimleme yöntemi, grupla ilgili genişliğine bir çalışmadır. Çok sayıda obje ya da denek üzerinde ve belirli bir zaman kesiti içinde yapılmaktadır.²¹⁴

3.2.3. Araştırma Model ve Hipotezleri

Araştırmaya ait model ve hipotezler aşağıdaki gibidir.

²¹³ Papatya vd. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma

²¹⁴ Karasar, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.



Şekil 2: Araştırmanın Modeli

H₁: Cinsiyet ile beklenen durum arasında bir fark vardır.

H₂: Cinsiyet ile gerçek durum arasında bir fark vardır.

H₃: Yaşa göre beklenen durum arasında bir fark vardır.

H₄: Yaşa göre gerçek durum arasında bir fark vardır.

H₅: Beklenen durum ile alt boyutlar arasında bir ilişki vardır

H₆: Gerçek durum ile alt boyutlar arasında bir ilişki vardır.

3.2.4. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmadaki anket 5’li likert tipi şeklinde hazırlanan 52 maddeden oluşmaktadır. Çalışmada elde edilen veriler betimleyici istatistikleri ortaya koymak amacıyla yüzde ve frekanslar ile min/max değerler incelenerek verilerin karşılaştırılmasında X^2 analizi kullanılmıştır. İç tutarlılığın ve yapı geçerliliğinin saptanmasında Cronbach α kat sayısı kullanılmış, açık uçlu nitel verilerin nicel hale dönüştürülmesinde ise desteleme ve sayma yöntemi kullanılmıştır.

Ölçümlere ait değerlerin kesinliğinin anlamlandırılması için ortalama ve standart sapmalar hesaplanmıştır. Ayrıca çalışmada katılımcıların beklenen durumdan ve gerçek durumdan elde edilen değerleri arasında anlamlı fark olup olmadığına belirlemek için ortalama değerler üzerinden t-testi; ilişkilerin testi için ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılarak korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen verileri ışığında katılımcıların beklenen durum ve gözlenen durum arasındaki anlamlı farkların hangi durumlarda ortaya çıktığı belirlenmiştir. Önemlilik düzeyi olarak $p < 0.05$ anlamlı sayılmıştır. Veriler SPSS 17.0 paket programında değerlendirilmiştir.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örnekleme sadece Kars il merkezinde yer alan Kafkas Üniversitesi bünyesindeki Uyum ve Araştırma hastanesinin alınması çalışmanın en önemli sınırlılığını oluşturmaktadır. Bununla birlikte çalışmanın yatan hastalar üzerinde yapılması ve bu hastalar ile iletişime geçmede yaşanan sıkıntılar çalışmanın diğer sınırlılıklarıdır.

3.3. Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların demografik özelliklerine ve çalışma konusu olan Sağlık sektöründe kalite ve pazarlama stratejilerinin hasta sadakati ve memnuniyetine etkisinin belirlenmesinde kullanılan sorulara ait analiz bulguları yer almaktadır.

3.3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence ve gelir dağılımlarına ait demografik özellikleri Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 3: Araştırma Örneklemine Ait Cinsiyet Dağılımı

<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Kadın</i>	190	44,4
<i>Erkek</i>	238	55,6
<i>Toplam</i>	<i>428</i>	<i>100</i>

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerinin yer aldığı Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların %44,4’ü kadınlardan, %55,6’sı ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir

Tablo 4: Araştırma Örneklemine Ait Yaş Dağılımı

<i>Yaş Aralığı</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>15-24 Yaş</i>	73	17,1
<i>25-34 Yaş</i>	175	40,9
<i>35-44 Yaş</i>	116	27,1
<i>45-54 Yaş</i>	37	8,6
<i>55 ve üzeri</i>	27	6,3
<i>Toplam</i>	<i>428</i>	<i>100</i>

Araştırmaya katılan bireylerin yaş aralıklarının yer aldığı Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların %17'si 15-24 yaş arasındaki bireylerden, %40,9'u 25-34 yaş arası bireylerden, %27,1'i 35-44 Yaş arası bireylerden ve %14,9 da 45 yaş üstü bireylerden oluştuğu görülmektedir. Buradan çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun 25-34 yaş arası kişiler olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 5: Araştırma Örneklemine Ait Medeni Durum Dağılımı

<i>Medeni Durum</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Evli</i>	228	53,3
<i>Bekar</i>	200	46,7
<i>Toplam</i>	428	100

Araştırmaya katılan bireylere ait medeni durumlarını gösteren Tablo 5 incelendiğinde katılımcıların %53,3'ünün evli, %46,7 sinin ise bekâr oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 6: Araştırma Örneklemine Ait Eğitim Durumu Dağılımı

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Okur-yazar Değil</i>	13	3,0
<i>İlkokul</i>	23	5,4
<i>Ortaokul</i>	39	9,1
<i>Lise</i>	85	19,9
<i>Üniversite</i>	216	50,5
<i>Yüksek Lisans</i>	52	12,1
<i>Toplam</i>	428	100

Araştırmaya katılan bireylere ait eğitim durumlarını gösterir Tablo 6 incelendiğinde katılımcıların % 50,5'inin Üniversite, %19,9 unun Lise ve %12,1 'inin de Yüksek Lisans mezunu oldukları görülmektedir. Buradan katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 7: Araştırma Örneklemine Ait Sosyal Güvence Dağılımı

<i>Sağlık Güvencesi</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
SGK	347	81,1
Yeşil Kart	44	10,3
Ücretli	26	6,0
Özel Sigorta	6	1,4
Güvencem Yok	5	1,2
Toplam	428	100

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvencelerinin yer aldığı Tablo 7 incelendiğinde katılımcıların %81,1'inin SGK, %10,3'ünün Yeşil Kart ve %6,0'sının da Ücretli olarak hizmet alan hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 8: Araştırma Örneklemine Ait Gelir Dağılımı

<i>Aylık Gelir Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
500 ve altı	69	16,3
501-1000	71	16,5
1001-1500	59	13,7
1501-2000	54	12,6
2001-2500	81	18,9
2501 ve üzeri	94	22,0
Toplam	428	100

Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumlarının yer aldığı Tablo 8 incelendiğinde katılımcıların %22,0'sinin 2501 TL ve üzeri bir gelire sahip olduğu görülürken, %18,9'unun 2001-2500 TL arası ve %16,5'inin de 501-1000 TL arası bir gelire sahip oldukları anlaşılmaktadır. Buradan katılımcıların büyük çoğunluğunun 2501 TL ve üzeri gelire sahip bireylerden oluştuğu söylenebilir.

Araştırmanın diğer kısmında yer alan ve katılımcılara Evet/Hayır şeklinde cevaplanması istenen memnuniyete yönelik bulgular Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11 ve Tablo 12 de yer almaktadır.

3.3.2. Alt Değişkenlere Ait Bulgular

Tablo 9: “Hastaneyi Başkalarına Önerir Misiniz?”

<i>Katılımcı Cevabı</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Evet</i>	330	77,1
<i>Hayır</i>	98	22,9
<i>Toplam</i>	428	100

Çalışmaya katılan bireylerin “Hastaneyi Başkalarına Önerir Misiniz?” sorusuna verdikleri cevapların yer aldığı Tablo 9 incelendiğinde katılımcıların %77,1’inin Evet, %22,9’unun Hayır cevabı verdiği görülmektedir. Buradan hastaların büyük çoğunluğunun hastaneyi başkalarına önermeye istekli olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 10: “Doktorunuzu Başkalarına Önerir Misiniz?”

<i>Katılımcı Cevabı</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Evet</i>	326	76,2
<i>Hayır</i>	102	23,8
<i>Toplam</i>	428	100

Çalışmaya katılan bireylerin “Doktorunuzu Başkalarına Önerir Misiniz?” sorusuna verdikleri cevapların yer aldığı Tablo 10 incelendiğinde katılımcıların %76,2’sinin Evet, %23,8’inin Hayır cevabı verdiği görülmektedir. Buradan hastaların büyük çoğunluğunun doktorunu başkalarına önermeye istekli olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 11: “Memnuniyetsizliklerinizde ya da Şikayetlerinizde Sizinle İlgilenen Birisi/Şahıs var mıdır?”

<i>Katılımcı Cevabı</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Evet</i>	222	51,9
<i>Hayır</i>	206	48,1
<i>Toplam</i>	428	100

Hastanede alınan hizmet sırasında yaşanan sıkıntıların ya da şikayetlerin iletilmesinde hastayla ilgilenen birinin olup olmadığını gösterir Tablo 11

incelendiğinde katılımcıların %51,9'unun Evet, %48,1'inin Hayır cevabı verdikleri görülmektedir.

Hastane ile çalışanlarına bağlı mevcut durum ve olması gereken durum arasındaki ilişkiyi özetleyen bulgular aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 12: “Randevu ve sıra alma kolaylığına sahip olmalıdır”

<i>Madde 1</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	4,68	0,71	25,589	0,000**	-0,093*
<i>Gerçek Durum</i>	2,44	1,15			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Randevu ve sıra alma kolaylığına sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.

