



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE AÇISINDAN HASTA
MEMNUNİYETİ VE ALGISININ İNCELENMESİ: SİVAS İLİ
ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ebubekir HANÇER

Sivas
Ocak 2024

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE AÇISINDAN HASTA
MEMNUNİYETİ VE ALGISININ İNCELENMESİ: SİVAS İLİ
ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ebubekir HANÇER

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zafer YILDIZ

Sivas
Ocak 2024

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dâhil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

....../....../2024

Ebubekir HANÇER

TEŞEKKÜR

Her konuda desteğini hissettiğim değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zafer YILDIZ hocama, bana bu zamana kadar destek veren başta annem Menekşe HANÇER ve babam Mehmet HANÇER olmak üzere aileme, sevgisi ve saygısı ile insanlara örnek olan ilim ve bilim sevdalı olan rahmetli dedem Bekir HANÇER'e teşekkürlerimi borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA VE GENEL KAVRAMLAR.....	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	4
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	5
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	11
1.4. Dünyada Sağlık Hizmetleri Ve Gelişim Süreçleri	12
1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Gelişim Süreçleri	13
1.5.1. Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri	13
1.5.2. 1920-1938 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	14
1.5.3. 1938-1960 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	16
1.5.4. 1960-1980 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	17
1.5.5. 1980-2000 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	20

1.5.6. 2000 ve Sonrası Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	23
1.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Güçlü ve Geliştirilmesi Gereken Yönleri..	28
1.7. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama	29
İKİNCİ BÖLÜM	33
2. KALİTE, HASTA YÖNETİMİ VE GENEL KAVRAMLAR.....	33
2.1. Kalite Kavramı	33
2.1.1. Kalitenin Boyutları	34
2.1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	35
2.1.3. Hizmet Kalitesi.....	38
2.1.4. Kalitenin Önemi	39
2.2. Sağlıkta Kalite	39
2.2.1. Sağlıkta Kalite Boyutları	40
2.2.2. Sağlıkta Kaliteyi Etkileyen Faktörler	42
2.2.3. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Yönetimi	43
2.3. Hasta Kavramı	43
2.4. Hasta Memnuniyeti Kavramı	45
2.4.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi	46
2.4.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Unsurlar	47
2.4.3. Türkiye’de Hasta Memnuniyeti.....	48
2.5. Hasta Memnuniyetini Artıran Ve Azaltan Unsurlar.....	49
2.5.1. Hasta Memnuniyetini Artıran Unsurlar.....	49
2.5.2. Hasta Memnuniyetini Azaltan Unsurlar	50
2.6. Hasta Memnuniyeti Ölçme Yöntemleri.....	51

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	55
3. SİVAS İLİ ÖRNEĞİ UYGULAMASI	55
3.1. Araştırmanın Amacı	55
3.2. Araştırmanın Önemi	55
3.3. Araştırmanın Yöntemi	55
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	56
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	56
3.5. Araştırmada Veri Toplama Teknikleri	56
SONUÇ	75
KAYNAKÇA	79
EKLER.....	89
Ek 1. Anket Formu	89
ÖZ GEÇMİŞ.....	93



KISALTMALAR

AR-GE	: Araştırma Geliştirme
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ISO	: Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı
KKÇ	: Kalite Kontrol Çemberi
LÖSEV	: Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu Standart Teşkilatı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TS-İSO 9005	: Uluslararası Standart Teşkilatına Bağlı Türkçe
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
WHO	: Dünya Sağlık Teşkilatı



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. İç ve Dış Müşteriler.....	44
Tablo 2. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine dair bulgular.....	57
Tablo 3. Faktörlerin Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları	59
Tablo 4. Faktörlerin Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları	59
Tablo 5. Ölçeğe ait güvenirlik analizi (Cronbach α katsayıları)	60
Tablo 6. Faktörlerin Yaşa Göre ANOVA Testi.....	61
Tablo 7. Faktörlerin Pozisyona Göre Homojenlik Testi	61
Tablo 8. Yaşın Alt Gruplarına Göre Çoklu Tukey Karşılaştırma Testi Sonuçları	62
Tablo 9. Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre ANOVA Testi	64
Tablo 10. Faktörlerin Pozisyona Göre Homojenlik Testi	65
Tablo 11. Eğitim Durumu Alt Gruplarına Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları.....	65
Tablo 12. Faktörlerin Mesleklerine Göre ANOVA Testi.....	66
Tablo 13. Faktörlerin Pozisyona Göre Homojenlik Testi	66
Tablo 14. Meslek Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tukey Testi Sonuçları	67
Tablo 15. Meslek Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tamhane Testi Sonuçları	69
Tablo 16. Faktörlerin Gelir Düzeyi ANOVA Testi.....	69
Tablo 17. Faktörlerin Gelir Durumuna Göre Homojenlik Testi	70
Tablo 18. Gelir Düzeyi Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tukey Testi Sonuçlar.....	70
Tablo 19. Faktörlerin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısına Göre ANOVA Testi	71
Tablo 20. Faktörlerin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısına Göre Homojenlik Testi ..	71
Tablo 21. Sağlık Kurumlarına Gitme Sayısına Göre Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tamhane Testi Sonuçları	72



ÖZET

Çalışmanın temel amacı; hastaların sağlık kurumlarından aldığı hizmeti, algıladığı değer düzeyini, sağlık hizmetlerine karşı tutumlarını, sağlık hizmetlerinden aldığı tatmin düzeyi ve gelecekte sağlık kurumuna gitme isteği ile yakınlarına tavsiye edeceği davranışsal niyeti tespit ederek bilim dünyasına kazandırmaktır.

Sivas ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almış 424 kişi ile anket çalışması yapılmıştır. Çalışma, 7 adet demografik soru ve 41 tane faktör sorusu olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS adlı programa aktarılmıştır. Bu bilgilere göre t testi ve anova testi yapılmış olup tukey, tamhane ve frekans tablosu oluşturulmuştur.

Yapılan analizlerde Cronbach α iç tutarlık analizi katsayılarına göre verilerin güvenilirlik düzeyleri, bütün faktörlere, bütün maddelere ve ölçeğin bütününe göre yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilir.

Anahtar Kelimeler: Kalite,Hasta Memnuniyeti,Sağlık Hizmeti.



ABSTRACT

The main aim of the study is to contribute to the scientific community by determining the patients' perception of the quality of the services they receive from health care institutions, the level of perceived value, their attitudes towards health care services, the level of satisfaction they receive from health care services, and the desire to use the health care institution in the future and the behavioural intention to recommend it to their relatives.

A survey was conducted on 424 people who received health services from health institutions operating in Sivas province. The survey consists of 2 parts, 7 demographic questions and 40 factor questions. The data obtained from the study were transferred to the SPSS programme. The transferred information, t-test and anova test were performed and tukey, tamhane and frequency tables were created.

According to Cronbach α internal consistency analysis coefficients, the reliability levels of the data are expressed to be highly reliable according to all factors, all items and the whole scale.

Keywords: Quality, Patient Satisfaction, Healthcare Service.



GİRİŞ

Devletler nitelikli iş gücünü sağlamak amacıyla vatandaşlarının sağlığını koruması ve sosyal devlet anlayışına göre de sağlık hizmetlerini hiçbir ayırım gözetmeden bütün vatandaşlarına eşit bir şekilde sunması gerekmektedir (Tosun, Azazi 2019: 88,89).

Sağlık turizmi kavramı; insanın sağlık ihtiyacından doğmuş bir turizm çeşididir. İnsanlar sağlığına tekrar kavuşmak için veya uzun süreli sağlığını korumak amacıyla diğer ülkelere ziyaretler gerçekleştirir (Öztürk, Yazıcıoğlu 2002: 9). Bu ziyaretler sırasında ziyaret edilen ülke sağlık hizmetini en iyi şekilde sunmalıdır. Çünkü sağlık turizmi diğer turizm çeşitlerinde olduğu gibi ülkelere maddi bir gelir ve pretij sağlamaktadır. Bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve kusursuza yakın bir şekilde sunmak gerekmektedir.

Hastanın memnun olması için; sağlık kurumlarında çalışan personelin güler yüzlü, şefkatli ve alanında uzman olması gerekmektedir. Aynı zamanda hastane yönetimi, hastalar ve sağlık personelinin birbirleriyle olan iletişimlerinin iyi olması, hastanenin altyapısının iyi olması, hastaların klinikte geçirdiği süreçte iyi bir hizmet alması ile sağlanmaktadır (Taşlıyan, Gök 2012:77,78).

Hasta memnuniyetini ölçmek için hasta memnuniyeti anketleri yapılmaktadır. Çıkan sonuçlar bilimin ışığında değerlendirilip, sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü ve sağlık kurumlarının kendini yenilemesini önermektedir. Yaptığımız çalışmada amacımız hastaların sağlık kurumlarından aldığı hizmeti, algıladığı değer düzeyini, sağlık hizmetlerine karşı tutumlarını, sağlık hizmetlerinden aldığı tatmin düzeyini ve gelecekte sağlık kurumuna gitme isteği ile yakınlarına önermedeki davranışsal niyeti yaptığımız anket çalışması ve SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile ölçerek çıkan sonuçları tespit edip bilim dünyasına kazandırarak sağlık kurumlarında memnuniyet oranını artırmaktır.

Tez çalışması 3 bölümden oluşması amaçlanmaktadır: Birinci ve ikinci bölümde kavramların açıklanması, teorik bilgiler verilmek istenmektedir. Üçüncü bölümde ise yapılacak anket ile birlikte anketin sonuçlarını SPSS yöntemi ile faktör

analizleri yapılarak sağlık kurumlarında hastaların algıladıkları kalite ile memnuniyet oranını bulmak amaçlanmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA VE GENEL KAVRAMLAR

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı İkinci Dünya Savaşı sonuna kadar dar bir kapsamda tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar sadece hastalığın olmaması gibi biyolojik nedenlere bağlanmıştır (Ulutürk 2015: 49).

Sağlık birçok unsurdan etkilenmektedir. Bu unsurlar doğrudan veya dolaylı bir etkiye sahiptir. Bu nedenlerden dolayı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını, “Sadece hastalığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde ifade etmiştir. Bu ifade ile birlikte çevresel ve sosyal vb. etkilerin insan yaşamı üzerinde etkili olduğu sadece hastalık gibi biyolojik bir etkinin insan sağlığını etkilemediği insan yaşamında farklı unsurların da insan sağlığını etkilediği ifade edilmiştir (Çalışkan 2008:35).

Sağlık Bakanlığı ise sağlık tanımını; sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre ile tüm fonksiyonları yöneten yapılar ile kişi ve toplum sağlığını bütünsel bir şekilde değerlendirilen bir kavram olarak ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü 2014:1).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2 inci maddesinde ise “Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” (Resmi Gazete Sayısı:10705, 1961) Türk Dil Kurumu sağlık kavramını, “bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” halinde olması şeklinde ifade etmiştir.

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin tanımlanmasında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. Maddesinde, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyonu) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetleridir” (Resmi Gazete Sayısı: 10705, 1961).

Yapılan başka bir tanım da ise; “bireylerin ve toplumda var olan diğer üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetlerdir” (Mutlu, Işık 2012: 14).

Hasta memnuniyetinin sağlanmasında sunulan sağlık hizmetlerin niteliğinin önemli olduğu kadar bu hizmeti sunan personelin davranışı ve tutumu da önemlidir. Çünkü huzurlu ve memnun olan sağlık personeli bu durumunu yaptığı işe yansıtır (Akbaş 2014: 5)

Kişilerin sağlık hizmetlerine olan talebi ya hasta olurken ya da hastalık belirtisi ortaya çıktığı zaman belirir. Sağlık hizmetlerine olan talep bu sebepten yeri, zamanı, miktarı ve kime ne zaman verileceği bilinemez (Ulutürk, 2015: 52).

Sağlık kurumlarında; sağlık hizmetlerinin nitelikli ve yüksek kalitede verilmesini sağlamak amacıyla Avrupa Birliği bünyesinde Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Roma'da 2002 yılında 14 maddelik bir bildirme imzalanmıştır. Bu maddeler ise şunlardır(Alcan 2015: 2):

- Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı
- Hizmetten Yararlanma Hakkı
- Bilgilenme Hakkı
- Rıza (Onay) Hakkı
- Hekimi ve Tedaviyi Özgürce Seçim Hakkı
- Özel ve Gizlilik Hakkı
- Hastaların Vaktine Saygı Hakkı
- Nitelikli Hizmet Hakkı
- Güvenlik Hakkı

- Yenilik Hakkı
- Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı
- Kişisel Tedavi Hakkı
- Şikâyet Hakkı
- Tazminat Hakkı

Türkiye’de Hasta Hakları Yönetmeliği 1998 yılında yayımlanmıştır. 2004 yılında 38 ilde 60 hastanede fiilen uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye’nin tamamında uygulanması 2005 yılında yeniden düzenlenen Hasta Hakları Yönetmeliği ile başlamış ve sağlık kurumlarında hasta hakları biriminin kuruluşu zorunlu hale gelmiştir (Alcan 2015: 2).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sınıflandırılması farklı şekillerde yapılmaktadır. Bu sınıflamalardan en çok kullanılan sınıflama çeşidi amaçlarına göre sınıflandırmadır. Bunlar, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir (Şahin 2021:8).

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumu hastalıklara karşı dirençli kılmayı ve oluşabilecek rahatsızlıklara karşı önlem almayı, bireylerin hasta olması durumunda erken tanı ve tedavi yapılan sağlık hizmetleridir (Akdur 2006:13).

Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri, Ana Sağlık Ocağı, Aile Planlama Merkezi, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi vb. gibi kurum ve kuruluşlar koruyucu sağlık hizmetleri vermektedir (Taş 2019:5).

Koruyucu sağlık hizmetleri; tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine göre maliyet açısından daha uygundur. Maliyet açısından daha uygun olmasının sebebi ise insanların sağlığını korumanın tedavi etmeye göre daha az maliyet gerektirmesidir. Maliyet açısından daha uygun olması diğer sağlık hizmetlerine göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha önemli bir hale getirmiştir (Altay 2007:34).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye y6nelik sağlık hizmetleri ve 6evreye y6nelik sağlık hizmetleri olarak iki gruba ayrılır (Yıldız 2018:48).

Kişiye Y6nelik Sağlık Hizmetleri: Bireylerin hasta olmadan 66nce 66nlem alınması ve hastalandıkları zaman erken tanı ve tedavi g66rmelerini sağlayan doğrudan kişiye sunulan koruyucu sağlık hizmetleridir (şahin 2021:8).

Koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin y6r6tt6đđ birtakım hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler; bireysel hijyen, sağlık bilgisi konusunda eğitim, ila6 ile koruma, anne ve 6ocuk sağlığı, erken tanı, erken tedavi, ila6la koruma, doğurganlığın kontrol edilmesi, beslenmenin d6zeni ve aşılama yoluyla bağışıklık kazandırmadır (66zt6rk 2016:14).

6evreye Y6nelik Sağlık Hizmetleri: İnsanın, diğer canlılar ile etkileşim halinde ortak olarak paylaştığı alanlar 6evre olarak adlandırılır. Bu alanların kirlenmesi ve yanlış kullanımı sonucunda t6m ekosistem etkilenmektedir. Sanayinin gelişmesi, teknolojinin ilerlemesi, şehirleşmenin artması, n6fus artışı vb. gelişmeler sonucunda yaşanan olumsuz durumlar kirlenme ve yanlış kullanıma 6rnek olarak g66sterilebilir (İbadullayevava vd. 2019: 53).

6evreye y6nelik sağlık hizmetlerinin temel amacı 6evre sağlığını olumsuz etkileyen 66geleri d6zenlemek veya ortadan kaldırarak olumlu hale getirmektir (şahin 2021:8)

6evre sağlığı iyi olmayan 66lkelerde sağlık hizmetleri de etkilenmektedir. T6rkiye’de de 6evre sağlığı konusunda problem yaşanan alanlar vardır onlar ise aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Yıldız 2018:49).

- 1) Kimyasal atıklar: şehirleşmenin ve fabrikaların artış g66stermesi ile kimyasal atık sorunu ortaya 6ımiştır. Bunlar ; aseton, tiner, katran, deterjanlar, b6cek 66ld6r6c6 boyalar gibi kimyasal atıklardır.
- 2) Hızlı n6fus artışı: N6fusun hızla artış g66stermesi sonucunda kişi başına d6şen t6ketim maddeleri de artmıştır. Bu artış ile oluşan atıklar 6evre kirliliğine neden olmaktadır.
- 3) 66ppler: Gelişmiş 66lkelerde her birey 1 g6nde 1 kg kadar 66p y6retmektedir. Gelişmiş 66lkeler bu sorunu 66zmek i6in 6eşitli politikalar y6retilip bu sorunu

özülsede gelişmekte olan ve az gelişmiş ölkelerde bu sorun tehlike oluşturmaktadır.

- 4) Avcılık: Kontrolsüz avlanma birçok canlı türünün neslini yok etme tehlikesini ortaya çıkarmıştır. Bu da doğal yapının bozulmasına neden olmaktadır.
- 5) Denizlerin kirlenmesi: Her yıl yaklaşık yirmi milyon ton atık denizlere atılmaktadır. Bunun %90 civarı ise kıyıya vurmaktadır. Petrol atıklarının denize dökölmesi ile doğal yapı bozulmaktadır. Bu problem de birçok canlı türünü olumsuz olarak etkilemektedir.
- 6) Nökleer Santraller: Günümüzde teknolojik olarak yenilenmeyen nökleer santrallerden çıkan sızıntılar çok büyük tehlike oluşturmaktadır.
- 7) Otomobiller ve zehirli gazların (hava kirliliğı) yarattığı çevre sorunu büyük sıkıntılar oluşturmaktadır.
- 8) Endüstri Balıkçılığı: Büyük tonajlı gemilerle yapılan balık avcılığında trol, dinamit gibi balık yumurtalarına zarar veren ekipmanlar kullanılmaktadır. Kullanılan bu ekipmanlar balık neslini olumsuz yönde etkilemektedir.
- 9) Ozon Tabakası: Deodorantlar, böcek öldürücüler; spreyler, floroklorokarbon gazı gibi maddeler zararlı güneş ışınları yaymakta olup ozon tabakasına zarar vermektedir.
- 10) Plastikler: Yıllar geçse de plastik atıklar sanayi atığı olduğu için doğada yok olmamaktadır.
- 11) Sera Etkisi: Fosil yakıtlarının bilinçsiz kullanımından dolayı oluşan gaz bulutu; güneş ışınlarının tekrar geri yansımısını engeller. Bu nedenden dolayı dünya fazla ısınır.
- 12) Tarımsal Sorunlar: Suni gübreler, böcek öldürücüler gibi tarımda kullanılan ekipmanlar çevre kirliliğine ve kanserojen bir etkiye sebebiyet verirler.
- 13) Ölkelerin Gelişmesi: Gelişmiş ölkelerde yaşayan insanların tüketimi diğer ölkelere göre 20 kat daha fazladır. Tüketim ile oluşan atıklar da çevreyi olumsuz yönde etkilemektedir.

14) Ormanların yok olması: Başta orman yangınları olmak üzere çeşitli etmenlerden dolayı ormanlar hızlı bir şekilde yok olmaktadır..

15) Zararlı alışkanlıklar (meraklar): Kadınların hayvan derisinden olan kürk, fildişi tarak, yılan derisi çanta ayakkabı gibi tutkuları ve insanların sürat motoru kullanması sonucunda çevre sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvurarak sağlığını yeniden kazanması için sağlık kurumlarında yapılan işlemlerin tümüdür (Akdur 2006:13).

Sağlık sorunu yaşayan bireylerin sağlık kurumlarına başvurarak aldığı muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite hizmetlerinin tümüdür (Orhaner 2006:4).