Tablo 13: “Yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahip olmalıdır”

<i>Madde 2</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	4,66	0,72	24,035	0,000**	-
<i>Gerçek Durum</i>	2,58	1,57			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,66$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 14: “Muayene olana kadar geçen süreyi en az seviyede tutmalıdır”

Madde 3	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,56	0,75	25,117	0,000**	-
<i>Gerçek Durum</i>	2,50	1,47			0,004*

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Muayene olana kadar geçen süreyi en az seviyede tutmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 4,56) beklenen durum lehinedir.

Tablo 15: “Hastaneye ulaşım kolay olmalıdır”

Madde 4	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,26	0,79	19,204	0,000**	0,107*
<i>Gerçek Durum</i>	2,91	1,28			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastaneye ulaşım kolay olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir (r_{xy} = 0,107). Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 4,26) beklenen durum lehinedir.

Tablo 16: “Kayıt işlemleri hızlı olmalıdır”

Madde 5	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,11	0,79	20,347	0,000**	0,080*
<i>Gerçek Durum</i>	2,75	1,16			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kayıt işlemleri hızlı olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı

bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,11$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 17: “Kayıt görevlisi nezaketli olmalıdır”

Madde 6	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,06	0,80	21,763	0,000**	0,095*
<i>Gerçek Durum</i>	2,64	1,13			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kayıt görevlisi nezaketli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,06$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 18: “Laboratuar hizmetlerinden kolayca yararlanılmalı”

Madde 7	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,94	0,90	17,754	0,000**	0,123*
<i>Gerçek Durum</i>	2,70	1,20			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Laboratuar hizmetlerinden kolayca yararlanılmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,123$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,94$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 19: “Mahremiyet (hasta muayene, tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği) sağlanmalıdır”

Madde 8	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,91	0,97	14,821	0,000**	0,073*
<i>Gerçek Durum</i>	2,77	1,28			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Mahremiyet (hasta muayene, tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği) sağlanmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,91$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 20: “Hasta kayıt ve faturalama işlemlerinde gizlilik sağlanmalı”

Madde 9	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,86	1,02	13,688	0,000**	0,077*
Gerçek Durum	2,81	1,26			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hasta kayıt ve faturalama işlemlerinde gizlilik sağlanmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,86$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 21: “Hastanede hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.”

Madde 10	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	P	
Beklenen Durum	3,89	1,01	13,759	0,000**	0,092*
Gerçek Durum	2,85	1,25			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,89$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 22: “Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.”

Madde 11	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,88	1,00	15,554	0,000**	0,029*
<i>Gerçek Durum</i>	2,70	1,20			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 3,88) beklenen durum lehinedir.

Tablo 23: “Hastane çalışanları, hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi göstermelidir”

Madde 12	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,85	1,01	14,593	0,000**	0,128*
<i>Gerçek Durum</i>	2,80	1,20			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları, hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi göstermelidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir (r_{xy} = 0,107). Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 3,85) beklenen durum lehinedir.

Tablo 24: “Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi modern araç- gereç ve donanımına sahip olmalı”

Madde 13	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,97	0,98	11,099	0,000**	0,101*
<i>Gerçek Durum</i>	3,13	1,28			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi modern araç- gereç ve donanımına sahip olmalı.” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,101$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,97$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 25: “Kafkas Üniversitesi Araştırma hastanesinin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahip olmalı”

Madde 14	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,01	0,97	11,521	0,000**	0,105*
<i>Gerçek Durum</i>	3,15	1,26			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kafkas Üniversitesi Araştırma hastanesinin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahip olmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,105$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,01$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 26: “Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanımına sahip olmalıdır”

Madde 15	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	P	
<i>Beklenen Durum</i>	4,09	0,94	13,001	0,000**	0,123*
<i>Gerçek Durum</i>	3,15	1,25			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanımına sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,123$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,09$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 27: “Çalışanlar düzgün ve iyi görünümüne sahip olmalıdır”

Madde 16	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	4,07	0,94	14,725	0,000**	0,117*
Gerçek Durum	2,99	1,25			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Çalışanlar düzgün ve iyi görünümüne sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,117$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,07$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 28: “Hastanenin iç ve dış mekânı düzgün görünümüne sahip olmalıdır”

Madde 17	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	4,03	0,97	15,176	0,000**	0,116*
Gerçek Durum	2,93	1,20			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin iç ve dış mekânı düzgün görünümüne sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,116$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,03$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 29: “Tuvaletler temiz ve düzenli olmalıdır”

Madde 18	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,97	0,98	16,332	0,000**	-0,014*
Gerçek Durum	2,72	1,18			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Tuvaletler temiz ve düzenli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,97$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 30: “Genel olarak hastane temiz olmalıdır”

Madde 19	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	P	
Beklenen Durum	3,90	1,04	15,228	0,000**	0,016*
Gerçek Durum	2,71	1,20			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Genel olarak hastane temiz olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,90$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 31: “Kantin ve Kafeterya Temiz olmalıdır”

Madde 20	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,80	1,05	13,063	0,000**	0,021*
Gerçek Durum	2,75	1,25			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kantin ve Kafeterya Temiz olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,80$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 32: “Bekleme sırası elektronik olarak gösterilmelidir”

Madde 21	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,86	1,10	11,088	0,000**	0,024*
Gerçek Durum	2,89	1,27			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Bekleme sırası elektronik olarak gösterilmelidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,76$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 33: “Tuvalet ve lavabolardaki lambalar el değmeden çalışmalıdır”

<i>Madde 22</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	3,76	1,11	13,129	0,000**	0,025*
<i>Gerçek Durum</i>	2,69	1,23			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Tuvalet ve lavabolardaki lambalar el değmeden çalışmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,76$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 34: “Hastane içinde yön tabelaları yeterli olmalıdır”

<i>Madde 23</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	3,80	1,10	11,592	0,000**	0,032*
<i>Gerçek Durum</i>	2,84	1,28			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane içinde yön tabelaları yeterli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,80$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 35: “Hastanenin yeterli kapasitede otoparkı olmalıdır”

Madde 24	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,78	1,10	11,564	0,000**	-
<i>Gerçek Durum</i>	2,83	1,24			0,020*

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin yeterli kapasitede otoparkı olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 3,78) beklenen durum lehinedir.

Tablo 36: “Hastanenin ısıtma ve soğutma sistemleri yeterli”

Madde 25	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,79	1,11	11,435	0,000**	0,044*
<i>Gerçek Durum</i>	2,87	1,21			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin ısıtma ve soğutma sistemleri yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 3,79) beklenen durum lehinedir.

Tablo 37: “Hastanenin havalandırma sistemi yeterli”

Madde 26	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,82	1,10	12,874	0,000**	0,006*
<i>Gerçek Durum</i>	2,77	1,23			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin havalandırma sistemi yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,82$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 38: “Hastanede Yemekler her zaman uygun sıcaklıkta sunulmalı”

Madde 27	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,78	1,09	12,919	0,000**	0,032*
Gerçek Durum	2,74	1,22			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede Yemekler her zaman uygun sıcaklıkta sunulmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,78$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 39: “Hastanede Yemekler lezzetli olmalı”

Madde 28	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,69	1,14	9,671	0,000**	0,018*
Gerçek Durum	2,78	1,54			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede Yemekler lezzetli olmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,69$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 40: “Hastanede Yemekler temizlik kurallarına uygun şekilde sunulmalı”

Madde 29	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,77	1,15	12,821	0,000**	0,097*
Gerçek Durum	2,74	1,25			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede Yemekler temizlik kurallarına uygun şekilde sunulmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,097$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,77$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 41: “Sizinle ilgilenen hemşire saygılı ve nezaketli olmalıdır”

<i>Madde 30</i>	<i>T testi</i>				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,76	1,14	12,499	0,000**	0,103*
<i>Gerçek Durum</i>	2,77	1,25			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Sizinle ilgilenen hemşire saygılı ve nezaketli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,103$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,76$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 42: “Sizinle ilgilenen hemşire ilgili ve yakın olmalıdır”

<i>Madde 31</i>	<i>T testi</i>				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,67	1,22	10,758	0,000**	0,078*
<i>Gerçek Durum</i>	2,78	1,24			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Sizinle ilgilenen hemşire ilgili ve yakın olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,67$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 43: “Hemşire hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalıdır”

Madde 32	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,70	1,24	10,809	0,000**	0,119*
<i>Gerçek Durum</i>	2,81	1,25			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşire hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,119$). Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,70$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 44: “Hemşireler hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdır”

Madde 33	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,67	1,27	10,385	0,000**	0,074*
<i>Gerçek Durum</i>	2,80	1,23			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşireler hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,67$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 45: “Hemşire uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidir”

Madde 34	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,77	1,54	10,093	0,000**	0,019*
<i>Gerçek Durum</i>	2,80	1,23			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşire uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,77$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 46: “Hemşireler hasta bakım ve takibini düzenli yapmalıdırlar”

<i>Madde 35</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	3,71	1,25	10,173	0,000**	0,094*
<i>Gerçek Durum</i>	2,86	1,23			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşireler hasta bakım ve takibini düzenli yapmalıdırlar” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,71$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 47: “Hekim saygılı ve nezaketlidir”

<i>Madde 36</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	3,87	1,06	11,948	0,000**	0,108*
<i>Gerçek Durum</i>	2,93	1,28			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekim saygılı ve nezaketlidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy} = 0,108$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,87$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 48: “Hekim ilgili ve yakındır”

Madde 37	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,84	1,09	11,611	0,000**	0,113*
<i>Gerçek Durum</i>	2,91	1,31			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekim ilgili ve yakındır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,113$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,84$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 49: “Hekimler hasta sorularına onların anlayacağı şekilde cevap verir”

Madde 38	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	2,94	1,07	13,092	0,000**	0,102*
<i>Gerçek Durum</i>	2,91	1,28			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimler hasta sorularına onların anlayacağı şekilde cevap verir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,102$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=2,94$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 50: “Hekimin yardımcı olma isteği vardır”

Madde 39	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,97	1,00	14,549	0,000**	0,104*
<i>Gerçek Durum</i>	2,85	1,30			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin yardımcı olma isteği vardır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında

anlamli bir iliski vardir ve iliski pozitif yondedir ($r_{xy}=0,104$). Beklenen ve gercek durum arasinda $p < 0,05$ duzeyinde anlamli bir farklilik gozlenmistir. Bu fark ($\bar{X} = 3,97$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 51: “Hekimin muayene ve tedavisine guven duyarim”

Madde 40	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	4,01	0,97	15,702	0,000**	0,065*
Gercek Durum	2,80	1,28			

* $p < 0,05$ duzeyinde manidar bir iliski yoktur

** $p < 0,05$ duzeyinde manidar bir farklilik vardir

Arastirma sonucuna bakildiginda katilimcilarin “Hekimin muayene ve tedavisine guven duyarim” sorusuna verdikleri yanitlarda beklenen ve gercek durum arasinda anlamli bir iliski yoktur. Beklenen ve gercek durum arasinda $p < 0,05$ duzeyinde anlamli bir farklilik gozlenmistir. Bu fark ($\bar{X} = 4,01$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 52: “Hekimin, muayene ve tedavi hakkında verdigi bilgiler yeterli”

Madde 41	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	3,98	1,02	14,590	0,000**	0,001*
Gercek Durum	2,74	1,29			

* $p < 0,05$ duzeyinde manidar bir iliski yoktur

** $p < 0,05$ duzeyinde manidar bir farklilik vardir

Arastirma sonucuna bakildiginda katilimcilarin “Hekimin, muayene ve tedavi hakkında verdigi bilgiler yeterli” sorusuna verdikleri yanitlarda beklenen ve gercek durum arasinda anlamli bir iliski yoktur. Beklenen ve gercek durum arasinda $p < 0,05$ duzeyinde anlamli bir farklilik gozlenmistir. Bu fark ($\bar{X} = 3,98$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 53: “Hekimin, size ayırdığı zaman yeterli”

Madde 42	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,94	1,06	14,856	0,000**	0,039*
<i>Gerçek Durum</i>	2,74	1,28			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin, size ayırdığı zaman yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 3,94) beklenen durum lehinedir.

Tablo 54: “Hekimin, durumunuz hakkında düşüncenizi / fikrinizi alma çabası vardır”

Madde 43	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,95	1,04	15,554	0,000**	0,054*
<i>Gerçek Durum</i>	2,72	1,28			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin, durumunuz hakkında düşüncenizi / fikrinizi alma çabası vardır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 3,95) beklenen durum lehinedir.

Tablo 55: “Hekim gerek duyulduğunda kolayca ulaşılabilir”

Madde 44	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,04	0,96	19,260	0,000**	0,110*
<i>Gerçek Durum</i>	2,63	1,24			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekim gerek duyulduğunda kolayca ulaşılabilir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek

durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,110$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,04$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 56: “Diğer personel hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalı”

Madde 45	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	4,05	0,95	19,222	0,000**	0,054*
Gerçek Durum	2,60	1,23			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,05$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 57: “Diğer personel hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdırlar”

Madde 46	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
Beklenen Durum	4,04	0,96	18,673	0,000**	0,071*
Gerçek Durum	2,65	1,22			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdırlar” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,04$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 58: “Diğer personel uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler”

Madde 47	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,01	1,00	19,377	0,000**	0,097*
<i>Gerçek Durum</i>	2,57	1,22			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,097$). Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=4,01$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 59: “Sizinle ilgilenen diğer personel ilgili ve yakın olmalıdır”

Madde 48	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	3,93	1,00	18,243	0,000**	0,089*
<i>Gerçek Durum</i>	2,58	1,21			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Sizinle ilgilenen diğer personel ilgili ve yakın olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,93$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 60: “Diğer personel hastaya yeterince zaman ayırmalıdır”

Madde 49	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,12	0,91	21,630	0,000**	0,054*
<i>Gerçek Durum</i>	2,50	1,28			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel hastaya yeterince zaman ayırmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,12$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 61: “Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemeli”

<i>Madde 50</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	4,12	0,96	20,183	0,000**	0,065*
<i>Gerçek Durum</i>	2,49	1,38			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemeli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,12$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 62: “Hastane çalışanları hastanın istek ve şikâyetlerine mümkün olan en kısa zamanda cevap vermeli”

<i>Madde 51</i>	<i>T testi</i>				<i>r_{xy}</i>
	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Beklenen Durum</i>	4,11	1,04	21,909	0,000**	0,090*
<i>Gerçek Durum</i>	2,37	1,33			

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları hastanın istek ve şikâyetlerine mümkün olan en kısa zamanda cevap vermeli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,11$) beklenen durum lehinedir.

Tablo 63: “Hastane çalışanları bilgili olmalı”

Madde 52	T testi				r_{xy}
	$\bar{X}$	Ss	t	p	
<i>Beklenen Durum</i>	4,13	1,02	21,801	0,000*	0,085*
<i>Gerçek Durum</i>	4,37	1,37			

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir ilişki yoktur

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları bilgili olmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında p < 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}$ = 4,13) beklenen durum lehinedir.

Çalışmada yer alan alt boyutların güvenirlik katsayılarının yer aldığı tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 64: Alt Boyutlara Göre Güvenirlik Katsayıları

	Beklenen	Gerçek
<i>Fiziksel Özellikler</i>	0,851	0,862
<i>Güvenirlilik</i>	0,891	0,903
<i>Heveslilik</i>	0,868	0,936
<i>Yemekler</i>	0,861	0,840
<i>Hemşireler</i>	0,892	0,926
<i>Yönetim</i>	0,870	0,901
<i>Hekim</i>	0,882	0,932

Güvenirlik katsayısının yer aldığı tablo incelendiğinde alt boyutlara ait en yüksek beklenen durum katsayısı 0,892 ile “Hemşireler” olurken gerçek duruma ait en yüksek güvenirlik katsayı ise 0,936 ile “Heveslilik” olduğu görülmektedir. Genel olarak güvenirlik katsayıları incelendiğinde katsayıların 0,851 ile 0,936 arasında değiştiği bu sonuçtan da katsayıların güvenirliklerinin güçlü olduğu söylenebilir.

Çalışmada yer alan demografik faktörler ile beklenen durum ve gerçek durum arasındaki herhangi bir farkın olup olmadığına yönelik araştırma bulguları aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 65: Cinsiyete Göre Beklenen Durum Arasındaki Farklılıklar

		<i>T testi</i>			
		$\bar{X}$	Ss	t	p
<i>Fiziksel Özellikler</i>	<i>Kadın</i>	60,44	8,93	2,214	0,027*
	<i>Erkek</i>	58,50	8,34		
<i>Güvenirlilik</i>	<i>Kadın</i>	15,21	3,58	-1,605	0,109**
	<i>Erkek</i>	15,76	3,41		
<i>Heveslilik</i>	<i>Kadın</i>	32,31	5,65	0,651	0,515**
	<i>Erkek</i>	31,95	5,41		
<i>Güven</i>	<i>Kadın</i>	4,18	0,96	1,213	0,226**
	<i>Erkek</i>	4,06	1,06		
<i>Yemekler</i>	<i>Kadın</i>	11,47	3,10	1,435	0,152**
	<i>Erkek</i>	11,04	2,94		
<i>Hemşireler</i>	<i>Kadın</i>	22,33	6,30	0,626	0,532**
	<i>Erkek</i>	21,95	6,16		
<i>Yönetim</i>	<i>Kadın</i>	25,67	3,79	0,417	0,677**
	<i>Erkek</i>	25,52	3,73		
<i>Hekim</i>	<i>Kadın</i>	35,77	6,76	0,500	0,617**
	<i>Erkek</i>	35,44	6,32		

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık yoktur

Cinsiyete göre beklenen durum arasında fark olup-olmadığına yönelik sonuçların yer aldığı tablo incelendiğinde, cinsiyete göre beklenen durumlar arasında her hangi bir anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu durumda H₁ Hipotezi kabul edilmemektedir.