Sağlık kuruluşları işlev özelliklerine göre 3 basamağa ayrılmıştır. Bunlar:

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar:Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önceliği koruyucu sağlık hizmetlerini hastaya sunmaktır. Tedavi ve sağlık hizmetlerinin hastaya sunulmasında da aktif bir rol oynamaktadır (Işık 2017:13).

Birinci basamak sağlık hizmeti veren resmi kuruluşlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (mevzuat gov, 2023).

- 1) Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü
- 2) Toplum sağlığı merkezi
- 3) Aile sağlığı merkezi
- 4) Halk sağlığı laboratuvarı
- 5) Kurum tabipliği
- 6) 112 Acil sağlık hizmeti birimleri
- 7) Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler
- 8) Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri
- 9) Belediyelere ait poliklinikler

10) Birinci basamak ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık hizmeti sunucuları entegre ilçe devlet hastaneleridir

Birinci basamak sağlık hizmeti veren özel kuruluşlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

- 1) Evde bakım merkezleri veya birimler
- 2) İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler
- 3) Özel poliklinikler
- 4) Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları
- 5) 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar:

İkinci basamak sağlık kurumları ayakta tedavi edilemeyecek durumda olan hastaların yataklı olarak tedavi edilmesini sağlamaktadır (Akdur 2006:14).

İkinci basamak sağlık hizmeti veren resmi kuruluşlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (mevzuat.gov, 2023).

- 1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
- 2) Entegre ilçe hastanesi
- 3) Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri
- 4) Kamu kurumlarına ait ağız ve diş sağlığı hastaneleri
- 5) Kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri
- 6) Kamu kurumlarına ait diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri

İkinci basamak sağlık hizmeti veren özel kuruluşlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

- 1) Özel hastaneler
- 2) Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri
- 3) Özel Diyaliz merkezleri,
- 4) Özel üremeye yardımcı tedavi merkezleri
- 5) Özel hiperbarik oksijen tedavi merkezleri
- 6) Tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan özel tanı ve tedavi merkezleri

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri Sunan Kuruluşlar

Bir bölgede üst ihtisas sahibi doktorların bulunduğu birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların tedavi edildiği nitelikli sağlık kuruluşlarıdır (Çalış 2006: 177).

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren resmi kuruluşlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (mevzuat.gov, 2023).

1) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri

2) Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri

3) Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren resmi kuruluşlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

1) Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan özel hastaneler

Hiçbir basamak sağlık kurumuna bağlı olmayan basamaklandırılmayan sağlık kurumları aşağıdaki maddeler halinde sıralanmıştır

1) Optisyenlik müesseseleri

2) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri

- 3) Kaplıcalar
- 4) Beşeri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri
- 5) Bu maddenin diğer fıkraları ile 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3 numaralı maddelerde yer almayan Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve/veya izin verilmiş sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğer özelleşmiş tanı ve tedavi ve tedarik merkezleri

1.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin tedavi edildikten sonra yaşadıkları uzuv kaybı, uzuvlarda güçsüzlük ve bunların yaşattığı sosyal hayatta zorluklar vb. nedenlerden dolayı tıbbi ve toplumsal olarak verilen rehabilitasyon hizmetlerinin tümüdür (Akduz 2006:14).

Rehabilite edici hizmetler kendi içinde ikiye ayrılır. Bunlar, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyondur. Tıbbi rehabilitasyon, bedensel olarak engel bulunan bireylerin engellerinin giderilmesinde ve bedensel olarak kaybolan eski fonksiyonları yeniden kazanmasını sağlamaya yardımcı olur. Sosyal rehabilitasyon, bireylerin ruhen, bedenlen iyi hissettirip tedavi edip toplum içinde rol almasına yardımcı olmasını sağlamaya yardımcı olmaktadır (Akbaş 2014:15).

Uyuşturucu ve madde bağımlılığı gibi bağımlılıklara sahip bireyleri tedavi edip sosyal hayata kazandırmakta rehabilitasyon hizmetleri kapsamına girmektedir (Öztürk 2016:12).

Kaza ve yaralanma sonucu vücutta kalıcı hasar bırakması sonucunda bireyin hayatını idame ettirebilmesi, sosyal hayata adapte olup zorlanmaması için verilen psikolojik desteklerdir (Yıldız 2018:52).

1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Bireylerin ve toplumun sağlığının daha iyi hale gelmesini hedefleyen hizmetler bütünüdür. Sağlığın geliştirilmesinde birçok unsur bulunmaktadır. Bedensel, zihinsel yaşam kalitesi gibi kişi yaşamını doğrudan etkileyen unsurlardır. Bu unsurlar kişinin yaşamını doğrudan etkilediğinden dolayı verilen hizmetlerde kişiler sağlığını kötü etkileyecek olan davranış ve eylemlerden uzak durmalıdır (Abut 2018:4).

Sağlığın geliştirilmesinde ve yükseltilmesinde sağlık ile ilgili tüm kamu kurumları ve özel kurumlara sorumluluk düşmektedir. En büyük sorumluluk da kişinin kendisine aittir. Çünkü bireylerin hasta olmalarında en büyük etken yaşam tarzları ve kötü alışkanlıklarıdır. Bireyler bu nedenlerden dolayı kendilerine en iyi şekilde bakmalı kötü alışkanlıklar ve eylemlerden uzak durmalıdır (Sözen 2003:77).

Toplumda çeşitli hastalıklar görülmektedir. Örneğin grip hastalığı sağlık ocaklarında tedavi edilebilirken kanser hastalığı için daha kapsamlı bir sağlık kuruluşuna ihtiyaç vardır. Bu sebeplerden dolayı sağlık alanında hizmet veren kuruluşlar çeşitlilik göstermelidir (Bankaoğlu 2013:7).

1.4. Dünyada Sağlık Hizmetleri Ve Gelişim Süreçleri

Topkaya'ya göre sağlık alanında toplumsal seviyede yürütülen çalışmalar 16 yy'de başlamıştır. Condorcet'in "sosyal matematik kavramı", modern anlamda devletin halkı ile arasındaki sağlık ilişkisini güçlendirmeye çalışan önem seviyesi yüksek bir kavramdır. Devletin gücü o dönemde sağlıklı ve kalabalık nüfus ile belirlenmekteydi (Topkaya 2016: 718).

İnsanlar sanayi devriminin yarattığı iş olanakları için kırsal kesimden şehirlere göç etmiştir ve şehirleşme oranı artmıştır. Nüfusun artması ile şehirlerde birçok problem yaşanmıştır. Göç eden insanlar yetersiz sağlık koşullarında çalışmak ve yaşamak zorunda kalmıştır. İnsanlar sağlıklı koşullarda yaşadıklarından veba, kolera vb. gibi bulaşıcı hastalıklara maruz kalmıştır. Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele etmek için konferanslar düzenlenmiştir. İlk konferans 1851 yılında Paris'te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansıdır. Bu konferansa aralarında Osmanlı Devleti'nin de yer aldığı 12 devlet katılmıştır. Her bir devlet bir doktor bir diplomat ile katılım sağlamıştır. Altı ay süren bu çalışmaların sonunda 137 maddelik bir tüzük oluşturulmuştur. İlerleyen yıllarda ise toplamda 11 ülkede 12 toplantı yapılmıştır. Bu toplantıların 3'üncüsü 1866 yılında İstanbul'da yapılmıştır (Topkaya 2016:710; Metin, Aydın 2005:35).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kurulması ile birlikte sağlık alanındaki çalışmalar işlevlik kazanmıştır. Sağlık çalışmaları 1945-1980 arasındaki dönemde etkinliğini artmıştır. Neoliberal politika 1970'li yıllarda uygulanmaya başlanmıştır.

Neoliberal politika; devletin sektörlere minimum katkısı amlamına gelmektedir. Neoliberal politika zamanla tüm ülkelere yayılmıştır. 2008 yılında dünyayı büyük çapta etkileyen bir ekonomik bir kriz olmuştur. Yaşanan ekonomik kriz sağlık alanını olumsuz olarak etkilemiştir. Devletlerin sağlık harcamalarına ayırdığı pay az olduğu düşünüldüğünden Neo-liberal politikalar tartışılmaya başlanmıştır (Topkaya, 2016: 718).

1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Gelişim Süreçleri

Her milletin kendisine ait fiziki, siyasi ve ekonomik özellikleri bulunmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı kendi problemlerini çözerken kendilerine özgü yeni metotlar geliştirirler. Türkiye’de sorunlarını çözerken kendisine özgü yeni metotlar geliştirmektedir (Alcan 2015:4).

Türkiye’de geçmişten bugüne sağlık hizmetlerini ve sağlık politikalarını aşağıda inceleyeceğiz.

1.5.1. Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri

Hz. Muhammed bir hadisinde, “sağlık alanında bilgisi olmadığı halde tedavi yapan birinin vereceği zararı ödeyeceğini belirtmesi” sağlık hizmetlerine verdiği önemi göstermektedir. Osmanlı Devletinde de bu anlayış devam etmiştir.

Osmanlı devletinde sağlık hizmetlerinin başında ilmiye sınıfına mensup, resmi kayıtlarda “reîsületıbbâ” ve “seretıbbâ” gibi isimler yer alsa da, halk arasında “hekimbaşı” olarak bilinen kişiler bulunurdu (Akpınar 1998)

Hekimbaşının görevleri şunlardır (Akpınar 1998):

- Hekimlik sınavından sonra kazananlara belgelerini vermek
- Sağlık kurumlarıyla doktorların çalışmalarını kontrol etmek
- Ehliyetsiz kimselerin tıp mesleğinden uzaklaştırılması işinde muhtesibe yardımıda bulunmak ve gerektiğinde hakemlik yapmaktır

Fatih Sultan Mehmed zamanında tarafından çıkartılan Hekim Başı Kurumu 1849 yılında kaldırılmıştır. Hekim Başı Kurumu yerine 1850 yılında Tıbbiye Nezareti (Bakanlığı) kurulmuştur. Diplomasız olanların doktorluk yapamayacağına dair bir yasa 1862 yılında çıkartılmıştır. 1867 yılında genel idari örgütlenme içinde

sağlık kurumları da yer almaya başlamıştır. İlk merkezi sağlık birimi (Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye) 1870 yılında kurulmuştur. Birinci (1876) ve İkinci Meşruiyet (1908) dönemleri arasında sağlık alanında yeni düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık teşkilatı Avrupa devletleri örnek alınarak yeniden düzenlenmiştir. 1914’de genel müdürlük seviyesinde olan sağlık teşkilatlanması bakanlık olarak yeniden düzenlenmiştir. İlk önce İçişleri ile birlikte anılan bakanlık (Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti) daha sonra 3 Mayıs 1920’de Sıhhiye ve Muavenat-ı İctimaiye Vekâletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) olarak yeniden isimlendirilmiştir. Sağlık, temel bir devlet görevi haline gelmiştir (Kasapoğlu 2016: 134).

Sağlık hizmetleri 13 ve 19 yüzyıllar arasında planlı bir şekilde politika üretilip sunulmamıştır. Sadece Osmanlı Devleti değil bütün dünyada sağlık hizmetleri planlı bir şekilde politika üretilip 19 yüzyıl ve sonrasında sunulmaya başlamıştır. 13 yüzyılda Anadolu’da Anadolu Selçuklu döneminden kalma sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Osmanlı döneminde de bu sağlık kuruluşlarına ek olarak başkent ve payitaht şehirlerine hastaneler kurulmuştur. Sağlık kuruluşları bu dönemlerde vakıflar aracılığı ile yönetilmektedir. Vakıfların kurup yönettiği hastanelerde devletin ne derece katkısı olduğu bilinmemektedir (Aydın 2004:187).

Osmanlı sağlık hizmetlerinde sağlık kuruluşları vakıflar ve hayır sahiplerinin katkıları ile kurulurdu. Sağlık kuruluşlarında çalışan personellerin maaşları da vakıflar aracılığıyla ödenirdi (Ertem 1999:122).

1.5.2. 1920-1938 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

1920 yılında Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. İlk bakan olarak da Adnan ADIVAR atanmıştır. Adnan ADIVAR döneminde altyapı yetersizliği ve sağlık alanında henüz yönetmelikler çıkarılmama ve milli mücadele dönemi vb. faktörlerden dolayı yeni bir yapılanmaya gidilememiştir. 1923 yılında Türkiye’de 6437 hasta yatağı ve 86 hastane bulunmaktadır. Bu sayı o dönem ülke nüfusuna yetmemiştir. Bu hastanelerin birçoğu da yabancılar tarafından kurulmuş yabancı sermayeli hastanelerdir. 1921 yılında atanan Dr. Refik SAYDAM 1937 yılına kadar bakanlık görevinde bulunmuştur. Batıda örnekleri bulunan ilk halk sağlığı okulunu ve enstitüsünü kuran kişidir. Hıfzıssıhha Enstitüsü ve buna bağlı Hıfzıssıhha Okulu

(School of Public Health) bulaşıcı hastalıklar konusunda çalışmalar yapmıştır. Yerli aşı çalışmalarında da öncülük etmiştir. (Kasapoğlu 2016: 134).

Covid 19 bulaşıcı hastalığına karşı aşı çalışmaları yapan Türkiye’de “Turkovac”, adlı aşı Türkiye Sağlık Bakanlığı ve Erciyes Üniversitesi tarafından geliştirilmiş inaktif tipte bir COVID-19 aşısı üretilmiştir. Prof. Dr. Aykut Özarendeli'nin ekip liderliğinde geliştirilmiştir. Turkovac adıyla bu aşı, Türkiye’de Acil Kullanım Onayı almıştır”(Çelik:2022). 2021 yılında onay alıp üretime başlanan yerli aşı Turkovac Refik SAYDAN döneminde üretilen yerli aşılarla, yerli üretime ve milli politikaya benzerlik göstermiştir.

1923-1938 yılları arasında uygulanan politikalar Türkiye sağlık hizmetlerinin temelini atıldığı yıllardır. Çünkü bu yıllarda uygulanan politikalar günü kapsayan değil geleceği de içine alan bir anlayış ile yapılmıştır.

Bu dönemde yapılan sağlık alanında kanunlar (sağlık.gov, 2023).

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur (sağlık.gov, 2023).

1. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam vb. bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Koruyucu hekimlik yasa ile güvence altına alınmıştır. Büyük iller ve ilçelerde sağlık merkezleri kurulmuştur. Yerel yönetimlerin hastane açması devlet tarafından teşvik edilmiştir. Her şehirde hükümet doktoru olması hedeflenmiştir. Doktor

maaşlarında gözle görülür bir iyileşmeye gidilmiştir. Şehirlere örnek olması için 5 ile numune hastanesi yapılmıştır. Bunlar, Ankara, Diyarbakır, Erzurum, ve İstanbul'da bulunan Haydarpaşa Numune Hastanesidir (sağlık.gov, 2023).

1.5.3. 1938-1960 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ tarafından hazırlanan 1’inci 10 yıllık sağlık kalkınma planı Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. 1’inci 10 yıllık sağlık kalkınma planı yasalaşmadan Dr. Behçet UZ görevinden ayrılmıştır. Yeni gelen hükümetler 1’inci 10 yıllık sağlık kalkınma planının bazı maddelerini yasalaştırıp uygulasa da tamamı yasalaşıp uygulanmamıştır.

Dr. Behçet UZ 1954 yılında tekrar göreve gelmiş 10 yıllık sağlık kalkınma planını devamı olarak; “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” Türkiye’nin sağlık alanında planlarının temelini atmıştır.

Bu plana göre Türkiye 16 coğrafi bölgeye ayrılıp her bir bölgeye Tıp Fakültesi kurulması, doktor sayısında ve sağlık çalışanlarının sayısında artış öngörülmüştür. Buna göre; Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van şehirlerinde Tıp Fakültesi yapılması öngörülmüştür. Doktor, hemşire ve ebe sayısında 10 yılda 3 katı artış sağlanmıştır.

“1950 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı mevcuttur. 1960 yılında ise bu sayı 442 kurumda 32.398 yatak sayısına çıkmıştır. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşmüştür. 1960 yılında ise bu oran 16,6’ya çıkmıştır.”

Milli Sağlık Programında hedef, halkı belirli bir ücret karşılığında sigorta yapmak ve maddi durumu yetersiz olan vatandaşların devletin belirli kurumları vasıtasıyla sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Bu hedef doğrultusunda İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuştur. 1952 yılından başlamak üzere sigortalı vatandaşlar için SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) tarafından yeni hastaneler kurulmuştur (sağlık.gov, 2023).

Bazı tıp mesleklerinin mevzuatı da bu dönemde belirlenmiştir. Bunlar (sağlık.gov, 2023).

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)

1953 yılında kurulan emekli sandığı; memur ve işçilerin sağlık hakkını SSK olarak güvence altına alınmıştır. İş Güvenliği Yasası bu dönemde çıkmıştır. SSK kurulmasıyla sağlık hakkının güvence altına alınan işçiler, İş Güvenliği Yasası ile de sosyal hakları devlet tarafından güvence altına alınmıştır. Daha önce Anadolu’da yerel yönetimlere bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığının denetimine girmiştir. Devletin denetlediği sağlık kurumu sayısı artmış ve sağlık kurumları bazı istisnalar haricinde tek bir merkezin denetimine girmiştir. Üniversite hastaneleri, Milli Savunma hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı hastanelerin denetimi kendi içlerinde devam etmiştir. (Kasapoğlu 2016: 134).

Türkiye’de 1946 yılında sağlık kurumlarında toplam 16.100 yatak kapasitesi ve yaklaşık 5500 doktor bulunmaktadır. Hastane çalışanlarına Sağlık Bakanlığı tarafından yeterli destek verilmeyip sağlık hizmetlerinde de sorunlar ortaya çıkmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu daha iyi hizmet vermek için ilk hastanesi 1951 yılında olmak üzere yeni hastaneler yapmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın tekelinden çıkıp çok başlı bir yapıya dönmüştür. Çok başlı yapı kalitenin düşmesi ve denetimde sıkıntılar yaşanmasına neden olmuştur. (Kasapoğlu 2016: 134; Dirican 1970).

1.5.4. 1960-1980 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

“1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır”. Bu kanunun temel özellikleri aşağıda sıralanmıştır (Kasapoğlu 2016: 138,139,140):

- Sağlık hizmetlerinin bir programa bağlanması
- Bütün vatandaşların hiçbir ayırım gözetilmeden sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması.
- Sağlık örgütünün il içindeki yönetsel iş-bölümüne uymaması. Genel idareye bağlı olmayıp sağlık personeli kendi kurum amirlerine bağlı şekilde çalışacaktır.