Tablo 66: Cinsiyete Göre Gerçek Durum Arasındaki Farklılıklar

		<i>T testi</i>			
		$\bar{X}$	Ss	t	p
<i>Fiziksel Özellikler</i>	<i>Kadın</i>	43,13	11,72	0,364	0,716**
	<i>Erkek</i>	42,71	10,65		
<i>Güvenirlilik</i>	<i>Kadın</i>	10,94	4,34	-0,815	0,415**
	<i>Erkek</i>	11,30	4,45		
<i>Heveslilik</i>	<i>Kadın</i>	20,50	8,18	-0,058	0,953**
	<i>Erkek</i>	20,54	8,20		
<i>Güven</i>	<i>Kadın</i>	2,38	1,39	0,276	0,783**
	<i>Erkek</i>	2,34	1,35		
<i>Yemekler</i>	<i>Kadın</i>	8,57	3,56	1,538	0,125**
	<i>Erkek</i>	8,03	3,46		
<i>Hemşireler</i>	<i>Kadın</i>	17,69	6,56	2,045	0,042*
	<i>Erkek</i>	16,36	6,28		
<i>Yönetim</i>	<i>Kadın</i>	16,12	6,78	0,580	0,562**
	<i>Erkek</i>	15,71	6,18		
<i>Hekim</i>	<i>Kadın</i>	25,37	9,35	-0,084	0,933**
	<i>Erkek</i>	25,46	9,55		

* p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık vardır

** p < 0,05 düzeyinde manidar bir farklılık yoktur

Cinsiyete göre gerçek durum arasında fark olup-olmadığına yönelik sonuçların yer aldığı tablo incelendiğinde, cinsiyete göre gerçek durumlar arasında her hangi bir anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu durumda H₂ Hipotezi kabul edilmemektedir.

Tablo 67: Yaşa Göre Göre Beklenen Durum Arasındaki Farklılıklar

		<i>Ortalama Kareler</i>	<i>Sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Fiziksel Özellikler</i>	<i>Gruplararası</i>	991,628	4	3,402	0,009*
	<i>Grup içi</i>	27910,815	383		
	<i>Toplam</i>	28902,443	387		
<i>Güvenirlilik</i>	<i>Gruplararası</i>	56,354	4	1,149	0,333**
	<i>Grup içi</i>	5063,993	413		
	<i>Toplam</i>	5120,347	417		
<i>Heveslilik</i>	<i>Gruplararası</i>	33,977	4	0,278	0,892**
	<i>Grup içi</i>	12242,617	401		
	<i>Toplam</i>	12276,594	405		
<i>Güven</i>	<i>Gruplararası</i>	0,832	4	0,198	0,940**
	<i>Grup içi</i>	437,695	416		
	<i>Toplam</i>	438,527	420		
<i>Yemekler</i>	<i>Gruplararası</i>	18,399	4	0,500	0,736**
	<i>Grup içi</i>	3735,557	406		
	<i>Toplam</i>	3753,956	410		
<i>Hemşireler</i>	<i>Gruplararası</i>	303,011	4	1,972	0,098**
	<i>Grup içi</i>	15438,655	402		
	<i>Toplam</i>	15741,666	406		
<i>Yönetim</i>	<i>Gruplararası</i>	199,680	4	3,626	0,006*
	<i>Grup içi</i>	5561,660	404		
	<i>Toplam</i>	5761,340	408		
<i>Hekim</i>	<i>Gruplararası</i>	486,760	4	2,925	0,021*
	<i>Grup içi</i>	16264,177	391		
	<i>Toplam</i>	16750,937	395		

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık yoktur

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde fiziksel özellikler alt boyutunda anlamlı fark 15-24 yaş ortalaması ile 25-34 yaş arasında gözlenmiştir (Ortalamalar arası fark (I-J) = -4,238). Yönetim alt boyutunda anlamlı fark 15-24 yaş ortalaması ile 25-34 yaş arasında gözlenmiştir (Ortalamalar arası fark (I-J) = -1,755). Hekim alt

boyutunda anlamlı fark 15-24 yaş ortalaması ile 25-34 yaş arasında gözlenmiştir (Ortalamlar arası fark ($I-J$) = -2,292). Bu durumda H_3 Hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 68: Yaşa Göre Göre Gerçek Durum Arasındaki Farklılıklar

		<i>Ortalama Kareler</i>	<i>Sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Fiziksel Özellikler</i>	<i>Gruplararası</i>	1028,539	4	2,088	0,082**
	<i>Grup içi</i>	44579,325	362		
	<i>Toplam</i>	45607,864	366		
<i>Güvenirlilik</i>	<i>Gruplararası</i>	5,907	4	0,075	0,990**
	<i>Grup içi</i>	7841,071	400		
	<i>Toplam</i>	7846,978	404		
<i>Heveslilik</i>	<i>Gruplararası</i>	478,614	4	1,795	0,129**
	<i>Grup içi</i>	25861,529	388		
	<i>Toplam</i>	26340,142	392		
<i>Güven</i>	<i>Gruplararası</i>	14,545	4	1,949	0,102**
	<i>Grup içi</i>	755,750	405		
	<i>Toplam</i>	770,295	409		
<i>Yemekler</i>	<i>Gruplararası</i>	106,181	4	2,157	0,073**
	<i>Grup içi</i>	4884,804	397		
	<i>Toplam</i>	4990,985	401		
<i>Hemşireler</i>	<i>Gruplararası</i>	44,225	4	0,266	0,900**
	<i>Grup içi</i>	16195,410	389		
	<i>Toplam</i>	16239,635	393		
<i>Yönetim</i>	<i>Gruplararası</i>	53,897	4	0,321	0,864**
	<i>Grup içi</i>	16641,608	397		
	<i>Toplam</i>	16695,505	401		
<i>Hekim</i>	<i>Gruplararası</i>	124,654	4	0,346	0,847**
	<i>Grup içi</i>	34251,907	380		
	<i>Toplam</i>	34376,561	384		

* $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık vardır

** $p < 0,05$ düzeyinde manidar bir farklılık yoktur

Yaşa göre gerçek durum arasında fark olup-olmadığına yönelik sonuçların yer aldığı tablo incelendiğinde, yaşa göre gerçek durumlar arasında her hangi bir anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu durumda H4 Hipotezi kabul edilmemektedir.

Tablo 69: Beklenen duruma ait alt boyutlar arası ilişkiler

	<i>Fiziksel Özellikler</i>	<i>Güvenirlilik</i>	<i>Heveslilik</i>	<i>Güven</i>	<i>Yemekler</i>	<i>Hemşireler</i>	<i>Yönetim</i>	<i>Hekim</i>
<i>Fiziksel Özellikler</i>								
<i>Güvenirlilik</i>	0,315							
<i>Heveslilik</i>	0,493	0,406						
<i>Güven</i>	0,326	0,206	0,674					
<i>Yemekler</i>	0,421	0,302	0,383	0,283				
<i>Hemşireler</i>	0,289	0,348	0,348	0,244	0,386			
<i>Yönetim</i>	0,491	0,527	0,437	0,254	0,365	0,373		
<i>Hekim</i>	0,452	0,279	0,478	0,304	0,235	0,270	0,478	

Beklenen duruma ait alt boyutlar arası güvenirlikler incelendiğinde en yüksek ilişkinin Heveslilik ve Güven alt boyutları arasında olduğu görülmüştür ($r_{xy}=0,674$). En düşük ilişki ise Güvenirlilik ile Güven arasında görülmüştür ($r_{xy}=0,206$). Bu durumda H₅ Hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 70: Gerçek duruma ait alt boyutlar arası güvenirlik

	<i>Fiziksel Özellikler</i>	<i>Güvenirlilik</i>	<i>Heveslilik</i>	<i>Güven</i>	<i>Yemekler</i>	<i>Hemşireler</i>	<i>Yönetim</i>	<i>Hekim</i>
<i>Fiziksel Özellikler</i>								
<i>Güvenirlilik</i>	0,449							
<i>Heveslilik</i>	0,422	0,464						
<i>Güven</i>	0,302	0,361	0,809					
<i>Yemekler</i>	0,294	0,106	0,219	0,153				
<i>Hemşireler</i>	0,210	0,231	0,302	0,231	0,532			
<i>Yönetim</i>	0,363	0,602	0,377	0,352	0,202	0,226		
<i>Hekim</i>	0,256	0,324	0,543	0,437	0,225	0,456	0,345	

Gerçek duruma ait alt boyutlar arası güvenirlikler incelendiğinde en yüksek ilişkinin Heveslilik ve Güven alt boyutları arasında olduğu görülmüştür ($r_{xy}=0,809$). En düşük ilişki ise Güvenirlilik ile Yemek arasında görülmüştür ($r_{xy}=0,106$). Bu durumda H₆ Hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 71: Beklenen Durum ve Gerçek Durum Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	Gerçek Durum							
	Fiziksel Özellikler	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Yemekler	Hemşireler	Yönetim	Hekim
Beklenen Durum	<i>Fiziksel Özellikler</i>	0,120						
	<i>Güvenirlilik</i>	0,047						
	<i>Heveslilik</i>		0,144					
	<i>Güven</i>			0,104				
	<i>Yemekler</i>				0,084			
	<i>Hemşireler</i>					0,095		
	<i>Yönetim</i>						0,094	
	<i>Hekim</i>							0,090

Beklenen ve Gerçek duruma ait alt boyutlar arası güvenirlikler incelendiğinde en yüksek ilişkinin Beklenen Durum Heveslilik alt boyutu ile Gerçek Durum Heveslilik alt boyutu arasında olduğu görülmüştür ($r_{xy}=0,144$). En düşük ilişki ise Beklenen Durum Güvenirlilik alt boyutu ile Gerçek Durum Güvenirlilik alt boyutu arasında görülmüştür ($r_{xy}=0,047$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan bireylerin %44,4'ü kadınlardan, %55,6'sı ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir

Araştırmaya katılan bireylerin yaş aralıkları incelendiğinde katılımcıların %17'si 15-24 yaş arasındaki bireylerden, %40,9'u 25-34 yaş arası bireylerden, %27,1'i 35-44 Yaş arası bireylerden ve %14,9 da 45 yaş üstü bireylerden oluştuğu görülmektedir. Buradan çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun 25-34 yaş arası kişiler olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylere ait medeni durumlar incelendiğinde katılımcıların %53,3'ünün evli, %46,7 sinin ise bekâr oldukları anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylere ait eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların % 50,5'inin Üniversite, %19,9 unun Lise ve %12,1 'inin de Yüksek Lisans mezunu oldukları görülmektedir. Buradan katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvenceleri incelendiğinde katılımcıların %81,1'inin SGK, %10,3'ünün Yeşil Kart ve %6,0'sının da Ücretli olarak hizmet alan hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumları incelendiğinde katılımcıların %22,0'sinin 2501 TL ve üzeri bir gelire sahip olduğu görülürken, %18,9'unun 2001-2500 TL arası ve %16,5'inin de 501-1000 TL arası bir gelire sahip oldukları anlaşılmaktadır. Buradan katılımcıların büyük çoğunluğunun 2501 TL ve üzeri gelire sahip bireylerden oluştuğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin “Hastaneyi Başkalarına Önerir Misiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde katılımcıların %77,1'inin Evet, %22,9'unun Hayır cevabı verdiği görülmektedir. Buradan hastaların büyük çoğunluğunun hastaneyi başkalarına önermeye istekli olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin “Doktorunuzu Başkalarına Önerir Misiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde katılımcıların %76,2'sinin Evet, %23,8'inin Hayır cevabı verdiği görülmektedir. Buradan hastaların büyük çoğunluğunun doktorunu başkalarına önermeye istekli olduğu anlaşılmaktadır.

Hastanede alının hizmet sırasında yaşanan sıkıntıların ya da şikayetlerin iletilmesinde hastayla ilgilenen birinin olup olmadığını gösterir Tablo incelendiğinde katılımcıların %51,9'unun Evet, %48,1'inin Hayır cevabı verdikleri görülmektedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Randevu ve sıra alma kolaylığına sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlara bakıldığında beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,66$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Muayene olana kadar geçen süreyi en az seviyede tutmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,56$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastaneye ulaşım kolay olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy} = 0,107$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,26$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kayıt işlemleri hızlı olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,11$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kayıt görevlisi nezaketli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,06$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Laboratuar hizmetlerinden kolayca yararlanılmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,123$) . Beklenen ve gerçek durum arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,94$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Mahremiyet (hasta muayene, tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği) sağlanmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p <0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,91$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hasta kayıt ve faturalama işlemlerinde gizlilik sağlanmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p <0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,86$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p <0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,89$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p <0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,88$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları, hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi göstermelidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,107$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p <0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,85$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalı.” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,101$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,97$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kafkas Üniversitesi Araştırma hastanesinin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahip olmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,105$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,01$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanıma sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,123$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,09$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Çalışanlar düzgün ve iyi görünüme sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,117$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,07$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin iç ve dış mekânı düzgün görünüme sahip olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,116$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,03$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Tuvaletler temiz ve düzenli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,97$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Genel olarak hastane temiz olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,90$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Kantin ve Kafeterya Temiz olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,80$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Bekleme sırası elektronik olarak gösterilmelidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,76$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Tuvalet ve lavabolardaki lambalar el değmeden çalışmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,76$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane içinde yön tabelaları yeterli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,80$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin yeterli kapasitede otoparkı olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,78$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin ısıtma ve soğutma sistemleri yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$

düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,79$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanenin havalandırma sistemi yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,82$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede Yemekler her zaman uygun sıcaklıkta sunulmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,78$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede Yemekler lezzetli olmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,69$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastanede Yemekler temizlik kurallarına uygun şekilde sunulmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,097$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,77$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Sizinle ilgilenen hemşire saygılı ve nezaketli olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,103$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,76$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Sizinle ilgilenen hemşire ilgili ve yakın olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,67$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşire hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek

durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,119$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,70$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşireler hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdırlar” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,67$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşire uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,77$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hemşireler hasta bakım ve takibini düzenli yapmalıdırlar” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,71$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekim saygılı ve nezaketlidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,108$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,87$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekim ilgili ve yakındır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,113$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X}=3,84$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimler hasta sorularına onların anlayacağı şekilde cevap verir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir

($r_{xy}=0,102$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 2,94$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin yardımcı olma isteği vardır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,104$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,97$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin muayene ve tedavisine güven duyarım” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,01$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin, muayene ve tedavi hakkında verdiği bilgiler yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,98$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin, size ayırdığı zaman yeterli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,94$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekimin, durumunuz hakkında düşüncenizi / fikrinizi alma çabası vardır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,95$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hekim gerek duyulduğunda kolayca ulaşıla bilinmelidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy}=0,110$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,04$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,05$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdırlar” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,04$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki pozitif yöndedir ($r_{xy} = 0,097$). Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,01$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Sizinle ilgilenen diğer personel ilgili ve yakın olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 3,93$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Diğer personel hastaya yeterince zaman ayırmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,12$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemeli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,12$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları hastanın istek ve şikâyetlerine mümkün olan en kısa zamanda cevap vermeli” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,11$) beklenen durum lehinedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların “Hastane çalışanları bilgili olmalı” sorusuna verdikleri yanıtlarda beklenen ve gerçek durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Beklenen ve gerçek durum arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu fark ($\bar{X} = 4,13$) beklenen durum lehinedir.

Cinsiyete göre beklenen durum arasında fark olup-olmadığına yönelik sonuçlar incelendiğinde, cinsiyete göre beklenen durumlar arasında her hangi bir anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu durumda H_1 Hipotezi kabul edilmemektedir.

Cinsiyete göre gerçek durum arasında fark olup-olmadığına yönelik sonuçlar incelendiğinde, cinsiyete göre gerçek durumlar arasında her hangi bir anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu durumda H_2 Hipotezi kabul edilmemektedir..

Araştırma sonuçları incelendiğinde fiziksel özellikler alt boyutunda anlamlı fark 15-24 yaş ortalaması ile 25-34 yaş arasında gözlenmiştir (Ortalamalar arası fark $(I-J) = -4,238$). Yönetim alt boyutunda anlamlı fark 15-24 yaş ortalaması ile 25-34 yaş arasında gözlenmiştir (Ortalamalar arası fark $(I-J) = -1,755$). Hekim alt boyutunda anlamlı fark 15-24 yaş ortalaması ile 25-34 yaş arasında gözlenmiştir (Ortalamalar arası fark $(I-J) = -2,292$). Bu durumda H_3 Hipotezi kabul edilmektedir.

Yaşa göre gerçek durum arasında fark olup-olmadığına yönelik sonuçlar incelendiğinde, yaşa göre gerçek durumlar arasında her hangi bir anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu durumda H_4 Hipotezi kabul edilmemektedir.

Beklenen duruma ait alt boyutlar arası güvenilirlikler incelendiğinde en yüksek ilişkinin Heveslilik ve Güven alt boyutları arasında olduğu görülmüştür ($r_{xy}=0,674$). En düşük ilişki ise Güvenirlilik ile Güven arasında görülmüştür ($r_{xy}=0,206$). Bu durumda H_5 Hipotezi kabul edilmektedir.

Gerçek duruma ait alt boyutlar arası güvenilirlikler incelendiğinde en yüksek ilişkinin Heveslilik ve Güven alt boyutları arasında olduğu görülmüştür ($r_{xy}=0,809$). En düşük ilişki ise Güvenirlilik ile Yemek arasında görülmüştür ($r_{xy}=0,106$). Bu durumda H_6 Hipotezi kabul edilmektedir.

Beklenen ve Gerçek duruma ait alt boyutlar arası güvenilirlikler incelendiğinde en yüksek ilişkinin Beklenen Durum Heveslilik alt boyutu ile Gerçek Durum Heveslilik alt boyutu arasında olduğu görülmüştür ($r_{xy}=0,144$). En düşük ilişki ise Beklenen Durum Güvenirlilik alt boyutu ile Gerçek Durum Güvenirlilik alt boyutu arasında görülmüştür ($r_{xy}=0,047$).