- Sağlık örgütünün merkezinde sağlık ocakları bulunmaktadır. Sağlık ocakları kurulan yerlerde hükümet tabiplikleri kaldırılacaktır. Sağlık Ocakları 5000-10.000; Sağlık evleri de 2.000-3.000 bireye hizmet verecek şekilde olacaktır. Nüfusa göre örgütlenme sistemin en belirgin özelliğidir. Ev halkı Tespit Fişleri ile ebeler tarafından evleri tek tek dolaşarak bölge nüfusu hakkında temel bilgilerin planlama yapmak için toplanması öngörülmüştür.
- Sağlık örgütünde çalışan personelin serbest meslek yapamayacağı kararlaştırılmıştır. Hükümet sağlık personelini sözleşme ile çalıştırırken ücret belirlemede serbest hareket edecektir. Doktorların çalışma isteğini artırmak için daha fazla ödeme yapılacaktır.
- Devletin açtığı sağlık kurumlarından hizmet almak istemeyen hastalar, serbest meslek olarak özel muayene açan doktorlardan hizmet alabilecektir. Doktor seçme özgürlüğü kişilerin en temel hakkıdır.
- Sağlık örgütlenmesinde birkaç şehir birleşerek bölgeler kurulacaktır. Kurulan bu bölgelerde merkezi yönetimde olan yetkiler bu bölgelere devredilecektir.
- Vatandaş ile sağlık örgütü arasında ikili ilişkilerin geliştirilmesi ve sağlık örgütlerinin vatandaş tarafından benimsenmesi için çalışılacaktır.
- Ülkenin bir bölümüne deneme amaçlı bir şekilde uygulanmalıdır. Böylelikle büyük hatalar azaltılması amaçlanmaktadır.
- Türkiye’de sağlık hizmetlerinde sağlık kuruluşları tek bir merkezde toplanmak istenmektedir. O dönem hemen hemen her devlet kurumunun hastanesi mevcuttu. Örneğin ‘Devlet Demiryolları Hastanesi’ gibi. Bu hastaneler tek merkezde toplanmadığı için bütçe olarak zorluk çıkarıyordu. Bu istek ancak 45 sene sonra gerçekleşmiştir.
- Sağlık hizmetlerinin kademeli olarak sosyalleştirilebilmesi için gereken personele yapılacak olan eğitimde öncelik tanınması. Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyet oranını azaltmak amacı ile uygulama bölgelerinin dışında kalan sağlık personelleri de devlete bağlı hale gelecektir.
- Vatandaşlara hangi ilacın verileceği ise Sağlık Bakanlığı tarafından tespit edilecektir. Böylelikle israfın önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

- Sağlıkta bütçe açığını azaltmak için belediyelerin sağlık alanında olan sorumluluklarının azaltılması amaçlanmaktadır. Çevre sağlığı ile belediyenin yetkileri sınırlandırılmıştır.
- Tedavi ve koruyucu hizmet kuruluşlarının birbirini tamamlar şeklinde olması amaçlanmaktadır. sağlıkta tedavi kuruluşlarının gelişmiş ülkelerde uygulanması şeklinde olduğu gibi koruyucu hekimlik hizmetlerini destekleme sorumluluğu da verilmiştir.
- Sağlık kuruluşlarına giden hastaların sağlık kuruluşlarına başvurma şekilleri düzene bağlanmıştır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi hizmetler dışında sağlık kuruuşlarında yatan hastadan da ücret alınması kararlaştırılmıştır.

Türkiye’de 1960-1980 arası dönem sağlıkta sosyalizasyon dönemi olarak adlandırılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon döneminin ilk uygulama alanı Muş ili olmuştur ve 1983 yılında Türkiye’nin tamamında uygulanmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon döneminde Sağlık Ocakları ön plana çıkmıştır. Sağlık ocaklarının sosyalizasyon döneminde ön planda olmasının nedeni Türkiye’nin doğusu ile batısı arasında sağlık hizmetlerinde aynı koşulları sağlamaktır. Bu sebeple doktorlara özel muayene açılmasına başta izin verilmemiştir. Ama ilerleyen süreçlerde buna izin verilmiş ve bu anlayış terk edilmiştir. Türkiye’de ikinci beş yıllık kalkınma planında ‘genel sağlık sigortası’ olsa da yasalaşmamıştır. 1978 yılında doktorların tam gün çalışması için devlet hastanelerinde özel muayene açması yasaklanmıştır. 1980 askeri darbesi ile iktidara gelen hükümet doktorlara özel muayene açma hakkı tanımıştır. Devlet politikalarında yaşanan bu çelişki, belirsizlikler sağlıklı ve düzenli bir politika belirlemede ve sağlık alanında belirli bir düzenin oluşmasına engel olmuştur. (Kasapoğlu 2016: 140)

İngiltere’de uygulanan ulusal sağlık hizmetleri gibi (nationalized health services) temelde “Toplum Hekimliği” (Community Medicine) Türkiye’de bu yıllarda uygulanan sosyalizasyon sisteminin temellerini oluşturmuştur.. Sosyalizasyon sisteminin Türkiye’de uygulamada sıkıntılar baş göstermiştir. Bunun en önemli nedenlerinden biri ilaç sıkıntısıdır. İlaçların ülke geneline yayılamaması ücra köşelere ulaşmaması sıkıntılara neden olmuştur. Bir diğer sorun da personel eksikliğidir yeteri kadar yol, kalacak yer sıkıntısı ve yetişmiş sağlık personeli etkisi

de bu sistemin yürütmesinde ve işlevsel hale gelmesinde büyük etken sahibidir. Sağlık ocaklarında doktorlara ücret ödenememesi ödenek sıkıntısı da sistemin çalışmasının önünü tıkamıştır. Ayrıca Türkiye’de olan 1980 darbesi ile de bozulan ve geriye giden yeni sistemler ile birlikte de sosyalizasyon sisteminin de geriye gitmiş uygulamada birçok sorun yaşanan bu sistem sektöre uğramıştır. Sağlık çalışanları bu dönemde Türkiye’de haklarını aramak için sendika kurmuş bunlardan biri olan 1961’de “Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası” ve bir diğer de 1962 yılında “Türkiye Sağlık İşçileri ve Personeli Sendikası” buna birer örnektir. İşçi ve memurlar bir arada hareket edememiş güçlü bir yapı kurulamamıştır. 1971 muhtırası ile birlikte de Türk Tabipler Birliği (TTB) önderliğinde kurulan “Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği” çatısı altında bir araya gelmişlerdir. Bu birlikteliğe 20 kadar sendika katılmıştır (Kasapoğlu 2016: 141)

1.5.5. 1980-2000 Yıllarında Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Özel sektörün daha fazla gelişmesini ve ekonomide devletin yükünü azaltmayı amaçlayan ekonomi modeline neoliberal ekonomi denir. Neoliberal ekonomi 1980 yılından sonra dünyada devletlerin ekonomi politikalarını şekillendirmeye başlamıştır. Türkiye’de neoliberal ekonomi politikaları etkin olmaya başlamıştır. Sağlık alanında neoliberal ekonomi etkisini 1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununu” ile göstermiştir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun temel amacı; sağlık teşkilatı kendi kendisini finanse edecek bir yapıya bürünerek devletin yükünü azaltmaktır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü” yaptırılmıştır. Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü yaptırılmasının amacı 1990’lı yıllarda yapılacak olan sağlık reformlarına yolunu açmışlardır.(Ak 2021: 32)

1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Yasası çıkmıştır. Bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Bu maddelerin uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmamıştır. Bu maddeler ise şunlardır (mevzuat.gov, 2023).

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Kamu ve özel tüm sağlık kurumlarının kuruluş ve işletmelerinde kaynak israfını ve atıl kapasiteyi önlemek amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilir. Gerektiğinde hizmet satın alarak kaliteli hizmet sunumu ve verimlilik esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ilgili Bakanlığın onayı ile kamu ve özel tüm sağlık kurumlarına koruyucu sağlık hizmetleri görevini verir ve bu kurumların tüm sağlık hizmetlerini denetler.

c) Ülke genelinde sağlık kurumları ve sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılması ve erişilebilirliği önemlidir. Sağlık kurumlarının kuruluş ve işletmeleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenir ve ilgili Bakanlığın görüşüne uygun olarak yapılır. Gerektiğinde özel sağlık kuruluşlarının ücret tarifeleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından onaylanır. Kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin fiyatları, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından belirlenir.

e) Sağlık kuruluşlarının, belirlenen standartlara ve esaslara uygun hizmet sunmasını sağlamak amacıyla bir eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi kurulur.

g) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ülke genelinde sağlık ve yardımcı sağlık personelinin dengeli bir şekilde istihdamını sağlamak için istihdam planlaması yapar ve nitelikli sağlık personeli yetiştirmek için Yükseköğretim Kurulu ile işbirliği yapar. Hizmet içi eğitim programları düzenler ve sağlık personeline bu programları aldırır. Hizmet içi eğitim programının nasıl ve ne sıklıkla yapılacağı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

h) (İptal edilmiştir: Ana Mahkeme'nin 19.4.1988 tarihli E. 1987/16, K. 1988/8 sayılı kararı ile.)

i) Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla, kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurumları, coğrafi ve fonksiyonel hizmet alanları, sunulan hizmetler, yönetim yapısı ve ilişkileri gibi konularda belirlenen esaslara uygun hareket etmek ve verilen görevleri yerine getirmekle yükümlüdür. Ülkeye çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojiyi getirmek ve teşvik etmek amaçlanır.

j) Vatandaşların hastalıklardan korunması, sağlıklı çevre, beslenme, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması gibi konularda eğitilmesi ve takibi, kamu kurumları, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve özel ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ile gerçekleştirilir.

k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaçlar, aşılar, serumlar ve diğer biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik edilmesi ve temini esastır. Bu maddelerin ithali, ihracı, üretimi, dağıtımı ve kullanımının kontrolü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yetki ve sorumluluğundadır. İlaçlar ve diğer ürünler, ruhsat veya izin alınmadan kullanılamaz.

Türk Tabipler Birliği 4 sene kapalı kalmıştır. Birliğe katılımlar sadece özel muayene açan doktorlara zorunlu olmuştur. Özel muayene açmayan doktorların birliğe katılımı zorunlu olmamış gönüllülük esasına bağlı olmuştur. Buradaki amaç birliği etkisiz kılmaktır.

Altıncı Kalkınma Planı (1990-1994) yılları arasını kapsamaktadır. İlk defa kalkınma planına sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi hedefi konmuştur. 1992 ve 1993 yılında birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongrelerinde yeni sağlık politikaları belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde yeni yapılandırma ve hastanelerin özelleşmesi konuları bu kongrelerde görüşülmüş ve bu doğrultuda kararlar alınmıştır (Kasapoğlu 2016:143).

Türkiye’de 1980-2000 yılları arasında Ulusal Sağlık Dokümanı yayımlanmıştır. Bu yayımlanan dökümanın maddeleri ise aşağıdadır (Kasapoğlu 2016:143,144).

a) Sağlık güvencelerinden hiçbirine sahip olmayanların sağlık güvencesi kapsamına alınması.

b) Birinci basamak hizmetleri için şehirlerde kişi başına ödeme ilkesini benimseyen “Aile Hekimliği” (Sağlık Ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayanan sistemin yerleştirilmesidir).

c) Mevcut durumda olan hastanelerin genelinde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması.

d) Hizmeti sunanlar ile hizmeti satın alanların birbirinden ayrılması ile birlikte hizmet sunucuların aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması.

Yayımlanan maddelerdeki Yeşil Kart, Aile Hekimliği vb. konular 1980-2000 yılları arasında uygulanamamıştır

“Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)’ne sunulmuş ancak yasalaşmamıştır. Türkiye’de 2000 yılında “Sağlık Sandığı” adlı kanun tasarısı bakanların görüşüne gönderilmiş ancak da kabul görmemiştir. Böylece bu dönemde gerçekleştirilmek istenen Genel Sağlık Sigortası bir türlü gerçekleştirilip kanunlaştırılamamıştır (sağlık.gov, 2023).

1992 yılında Başbakanlık genelgesi ile “İllerin Genel Sorunları” başlığı kapsamında İstanbul’da oluşabilecek deprem senaryosu hazırlanmıştır. Afetin riskleri tespit edilmiştir. Oluşabilecek risklere karşı afet planı hazırlanmıştır. Bu plan dahilinde dönemin İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Hastanesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hilmi Erginöz tarafından Sağlık Master Planı hazırlanmıştır. Bu plan kapsamında teşkilatlanma yapılmıştır. Bu teşkilatlanma için İl Genel Meclisi oluşturulmuştur. Bu oluşturulan meclis içerisinde resmi erkin, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, meslek odaları, siyasi parti temsilcileri, sendikalar yer almış ve toplantı yapılmıştır. Meclise sunulan teklif kabul edilmiştir. Kabul edilen bu teklif uygulanamamıştır. (Işık vd. 2012: 83).

1.5.6. 2000 ve Sonrası Yıllarda Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de 1999 yılında yaşanan Marmara Gölçük yıkıcı depremi ve ardından 2000-2001 yıllarında oluşan ekonomik kriz sağlık alanını da olumsuz yönden etkilemiştir. Sigortalı sayısında düşüş, yeşil kart sayısında ise artış olmuştur. 2002 yılında kurulan yeni hükümet ile birlikte “Acil Eylem Planı” ile kriterler belirlenmiştir. Bu kriterlerden sonra da “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulamaya konulmuştur. (Ak 2021: 32).

Acil Eylem Planının başlıca maddeleri şunlardır (sağlık.gov 2023);

1- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,

- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10-Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11-Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi (Kavuncubaşı 2000).

Acil Eylem Planının ardından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı yayınlanmıştır. 8 tema üzerine yoğunlaşmıştır. Temalar ise aşağıda sıralanmıştır (sağlık.gov, 2023);

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri şunlardır (Akdağ 2012:69,70):

İnsanı Merkezilik: Bireyin taleplerini esas alan ve sağlığın aile ortamında oluşması öngörüsüne dayalıdır. Aile sağlığı esas alınmıştır.

Sürdürülebilirlik: Sağlık sisteminin geliştirilebilir olmalıdır. Sağlık sistemini geliştirerek sürdürmek.

Sürekli Kalite Gelişimi: Sağlık hizmetlerinde daha iyiyi aramayı esas alan kaliteyi artırıcı çalışmalarla sürekli değişen ve gelişen taleplere ayak uydurmak.

Katılımcılık: Bütün sağlık bileşenleri kordineli bir şekilde fikir alışverişi yaparak sistemi geliştirmek.

Uzlaşmacılık: Sağlık sektörünün farklı yapıları ile demokratik bir ortamda anlayış ve karşılıklı saygı ile anlaşma ortamı oluşturmak.

Güçler Ayrılığı: Finansman, üretim ve planlama işlerini birbirinden ayırarak güçler ayrılığı ile güçlü bir sağlık sistemi kurmak.

Desantralizasyon: Kurumlar merkezi yönetim ile değil özerk bir yapıya kavuşturularak yavaş olan karar mekanizmasından daha hızlı bir yapıya kavuşması hedeflenmektedir.

Hizmette Rekabet: Sağlık sisteminin ve sağlayıcısının tek elden çıkıp birden fazla sağlayıcı ile hizmet vermesi ve rekabet ortamının gelişmesidir.

Türkiye’de 1946 yılında geçilmeye çalışılan Genel Sağlık Sigortası uygulanmasına 2008 yılı itibariyle geçiş yapılmıştır. Yeşil Kart uygulaması 1992 yılında başlamış 2012 yılında ise uygulamadan kaldırılmıştır. Yeşil Kart uygulaması herhangi bir sağlık güvencesi olmayan maddi durumu yetersiz bireylerin devlet hastanelerine gidebilmesini sağlayan belgeye verilen addır.

Türkiye’de uygulanmaya başlayan Genel Sağlık Sigortası kağıt üzerinde yararlı bir uygulama gibi görülsede pratikte uygulama alanında tartışmalara konu olmuştur. Çünkü asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olanların bu yeni sistemde ücretsiz yararlanmaktadır. Genel Sağlık Sigortasına borcu olanlar ise sağlık kurumlarında hizmet görememektedir. Aynı zamanda Genel Sağlık Sigortası sağlık

alanının tamamını karşılamadığı için vatandaşa yük olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı Genel Sağlık Sigortası eleştirilmiştir.

Türkiye’de 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlamıştır. 1995 yılında kullanan kişi sayısı yaklaşık 1.7 milyon kişi olmuştur. 2010 yılında toplam 10 milyon kişiye çıkmıştır. Maddi durumu iyi olmayan, işsiz ve sağlık güvencesi bulunmayan bireylerin kullandığı Yeşil Kart sistemi yoksul olanların tam tespit edilememesi nedeniyle sayı olarak çoğalmış 10 milyon insanı bulan bu sistemde devlet ekonomik olarak zorlandığından Yeşil Kart sistemi 2012 yılında yürürlükten kalkmıştır. Kalkan bu sistemdeki kişilerin verileri de Genel Sağlık Sigortası sistemine aktarılmıştır (Kasapoğlu 2016: 146,147).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2004 yılında, “Aile Hekimliği” projesi kapsamında 5238 sayılı kanun ile bazı illerde pilot il olarak uygulanmaya başlamıştır.

2004 yılında pilot il kapsamında Düzce’de başlayan, “Aile Hekimliği” uygulaması zamanla tüm Türkiye’ye yayılmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerinin verildiği bir sağlık kuruluşu olan sağlık ocaklarında başlatılan, “Aile Hekimliği” uygulamasındaki amaç doktor ile hasta arasında yakın bir bağ kurmaktır. Bu yakınlaşma kişinin evinin yakınında bulunan sağlık ocaklarından başka bir sağlık kuruluşu olan hastanelere gitme sıklığı azaltmaktır. Bireyin sevdiği ve güvendiği bir doktoru aile hekimi olarak istemesi doktor ve hasta arasında karşılıklı güven ilişkisini sağlamıştır. Bu güven hasta hizmetlerinin hasta memnuniyetini sağlamasında ve artırmasında önemli bir role sahiptir

Aile hekimleri tam gün çalışmaktadır. Pilot uygulamada memur olarak atanmıştır. Ancak zamanla sistem değişmiştir. Yeni sisteme göre valiliğe bağlı sözleşmeli olarak çalışmaktadırlar. Böylece devlet birinci basamak sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde çekilmektedir.

Alcan’a göre gelişmiş ülkelerde AR-GE (Araştırma Geliştirme) çalışmaları yapan kuruluşlar ülkelerin sağlığının geliştirip artmasında önemli bir paya sahiptir. Sağlıkta kalite araştırmalarının arttığı bu dönemde yapılan araştırma ve çalışmalar oldukça önemlidir. Türkiye’de böyle bir kuruluşun varlığı da bu manada önemlidir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kuruluşu oldukça önemlidir (Alcan 2015:4).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) 26 Kasım 2014 yılında kurulmuştur. İlk başta 6 tane olan enstitülerin sayısı günümüzde 9 tanedir.

Bunlar (tüseb.gov 2023):

- Türkiye Kanser Enstitüsü
- Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü
- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
- Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü
- Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
- Türkiye Aşı Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Veri Araştırmaları ve Yapay Zeka Uygulamaları Enstitüsü

TÜSEB, “sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülkemize ve insanlığa hizmet etmek, planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlamak amacıyla kurulmuştur.” TÜSEB teknolojik alanlarında değişim ve dönüşümün bir parçası olmayı amaçlamaktadır. Sağlıkta rekabet gücünü artıran bir kurum olmuştur.

Artan rekabet gücü ile birlikte de kaliteyi artırmayı ve artan kalite ile birlikte sağlık alanında memnuniyet kavramının artması hedeflenmektedir.

Türkiye’de sağlık sisteminin hedefi sürekli gelişimdir. Bu hedefi sağlamak için başarıyı yakalamış ülkeler örnek alınabilir. Türkiye’de bu konuda başarılı olmuş kurumlar da vardır. Bunlardan biri ise LÖSEV (Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı) kurumudur. Bu kurum 90’lı yıllarda başarı oranı %20 iken 2015 yılında %92’lere kadar çıkmıştır (Alcan 2015: 4).

1.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Güçlü ve Geliştirilmesi Gereken Yönleri

Bir ülkenin en değerli kaynağı insandır. İnsan üretime ve iktisadi faaliyetlere katmak ve ondan verim almak için eğitim seviyesini yükseltip, sağlık hizmetlerinde de iyileştirmeler yapmak gerekmektedir (Orhaner 2006:3; Serin 1972: 64).

Türkiye gelişmekte olan ülkeler arasında yer almaktadır. Kalkınma çabası içerisinde bulunan bir ülkedir. Kalkınma çabasının gereklerinden biri de sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve kalite noktasında artırmaktır. Sağlık hizmetlerini geliştiren ülkeler kalkınmışlık ve gelişmişlik noktasında ileri seviyededir (Orhaner 2006: 3).

Güçlü Yönleri: Türkiye genç nüfusun yoğun olduğu bir ülkedir. İş olanakları artırıldığı zaman işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından fayda sağlayabilecektir. Özel sermaye kuruluşlarına devlet desteği verilmiştir. Ancak bu destek yeterli düzeyde değildir. Buna rağmen özel hastane işletmeciliğinde deneyim kazanılmıştır. Türkiye’de eczane ve iletişim ağı yeterli düzeydedir. Türkiye’de yönetimde koordinasyon yeterli düzeyde değildir. Bu boşluğu ise Refik Saydam Hıfısı Sıhha Merkezi bazı sağlık hizmetlerini üstlenerek gidermek istemektedir (Alcan 2015:5).