KAYNAKÇA

- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 12.01.1961, R.G. Sayısı: 10705 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>
- 5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 02.05.2007, R.G. Sayısı: 26510 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> (13.08.2014)
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R.G. Tarihi: 2.11.2011, R.G. 28103 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
- ADAK, Nurşen Özçelik (2002). Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, Birey Yayıncılık, İstanbul.
- AK, Bilal (1990). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Yeni Asya Yayıncılık, Ankara.
- AKAR, Çetin ve Özalp, Hüseyin(2009). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Songür Yayınları, Ankara.
- AKDAĞ, Recep (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, (Alma Ata'nın 30. Yılı Hatırasına), T.C. Sağlık Bakanlığı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratras_i_acilimler_2011/upsem/TSDP.pdf.part (29.07.2014)
- AKDAĞ, Recep (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011).
- AKTAN, Coşkun Can (2007). Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Yayıncılık, İstanbul.
- BALCI, Asım (2005). Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.
- BALCI, Asım (2005). Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- BALOĞLU, Burhan (2006). Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık, Der Yayınevi, İstanbul.
- BELEK, İlker (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi, Yazılama Yayıncılık, İstanbul.
- BİROL, Leman (2000). Hemşirelik Süreci, Kişisel Yayın, İzmir.

- BOSTAN, Sedat; Acuner, Taner ve Yılmaz, Gökhan (2005). “Hastane İşletmelerinde Müşteri (Hasta) Beklentileri Araştırması” Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara.
- BOZKURT, Enver (2003). İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü, Nobel Basımevi, Ankara.
- BULUTOĞLU, Kenan (1988). Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Durumu, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- CEMALCILAR, İlhan (1996). Pazarlama, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- ÇAPIK, Uğur (2013). Şehir Markası Oluşturma Süreci ve Şehrin Kimlik Bileşenlerinin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma: Kars Örneği
- ÇATALCA, Huriye (2003). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- ÇATI, Kahraman ve Yılmaz, Abdullah (2002). “Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma” Pazarlama Dünyası, 16 (4):46-53.
- ÇELİKAY, Ferdi (2009). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği” Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- ÇELİKKALP, Ülfiye; Temel, Münire; Saraçoğlu, Gamze V. ve Demir, Melike (2011). “Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6 (17):1-14.
- ÇORUH, Barış (2012). “Biyomedikal Mühendisliğinin Sektördeki Yeri ve Biyomedikal Mühendisliğinde Ar-Ge Çalışmaları” TMMOB EMO Ankara Şubesi Haber Bülteni.
- DELOİTTE, (2012). “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu” http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Content/Articles/YASED_T%C3%BCrkiye%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC%20Raporu.pdf (29.07.2014).
- DEMİR, Bayram (2007). “Kamu Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Uygulaması ve Vatandaş Memnuniyeti: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

- Örneği” (Ed. H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın), Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- DEMİRBİLEK, Sevdâ (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir.
- DEMİREL, Yavuz; Yoldaş, M. Asif ve Divanoğlu, Sevilay Uslu (2009). “Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma” Akademik Bakış, 16:1-14.
- DERYAL, Yahya (2006). “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması” Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 3 (2):101-147.
- DEVEBAKAN, Nevzat ve Aksaraylı, Mehmet (2003). “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (1):38-54.
- EDWARDS, W. Sterling ve Gordon, Thomas (1995). Doktor-Hasta İşbirliği, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- ENGİZ, Oğuz (2003). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- ERDAL, Emine (1993). Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, Dağışan Ofset, İstanbul.
- ERDEM, Ramazan (2012). “Hastane Yönetim Kurulu ve Kamu Hastane Birlikleri” Sağlık Kurumları Yönetimi I.
- EREN, Nevzat (1984). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- EREN, Nevzat (1989). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Hatiboğlu Yayınevi.
- ERTEM, Ümit Turan (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, (Ed. F.A. Ay) Medikal Yayıncılık, İstanbul.
- GORDON, Thomas ve Edwards, W. Sterling (1995). Doktor-Hasta İşbirliği, (Çev. E. Aksay), Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- GÜLLÜLÜ, Uğur, Erciş, Aysel; Ünal Sevtap ve Yapraklı Şükrü (2008). Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Detay Yayıncılık, Ankara.
- HATUN, Şükrü (2002). Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar, İletişim Yayınları, İstanbul.

- HAYRAN, Osman ve Sur, Haydar (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayınları, İstanbul.
- HODGETTS, Richard M. (1999). Yönetim-Teori, Süreç ve Uygulama, Der Yayınları, İstanbul, 1999, s.42
- İÇYEROĞLU, Gülden ve Karabulutlu, Elanur (2011). “Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6 (17):67-81.
- İSLAMOĞLU, A. Hamdi (2000). Pazarlama Yönetimi (Stratejik ve Global Yaklaşım), Beta Basım Yayım, İstanbul
- İSNAŞ, Cevdet ve Tatar, Mehtap (1999). “Doktor Hasta İlişkisi” Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
- KALKAY, Nuri (1981). Çağdaş Hekimliğin Sorunları, Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul.
- KARADAĞ, Zennure (2007). “Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi” Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- KARAFAKİOĞLU, Mehmet (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul.
- KARAHAN, Kasım (2000). Hizmet Pazarlaması, Beta Yayınevi, İstanbul.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin (2001). Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin ve Kısa, Adnan (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir.
- KAYA, Sıdıka (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Pelikan Yayınları, Ankara.
- KILIÇ, Bülent (2007). “Türkiye İçin Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir, 6 (6):501-514.

- KILIÇ, İbrahim ve Pelit, Elbeyi (2004). “Yerli Turistlerin Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma” *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 15 (2):113-124.
- KISA, Adnan (2001). “Vardiyalı Çalışma Sistemini Uygulayan Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Bir Hastanede Hasta Memnuniyetinin Araştırılması” 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul.
- KURTULMUŞ, Sevgi (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları*, İstanbul.
- KURTULMUŞ, Sevgi (2001). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları*, İstanbul.
- MUCUK, İsmet (2001). *Pazarlama İlkeleri (ve Örnek Olaylar)*, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- MUSTAFA Gülmez, (2005). “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama” *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6 (2):147-169.
- MUTLU, Ayşegül ve Işık, A. Kadir (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- NESANIR, Nasır ve Dinç, Gönül (2008). “Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (5):419-428.
- ODABAŞI, Yavuz (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- ODABAŞI, Yavuz (1998). *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- ODABAŞI, Yavuz (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- ODABAŞI, Yavuz (2005). *Müşteri İlişkileri Yönetimi*, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- ODABAŞI, Yavuz ve Oyman, Mine (2009). *Pazarlama İletişimi Yönetimi*, MediaCat Yayınları, İstanbul.
- ODABAŞI, Yavuz ve Timur, Necdet (2000). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), 2 Temmuz 2013.

ONUR, Tülay (2007). “Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri” Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ORLANDO, Ida Jean (1984). Hemşire Hasta İlişkisinde Kişilerarası Süreçler, (Çev. A. Özcan ve N. Platin) Vehbi Koç Yayınları, İstanbul.

ÖNSÜZ, Muhammed Fatih; Topuzoğlu, Ahmet; Cöbek, Utku Can; Ertürk, Sercan; Yılmaz, Fatma ve Birol, Selim (2008). “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi” Marmara Medical Journal, 21 (1):33-49.

ÖZCAN, Ayşe (2006). Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim, Yaz Yayınları, Ankara.

ÖZER, Ali ve Çakıl, Enver (2007). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler” Tıp Araştırmaları Dergisi, 5 (3):140-143.

ÖZLÜ, Tefvik (2005). Hasta Hakları, Timaş Yayınları, İstanbul.

ÖZMEN Dilek (1999). “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması” II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir.

ÖZTEK, Zafer (2004). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara.

ÖZTEK, Zafer ve Kubilay, Gülümser (2000). Toplum Sağlığı Hemşireliği, Palme Yayıncılık, İstanbul.

ÖZTÜRK, Yüksel ve Seyhan, Kadir (2005). “Konaklama İşletmelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesi” Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi, 16 (2):170-182.

PAPATYA, Gürcan, Nurhan Papatya ve A. Buğra Hamşioğlu (2012). “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 2 Sayı 1 (Ocak 2012).

PARASURAMAN A., Zeithaml V. A., Berry L.L. (1988). “SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”, Journal of Retailing, 64 (1):12-40.

- PARASURAMAN, A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1985). “A Conceptual Model of Service Quality and It’s Implication for Future Research, Journal of Marketing, 49: 41-50.
- RIDVAN Bozkurt, (2003). Süreç İyileştirme, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara.
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.
http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M_D%C3%96K%C3%9CMANLARI/22_07_2010_14_46_17.pdf (29.07.2014)
- Sağlık-Sen, (2012). “Sağlığın Patronu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Olacak”
<http://www.saglikpersoneli.com.tr/saglik-sektoru/sagligin-patronu-turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-olacak-h12332.html> (29.07.2014)
- SARGUTAN, Erdal (1993). Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
- SEÇİM, Hikmet (1995). Hastane İşletmeciliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- SEÇİM, Hikmet (1995). Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir.
- SERT, Gürkan (2004). Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde, Babil Yayınları, İstanbul.
- SÖZEN, Cemil ve Özdevecioğlu, Mahmut (2002). Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- SÜTLAŞ, Mustafa (2000). Hasta ve Hasta Yakını Hakları, Berdan Matbaası, İstanbul.
- ŞAHBAZ, İbrahim (2010). “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı” TBB Dergisi.
- ŞAKAR, Ayşe Yiğit (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, İstanbul.
- ŞANLI, Türkan (1992). Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- ŞATIR, Çiğdem ve Sümer, Fulya E. (2006). “Kurum İtibarının Bileşenleri Üzerine Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Üreten Bir Kamu Kurumunda İç Paydaşlar

İtibarı Nasıl Algılıyor?” II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, 27-28 Nisan.

ŞİMŞEK, Muhittin (2001). Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2001). Herkese Sağlık: Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

TAŞLIYAN, Mustafa ve Gök, Sibel (2012). “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması” Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi, 2 (1): 69-95.

TATARLI, Nefiye (2007). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.

TEK, Ömer Baybars (1999). Pazarlama İlkeleri, Beta Yayınları, İstanbul.

TEK, Ömer Baybars ve Özgül, Engin (2005). Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım, Birleşik Matbaacılık, İzmir.

TEKİN, Vasfi Nadir (2009). Pazarlama İlkeleri, Politikalar-Stratejiler-Taktikler, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver (2001). Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler, Gazi Kitabevi, Ankara, 2001, s.27

TEPAV, “2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve” Mal İzleme Raporu İstikrar Enstitüsü, http://www.tepav.org.tr/upload/files/1328783545-9.Mali_Izleme_Raporu_2012_Mali_Yili_Butcesi_ve_Makro_Cerceve.pdf (29.07.2014)

TERAKYE, Gülşen (1995). Hasta Hemşire İlişkileri, Aydoğdu Ofset, Ankara.

TOKAT, Mehmet (1998). Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

TOKAT, Mehmet (1991). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme, Friedrich Ebert Vakfı, Ankara.

TOKAT, Mehmet (1993). Türkiye’de Sağlık Sektörü Finansmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

TOKGÖZ, Erdinç (1981). “Sosyal Gelişmede Sağlık” Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No.1783, Ankara.

- TORLAK, Ömer ve Altunışık, Remzi (2002). Modern Pazarlama, Değişim Yayınları, İstanbul.
- TROUT, Jack (2005). Konumlandırma Stratejileri, (Çev. Ü. Şensoy), Optimist Yayınları, İstanbul.
- TURAN, Nurcan (2004). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- TÜKEL, Burhan; Acuner, A. Münir; Önder, Ömer Rıfkı ve Üzgöl, Arzu (2004). “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57 (4):205-214.
- Türk Tabipleri Birliği, “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Bir Değerlendirme” http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu_hastane.pdf (29.07.2014).
- TÜTÜNCÜ, Özkan ve Doğan, Özlem İ. (2003). “Müşteri Tatmini Kapsamında Öğrenci Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulaması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (4):130-151.
- ÜNAL, Erdinç (2012). Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Ekin Basım Yayın, Bursa.
- VAVRA, Terry G. (1999). Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları (Müşteri Tatmini Ölçüm Programları Oluşturma, Uygulama İnceleme ve Raporlama Rehberi), (Çev. G. Günay), KalDer Yayınları, İstanbul.
- VELİOĞLU, Perihan (1997). Hemşirelik Üstüne Düşünceler, Latin Matbaası, İstanbul.
- YAVUZ, Nurgül (2011). “Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması” Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- YAZGAN, Turan (1978). “Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gelişme Planı” Sağlık, İstanbul.
- YEĞİNBOY, Yasemin (1993). Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.
- YENİDÜNYA, Mehmet Oğuz (1996). Hastalar İnsandır, Şule Yayınları, İstanbul.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin (2012). “Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı”
Anadolu Üniversitesi Yayınları Eskişehir.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin (2012). Sağlık Sigortacılığı, Açıköğretim Fakültesi
Yayını N.1498, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

YILMAZ, Meryem (2001). “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta
Memnuniyeti” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,
5 (2):69-74.

YILMAZ, Meryem (2001). “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta
Memnuniyeti” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,
5 (2):69-74.

YÜKSELEN, Cemal (2003). Pazarlama İlkeler-Yönetim, Detay Yayıncılık, Ankara.

EKLER

EK 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Sayın hizmet kullanıcıları, Elinizdeki anket soruları sağlık hizmeti aldığınız hastanenin hizmet kalitesini ölçmek amacıyla hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar bir yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Tez Yöneticisi

Araştırmacı

Yrd. Doç. Dr. Alpaslan Yüce

Özlem MERT

Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

Yaşınız: 1) 15-24 yaş 2) 25-34 yaş 3) 35-44 yaş 4) 45-54 yaş 5) 55 yaş ve üzeri

3. Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr

4. Eğitim Durumunuz

1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Y.Lisans + Doktora

5. Mesleğiniz:.....

6. Sosyal Güvenceniz

1) Genel Sağlık Sigortası (SGK) 2) Yeşil Kart 3) Güvencem Yok 4) Özel Sigorta 5) Ücretli

7. Aylık Geliriniz:

1)500 TL ve altı 2) 501–1000 TL 3) 1001-1500 TL 4) 1501-2000 TL 5) 2001–2500 TL 6) 2501 TL üzeri

8-Hastaneyi Başkalarına Önerir misiniz?

1) Evet 2) Hayır

9-Doktorunuzu Başkalarına Önerir misiniz?

1) Evet 2) Hayır

10- Memnuniyetsizliklerinizde Ya Da Şikayetlerinizde Sizinle İlgilenen Birisi/Şahıs var mıdır?

1) Evet 2) Hayır

11-Hastanede Kaldığınız Sürelerde En Çok Hangi Konularda Yardıma İhtiyaç Duydunuz

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1-Hastalığımla İlgili Bakım 2) Hastalığımla İlgili Bilgi 3) Resmi İşler

4) İstenen Tahlil ve Tetkikleri Gerçekleştirme 5) İşlemlerimin ne zaman biteceği ile ilgili bilgi

12-Hastanede Kaldığınız Sürelerde En Çok Kimin Yardımına İhtiyaç Duydunuz.

1Hastane yönetimine 2) Doktorumun 3) Hemşire/Sağlık Memuru/Ebe 4) Tetkik ve Tahlilde çalışan personele

5) Sekreterlik/Danışmanlık hizmetine 6) Hasta Bakıcıya 7) Güvenlik görevlilerine 8) Temizlik görevlilerine

13- Hangi Servisten Hizmet Aldınız?

1) KBB 2) Ortopedi 3) Nöroloji 4) Üroloji 5)Dahiliye 6) Diğer.....

14-Hastaneden Memnuniyetinizi Aşağıdaki İbarelerden Hangisi İle İfade Edersiniz

1) Memnun Değilim

2) Kısmen Memnunum

3)Memnunum

15-Memnuniyetinizi Ya Da Memnuniyetsizliğinizi Etkileyen Personel Hangisidir-

1)Hastane Yönetimi

2)Doktorum

3)Hemşire/Sağlık
Memuru/Ebe4)Sekreterlik/Danışmanlık
hizmeti personeli

5)Hasta Bakıcı

6)Güvenlik görevlileri

7)Temizlik görevlileri

16-Hastaneye Ziyaret Etme Sıklığınız

Düşük ise 1 orta ise 3 sürekli ise 5 aralıklarını seçebilirsiniz.

○ 1

○ 2

○ 3

○ 4

○ 5

(Düşük)

(Sürekli)

Aşağıda hastane ile ilgili değerlendirmelere yer verilmiştir. Sizce bir hastanede olması gereken özellikleri