Türkiye’de bebek ölümlerinde azalma görülmektedir. Bu durum kısmen de olsa sağlık kurumlarının bu konu ile ilgili çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Türkiye’de aşılama yeterli oranda sağlanmaktadır. Bu durum da bebek ölümlerinin azalmasında güçlü bir etkidir (Yıldız 2018:44).

Geliştirilmesi Gereken Yönleri: Sağlık hizmetlerinde finans alanında yöneticilik yapan kişiler alanında uzman olan bireylerden seçilmelidir. Sağlık hizmetlerinde gelir gider dengesi sağlanmalıdır. Gelir gider dengesinin olumsuz manada bozulmasına sebep olan nedenler ortadan kaldırılmalıdır. Sağlık harcamaları için ödenen primler sağlığa ayrılan bütçenin dışında tutulmalıdır ve çağdaş sigortacılık prensibine göre hareket edilmelidir. Türkiye’de sağlık alanında çalışan personelin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde düzenleme yapılmalıdır. Buna göre sağlık çalışanlarının çalışma saatleri düzenlenmeli, sağlık çalışanlarına karşı artan şiddetin

önüne geçilmeli ve sağlık çalışanlarına ekonomik olarak iyileştirilme yapılmalıdır. Dünyada popüler olan ilaçlar yerine ülke vatandaşlarına daha faydalı olan ilaçlar alınmalı ve bu ülke politikası haline gelmelidir. Yerli ilaç sanayi gelişmeli, dışa bağımlılık azaltılmalıdır. Maddi olarak zor durumda olan bireylere devlet tarafından ilaç desteği ve sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmelidir (Alcan 2015:5).

Dünyada obezite sorunu gittikçe artmaktadır. Bu sorun Türkiye’de de ciddi sorunlara neden olmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde dengesiz yapılanma söz konusur. Farklı sosyal grupta olan bireyler sağlık hizmetlerine olan erişimde sorun yaşamaktadır. Türkiye’nin tamamına aynı sağlık hizmeti verilememektedir. Özellikle doğu bölgelerine sağlık personeli gitmek istememektedir. Bu durum doğu bölgesinde sağlık personeli sıkıntısı yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı bu bölgelerde kaliteli hizmet verilememektedir (Yıldız 2018:44).

1.7. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmet ara verilmeden yirmi dört saat boyunca verilmektedir. Sunulan hizmetler hızlı bir şekilde verilmek zorundadır. Çünkü insan sağlığı ihmal edilemez ve ertelenemez (Ayhan 2011:36). Bu gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerinden ayrılır.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı yirminci yüzyılın sonlarında ortaya çıkmış bir kavramdır. Bu kavram sağlık endüstrisinin gelişmesiyle birlikte işlevi de artmıştır. Doktorlar sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeleri ve bu hizmetlerin pazarlamasının önemini daha geç algılamıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde pazarlama yeni gelişen ve gelişimini sürdüren bir alandır. Pazarlamanın faaliyetleri arasında; kaliteli bir hizmet sunmak, sağlık hizmetlerinde hastalar ve yakınlarının zihinlerinde bir imaj oluşturmak, sağlık hizmetlerinin reklamını yapmak, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili yeni fikirler üretmek gibi faaliyetler bulunmaktadır (Dedeoğlu 2016:33).

Modern anlamda sağlık hizmetlerinde pazarlama ürünlerin ve sunulan hizmetlerin planlanması, geliştirilmesi, satış ya da hizmet sunumu gibi birçok unsurun faaliyetlerini içeren geniş kapsamlı bir işletme fonksiyonudur. Bir diğer sağlık tanımında ise; “Sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi,

sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaları bu hizmetleri kullanmaya teşvik etmek” olarak tanımlanmıştır (Tengilimioğlu 2000:189).

Özel sermaye ile kurulan sağlık kurumu sayısı arttıkça sağlık hizmetlerinde pazarlama önem kazanmaya başlamıştır. Böylece sağlık hizmetleri pazarlanamaz şeklinde yapılan yorumlar geçerliliğini yitirmeye başlamıştır (Çelik 2009:126).

Sağlık hizmeti kavramı çeşitli nedenlerden dolayı eleştirilmiştir. Bu eleştiriler aşağıda sıralanmıştır (Karafakioğlu 2000:32):

- Hizmetlerde ve ürünlerin sunumunda pazar payının önemi oldukça fazladır. Ama sağlık hizmetlerinde Pazar payı diğer sektörlerde olduğu kadar önemli değildir.
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama az oranda olan sağlığa ayrılan payı düşürebilir.
- Pazarlama saldırganlığı tetiklemektedir. Bu nedenle kişiler aile mahremiyetine saygı duymayarak toplumda sorunlara neden olabilir.
- Pazarlama sağlık hizmetlerinde oluşan kaliteyi azaltabilir.
- Pazarlama gereksiz sağlık harcama talebine neden olabilir.
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama rekabete neden olabilir. Rekabet ortamının doğması da sağlık kuruluşları arasında bilimsel bilgi alışverişinin önüne geçebilir.
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama hastalar arasında ayrım yapılmasına neden olabilir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlamasının gelişimine neden olan faktörler aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Öz, Uyar 2014:124):

- Sağlık kurumlarında artan maliyetlerin oluşturduğu baskı,
- Sağlık hizmetlerini alan müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin artması,
- Özel sağlık sermayesi ile kurulan kuruluşların nitel ve niceliklerinin artması,
- Sağlık kurumlarında belli dönemlerde gerçekleşen hizmetlerin normal zamanda olan hizmetlere göre azalmasının kayıp olarak görülmeye başlaması,
- Sağlık kurumları arasında yaşanan taklit etme sorunu,

- Sağlık kurumlarında çalışan personellerin profesyonellik anlayışının değişme durumu,
- Doktor ve hasta arasındaki ilişkinin değişmeye başlaması,
- Hastalıklardan korunma isteği,
- Sağlık hizmetleri alan müşterilerin, sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinden isteklerinin ve beklentilerinin artması,
- Sağlık hizmetlerinin diğer sektörler gibi işletme olarak hizmet vermeye başlaması,

Sağlık hizmetlerinde pazarlamanın amacı, sağlık kurumlarının hızlı ve kaliteyi en yüksek düzeyde sağlayıp hastanın sağlık problemini tanımlayıp çözüme kavuşturup hasta ile sağlık kurumunu bir araya getirmektir (Kılıçarslan 2019:1147).

Sağlık hizmetlerinde pazarlama diğer hizmet sektörlerine göre kendine ait hassas özelliklerinden dolayı farklı özellikleri bulunmaktadır (Akkılıç 2002:211).Sağlık hizmetlerinin müşterisi sunulan sağlık hizmetleri değerlendirme konusunda yetersiz kalmaktadır. Çünkü sunulan sağlık hizmetleri teknik bilgi gerektirmektedir. Bu nedenle kalitede standart bir düzeyi yakalamak oldukça zordur (Köseoğlu 2007:6). Sağlık hizmetlerine has olan özellikler baskın bir düzeydedir. Bu özellikleri içine katmadan yapılacak olan pazarlama planları başarısızlıkla sonuçlanacaktır (Öz, Uyar 2014:124).



İKİNCİ BÖLÜM

2. KALİTE, HASTA YÖNETİMİ VE GENEL KAVRAMLAR

2.1. Kalite Kavramı

Kalite, hata olasılıklarını en az seviyeye indirmek ve en iyiye ulaşma arzusu ile ortaya çıkmış bir kavramdır (Taş 2019: 14).

Dr. J.M JURAN kaliteyi tanımlarken “ Kalite bir yatırımdır. Uzun dönemde bir işi ilk defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha ucuzdur” ifadesini kullanmıştır. Juran, "Kalitenin değişebilir bir özelliği vardır" ifadesini kullanır. Philip B. Crosby'e göre “ kalite şartlara uygunluktur” ifadesini kullanmıştır. Japon Standartları Komitesi, kaliteyi tanımlarken "Kalite, bir ürünü ya da hizmeti ekonomik bir şekilde üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemi" ifadesini kullanmıştır. TS-İSO 9005 (Uluslararası Standart Teşkilatına Bağlı Türkçe Standart Teşkilatı) kaliteyi “ kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır (Efil 2016: 2).

Kalite, bir ürünün veya hizmetin, belirli bir amaca veya standarta uygunluğunu ve müşteri memnuniyetini ifade eder. Bu kavram, iş dünyasında ve endüstrilerde yaygın olarak kullanılır. Genel olarak, kalite, ürün veya hizmetin tasarımından başlayarak, üretimine, dağıtımına ve tüketimine kadar tüm süreçleri kapsar. Kalitenin sağlanması ve sürdürülmesi, bir organizasyonun rekabet edebilirliği, müşteri sadakati ve genel başarısı için kritik bir öneme sahiptir (Derin, Demirel 2010:8).

Kalite tanımları farklılık göstermektedir. Yapılan bu tanımlarda “mükemmellik derecesi”, “gereksinimlere uygunluk”, “ihtiyaçları karşılama” vb. tanımlamalar bulunmaktadır. Üretim yöneticileri de “standartlara uygunluk” olarak “ilk seferde doğru yapmak”, olarak değerlendirmiştir (Savaş, Kesmez 2014:2).

Amerikan Tıp Enstitüsü kalite tanımını; “kişilere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinde, arzulanan sağlık hizmetlerine ulaşma olasılığını artırma ve bu çabaların şimdiki profesyonel bilgiye tutarlı olma derecesi” şeklinde yapmıştır (Şahin 2022:33).

Kalite ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımların ortak özelliği “tüketicinin ihtiyaçlarının karşılanması ve ekonomik olması”, şeklindedir (Özdemir 2000:5).

Bireylerin en iyiye ulaşma isteği ve sistemlerin hata yapma olasılığından kalite kavramı doğmuştur. Diğer bir tanımda ise kalite, tüketicilerin arzu ve ümitlerinin, yaşadığı coğrafyayanın beklentisine, kültürel farklılığa, cinsiyet vb. nedenlerden dolayı değişen bir kavramdır (Sarp 2014: 13).

2.1.1. Kalitenin Boyutları

Kalitenin oluşumunda farklı boyutlar yer almaktadır. Kalite kavramının daha iyi anlaşılmasına ve kalite kavramının farklı yönlerinin algılanmasını sağlamaktadır. Garvin müşterilerinin algılarını sekiz farklı boyutta bütünleştğini ifade etmektedir (Coşgun 2020:20).

Çok sayıda kalite tanımı yapılmıştır. Bu kadar çok kalite tanımının yapılmasının temel nedeni kalite boyutlarının birden çok olmasıdır. Garvin bu boyutları sekize bölmüştür. Bu boyutlar aşağıda sıralanmıştır (Tan 2016:36).

- Performans
- Uygunluk
- Güvenilirlik
- Dayanıklılık
- Hizmet Görürlük
- Estetik
- İtibar
- Diğer Unsurlar

Performans: Üretilen ürünün içersinde bulunan özelliklerini tam olarak yansıtır. Örneğin, radyonun sesini net vermesi gibi.

Uygunluk: Üretilen ürünün tasarımını ve etkinliğin önceden belirlenen standartlara uygun olma durumudur.

Dayanıklılık: Üretilen ürünün veya sunulan bir hizmetin ekonomik ve teknik anlamda ömrünü belirtmektir (Efil 2016:10).

Güvenilirlik: Müşteriye ulaştırılacak ürünün veya hizmetin müşterinin taleplerinin ve gereksinimlerinin emniyetli bir şekilde yerine getirilmesi durumudur.

Estetik: Müşteriye sunulacak olan ürün veya hizmetin görünür şeklinin müşteri istek ve taleplerine uygun olma durumudur (Tan 2016:36).

Hizmet Görürlük: Müşteriye sunulan ürünün müşterinin talep ve isteklerini karşılama durumudur.

İtibar: Sunulan ürün ve hizmetin üreticinin hedef kitlesi üzerindeki ağırlığı olarak ifade edilebilir.

Diğer Unsurlar: Sunulan ürünün veya hizmetin kurulum, bakım ve değişim gibi üreticinin müşterisine vaat ettiği hizmetlerini tam olarak yerine getirme durumudur (Coşgun 2020:20).

2.1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalitenin tarihsel gelişimini dört ana başlık altında toplayabiliriz. Bunlar muayene, istatistiki kalite kontrol, kalite güvencesi ve toplam kalitedir (Efil 2016:14).

Muayene: Muayene, üretilen ürünlerin sağlam olması ve üretilen ürünlerin satılamaması durumunda üreticiye olan zararının engellenmesini için kontrol etme, düzeltme, eksiklikleri tespit edip giderme son kontrollerin yapıldığı işlemlerdir (Efil 2016: 14).

Muayene aşamasının amacı hatalı ürünlerin tüketiciye ulaşmamasını sağlamaktır. Tüketiciyi koruyan bu yaklaşım üretilen ürünlerin hatalı çıkma olasılığından dolayı üreticiye maddi anlamda sıkıntı yaşatmaktadır (Yeşilbayır 2007:6)

İstatistiki Kalite Kontrol: Son kontrol işlemine ara kontrol ve giriş kontrolü de eklenmiştir (Efil 2016: 14).

Kalitede, belirli bir ölçüye ulaşmak için uygulanan teknik ve faaliyetlerin tümüne kalite kontrol adı verilmektedir. Kalite kontrol sisteminde; ürünün kontrol edilmesi, istatistiğin tutulması, hataların tespit edilmesi, yapılan hatalarının sebeplerinin bulunması ve düzeltilmesidir. 1930 yılından sonra dünya genelinde İstatistiki Kalite Kontrol sistemi uygulanmaya başlamıştır (Perinçek vd. 2008:83).

Kalite Güvencesi: İkinci Dünya Savaşı yıllarında ordunun zaruri ihtiyaçları için gelen malların reddedilme ihtimali ordu için sıkıntılara neden olacaktır. Bu sıkıntıların yaşanmaması için gelen malların tamamının kabul edilebilir seviyede olması gerekmektedir. Bu malların tamamının kabul edilebilir seviyede olması kalite güvencesi olarak ifade edilmiştir (Efil 2016: 15).

Toplam Kalite: Kalite kontrolü ve istatistiksel teknikler konusunda gelişmeler arttıkça bu tekniklerin bütün işletmelerde ve her sektörde kullanılması fikri gündeme gelmiştir. ABD, İkinci Dünya Savaşı sonrasında üretimden artan talepler karşısında kaliteyi güvence altına almak için üretilen malların üstünde ‘Made in USA’ yazarak malların güvence altına almaya başlamıştır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Japonya’nın iletişim sistemleri çok kötü durumdaydı. Bunu gören Amerika İşgal Kuvvetleri Komutanlığı Amerika’da kalite uzmanlarını Japonya’ya gönderdi. Amerika’da yeteri kadar itibar görmeyen kalite uzmanları Japonya’da düşüncelerini aktarma fırsatı bulmuştur.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında yaşanan bu gelişmelerden sonra Toplam Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite Yönetimi fikirleri ve görüşleri Japonya’da benimsenmiş ve geliştirilmiştir. Japonya’da kalite araştırmalarının artması ve kalite kavramının gelişmesi ile yeni gelişmeler yaşanmıştır.

Yeni gelişmeler yeni kavramlar doğurmuştur. Kavramlara yüklenen manalar da dünya düzeninin değişmesinde aktif rol oynamıştır. Bu kavram ve mana değişikliğine kalite kavramı da ayak uydurmuştur. Kalite kavramını müşteriye karşı bir söz olarak tanımlayan Japonlar bu sözü de yerine getirirken ilk başta firmalar sonra da işçilerin bir söz vermesi gerektiğini savunmuşlardır.

1962 yılında Kauro Ishikava'nın başlatmış olduğu işçi eğilimi de Kalite Kontrol Çemberi (KKÇ) çalışmaları ile birlikte de işçi eğilimleri kalite kavramına yüklenen söz kelimesinin ve bu görüş etrafında biriken fikirlerden çıktığını söylenebilir. 1960'li yıllarda optik alanında, 1970'li yıllarda ise elektronik alanında, 1980'li yıllarda da otomotiv alanında Japonya başarıya ulaşmıştır. Bu sektörlerde dünya liderliğine ulaşması dünyanın kaliteye olan bakış açısını ve kalite güvencesi konusunda da gelişmesine katkı sunmuşlardır. 1980'li yıllarda “Kalite Üstünlüğü ile Rekabet” dönemi olarak adlandırılmıştır. Bu yıllarda kalite sistemlerinin belgelendirilmesi yaygınlaşmıştır. Ulusal çapta yaygınlaşmaya başlaması ile birlikte kalite güvencesi 1987 yılında ISO (Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı) tarafından ISO 9000 serisi Kalite Güvence Standardının yayınlanması ile uluslararası boyutta bir güvence sağlanmıştır (Efil 2016: 16, 17).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), kavramına göre gelişim sürekli olmalıdır. Çünkü dünya sürekli değişmekte ve dönüşmektedir. Değişen ve dönüşen dünyada geçerliliğini devam ettiren Toplam Kalite Yönetimi kavramı da hedefini gelişimin sürekli olması yönünde açıklaması da doğal bir sonuçtur (Akdağ 2005:162)

Toplam Kalite Yönetimi müşteri ve tedarikçileri içeren geniş bir yelpazeye sahiptir. Çünkü ürün yapım aşamasından müşteriye gelene kadar olan süreci ve sonrasında ise ürün ile ilgili olan sıkıntılarda yaşanan bütün süreçleri kapsar. Bu sebepten geniş bir yelpazeye sahiptir (Kunii 1972: 859,860).

Toplam Kalite Yönetimi ekip çalışması işidir. Üreticiden tüketiciye gelene kadar olan süreçlerde ve verilen hizmetlerde birçok unsur bulunmaktadır. Üretici, tüketici ve üçüncü şahıs onaylarının olduğu bir yapı yer almaktadır. Üretici üretim yaparken kalite kontrollerinden geçer ve kalite belgesi alır ürün piyasaya sürülür. Bu süreçlerde birçok kişi ve kurum olduğundan dolayı ekip işi olarak tanımlanır (Tekin 1999: 183).

Toplam Kalite Yönetimi tüm çalışanların katılımı önemlidir. Çünkü kalite çalışanların hizmet yaparken yaptığı hizmeti en iyi şekilde hatasız yapmasını amaçlar. Bu nedenden ötürü çalışanların katılımı çok önemlidir (Şimşek, Nursoy 2002: 26).

Toplam Kalite Yönetimi ürünlerin, hizmetlerin veya işlemlerin yerine getirilmesinde veya görevlerin nasıl gerçekleştiğini ölçen performans ölçümünü kullanır. Çünkü işletmeler ve kurumlar kendi üretimlerini, hizmetlerinin ve emeklerinin müşteriye ne derece memnun edip etmediğini ölçer. Artan rekabet ortamında müşteri memnuniyetini sağlayan işletmeler büyümekte ve kalkınmaktadır (Öztek 2005:22)

Toplam Kalite Yönetimi, ürün ve hizmet sunan kuruluşların ticari, finansal, teknik, beşeri ve örgütsel kaynakları en uygun biçimde birbirleriyle bağlantı sağlayarak yönlendirilmesini hedeflemektedir (Sevim 1997: 212).

2.1.3. Hizmet Kalitesi

Müşterilerin arzu ve isteklerini yerine getirme olarak tanımlanabilir. Bu nedenden dolayı müşteri kaliteyi belirleyen en önemli unsurdur (Savaş, Kesmez 2014:3).

Bir tanımda hizmet kalitesi, müşterinin hizmeti aldıktan sonra kendisinde yarattığı duygu ve düşünceler ile beklentilerinin karşılanıp memnun olma durumudur şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanımdan yola çıkıldığında müşterinin istek, beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma durumu ile hizmette olması gereken özelliklerin müşteriye yansımaları ifade etmektedir (Çiçek, Doğan 2009:201).

Hizmet kavramı müşterilerin beklentilerini ve isteklerini karşıladığından sübjektif bir özelliğe sahiptir. Sübjektif olmasından dolayı herkes tarafından kabul edilen bir tanım yapılamamıştır. Bazı tanımlar sadece performans odaklı olurken, bazı tanımlamalar ise performans algıları ile müşterilerin beklentilerinin karşılaştırılması olarak tanımlanmıştır (Özen vd. 2011:26).

Müşteri alacağı hizmetten birtakım beklentileri olur ve aldığı hizmeti algıladığında beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığını kendi zihninde test eder. Eğer beklentilerini algıladığı kalite karşılamış ise hizmeti olumlu bir şekilde değerlendirir. Beklentilerini algıladığı kalite karşılamamış ise hizmeti olumsuz olarak değerlendirmektedir. Bu nedenlerden dolayı hizmet veren kuruluşlar kaliteli hizmet vermek zorundadır. Sadece hizmeti kaliteli olarak veren işletmeler müşterinin beklentilerini karşılayabilir ve hizmeti daha üst seviyelere çıkarabilir (Tan 2009:37).

2.1.4. Kalitenin Önemi

Günümüzde firmalar rekabet ortamının artmasından dolayı güçlü olmak için üzerlerinde baskı hissetmektedir. Rekabet ortamında firmaların ve kurumların yükselmesi ve baskının azaltılmasının yolu da kaliteye vermiş oldukları öneme bağlıdır. Çünkü kalite yükseldikçe firma ve kurumların da değeri yükselecektir (Uyguç 1998:83).

Rekabet koşulları gittikçe artmaktadır. Firmalar rekabet edebilmek için en iyi hizmet vermek ve fiyatlarını uygun tutmaları gerekmektedir. Bu sebeplerden dolayı kurumlar ve firmalar kaliteyi en iyi şekilde sağlamalıdır (Tan 2009:32).

Sağlık kurumlarında kalitenin önemi diğer kurum ve kuruluşlara göre hata payının az olmasından dolayı daha önemlidir ve bu sebepten yapılan iş kusursuza yakın olmak zorundadır (Kavlakoğlu 1996: 62).

2.2. Sağlıkta Kalite

Sağlık kurumları bir ülkenin sağlığa verdiği önemi gösteren en önemli kurumlardır. Bu nedenle ülkelerin kaliteli hizmet vermesi prestijleri ve imajları için oldukça önemlidir (Alpman 1999:1).

Sağlık hizmetlerinde kalite; ameliyat operasyon gibi cerrahi hizmetlerin bekleme süresinin kısa tutulması, günümüz teknolojisi ve biliminden yararlanılması, doktor hasta ilişkisinin ve hasta sağlık personeli ilişkisinin iyi olması ya da toplumun sağlığının düzeltilmesi olarak tanımlanabilir (Tükel vd. 2004:206).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin en önemli göstergesi sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların en verimli şekilde kullanılması, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde hastaya sunulması ve hastanın tedavilere kolay bir şekilde ulaşması ile sunulan hizmetlerin eşit bir şekilde hastalara verilmesidir (İldır 2004:110,111).

Sağlık hizmetlerinde kalite başka bir tanıma göre; doğruluk, zamanlık, tanıklık yakınlık, hastanın ihtiyaçlarını karşılama, sağlık hizmetleri veren personelin bilgisi ve estetik gibi birçok unsurun ortak ifadesidir (Dadan 2003:7).

Kalite yönetimi sağlık kuruluşlarında etkin bir şekilde kullanılır ise sağlık kuruluşlarına önemli katkılar sağlar. Bu sağlayacağı katkılar aşağıda belirtilmiştir (Tapan vd. 2012:2):

- **Hasta Odaklılık:** Kalite yönetiminde en önemli etkidir. Sağlık kuruluşlarında kalite hasta odaklıdır. Sağlık çalışanlarının tamamı hastayı memnun edebilmek için emek vermektedir. Kalite yönetimi ilkeleri tam olarak benimsendiğinde hastanın beklentileri ve ihtiyaçları anlaşılır.
- **Etkin Liderlik:** Kalite yönetimi, sağlık kurumlarında çalışan personelin kalite yönetiminde liderlik özelliklerini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları kalite ile ilgili olan çalışmalarda yer almaları gerekmektedir. sağlık çalışanları kaliteyi benimsemeli ve kaliteyi yükseltmek için çaba göstermelidir.
- **Sürekli İyileştirme:** Sağlık kurumlarında günlük olarak yapılan işler nasıl daha iyi hale getirilir noktasında sürekli çalışmak ve kalite standartlarını geliştirmeye çalışmaktır.
- **Hata Raporlama Kültürünün Geliştirilmesi ve Bilgiye Dayalı Karar Verme:** Kalite yönetiminde yapılan hatalardan dolayı kişiye ceza verilmez. Hatalar nasıl en aza indirilir noktasında çalışmalar yapmaktır.

2.2.1. Sağlıkta Kalite Boyutları

Sağlıkta hizmet kalitesini boyutları ile ele almamız mümkündür. Bunlar (Bakan vd. 2011:5,6,7 8):

Altyapı: Hastanenin ekipmanlarının iyi olması, çevre temizliğinin düzgün olması, fiziksel yeterliliğin sağlanması, iç mekân ve dış mekânın temiz ve aydınlık olması mobilyaların günün koşullarına uygun olması, tekerlekli sandalye gibi hastanenin ekipmanlarının yeterli olması durumudur. Bu detayların iyi olması kaliteyi artıran bir etmendir. Kalite belirlenirken bu unsurlardan yararlanılır.

Personel Kalitesi: Hasta ve sağlık çalışanlarının arasındaki ilişkidir. Hasta ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki ne kadar iyi olursa verim de o kadar sağlanmış

olur. Bu ilişki içerisinde çeşitli etmenler vardır. Sağlık çalışanının hasta ile olan iletişimi dürüstlük, şeffaf ve nazik bir dille olmalıdır. Tanı koyarken hastanın anlayabileceği basit bir dil tercih edilmelidir. Personelin profesyonel olması da kaliteyi etkileyen bir diğer etmendir. Profesyonel olan sağlık çalışanı hasta ile etkileşimde önemli bir rol oynar. Personel ve hasta arasındaki ilişki kaliteyi etkiler. Kalitenin sağlanması açısından hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişki önemlidir.

İletişim Kalitesi: Hastane yönetimi, doktor, ebe, hemşire, yardımcı personel vb. sağlık çalışanları ile hasta arasındaki karşılıklı ilişkidir. Bu karşılıklı ilişki ne kadar verimli olursa kalite de o kadar çok artar. Örneğin hasta, hastane yönetiminden aldığı randevuyu hızlı alırsa iletişimde sorun yaşamazsa memnuniyet oranı o kadar artar. Yani hastane yönetimi ve çalışanları iletişimde hasta ile karşılıklı olarak iletişimi iyi olursa kalite de o kadar artar.

Klinik Bakım Süreci: Hastanede geçirilen süreci kapsar. Bu süreçte yaşanan aksaklıklar kaliteyi düşürmektedir. Aksaklıkların iyileştirilmesi kaliteyi yükselten bir unsurdur. Yani diyebiliriz ki hastanede geçirilen sürede yaşanan olumsuzlukların minimize edilmesi kaliteyi artıran bir unsur olarak değerlendirebiliriz.

İdari İşlemler: Hastaneye yatış, orada geçen süreç ve taburcu olma süreçlerindeki hastaya iyi bir hizmet sunma hizmetidir. Bu süreçlerde sunulan hizmetler yeterli olursa hasta memnuniyeti artar. Artan hasta memnuniyeti ile birlikte de kalite de artar.

Güvenlik: Hastanenin güvenli olması gerekmektedir. Olumsuz durumlara karşı güvenlik önlemlerini almak gerekir. Güvenlik önlemsel bir süreçtir bu yüzden yaşanabilecek olumsuzlukları önceden kestirip önlemler alınmalıdır. Özellikle sağlık çalışanlarına karşı şiddet önlenmeli gerekli tedbirler alınmalıdır. Güvenli bir ortamda hasta kendini rahat hissedeceğinden memnuniyet oranı artar. Artan memnuniyet oranı ile birlikte de kalite yükselir.

Sosyal Sorumluluk: Hastaneler topluma karşı sorumludur. Bu sebepten verdiği hizmeti en iyi şekilde en az hata ile vermelidir. İyi bir program, iyi bir personel grubu ile çalışmalı genel olarak memnuniyet oranı da artırma çalışmaları yapmalıdır. Çünkü sağlık sektörü gelişmişlik seviyesini gösteren önemli bir göstergedir.

2.2.2. Sağlıkta Kaliteyi Etkileyen Faktörler

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin kalitesini etkileyen 7 adet faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yapısalılık ve eşitliktir (Kavuncubaşı 2000:273).

Etkililik: Sağlık kuruluşlarından hizmet alan hastaların aldığı hizmet sonucunda hastanın olumlu manada iyi olma durumudur. Hasta tedavi dışında diğer unsurlardan memnun olsa dahi tedavi hizmetlerinden olumlu bir sonuç almazsa etkililik faktörü sağlanmaz.

Etkenlik: Sağlık kuruluşlarının bilgi, donanım, teknoloji ve bilimsel bilgisini hastanın tedavisinde kullanması etkenlik olarak tanımlanabilir.

Verimlilik: Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin etkili olması ve en az maliyet ile mal edilmesidir.

Optimal Olma (Uygunluk): Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin maliyetleri ve sağladığı faydanın dengesinin sağlanmasıdır (Karaca 2014:38).

Kabul Edilebilirlik: Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin hasta ve hasta yakınlarının istek beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olarak sunulmasıdır.

Kabul edilebilirlik faktörü kendi içinde 5 öge barındırmaktadır. Bunlar:

- 1- Erişilebilirlik
- 2- Hasta ile sunulan hizmet ilişkisi
- 3- Sunulan hizmetlerin rahat ve konfor sağlayan özellikleri
- 4- Sunulan hizmetlerin hastaya olan etkisi
- 5- Hastaların risk ve maliyet yönünden tercihleri ve hastaların adil olduğunu düşündüğü hizmetler

Yasalılık: Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin sunulduğu toplumun değer yargılarına uyma durumudur.

Eşitlik: Sağlık hizmetlerinin din, dil, ırk ve cinsiyet fark etmeksizin bütün vatandaşlara hakkaniyet ölçüsünde verilme durumudur (Genç 2011:66).

2.2.3. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Yönetimi

2000’li yıllar ile birlikte Türkiye’de sağlık piyasası oluşmaya ve hastalar da müşteri olarak görülmeye başlamıştır. Sağlık kuruluşları bir ticarethane, hastalar da müşteri olarak görülmeye başladığı için hasta memnuniyeti ölçme yöntemleri de uygulanmaya başlamıştır. Bu hedefe uygun olarak Sağlık Bakanlığı 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” çıkarmıştır. (Kasapoğlu 2016: 150).

Türkiye’de sağlık kurumlarında hastaların bütün süreçlerde algıladıkları kaliteyi değerlendirmek, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve sağlık çalışanlarına yol göstermek amacıyla sağlıkta kalite standartları hazırlanmıştır. Sağlık kurumlarında yöneticilik yapan ve sağlık çalışanlarına büyük kolaylıklar sağladığı için kabul edilebilirliği daha kolay olmuştur. Sunulan hizmetlerin kalitesini ölçme ve değerlendirilmesine zemin hazırlayan kalite standartlarının Türkiye’de kaliteli hizmetin sağlanmasında ve kaynakların verimli kullanılmasına yardımcı olmaktadır. 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye’de sağlıkta kalite kavramının önem kazanması ve sağlık hizmetlerinde kalitenin uygulanmaya başlamasına yardımcı olmuştur (Çelik 2018:20).

Sağlık bakanlığı tarafından sağlık kurumlarında hizmet kalitesini ölçmek amacıyla 2005 yılında “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği” geliştirilerek 2009 yılında kamuya bağlı sağlık kurumlarında kullanılmaya başlanmıştır (Kasapoğlu 2016:150).

Sağlık alanının üç temel alanında önemli değişimler olmuştur (Kasapoğlu 2016: 166; Ulutaş 2011):

- a) Sağlık hizmetlerinde olan üretim süreci yeniden oluşturulmuştur.
- b) Sağlık personelinin istihdam süreci dönüştürülmüştür.
- c) Sağlık alanındaki finansman yeniden yapılandırılmıştır

2.3. Hasta Kavramı

Hasta kavramı Türk Dil Kurumunun (TDK) tanımında “Hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse, rahatsız” anlamlarına gelmektedir.

Hasta tanımlarının genelinde, sağlık kurumlarının ürettiği ve sunduğu hizmetleri satın alan bireylerdir şeklinde tanımlama yapılmaktadır. Ama bu tanımlama eksik kalmaktadır. Çünkü insanlar hasta olduklarında her zaman sağlık kuruluşuna başvurmuyor. Bu nedenlerden dolayı sağlık kurumlarının ürettiği ya da sunduğu hizmetleri bilen sağlık hizmetlerinden yarar sağlama fırsatı olan veya önceden bu hizmetleri almış bireylerin bütünüdür tanımı daha doğru olacaktır (Abut 2018:11).

Sağlık kurumlarında hasta yerine müşteri kavramı kullanılmaya başlamıştır. Müşteri kavramının kullanılması birtakım tartışmalara neden olmuştur. Müşteri kavramının hasta kavramı yerine kullanılması ile sağlık kurumlarının tek müşterisi hasta olma durumu geçerliliğini kaybetmiştir. “Sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Sağlık kuruluşlarının müşterileri iki gruba ayırmamız mümkündür. Bunlar iç müşteriler ve dış müşterilerdir (Kavuncubaşı, 2000: 292).

Dış Müşteriler: Hem fiili olarak hem de potansiyel müşteri olarak geniş bir çerçevede bulunan insan grubu olarak adlandırılır.

İç Müşteriler: Yöneten ve çalışanlar düzeyinde yer alan yaptığı hizmet ya da üründen etkilenen ve bunun bütün süreçlerinde yer alan kişiler ve kurumlardır (Efil 2016: 4).

Tablo 1. İç ve Dış Müşteriler

Dış Müşteriler	İç müşteriler
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	Kurum personeli (hekim- hemşire vb)
Refakatçiler ve ziyaretçiler	Pay sahipleri
Devlet ve diğer sağlık kurumları	Danışmanlar
Anlaşmalı kuruluşlar Eczaneler- Dernekler	
Medya	
Sigorta şirketleri	
Tıbbi malzemeler ve ilaç firmaları	

(Kaynak: Kısa 2007:177)

Sağlık kurumları uzun vadede piyasada var olmak istiyorlarsa iç ve dış müşterilerin memnuniyetini sağlamalı ve ön planda tutmalıdır. Müşteri memnuniyetini sağlamak içinde hastanın istek ve beklentilerinin tamamını

karşlamak gerekmektedir. Böylece müşteri kavramı sağlık kurumlarında hasta kavramının yerine kullanılabilir (Tengilimioğlu vd 2009:31).

2.4. Hasta Memnuniyeti Kavramı

Memnuniyet, yaşam biçimi, yaşantı sonucu oluşan deneyimler ve insanın beklentileri gibi çok fazla etmenden etkilenen karmaşık yapıda olan bir kavramdır. (Yılmaz 2021: 70)

Hasta memnuniyeti, hastaların sağlık kurumlarından aldıkları hizmetin kendi beklentilerini karşılaması sonucunda oluşan olumlu durumdur. Beklentilerin kişiden kişiye değiştiği bir yapıya sahip olduğu için öznelidir (Coşkun 2011:25).

Sağlık kurumlarında hastanın beklentilerinin karşılanması ve kaliteli bir hizmet verilmesi hasta memnuniyetini sağlamaktadır (Karadağ 2007:5).

Hasta memnuniyetinin ilk tanımlarında müşteri memnuniyeti kavramı kullanılmıştır. Ancak zamanla yapılan bu tanımlama değişmiştir. Hasta memnuniyeti hastanın sağlık çalışanları ile iletişimde ve söylediklerini yapma konusunda önemli bir rol oynamıştır. Bu sebeplerden dolayı hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında başarının bir göstergesi olarak kabul edilmiştir (Sünter vd. 2010:136).

Sağlık kurumları hastaların memnuniyetini karşıladığı sürece gelişebilirler. Bu nedenle hastaların beklentilerini karşılamak oldukça önemlidir. Çünkü memnuniyet hastaların beklentilerini karşıladığı sürece artar. Bu nedenlerden dolayı hasta memnuniyeti hastanın talep ve beklentilerini karşılamak olarak tanımlanır (Genç 2011:76).

Hastanın sağlık hizmetini talep etmesi, bulması ve hizmeti alması ile süreçte fayda görmesi ,beklentilerini ve isteklerini karşılayabilmesidir. Bir başka tanımda ise talep ve isteklerinin tam olarak sağlanma durumu olarak ifade edilmektedir (Kılıç, Topuz 2015:83)

Hasta hizmet almadan önce bir beklenti içinde olur. Hasta hizmet aldıktan sonra beklentisini aldığı hizmet ile kıyas eder. Hasta memnuniyeti hastaların aldığı hizmet ile beklentilerinin kıyaslanması şeklinde tanımlanabilir (Tükel vd. 2004: 206).

2.4.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyetinin sağlanması, sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin tamamı hakkında önemli bilgiler vermektedir. Böylece sağlık kurumlarının maliyetlerinde azalma olur ve sağlık kurumlarının müşterisi olan hastalar aynı sağlık kuruluşunu tercih etme olasılığı artmış olur. Bu da sağlık kurumunun diğer sağlık kurumları karşısında rekabet gücünü artırır (Demir 2019:39,40,41).

Sağlık kurumlarında önceden sadece hastalar müşteri olarak kabul edilirdi. Bu tanımın genişlemesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin üretimine katılan tüm bireyler şeklinde tanımlama yapılmaya başlanmıştır. Bu tanımlama ile birlikte hasta memnuniyetini sağlamak daha da önemli hale gelmiştir (Taşlıyan, Gök 2012:78).

Hastanın gereksinimlerinin sağlık çalışanları tarafından bilinmesi hasta memnuniyeti sağlamaya yardımcı olmaktadır. Hasta memnuniyetinin 4 ölçütü olduğu söylenebilir. Bunlar; insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve etkiliktir (Akbaş 2014:57).

İnsancıl Nedenler: Sağlık kurumlarında tedavi gören hastaların haklarından biri de sağlık kurumlarında en iyi ve kaliteli hizmet almaktır. Hastaların en iyi sonucu sunan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları vardır.

Ekonomik Nedenler: Sağlık kurumlarında hizmet alan hastalar diğer sektörlerde bulunan hastalara göre daha hassastır. Daha hassas olmalarının nedeni de içinde bulundukları konumdandır (Kavuncubaşı 2000: 297).

Pazarlama: Hizmet veren her sektörde pazarlama önemlidir. Sağlık sektörünün de müşterisi hastalardır. Hastalar sağlık kurumlarında memnun edilmelidir ki tekrar bir daha gelsin. Sağlık kurumlarında tedavi gören hastaların sağlık kurumlarında gördüğü tedaviyi değerlendirdikleri düşünceleri oldukça etkilidir. Çünkü hastalar yakınlarına , eşine ve dostuna düşüncelerini paylaşmaktadır. Bu da sağlık kurumlarının hasta potansiyelini etkileyecektir.