5 kesinlikle katılıyorum 4 katılmıyorum 3 kararsızım 2 katılmıyorum 1 kesinlikle katılmıyorum şeklinde derecelendiriniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
B1) Randevu ve sıra alma kolaylığına sahip olmalıdır	5	4	3	2	1
B2) Yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahip olmalıdır	5	4	3	2	1
B3) Muayene olana kadar geçen süreyi en az seviyede tutmalıdır	5	4	3	2	1
B4) Hastaneye ulaşım kolay olmalıdır	5	4	3	2	1
B5) Kayıt işlemleri hızlı olmalıdır	5	4	3	2	1
B6) Kayıt görevlisi nezaketli olmalıdır	5	4	3	2	1
B7) Laboratuar hizmetlerinden kolayca yararlanılmalı	5	4	3	2	1
B8) Mahremiyet (hasta muayene, tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği) sağlanmalıdır	5	4	3	2	1
B9) Hasta kayıt ve faturalama işlemlerinde gizlilik sağlanmalı	5	4	3	2	1
B10) Hastanede hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	5	4	3	2	1
B11) Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	5	4	3	2	1
B12) Hastane çalışanları, hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi göstermelidir	5	4	3	2	1
B13) Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalı.	5	4	3	2	1
B14) Kafkas Üniversitesi Araştırma hastanesinin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahip olmalı	5	4	3	2	1
B15) Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanıma sahip olmalıdır	5	4	3	2	1
B16) Çalışanlar düzgün ve iyi görünüme sahip olmalıdır	5	4	3	2	1
B17) Hastanenin iç ve dış mekânı düzgün görünüme sahip olmalıdır	5	4	3	2	1
B18) Tuvaletler temiz ve düzenli olmalıdır	5	4	3	2	1
B19) Genel olarak hastane temiz olmalıdır	5	4	3	2	1
B20) Kantin ve Kafeterya Temiz olmalıdır	5	4	3	2	1
B21) Bekleme sırası elektronik olarak gösterilmelidir	5	4	3	2	1
B22) Tuvalet ve lavabolardaki lambalar el değmeden çalışmalıdır	5	4	3	2	1
B23) Hastane içinde yön tabelaları yeterli olmalıdır	5	4	3	2	1
B24) Hastanenin yeterli kapasitede otoparkı olmalıdır	5	4	3	2	1
B25) Hastanenin ısıtma ve soğutma sistemleri yeterli	5	4	3	2	1
B26) Hastanenin havalandırma sistemi yeterli	5	4	3	2	1
B27) Hastanede Yemekler her zaman uygun sıcaklıkta sunulmalı	5	4	3	2	1
B28) Hastanede Yemekler lezzetli olmalı	5	4	3	2	1
B29) Hastanede Yemekler temizlik kurallarına uygun şekilde sunulmalı	5	4	3	2	1
B30) Sizinle ilgilenen hemşire saygılı ve nezaketli olmalıdır	5	4	3	2	1
B31) Sizinle ilgilenen hemşire ilgili ve yakın olmalıdır	5	4	3	2	1
B32) Hemşire hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalıdır	5	4	3	2	1
B33) Hemşireler hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdırlar	5	4	3	2	1
B34) Hemşire uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler	5	4	3	2	1

B35) Hemşireler hasta bakım ve takibini düzenli yapmalıdırlar	5	4	3	2	1
B36) Hekim saygılı ve nezaketlidir	5	4	3	2	1
B37) Hekim ilgili ve yakındır	5	4	3	2	1
B38) Hekimler hasta sorularına onların anlayacağı şekilde cevap verir	5	4	3	2	1
B39) Hekimin yardımcı olma isteği vardır	5	4	3	2	1
B40) Hekimin muayene ve tedavisine güven duyarım	5	4	3	2	1
B41) Hekimin, muayene ve tedavi hakkında verdiği bilgiler yeterli	5	4	3	2	1
B42) Hekimin, size ayırdığı zaman yeterli	5	4	3	2	1
B43) Hekimin, durumunuz hakkında düşüncenizi / fikrinizi alma çabası vardır	5	4	3	2	1
B44) Hekim gerek duyulduğunda kolayca ulaşıla bilinmelidir	5	4	3	2	1
B45) Diğer personel hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamalı	5	4	3	2	1
B46) Diğer personel hastalara yardımcı olmada istekli olmalıdırlar	5	4	3	2	1
B47) Diğer personel uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler	5	4	3	2	1
B48) Sizinle ilgilenen diğer personel ilgili ve yakın olmalıdır	5	4	3	2	1
B49) Diğer personel işlemler hakkında hastayı bilgilendirmelidirler	5	4	3	2	1
B50) Diğer personel hastaya yeterince zaman ayırmalıdır	5	4	3	2	1
B51) Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemeli	5	4	3	2	1
B52) Hastane çalışanları hastanın istek ve şikâyetlerine mümkün olan en kısa zamanda cevap vermeli	5	4	3	2	1
B53) Hastane çalışanları bilgili olmalı	5	4	3	2	1

Aşağıda şuanda hizmet aldığınız hastane ile ilgili değerlendirmelere yer verilmiştir.. bu hastanede gözlemlediğiniz özellikleri

1 kesinlikle katılıyorum 2 katılmıyorum 3 kararsızım 4 katılmıyorum-5 kesinlikle katılmıyorum şeklinde derecelendiriniz.

Kesinlikle
Katılıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılmıyorum
Kesinlikle
Katılmıyorum

A1) Randevu ve sıra alma kolaydır	5	4	3	2	1
A2) Yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahiptir	5	4	3	2	1
A3) Muayene olana kadar geçen süreyi en az seviyede tutulmaktadır	5	4	3	2	1
A4) Hastaneye ulaşım kolaydır	5	4	3	2	1
A5) Kayıt işlemleri hızlıdır	5	4	3	2	1
A6) Kayıt görevlisi nezaketlidir	5	4	3	2	1
A7) Laboratuvar hizmetlerinden kolayca yararlanılmaktadır	5	4	3	2	1
A8) Mahremiyet (hasta muayene, tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği) sağlanmaktadır	5	4	3	2	1
A9) Hasta kayıt ve faturalama işlemlerinde gizlilik sağlanmaktadır	5	4	3	2	1
A10) Hastane hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapar.	5	4	3	2	1
A11) Hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir.	5	4	3	2	1
A12) Hastane çalışanları, hastalara bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi gösterir	5	4	3	2	1
A13) Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi modern araç- gereç ve donanıma sahiptir.	5	4	3	2	1
A14) Kafkas Üniversitesi Araştırma hastanesinin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahiptir.	5	4	3	2	1
A15) Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanıma sahiptir	5	4	3	2	1
A16) Çalışanlar düzgün ve iyi görünüme sahiptir	5	4	3	2	1
A17) Hastanenin iç ve dış mekânı düzgün görünüme sahiptir	5	4	3	2	1
A18) Tuvaletler temiz ve düzenlidir	5	4	3	2	1
A19) Genel olarak hastane temizdir	5	4	3	2	1
A20) Kantin ve Kafeterya temizdir	5	4	3	2	1
A21) Bekleme sırası elektronik olarak gösterilmektedir	5	4	3	2	1
A22) Tuvalet ve lavabolardaki lambalar el değmeden çalışmaktadır	5	4	3	2	1
A23) Hastane içinde yön tabelaları yeterlidir	5	4	3	2	1
A24) Hastanenin yeterli kapasitede otoparkı vardır	5	4	3	2	1
A25) Hastanenin ısıtma ve soğutma sistemleri yeterli	5	4	3	2	1

A26) Hastanenin havalandırma sistemi yeterli	5	4	3	2	1
A27) Yemekler her zaman uygun sıcaklıkta sunuldu	5	4	3	2	1
A28) Yemekler lezzetliydi	5	4	3	2	1
A29) Yemekler temizlik kurallarına uygun şekilde sunuldu	5	4	3	2	1
A30) Benimle ilgilenen hemşire saygılı ve nezaketlidir	5	4	3	2	1
A31) Benimle ilgilenen hemşire ilgili ve yakın davranır	5	4	3	2	1
A32) Hemşire hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamaktadır	5	4	3	2	1
B33) Hemşireler hastalara yardımcı olmada isteklidirler	5	4	3	2	1
B34) Hemşire uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmektedir	5	4	3	2	1
B35) Hemşireler hasta bakım ve takibini düzenli yapmaktadırlar	5	4	3	2	1
A36) Doktor saygılı ve nezaketlidir	5	4	3	2	1
A37) Doktor ilgili ve yakındır	5	4	3	2	1
A38) Doktor hasta sorularına onların anlayacağı şekilde cevap verir	5	4	3	2	1
A39) Doktorun yardımcı olma isteği vardır	5	4	3	2	1
A40) Doktorun muayene ve tedavisine güven duyarım	5	4	3	2	1
A41) Doktorun, muayene ve tedavi hakkında verdiği bilgiler yeterli	5	4	3	2	1
A42) Doktorun, size ayırdığı zaman yeterli	5	4	3	2	1
A43) Doktorun, durumunuz hakkında düşüncenizi / fikrinizi alma çabası vardır	5	4	3	2	1
A44) Doktora gerek duyulduğunda kolayca ulaşılmaktadır	5	4	3	2	1
A45) Diğer personel hastaların sorularını anlaşılır şekilde yanıtlamaktadır	5	4	3	2	1
A46) Diğer personel hastalara yardımcı olmada isteklidir	5	4	3	2	1
A47) Diğer personel uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirir	5	4	3	2	1
A48) Sizinle ilgilenen diğer personel ilgili ve yakındır	5	4	3	2	1
A49) Diğer personel hastaya yeterince zaman ayırmaktadır	5	4	3	2	1
A50) Hastane çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyler.	5	4	3	2	1
A51) Hastane çalışanları hastanın istek ve şikâyetlerine mümkün olan en kısa zamanda cevap verir.	5	4	3	2	1
A52) Hastane çalışanları bilgilidir	5	4	3	2	1
Teşekkür Ederiz...					

ÖZGEÇMİŞ

1984 Ardahan ilinde doğdu.

1996 Erzurum Oltu Atatürk İlköğretim Okulu'ndan mezun oldu.

2002 Erzurum Şenkaya lisesinden mezun oldu.

2007 Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü'nü kazandı.

2011 Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümünden Mezun oldu.

2011 Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Eğitimi'ne başladı.