Etkililik: Hasta memnuniyetinin sağlanmasında birçok faktör etkilidir. Bu faktörlerden biri temizlik ve hijyendir. Çünkü sağlık kurumları ne kadar hijyenik ve temiz olursa hasta memnuniyeti de o kadar artar. Diğer faktörler;sağlık hizmetlerinin

fiyatlarının uygun olması, yemeklerinin güzel olması, hastalara sağlık çalışanları tarafından yeterli bilgilendirmenin yapılması gibi faktörlerdir (Akbaş 2014:57)

2.4.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Unsurlar

Yöneticiler; bireyleri memnun etmek için onların istek, beklenti ve ihtiyaçlarını bilmeli ve hasta memnuniyetini etkileyen unsurları da belirlenmelidir. Bu koşullar sağlandıktan sonra hasta memnuniyetini yükseltmek için yapılması gerekenler planlanabilir (Taşlıyan, Gök 2012:77).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Kaliteli hizmet, sağlık kurumlarında çalışan personelin tamamının sorumluluğundadır. Sağlık kurumlarında yaşanan problemler, aksaklıklar ve düzensizlikler hasta memnuniyetini etkilemektedir. (Yanık 2000:64). Bu nedenlerden dolayı sağlık personeli hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Doktor ve hasta arasında karşılıklı etkileşim sonucu doğrudan bir ilişki söz konusudur. Bu ilişkide hastalar doktorların sunduğu hizmet kalitesini değerlendirirken birçok unsuru göz önünde bulundururlar. Bu unsurlar, kurduğu iletişim, nazik olma durumu, hastayı dinleme gibi unsurlardandır. Bu unsurları sağlayan doktorları hasta daha fazla dinlemekte ve söylediklerini yapmaktadır (Hayran vd. 2018:193).

Hastaların en fazla etkileşim kurduğu sağlık personeli hemşirelerdir. Hemşireler hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle hastalara güleryüzlü, kibar ve nazik olmalıdır (Hayran vd. 2018:193).

Hastalara ve hasta yakınlarına hastanın durumu ile ilgili basit bir dil ile bilgi verilmelidir. Hastanın durumunu net olarak bilmesi hastalığını anlayışla karşılamasını ve sunulan sağlık hizmetlerini kabullenmesini kolaylaştırmaktadır (Hayran vd 2018:193). Hastalara ve hasta yakınlarına verilen bilgi hastanın algıladığı riskleri minimum düzeye indirmektedir (Öztürk 2016:32).

Yapılan memnuniyet araştırmalarında, beslenme hastanın sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonra en çok aklında kalan unsurlardan bir tanesidir. Hastalar sadece yemeğin tadını değil şeklini, kalitesini ve sunuluş biçimini de değerlendirmektedir (Bankaoğlu 2013:23).

Sağlık kurumlarında fiziksel ve çevresel etmenler hasta memnuniyetini etkilemektedir (Öztürk 2016:32). Hastalar fiziksel etmenlere çok önem vermektedir. Yetersiz koşullar, bakımsız hastaneler hastalar tarafından memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (Taşlıyan, Gök 2012:78).

Sağlık kuruluşlarında hizmet almak isteyen hastalar resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre hasta memnuniyetini etkilemektedir. Uzun ve fazla süren resmi işler hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (Öztürk 2016:32).

Hastalar için ücret hasta memnuniyetinin sağlanmasında oldukça önemlidir. Çünkü hastalar kaliteli hizmeti uygun fiyata almak istemektedirler. Sosyal güvencesi olmayan bireyler için ücretler daha da önemlidir. Sağlık kuruluşlarında yüksek gelen faturalar hasta memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (Hayran vd. 2018:194).

Hastalar sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmetin ihtiyaçlarını, beklentilerini tam olarak karşılamasını isterler. Hastanın sağlık kuruluşlarında aldığı hizmeti bilmesi, emniyetli bir ortamda olduğunu bilmesi, tedavi kararlarına katılması hastalarda güven duygusunun oluşmasına zemin hazırlar (Öztürk 2016:32).

2.4.3. Türkiye’de Hasta Memnuniyeti

Gelişmiş ülkeler kalite yönetiminde önemli bir mesafe kat etmiştir. Türkiye’de kalite yönetiminin önemi 2000’li yıllarda anlaşılmaya başlamıştır. Kalite kavramı hasta memnuniyeti kavramını önemli bir hale getirmiştir. Çünkü sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi hastanın aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olup olmaması ile anlaşılmaktadır. Türkiye’de hasta memnuniyeti 2003-2013 yılları arasında üretilen politikaların etkisi ile artış göstermiştir. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurum) tarafından 2003-2013 yılları arasında Türkiye’de hasta memnuniyeti anketleri yapılmıştır. 2003 yılında yapılan anket sonucunda memnuniyet oranı %39,5 olarak ölçülmüştür. On yıl sonra 2013 yılında yapılan anketlerde bu oran % 74,7 oranına çıkmıştır. 2003-2013 yılları arasında memnuniyet anketine orta diyenlerin oranı %40seviyesinden %10 seviyelerine gerilemiş memnun değilim diyenlerin oranı da %21 seviyesinden %14,7 seviyelerine gerilemiştir.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre sağlık hizmetlerinden memnun olanların oranı 2002 yılında %40 olarak ölçülmüştür. 2013 yılında ise bu oran %75 seviyesine

yükselmiştir. Bu artış ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının başarılı olduğunu göstermektedir. Avrupa Birliği ülkelerine baktığımızda bu oran 2003-2013 yılları arasında % 62 seviyesinden %63 seviyesine yükselmiştir. Avrupa Birliği ülkeleri memnuniyet oranının belirli bir seviyeye yükseltilmiş ve bu seviyeyi korumuştur . Türkiye’de son yıllarda yapılan başarılı politikalar ile birlikte kalite standartları yükselmiştir. Bu başarı sürdürülebilir bir hale geldiğinde kalite anlayışında doğru adımlar, doğru teknikler ve doğru politikalar uygulamaya devam ettikçe hasta memnuniyetini artıracak ve sürdürülebilir bir başarı sağlanacaktır (Kasapoğlu 2016: 165).

2.5. Hasta Memnuniyetini Artıran Ve Azaltan Unsurlar

Sağlık kurumları hastaların tıbbi ihtiyaçları ile beraber artık estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaçlarına da cevap vermelidir. Çünkü sağlık kurumlarının devamı için hastanın memnun olması ve tedavisinin sonuçlandırılması gerekmektedir. Memnun olmayan hasta tedavisini yarım bırakmakta ya da başka sağlık kurumuna yönelmektedir. Bu nedenlerden dolayı sağlık kurumları hastayı memnun etmek durumundadır (Güllülü vd. 2008: 28).

Aşağıda hasta memnuniyetini artıran ve azaltan unsurları inceleyeceğiz

2.5.1. Hasta Memnuniyetini Artıran Unsurlar

Hastalar sağlık merkezlerine gitmeden önce, gittiğinde ve gittikten sonra değerlendirme yaparlar. Bu da hasta memnuniyetini belirler. Hasta memnuniyetini belirlerken de birçok ölçüt üzerinden değerlendirme yaparlar. O anki duygu durumuna göre değişkenlik gösterse de aşağıdaki saydığımız hasta memnuniyetini artıran kriterler gibi de sıralanabilir (Öztürk 2016: 39):

- Hastanın karar vermedeki olan sürece katılımı,
- Hastanın, kendi tedavisi ve durumu hakkında bilgi verilmesi,
- Aile üyelerinin bu süreçte desteğinin sağlanması,
- Hasta ve sağlık alanında çalışan profesyonellerin birbiri arasındaki iletişimi,
- Emosyonel destek,
- Hastanın fiziki anlamda oluşan ihtiyaçlarına zamanında cevap verme (lavabo ihtiyacı gibi),

- Hızlı ve uygun bir şekilde ağrıyı dindirmesi,
- Yeterli parasal bilgiler ve tavsiyeler,
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerini kapsayacak biçimde hastayı aydınlatıcı bir şekilde açıklama yapmak,
- Çıkış için ve çıkış sonrası için bakıma hazırlama,
- Hastalara ve hastanın ailesine tedavi prosedürünü ve yöntemini açıklamak için zaman istemek,
- Hasta ve yakınlarının sorularına bigilendirme yapıp sorularına yanıt vermek,
- Hastalara titiz bir şekilde dikkat edilerek takip edildiklerini bildirmek,
- Hastalara sağlık personeli olarak elinden geldikçe görülebilir olmak,
- Acil serviste eşlik ederek gereken ilgiyi göstermek,

Sağlık kurumları hasta memnuniyetini sağlamak için iki temel maddeyi uygulamaları gerekmektedir. bu iki madde aşağıda belirtilmiştir (Güllülü vd. 2008: 28):

- Modern anlamda sağlık hizmetlerinin en uygun olarak verilmesi
- Sağlık kurumlarında hastaların beklenti, istek ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması

2.5.2. Hasta Memnuniyetini Azaltan Unsurlar

Hastalar hastaneye çeşitli sebepler ile gitmekte ve sağlık hizmeti almaktadır. Hastaneden aldıkları hizmeti değerlendirirken memnuniyeti azaltan ve artıran birçok unsuru değerlendirirler. Azaltan unsurlar ise şunlardır (Öztürk 2016: 39).

- Sağlık kurumlarında hasta bakım kalitesinin düşük olması,
- Kötü davranışlar sergileyen sağlık personeli,
- Sağlık kurumları yeteri kadar temiz, düzenli olmaması,
- Sağlık kurumlarında doktor hasta ilişkisinin iyi olmaması,
- Sağlık personelinin hastaya yeterli bilgi vermemesi,
- Sağlık kurumlarında hastalar için çıkan yemeklerin kalitesiz olması ,
- Ödeme noktasında sıkıntı yaşanması,
- Sağlık hizmeti personelinin sık sık değişmesi,
- Gizliliğe önem verilmemesi,

- Sağlık hizmetini sunan personel ile hastaların farklı kültürden olmaları ve bunun iletişimde sıkıntı yaratması,
- Sağlık personellerine ulaşma sıkıntısı,
- Hekimin hastaya yeterli vakiti ayırmaması,
- Hekimin hastanın şikayetini dinlememesi ,
- Hekimin hastanın hastalığı hakkında yeteri kadar bilgi vermemesi,

2.6. Hasta Memnuniyeti Ölçme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite oldukça önemli bir yere sahiptir. Hastaların beklentilerini, isteklerini ve taleplerinin karşılanması için hasta memnuniyetinin ölçülmesi gerekmektedir (Söylemez vd. 2009: 110).

Sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinin memnuniyeti sağlamak oldukça zor ve hassastır. Hastanın beklentileri ve durumun hassaslığını dengede durdurmak her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenlerden dolayı hasta memnuniyeti ölçümleri son derece önemlidir (Atilla 2012:62).

Hasta memnuniyetinin ölçülmesiyle çıkan sonuç sağlık kuruluşlarında tedavi ve hizmeti belirlemede kullanılan bir yöntemdir. Sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alan hastaların sağlık hizmeti seçimlerinin blirlenmesinde aktif rol oynamaktadır (Koçak 2014:19).

Hasta memnuniyeti ölçme sonucunda elde edilen veriler tek başına ele alınmamalıdır. Sağlık kurumlarının kalitesini yükseltmek için kullanılmalıdır. Hasta memnuniyeti araştırma sonucunda elde edilen veriler hasta memnuniyetini yükseltmek, hasta memnuniyetini azaltan sebepleri ortadan kaldırmak ve sağlık kurumlarının maddi yönden refaha kaldırmak için kullanılmalıdır (Atilla 2012:63).

Kalite ile ilgili yapılan çalışmalarda en fazla kullanılan yöntem hasta memnuniyeti yöntemidir. Hastalardan alınan dönütler ile sağlık hizmetlerinden aldıkları memnuniyeti değerlendirip memnuniyetsizlik var ise personele bilgi verilip ve eğitilmelerine yardımcı olur. Bu yöntemler aşağıda sıralanmıştır (Hayran vd. 2018:194):

Nicel Yöntemler: Hastaların hislerini ve düşüncelerini sayısal veriler aracılığıyla doğrudan aktarmadır. Uzun zaman gerektirmeyen bir sürede çok veri toplanır. Anket, telefon görüşmeleri, gizli müşteri, öneri kartları ve kalite göstergeleri nicel yöntemlere örnek olarak gösterilebilir.

Hasta memnuniyetinde en fazla kullanılan teknik anket tekniğidir. Hasta sağlık kurumlarından hizmet aldıktan sonra 5 ile 10 gün sonra yapılması daha iyi sonuçlar vermesine neden olmaktadır. Anketler; yüz yüze, yazılı, mektup yolu ile ve internet üzerinden uygulanabilir.

Nitel Yöntemler: Hastaların deneyim ve düşüncelerini sayısal veri olmadan aktarıldığı yöntemlerdir. Gözlemler, hasta dönütleri, odak grup çalışmaları, kritik olay incelemesi, içerik analizler yöntemler nicel yöntem olarak değerlendirilebilir.

Odak grup görüşmeleri, sağlık kuruluşlarından hizmet almış kişiler, sağlık kurumlarından hizmet almış kişilerin yakınları ve sağlık çalışanlarından seçilmiş 8-12 kişi ile grupta deneyimli bir kişinin grubu yönetmesi ile gerçekleşir. Hasta memnuniyetinin sağlanmasında yardımcı olmaktadır. Çünkü hastaların deneyim ve düşünceleri bu toplantılarda öğrenilir. ancak bu toplantılarda grup üyeleri birbirlerinden etkilenebilir. Bu da odak grup görüşmelerinin sakıncasıdır.

Hasta memnuniyeti araştırmalarında kullanılan anketler iki temel ihtiyacı karşılarlar. Bu ihtiyaçlardan ilki araştırmacılar için özetleyici bilgi sunması, ikincisi ise sağlık alanında çalışanların kendilerini yenilenmesini sağlamasıdır. Hasta memnuniyeti konusunda yapılan anketler sağlık kurumlarının güçlü ve zayıf yönlerini belirleme anlamında da oldukça önemlidir. Hasta memnuniyeti konusunda yapılan anketler uzmanlar tarafından incelenir bulunan hata ve kusurlar giderilirse kalitede iyileşme sağlanır (Şahin 2021:24).

Hastaya sunulan hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi hastanın talep, beklenti, talep, ihtiyaç ve isteklerinin bilinmesini sağlık kurumlarında yöneticilik yapan kişilere bu bilgilerin ulaşmasına ve planlama yapılmasına destek olmaktadır (Williams 1994:511).

Hasta memnuniyeti ölçümlerinde dikkat edilmesi gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Aşağıda maddeler halinde verilmiştir (Kaygın 2012:60):

- Hasta memnuniyeti ölçümleri ile hasta memnuniyeti amaçlarının birbiri ile aynı doğrultuda olması gerekmektedir,
- Sağlık kurumlarında çalışan personel ve hastaları küçük düşürücü içerik barındırmamalıdır,
- Yapılan ölçümler basit ve düşük bütçede olmalıdır,
- Ölçmeden çıkan verilerin sistemli bir biçimde analiz edilmelidir.





ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SİVAS İLİ ÖRNEĞİ UYGULAMASI

3.1. Araştırmanın Amacı

Rekabet, sağlık kurumlarını kaliteye daha fazla önem vermeye teşvik etmektedir. Sağlık kurumlarında hata payının diğer işletmelere daha göre az olması gerektiğinden dolayı sağlıkta kaliteyi sağlamak zorunlu bir hale gelmiştir (Karaca 2014:57).Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin kalitesini gösterir (Genç 2011:899). Çalışmamızda Sivas genelinde bulunan sağlık kurumlarında hastaların algıladıkları; kalite düzeyini, değer düzeyini, sağlık kurumuna olan tutumlarını,, sağlık kurumlarından aldıkları memnuniyet düzeyini ve gittikleri sağlık kurumunu ne derece tavsiye ettiklerini ölçüp bilime ve sağlık kurumlarına hatalarını görme, düzeltme olanağı ve sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini artırılması amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumları diğer işletmelerin tamamında olduğu gibi müşteri memnuniyeti ve müşterilerin işletmeye bağlı olmasıyla kendilerini geliştirebilirler (Tengilimoğlu vd. 2009: 399). Sağlık kurumları bu ve benzeri nedenlerle hasta memnuniyetine oldukça önem vermektedir.

Sağlık kuruluşlarında memnuniyet düzeyini ölçmek ve sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetinde yaşadıkları sorunları, problemleri ve hataları belirleyerek sağlık kurumlarına hatalarını düzeltme olanağı verdiğinden dolayı yapılan bu araştırma oldukça önemlidir.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Kalite ölçeği ile veriler elde edilecektir. Elde edilen veriler istatistik yöntemlerden veriler normal dağıldığı durumlarda parametrik, normal dağılmadığı durumda ise nonparametrik teknikler kullanılacaktır. Algılanan hizmet kalitesini

değerlendirmek için Varinli ve Çakır (2004) çalışmalarında kullandığı ölçekten faydalanılmıştır (Varinli & Çakır, 2004).

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmamız Sivas genelinde hizmet veren sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alan hastalardan oluşmaktadır. Evrenin tamamının alınması mümkün olmadığından Sivas genelindeki sağlık kuruluşlarından hizmet almış 424 kişi ile oluşan örneklem ile yapılmıştır. Örneklem yöntemi olarak tesadüfi olmayan yöntemlerden kolayda örneklem metodu ile katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmalarda evren kümesinin tamamını almak mümkün olmadığı için örneklem alınıp belirli bir zaman aralığında yapmak gerekliliği zaruret olmuştur. Bizim araştırmalarımızda da sınırlılıklarımız şunlardır:

- Anket yapma süresinin belirli bir zamana indirgenmesi, uzun zaman aralığında incelenmemesi.
- Kaynak taramaları konuyla ilgili sınırlı olması
- Araştırma Sivas merkez genelindeki sağlık kuruluşlarından hizmet almış kişiler ile yapılmıştır.

3.5. Araştırmada Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket kullanılmıştır. Demografik soru sayısı 7 tane olup demografik sorular dışında kalan ikinci bölümde ise toplam 40 tane soru kullanılarak iki bölüm olarak hazırlanmıştır. Anketin doldurulma süresi 10 dakika olarak belirlenmiş ve önerilmiştir.

Demografik sorular sırasıyla; cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve aynı sağlık kuruluşuna bir yıl içerisinde kaç defa gittiniz sorusu ile birlikte toplam 7 adet demografik soru ile hazırlanmıştır.

İkinci kısım; A bölümünde sağlık hizmetlerinin kaliteyi belirlemeye yönelik toplam 22 soruyla, B bölümünde ise hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinden algıladığı değer düzeyini 6 soruyla, C bölümünde ise hastaneye ilişkin tutumları 5 soruyla, D bölümünde ise sağlık hizmetlerinden aldığı tatmin düzeyini 5 soruyla, E bölümünde ise gelecekte hastaneye yönelik tercih ve tavsiye davranışlarını belirlemeye yönelik 3 soru ile sorulmuş olup toplam soru sayısı 41’dir.

İkinci kısım 5’li likert ölçeği ile hazırlanmıştır. Bunlar;

1. Kesinlikle Katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle Katılıyorum

Frekanslar

Tablo 2. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine dair bulgular

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Medeni Durum	Frekans	Yüzde
Erkek	195	46	Evli	254	59,9
Kadın	229	54	Bekâr	170	40,1
Toplam	424	100	Toplam	424	100
Yaş	Eğitim Durumu				
20-	50	11,8	İlköğretim	72	17
21-30	137	32,3	Lise	123	29
31-40	90	21,2	Ön Lisans	50	11,8
41-50	54	12,7	Lisans	137	32,3
50+	93	21,9	Lisans Üstü	41	9,7
Toplam	424	100	Toplam	424	100
Meslek	Gelir Düzeyi				
İşçi	60	14,2	7500-	148	34,9
Memur	89	21	7501-8501	30	7,1
Ev Hanımı	82	19,3	8501-14000	98	23,1
Serbest Meslek	157	37	14000-20000	64	15,1
Emekli	36	8,5	20000+	84	19,8
Toplam	424	100	Toplam	424	100
Gitme Sayısı					
İlk kez	64	15,1			
2-5 kere	233	55			
6-9 kere	77	18,2			
10+	50	11,2			
Toplam	424	100			

Tablo 2’de araştırmaya katılanların tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Dağılıma bakıldığında ise erkekler 195 kişi ile 46,0’ını; kadınlar ise 229 kişi ile 54,0’ını oluşturmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında evli olanlar 254 kişi ile 59,9’unu; bekâr olanlar ise 170 kişi ile 40,1’ini oluşturmaktadır. Yaş gruplarına bakıldığında ise 20 yaş altı 50 kişi ile 11,8’ini; 21-30 yaş 137 kişi ile 32,3’ünü; 31-40 yaş arası 90 kişi ile 21,2’ini; 41-50 yaş arası 54 kişi ile 12,7’sini; 51 yaş ve üstü 93 kişi ile 21,9’unu oluşturmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında ise ilköğretimden mezun olanların sayısı 72 ile 17,0’ını; liseden mezun olanların sayısı ise 123 kişi ile 29,0’ını; ön lisans mezunu olanların sayısı 50 kişi ile 11,8’ini; lisans mezunu olanların sayısı ise 137 kişi ile 32,3’ünü; lisansüstünden mezun olanların sayısı ise 41 kişi ile 9,7’sini oluşturmaktadır. Mesleklere bakıldığında ise işçi olarak çalışanların sayısı 60 kişi ile 14,2’sini; memur olarak çalışanların sayısı 89 kişi ile 21,0’ını; ev hanımı olanların sayısı ise 82 kişi ile 19,3’ünü; serbest meslek olarak çalışanların sayısı ise 157 kişi ile 37,0’ını; emeklilerin sayısı ise 36 kişi ile 8,5’ini oluşturmaktadır. Gelir düzeyine bakıldığında ise gelir düzeyi 7500 altı olanların sayısı 148 ile 34,9’unu; gelir düzeyi 7501-8501 arası olanların sayısı ise 30 kişi ile 7,1’ini; gelir düzeyi 8501-14000 olanların sayısı ise 98 kişi ile 23,1’ini; gelir düzeyi 14001-20000 olanların sayısı ise 64 kişi ile 15,1’ini; gelir düzeyi 20000 ve üzeri olanların sayısı ise 84 kişi ile 19,8’ini oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşuna gitme sıklığına bakıldığında ise aynı sağlık kuruluşuna bir yıl içinde ilk kez gidenlerin sayısı 64 kişi ile 15,1’ini; aynı sağlık kuruluşuna bir yıl içinde 2-5 arası gidenlerin sayısı ise 233 kişi ile 55,0’ını; aynı sağlık kuruluşuna bir yıl içinde 6-9 arası gidenlerin sayısı ise 77 kişi ile 18,2’sini; aynı sağlık kuruluşuna bir yıl içinde 10 ve üzeri gidenlerin sayısı ise 50 kişi ile 11,2’sini oluşturmaktadır.

Tablo 3. Faktörlerin Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Kalite Algısı	Kadın	195	3,34	,658	,499	,090
	Erkek	229	3,31	,742		
Değer	Kadın	195	3,41	,751	,293	,058
	Erkek	229	3,39	,861		
Tutum	Kadın	195	3,63	,821	1,257	,004
	Erkek	229	3,52	,978		
Tatmin Düzeyi	Kadın	195	3,36	,809	,326	,740
	Erkek	229	3,34	,921		
Davranışsal Niyet	Kadın	195	3,35	1,33	,705	,639
	Erkek	229	3,27	1,02		

Tablo 3'deki t testin sonuçlarına göre ankete yanıt verenlerin “Tutum” faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($t=1,257$; $p<0,05$). Buna göre tutum faktöründe katılımcıların cinsiyetine göre ortalamalara bakıldığında, kadın cinsiyet grubunun ortalamasının 3,63, erkek cinsiyet grubunun ortalamasının 3,52 olduğu bulunmuştur. Bu durumda sağlık kuruluşuna karşı tutumlarında kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Diğer faktörlerin p değeri 0,05 den büyük çıktığı için anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4. Faktörlerin Medeni Duruma Göre t Testi Sonuçları

Faktörler	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Kalite Algısı	Evli	254	3,38	,765	1,973	,003
	Bekâr	170	3,24	,595		
Değer	Evli	254	3,54	,841	4,532	,041
	Bekâr	170	3,19	,715		
Tutum	Evli	254	3,64	,973	1,939	,084
	Bekâr	170	3,46	,797		
Tatmin Düzeyi	Evli	254	3,45	,932	2,870	,017
	Bekâr	170	3,20	,749		
Davranışsal Niyet	Evli	254	3,41	1,33	2,190	,015
	Bekâr	170	3,16	,886		

Tablo 4'deki t testin sonuçlarına göre ankete yanıt verenlerin “Değer”, “Tatmin Düzeyi”, “Davranışsal Niyet”, faktöründe medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Değer ;($t=4,532$; $p<0,05$), Tatmin Düzeyi; ($t=2,870$; $p<0,05$), Davranışsal Niyet; ($t=2,190$; $p<0,05$). Buna göre değer faktöründe katılımcıların medeni grubun ortalamalara bakıldığında; evli olanların ortalaması 3,54, bekâr olanların ortalaması ise 3,19 olduğu bulunmuştur. Bu durumda sağlık

kuruluşlarında gördüğü değerin evli olanların bekâr olanlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Bir diğer faktörde ise tatmin düzeyi faktöründe katılımcıların medeni grubun ortalamalarına bakıldığında; evli olanların ortalaması 3,45, bekâr olanların ortalaması ise 3,20 olduğu bulunmuştur. Bu durumda sağlık kuruluşlarından alınan tatmin düzeyi evli olanların bekâr olanlardan daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Bir diğer faktör olan davranışsal niyet faktöründe ise katılımcıların medeni durum ortalamalarına bakıldığında; evli olanların ortalaması 3,41, bekâr olanların ortalaması ise 3,16 olduğu bulunmuştur. Bu durumda sağlık kuruluşlarına gitme konusunda davranışsal niyet evli olanlarda daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Diğer faktörlerin p değeri 0,05 den büyük çıktığı için anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Verilerin Güvenilirliği

Tablo 5. Ölçeğe ait güvenilirlik analizi (Cronbach α katsayıları)

Faktörler	Madde Sayısı	Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Kalite Algısı	22	,951
Değer	6	,893
Tutum	5	,962
Tatmin Düzeyi	5	,898
Davranışsal Niyet	3	,614

Tablo 5'e bakıldığında Cronbach α iç tutarlık analizi katsayılarına göre verilerin güvenilirlik düzeyleri, bütün faktörlere, bütün maddelere ve ölçeğin bütününe göre yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilir.

Tablo 6. Faktörlerin Yaşa Göre ANOVA Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Kalite Algısı	Gruplar Arası	9,951	4	2,488	5,212	,000
	Gruplar İçi	200,008	419	,477		
	Toplam	209,960	423			
Değer	Gruplar Arası	19,758	4	4,939	7,991	,000
	Gruplar İçi	259,004	419	,618		
	Toplam	278,762	423			
Tutum	Gruplar Arası	12,872	4	3,218	3,996	,003
	Gruplar İçi	337,451	419	,805		
	Toplam	350,323	423			
Tatmin Düzeyi	Gruplar Arası	17,411	4	4,353	6,006	,000
	Gruplar İçi	303,661	419	,725		
	Toplam	321,072	423			
Davranışsal Niyet	Gruplar Arası	24,768	4	6,192	4,610	,001
	Gruplar İçi	562,760	419	1,343		
	Toplam	587,528	423			

Tablo 6’da katılımcıların yaşlarına göre faktörler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **kalite algısı, değer, tutum, tatmin düzeyi, davranışsal düzey** faktörlerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılık tespit edilen faktörlerde öncelikle homojenlik testi yapılarak varyansların dağılımı incelenecek homojen dağılım gösterenlerde Tukey, homojen dağılım göstermeyen gruplarda Tamhane t2 çoklu karşılaştırma testi yapılacaktır.

Tablo 7. Faktörlerin Pozisyona Göre Homojenlik Testi

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Kalite Algısı	3,685	4	419	,006
Değer	1,292	4	419	,273
Tutum	3,655	4	419	,006
Tatmin Düzeyi	3,171	4	419	,014
Davranışsal Niyet	3,022	4	419	,018

Tablo 7’ye bakıldığında “kalite algısı”, “değer”, “tutum”, “tatmin düzeyi”, “davranışsal niyet” faktörlerinin pozisyonun alt gruplarına ait varyanslarının

homojen dağıldığı görülmektedir ($p=0,456>0,05$). Buna göre çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılacaktır.

Tablo 8. Yaşın Alt Gruplarına Göre Çoklu Tukey Karşılaştırma Testi Sonuçları

Faktör	Yaş grupları	Ort.Farkı	p
Değer	20 ve altı, 21-30	-0,27	0,214
	20 ve altı, 31-40	-,45*	0,01
	20 ve altı, 41-50	-0,26	0,431
	20 ve altı 51 ve üzeri	-,70*	0
	21-30, 31-40	-0,17	0,444
	21-30, 41-50	0,01	1
	21-30, 51 ve üzeri	-,42*	0,001
	31-40, 41-50	0,19	0,616
	31-40, 51 ve üzeri	-0,24	0,202
Tutum	20 ve altı, 21-30	-0,15	0,841
	20 ve altı, 31-40	-0,26	0,455
	20 ve altı, 41-50	0,14	0,925
	20 ve altı 51 ve üzeri	-0,4	0,073
	21-30, 31-40	-0,11	0,892
	21-30, 41-50	0,29	0,24
	21-30, 51 ve üzeri	-0,25	0,214
	31-40, 41-50	0,4	0,065
	31-40, 51 ve üzeri	-0,14	0,813
Tatmin Düzeyi	41-50, 51 ve üzeri	-,55*	0,003
	20 ve altı, 21-30	-0,22	0,516
	20 ve altı, 31-40	-0,34	0,153
	20 ve altı, 41-50	0	1
	20 ve altı 51 ve üzeri	-,57*	0,001
	21-30, 31-40	-0,12	0,831
	21-30, 41-50	0,22	0,459
	21-30, 51 ve üzeri	-,35*	0,016
	31-40, 41-50	0,34	0,123
Davranışsal Niyet	31-40, 51 ve üzeri	-0,23	0,334
	41-50, 51 ve üzeri	-,58*	0,001
	20 ve altı, 21-30	-0,05	0,999
	20 ve altı, 31-40	-0,2	0,854
	20 ve altı, 41-50	0,15	0,962
	20 ve altı 51 ve üzeri	-,58*	0,036
	21-30, 31-40	-0,15	0,869
	21-30, 41-50	0,2	0,804
	21-30, 51 ve üzeri	-,52*	0,007
	31-40, 41-50	0,35	0,378
	31-40, 51 ve üzeri	-0,37	0,184
	41-50, 51 ve üzeri	-,73*	0,002

Tablo 8’de katılımcıların yaşlarına göre **kalite algısı, değer, tutum, tatmin düzeyi ve davranışsal niyet** faktörlerinde yaşın alt gruplarına göre çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **kalite algısı faktöründe** yaş düzeylerine göre, 20 ve altı ile 51 ve üzeri yaş gruplarında anlamlı farklılık tespit

edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,36 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen yaş düzeyleri ise 31-40, 41-50 yaş gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,33 olduğu görülmektedir. Buna göre 31-40 yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı fark tespit edilen yaş düzeyleri ise 41-50, 51 ve üzeri yaş gruplarıdır. . Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,49 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. **Değer** faktöründe yaş düzeylerine göre, 20 ve altı, 31-40 yaş gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,45 olduğu görülmektedir. Buna göre 31-40 yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla değer algılama düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı fark edilen yaş düzeyleri ise 21-30, 51 ve üzeri yaş gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,42 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 21-30 yaş grubundan daha fazla değer algılama düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. **Tutum** faktöründe yaş düzeylerine göre, 41-50, 51 ve üzeri yaş gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,55 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha tutum algılama düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. **Tatmin düzeyi** faktöründe yaş düzeylerine göre, 20 ve altı 51 ve üzeri yaş gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,57 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla tatmin düzeyi algılama biçimine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı fark edilen yaş düzeyleri ise 21-30, 51 ve üzeri yaş gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,35 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 21-30 yaş grubundan daha fazla tatmin düzeyi algılama biçimine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen yaş düzeyleri ise 41-50, 51 ve üzeri yaş gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,58 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha fazla tatmin düzeyi algılama biçimine sahip olduğu ifade edilebilir. **Davranışsal niyet** faktöründe yaş düzeylerine göre, 20 ve altı 51 ve üzeri yaş gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında

farkın -0,58 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla davranışsal niyet algılama düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen yaş düzeyleri ise 21-30, 51 ve üzeri yaş gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,52 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 21-30 yaş grubundan daha fazla davranışsal niyet algılama düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen yaş düzeyleri ise 41-50, 51 ve üzeri yaş gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,73 olduğu görülmektedir. Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 grubundan daha fazla davranışsal niyet algılama düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir.

Tablo 9. Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre ANOVA Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Kalite Algısı	Gruplar Arası	5,380	5	1,076	2,198	0,054
	Gruplar İçi	204,580	418	0,489		
	Toplam	209,960	423			
Değer	Gruplar Arası	6,776	5	1,355	2,083	0,067
	Gruplar İçi	271,986	418	0,651		
	Toplam	278,762	423			
Tutum	Gruplar Arası	6,111	5	1,222	1,484	0,194
	Gruplar İçi	344,212	418	0,823		
	Toplam	350,323	423			
Tatmin Düzeyi	Gruplar Arası	9,184	5	1,837	2,462	0,032
	Gruplar İçi	311,888	418	0,746		
	Toplam	321,072	423			
Davranışsal Niyet	Gruplar Arası	11,505	5	2,301	1,670	0,141
	Gruplar İçi	576,023	418	1,378		
	Toplam	587,528	423			

Tablo 9’da katılımcıların yaşlarına göre faktörler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **tatmin düzeyi** faktöründe anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer faktörlerde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Farklılık tespit edilen faktörlerde öncelikle homojenlik testi yapılarak varyansların dağılımı incelenecek homojen dağılım gösterenlerde tukey, homojen dağılım göstermeyen gruplarda Tamhane t2 çoklu karşılaştırma testi yapılacaktır.

Tablo 10. Faktörlerin Pozisyona Göre Homojenlik Testi

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Tatmin Düzeyi	1941	4	418	0,103

Tablo 10’a bakıldığında “Tatmin Düzeyi” faktöründe eğitim durumunun alt gruplarına ait varyanslarının homojen dağıldığı görülmektedir ($p=0,456>0,05$). Buna göre çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılacaktır.

Tablo 11. Eğitim Durumu Alt Gruplarına Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Faktör	Eğitim Grupları	Ortalamalar Farkı	P
Tatmin Düzeyi	İlköğretim, Lise	0,12	0,859
	İlköğretim, Ön Lisans	0,29	0,340
	İlköğretim, Lisans	,36*	0,035
	İlköğretim, Lisans Üstü	0,30	0,377
	Lise, Ön Lisans	0,16	0,770
	Lise, Lisans	0,23	0,190
	Lise, Lisans Üstü	0,17	0,788
	Ön Lisans, Lisans	0,06	0,991
	Ön Lisans, Lisans Üstü	0,00	1,000
	Lisans, Lisans Üstü	-0,05	0,99

Tablo 11’de katılımcıların eğitim durumlarına göre **tatmin düzeyi** faktöründe eğitim durumlarının alt gruplarına göre çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **tatmin düzeyi** faktöründe eğitim durumlarına göre, İlköğretim, Lisans eğitim gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,36 olduğu görülmektedir. Buna göre İlköğretim eğitim grubunun, Lisans eğitim grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir.

Tablo 12. Faktörlerin Mesleklerine Göre ANOVA Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Kalite Algısı	Gruplar Arası	9,346	4	2,337	4,880	0,001
	Gruplar İçi	200,614	419	0,479		
	Toplam	209,960	423			
Değer	Gruplar Arası	13,415	4	3,354	5,296	0,000
	Gruplar İçi	265,347	419	0,633		
	Toplam	278,762	423			
Tutum	Gruplar Arası	7,233	9,346	1,808	2,208	0,067
	Gruplar İçi	343,089	419	0,819		
	Toplam	350,323	423			
Tatmin Düzeyi	Gruplar Arası	16,126	4	4,031	5,539	0,000
	Gruplar İçi	304,947	419	0,728		
	Toplam	321,072	423			
Davranışsal Niyet	Gruplar Arası	24,284	4	6,071	4,516	0,001
	Gruplar İçi	563,244	419	1,344		
	Toplam	587,528	423			

Tablo 12’de katılımcıların yaşlarına göre faktörler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İlgili tabloya bakıldığında kalite algısı, değer, tatmin düzeyi, davranışsal düzey faktöründe anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer faktörlerde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir Farklılık tespit edilen faktörlerde öncelikle homojenlik testi yapılarak varyansların dağılımı incelenecek homojen dağılım gösterenlerde tukey, homojen dağılım göstermeyen gruplarda Tamhane t2 çoklu karşılaştırma testi yapılacaktır.

Tablo 13. Faktörlerin Pozisyona Göre Homojenlik Testi

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Kalite Algısı	2,826	4	419	0,025
Değer	1,773	4	419	0,133
Tatmin Düzeyi	0,333	4	419	0,856
Davranışsal Niyet	0,529	4	419	0,714

Tablo 13’de bakıldığında, “Kalite Algısı” faktörünün pozisyonun alt gruplarına ait varyanslarının homojen dağılmadığı görülmektedir ($p=0,005<0,05$). Buna göre çoklu karşılaştırma testlerinden Tamhane t2 testi kullanılacaktır.

“Değer”, “Tatmin Düzeyi”, “Davranışsal Niyet”, faktörlerinde ise pozisyonun alt gruplarına ait varyanslarının homojen dağıldığı görülmektedir ($p=0,456>0,05$). Buna göre çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılacaktır.

Tablo 14. Meslek Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tukey Testi Sonuçları

Faktör	Meslek Grupları	Ortalamalar Farkı	P
Değer	İşçi, Memur	0,06	0,991
	İşçi, Ev Hanımı	-0,04	0,996
	İşçi, Serbest Meslek	0,28	0,135
	İşçi, Emekli	-0,30	0,379
	Memur, Ev Hanımı	-0,10	0,897
	Memur, Serbest Meslek	0,22	0,224
	Memur, Emekli	-0,36	0,146
	Ev Hanımı, Serbest Meslek	,33*	0,020
	Ev Hanımı, Emekli	-0,25	0,507
	Serbest Meslek, Emekli	-,58*	0,001
Tatmin Düzeyi	İşçi, Memur	0,03	0,999
	İşçi, Ev Hanımı	-0,21	0,562
	İşçi, Serbest Meslek	0,16	0,689
	İşçi, Emekli	-0,46	0,078
	Memur, Ev Hanımı	-0,25	0,290
	Memur, Serbest Meslek	0,13	0,775
	Memur, Emekli	-,49*	0,026
	Ev Hanımı, Serbest Meslek	,38*	0,009
	Ev Hanımı, Emekli	-0,24	0,606
	Serbest Meslek, Emekli	-,63*	0,001
Davranışsal Niyet	İşçi, Memur	0,04	1,000
	İşçi, Ev Hanımı	-0,35	0,370
	İşçi, Serbest Meslek	0,17	0,850
	İşçi, Emekli	-0,50	0,229
	Memur, Ev Hanımı	-0,39	0,166
	Memur, Serbest Meslek	0,13	0,902
	Memur, Emekli	-0,55	0,116
	Ev Hanımı, Serbest Meslek	,53*	0,007
	Ev Hanımı, Emekli	-0,15	0,965
	Serbest Meslek, Emekli	-,68*	0,012

Tablo 14’de katılımcıların meslek gruplarına göre **değer, tutum, tatmin düzeyi ve davranışsal niyet** faktörlerinde meslek alt gruplarına göre çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **değer** faktöründe Ev Hanımı, Serbest Meslek gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,33 olduğu görülmektedir. Buna göre Ev Hanımı,

Serbest Meslek grubundan daha fazla değer algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen meslek grubu ise Serbest Meslek, Emekli meslek gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,58 olduğu görülmektedir. Buna göre Serbest Meslek grubunun Emekli grubundan daha fazla değer algısına sahip olduğu ifade edilebilir. **Tatmin düzeyi** faktöründe yaş düzeylerine göre, Memur, Emekli meslek gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,49 olduğu görülmektedir. Buna göre Emekli meslek grubunun Memur meslek grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen meslek grubu ise Ev Hanımı, Serbest Meslek gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,38 olduğu görülmektedir. Buna göre Ev Hanımı meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen meslek grubu ise Serbest Meslek, Emekli meslek gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,63 olduğu görülmektedir. Buna göre Emekli meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. **Davranışsal niyet** faktöründe meslek gruplarına göre, Ev Hanımı, Serbest Meslek gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,53 olduğu görülmektedir. Buna göre Ev Hanımı meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla sağlık kurumunu tercih etmekle davranışsal niyet algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen meslek grubu ise Serbest Meslek, Emekli meslek gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,68 olduğu görülmektedir. Buna göre Emekli meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla sağlık kurumunu tercih etmekle ve tavsiye etmekte davranışsal niyete sahip olduğu ifade edilebilir.

Tablo 15. Meslek Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tamhane Testi Sonuçları

Faktör	Meslek Grupları	Ortalamalar Farkı	P
Kalite Algısı	İşçi, Memur	0,01	1,000
	İşçi, Ev Hanımı	-0,21	0,538
	İşçi, Serbest Meslek	0,07	0,999
	İşçi, Emekli	-0,39	0,321
	Memur, Ev Hanımı	-0,23	0,236
	Memur, Serbest Meslek	0,05	0,999
	Memur, Emekli	-0,40	0,213
	Ev Hanımı, Serbest Meslek	,28*	0,017
	Ev Hanımı, Emekli	-0,17	0,981
	Serbest Meslek, Emekli	-0,46	0,076

Tablo 15’de katılımcıların yaşlarına göre **kalite algısı** faktöründe meslek alt gruplarına göre çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **kalite algısı faktöründe** meslek çeşitlerine göre, Ev Hanımı, Serbest Meslek gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,28 olduğu görülmektedir. Buna göre Ev Hanımı meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla kalite+ algısına sahip olduğu ifade edilebilir.

Tablo 16. Faktörlerin Gelir Düzeyi ANOVA Testi

ANOVA					
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F P
Kalite Algısı	Gruplar Arası	6,074	4	1,518	3,120 0,015
	Gruplar İçi	203,886	419	0,487	
	Toplam	209,960	423		
Değer	Gruplar Arası	5,803	4	1,451	2,227 0,065
	Gruplar İçi	272,959	419	0,651	
	Toplam	278,762	423		
Tutum	Gruplar Arası	2,215	4	0,554	0,667 0,615
	Gruplar İçi	348,107	419	0,831	
	Toplam	350,323	423		
Tatmin Düzeyi	Gruplar Arası	6,449	4	1,612	2,147 0,074
	Gruplar İçi	314,623	419	0,751	
	Toplam	321,072	423		
Davranışsal Niyet	Gruplar Arası	10,356	4	2,589	1,879 0,113
	Gruplar İçi	577,172	419	1,377	
	Toplam	587,528	423		

Tablo 16’da katılımcıların yaşlarına göre faktörler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **kalite algısı** faktöründe anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılık tespit edilen faktörlerde öncelikle homojenlik testi yapılarak varyansların dağılımı incelenecek homojen dağılım gösterenlerde tukey, homojen dağılım göstermeyen gruplarda Tamhane t2 çoklu karşılaştırma testi yapılacaktır.

Tablo 17. Faktörlerin Gelir Durumuna Göre Homojenlik Testi

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Kalite Algısı	0,727	4	419	0,574

Tablo 17’ye bakıldığında “kalite algısı”, faktörünün gelir durumu alt gruplarına ait varyanslarının homojen dağıldığı görülmektedir ($p=0,456>0,05$). Buna göre çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılacaktır.

Tablo 18. Gelir Düzeyi Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tukey Testi Sonuçlar

Faktör	Meslek Grupları	Ortalamalar Farkı	P
Kalite Algısı	7500 ve altı, 7501-8500	-0,26	0,329
	7500 ve altı, 8501-14000	-0,10	0,804
	7500 ve altı, 14001-20000	0,14	0,654
	7500 ve altı, 20000 ve üzeri	0,14	0,551
	7501-8500, 8501-14000	0,16	0,798
	7501-8500, 14001-20000	0,40	0,068
	7501-8500, 20000 ve üzeri	,40*	0,049
	8501-14000, 14001-20000	0,24	0,197
	8501-14000, 20000 ve üzeri	0,24	0,128
	14001-20000, 20000 ve üzeri	0,00	1,000

Tablo 18’de katılımcıların gelir düzeyine göre **kalite algısı** faktöründe gelir düzeyi alt gruplarına göre çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **kalite algısı faktöründe** gelir düzeyine göre 7501-8500, 20000 ve üzeri anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın 0,40 olduğu görülmektedir. Buna göre 7501-8500 gelir grubu, 20000 ve üzeri gelir grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir.

Tablo 19. Faktörlerin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısına Göre ANOVA Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
Kalite Algısı	Gruplar Arası	5,717	3	1,906	3,929	0,009
	Gruplar İçi	203,222	419	0,485		
	Toplam	208,939	422			
Değer	Gruplar Arası	3,331	3	1,110	1,716	0,163
	Gruplar İçi	271,134	419	0,647		
	Toplam	274,465	422			
Tutum	Gruplar Arası	5,474	3	1,825	2,261	0,081
	Gruplar İçi	338,214	419	0,807		
	Toplam	343,689	422			
Tatmin Düzeyi	Gruplar Arası	9,175	3	3,058	4,183	0,006
	Gruplar İçi	306,342	419	0,731		
	Toplam	315,517	422			
Davranışsal Niyet	Gruplar Arası	8,470	3	2,823	2,062	0,105
	Gruplar İçi	573,685	419	1,369		
	Toplam	582,155	422			

Tablo 19’da katılımcıların sağlık kuruluşlarına gitme sayısına göre faktörler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İlgili tabloya bakıldığında kalite algısı, davranışsal niyet faktöründe anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılık tespit edilen faktörlerde öncelikle homojenlik testi yapılarak varyansların dağılımı incelenecek homojen dağılım gösterenlerde tukey, homojen dağılım göstermeyen gruplarda Tamhane t2 çoklu karşılaştırma testi yapılacaktır.

Tablo 20. Faktörlerin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısına Göre Homojenlik Testi

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
Kalite Algısı	1,476	3	419	0,220
Tatmin Düzeyi	2,000	3	419	0,113

Tablo 20’ye bakıldığında “Kalite Algısı”, “Davranışsal Niyet” faktörünün pozisyonun alt gruplarına ait varyanslarının homojen dağılmadığı görülmektedir ($p=0,005<0,05$). Buna göre çoklu karşılaştırma testlerinden Tamhane t2 testi kullanılacaktır.

Tablo 21. Sağlık Kurumlarına Gitme Sayısına Göre Alt Gruplarına Göre Çoklu Karşılaştırma Tamhane Testi Sonuçları

Faktör	Gitme Sayısı Grupları	Ortalamalar Farkı	P
Kalite Algısı	İlk kez, İki-Beş	-0,06	0,991
	İlk kez, Altı- Dokuz	-0,06	0,996
	İlk kez, 10 ve üzeri	-,40*	0,029
	İki-Beş, Altı- Dokuz	-0,00	1,000
	İki-Beş, 10 ve üzeri	-,34*	0,019
	Altı- Dokuz, 10 ve üzeri	-0,34	0,068
Tatmin Düzeyi	İlk kez, İki-Beş	-0,09	0,969
	İlk kez, Altı- Dokuz	-0,13	0,956
	İlk kez, 10 ve üzeri	-,53*	0,025
	İki-Beş, Altı- Dokuz	-0,03	1,000
	İki-Beş, 10 ve üzeri	-,43*	0,027
	Altı- Dokuz, 10 ve üzeri	-0,39	0,146

Tablo 21’de katılımcıların sağlık kuruluşlarına gitme sayısına göre **kalite algısı**, **tatmin düzeyi** faktörlerinde yaştan alt gruplarına göre çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. İlgili tabloya bakıldığında **kalite algısı faktöründe** sağlık kuruluşlarına gitme sayısına göre, İlk kez, 10 ve üzeri sağlık kuruluşlarına gitme sayı gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,40 olduğu görülmektedir. Buna göre 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İlk kez sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen İki-Beş, 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,34 olduğu görülmektedir. Buna göre 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İki-Beş sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. **Tatmin düzeyi** faktöründe İlk kez, 10 ve üzeri anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,53 olduğu görülmektedir. Buna göre 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İlk kez sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Bir diğer anlamlı farklılık tespit edilen İki-Beş, 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı gruplarıdır. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,34 olduğu görülmektedir. Ortalama farklarına bakıldığında farkın -0,43 olduğu görülmektedir. Buna göre 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İki-Beş

sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir.





SONUÇ

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi, müşteri olarak kabul edilen hastaların hastaların memnuniyet düzeyini ölçmesi ve sağlık kurumlarının yöneticilerine sağlık kurumlarının hatalarını düzeltme imkanı verdiğinden dolayı oldukça önemlidir (Coşgun 2020).

Sağlık Kurumlarında Hasta Memnuniyeti Ve Algıladıkları Kalite Açısından İncelenmesi: Sivas İli Örneği tezinde Sivas ilinde hastaların sağlık kurumlarından aldığı hizmetlerden memnun olma kalite açısından incelenmesi konulu araştırmada bulunan veriler şunlardır:

-Katılımcıların çoğunluğu %54 ile kadınlardır. Katılımcıların çoğunluk olarak medeni durumu %59,9 ile evlidir. Katılımcıların çoğunluk olarak %32,3 ile 21-30 yaş aralığıdır. Katılımcıların çoğunluk olarak %32,3 olarak lisans mezunudur. Katılımcılar çoğunluk olarak yaptığı meslek türü %37 ile serbest meslektir. Katılımcılar çoğunluk olarak %34,9 ile 7500 ve altı gelir elde etmektedir. Katılımcılar çoğunluk olarak %55,0 ile aynı sağlık kuruluşuna yılda 2-5 kez gitmektedirler.

- Yapılan anket çalışması kapsamında 5 faktör bulunmaktadır. Bunlar kalite, değer, tutum, tatmin ve davranışsal niyettir.

- Sağlık kuruluşuna karşı tutumlarında kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

- Sağlık kuruluşlarında gördüğü değerın evli olanların bekâr olanlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Sağlık kuruluşlarından alınan tatmin düzeyi evli olanların bekâr olanlardan daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Sağlık kuruluşlarına gitme konusunda davranışsal niyet evli olanlarda daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

- Katılımcıların yaşlarına göre **kalite algısı** algılamaları; 51 ve üstü yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla, 31-40 yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha fazla, 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık kuruluşlarında algıladıkları **değer** düzeyleri; 31-40 yaş grubunun 20 ve altı yaş

grubundan daha fazla, 51 ve üstü yaş grubunun 21-30 yaş grubundan daha fazla değer düzeyleri algıladıkları ifade edilebilir. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık kuruluşlarından aldığı ve algıladıkları **tatmin düzeyleri**; 51 ve üstü yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla, 51 ve üstü yaş grubunun 21-30 yaş grubundan daha fazla, 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 yaş grubundan daha fazla tatmin düzeylerini algıladıkları ifade edilebilir. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık kuruluşlarını tercih ve tavsiye etme durumuna göre **davranışsal niyet**; Buna göre 51 ve üstü yaş grubunun 20 ve altı yaş grubundan daha fazla, 51 ve üstü yaş grubunun 21-30 yaş grubundan daha fazla, 51 ve üstü yaş grubunun 41-50 grubundan daha fazla davranışsal niyete sahip olduğu ifade edilebilir.

-Katılımcıların eğitim durumlarına göre **tatmin düzeyi** faktöründe İlköğretim eğitim grubunun, Lisans eğitim grubundan daha fazla sağlık kuruluşlarından aldığı tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir.

- Katılımcıların meslek durumlarına göre sağlık hizmetlerinden alınan **kalite algısı** düzeyi; Ev Hanımı meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların meslek durumlarına göre sağlık hizmetlerinden alınan **değer**; Ev Hanımı, Serbest Meslek grubundan daha fazla, Serbest Meslek grubunun Emekli grubundan daha fazla değer düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların meslek durumlarına göre sağlık hizmetlerinden **tatmin düzeyi** algılamaya yönelik; Emekli meslek grubunun Memur meslek grubundan daha fazla, Ev Hanımı meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla, Emekli meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla tatmin düzeyine sahip olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların meslek durumlarına göre sağlık hizmetlerini tercih ve tavsiye etmelerine yönelik **davranışsal niyet**; Ev Hanımı meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla, Emekli meslek grubunun Serbest Meslek grubundan daha fazla davranışsal niyete sahip olduğu ifade edilebilir.

- Katılımcıların gelir düzeyine göre sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin **kalite algısı** algılama düzeyi, 7501-8500 gelir grubu, 20000 ve üzeri gelir grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir.

- Katılımcıların sağlık kuruluşlarına gitme sayısına göre **kalite algısı**; 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İlk kez sağlık kuruluşuna gitme sayı

grubundan daha fazla, 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İki-Beş sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların sağlık kuruluşlarına gitme sayısına göre 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İlk kez sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla, 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna gitme sayı grubunun İki-Beş sağlık kuruluşuna gitme sayı grubundan daha fazla kalite algısına sahip olduğu ifade edilebilir.

Sonuç olarak; sağlık kuruluşuna karşı tutumlarında kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu, sağlık kuruluşlarında gördüğu değerin evli olanların bekâr olanlara oranla daha yüksek olduğu, sağlık kuruluşlarına gitme konusunda davranışsal niyet evli olanlarda daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşı büyük olan hastaların yaşı daha küçük olan hastalara göre kalite algısı, değer, tatmin düzeyi, tutum, davranışsal niyet faktörlerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumlarına göre sadece tatmin düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır. İlköğretim mezunlarının lisans mezunlarına göre tatmin olma düzeyi daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre eğitim seviyesi arttıkça tatmin düzeyide azalma olduğu sonucuna varılmıştır. Mesleklere göre ise kalite algısı, değer, tatmin düzeyi, davranışsal niyet faktörlerinde anlamlı farklılık sonucuna varılmıştır. Buna göre ev hanımlarının ve emeklilerin değer, tatmin düzeyi, davranışsal niyet, kalite algısı faktörlerinde çıkan sonuçlara göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Gelir düzeyinde ise 7501-8500 gelir düzeyine sahip olan hastaların 20000 ve üzeri gelir düzeyine sahip olan hastalara göre daha fazla kalite algısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan hastalar gelir düzeyi düşük olan hastalara göre sağlık kurumlarında algıladıkları kalite daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık kuruluşlarına gitme sayısı 10 ve üzeri olan hastalar ilk kez giden hastalara göre daha fazla kalite algısı ve değer algısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. 10 ve üzeri sağlık kuruluşuna giden hastalar ise 2-5 üzeri sağlık kuruluşuna giden hastalara göre daha fazla kalite ve değer algısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre sağlık kuruluşlarına daha fazla giden hastaların daha az giden hastalara göre algıladıkları kalite algısının daha fazla olduğu ve sağlık kuruluşlarında algıladığı değer düzeyinin de daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Öneriler

1. Sağlık kuruluşları; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi ve meslek gibi demografik özelliklerini dikkate alarak hizmet sunumlarını özelleştirebilirler.
2. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, hasta memnuniyetini artırmak için eğitim programları ve iletişim stratejileri geliştirebilirler.
3. Gelir düzeyi düşük olan hastaların daha yüksek kalite algısı yaşamalarını sağlamak için ekonomik erişilebilirlik önlemleri alınabilir.
4. Sağlık kuruluşları, hasta memnuniyetini artırmak ve kaliteyi iyileştirmek için düzenli olarak hasta geri bildirimlerini toplamalı ve bu geri bildirimlere dayalı olarak gerekli düzeltici önlemleri almalıdır.
5. Sağlık hizmetlerinin sunumunda sürekli kalite iyileştirme çabaları devam etmelidir.

KAYNAKÇA

- Abut, Ayşenur (2018). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Örneği*, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
- Ak, Sebla (2021). “Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları”, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 20(1), 28-36.
- Akbaş, Esin (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akdağ, Mustafa (2005). “Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt İçindeki Yeri”. *Selçuk İletişim*, 4(1), 159-170.
- Akdağ, Recep (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839, Ankara.
- Akdur, Recep (2006). *Sağlık Sektörü" Temel Kavramlar ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu"*, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akkılıç, Emin (2002). “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1): 203-218.
- Alcan, Esra (2015). AB İlerleme Sürecinde Türkiye’de Sağlık.
- Alpman, Sevinç Nazdan (1999). *Türk Standartlar Enstitüsünün Hazırladığı Hastanelerin Akreditasyonu İle İlgili Standartların Çağdaş Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Ölçütleri İle Uyumunun Araştırılması*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altay, Asuman (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.

- Atilla, Gaye (2012). *Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Isparta.*
- Aydin, Erdem (2004).” 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”. *OTAM Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, 15(15), 185-207.*
- Ayhan, Emine (2011). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında İnovasyonun Önemi Malatya’da Faaliyet Gösteren Hastanelerde Bir Uygulama, Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.*
- Bakan İsmail, Erşahan Burcu, İlker Kefe ve Bayat Murat (2011). “Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Gören Hastaların Sağlıkta Hizmet Kalitesine İlişkin Algılamaları”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1(2), 1-26.*
- Bankaoğlu, Emine (2013). *Hasta Memnuniyetinin Kurumsal İmaj Üzerindeki Etkisi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerinde Bir Araştırma, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.*
- Coşgun, Yavuz (2020). *Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite ve Değerin Hasta Tutum, Tatmin ve Davranışsal Niyetleri Üzerine Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.*
- Coşkun, Nurcan (2011). *Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Çalış, Serkan (2006). *Türkiye’de Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Çalışkan, Zafer (2008). “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(2), 29-50.*

- Çelik, Ayşegül (2009). *Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çelik, Ömer (2018). *Hastanelerde Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartlarının Sağlık Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi: Konya Örneği*, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Çiçek Recep ve Doğan İsmail Can (2009). “Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 199-217.
- Dadan, Kadir (2003). *Üç Farklı Statüde Hizmet Veren Hastanede Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dedeoğlu, Selen (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanlarının, Özel Sigortalı Hastalar Açısından Değerlendirilmesi*, Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Demir, Azime (2019). *İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Afyonkarahisar Örneği*, Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Derin Neslihan ve Demirel Erkan (2010). “Kurum İmajının Kurum Kimliği Açısından Açıklanabilirliği: İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2), 155-193.
- Efil, İsmail (2016). *Toplam Kalite Yönetimi* (8. Baskı). Bursa: Dora Basım-Yayın Dağıtım.
- Ertem, Adnan (1999). “Osmanlı'dan Günümüze Vakıflar”, *Dîvân: Disiplinlerarası Çalışmalar Dergisi*, (6).
- Genç, Hatice (2011). *Toplam Kalite Yönetimi Dahilinde Hasta Memnuniyeti (Sivas Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Araştırması)*, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

- Güllülü Uğur, Erciş Aysel, Ünal Sevtap ve Yapraklı Şükrü (2008). “Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti”, *Ankara: Detay Yayıncılık*, 21-39.
- Hayran Osman, Nurgül Sarp, Aydın Sabahattin Sur, Haydar, Palteki Tunçay ve Özsarı Haluk (2018).*Sağlık Kurumları Yönetimi I*, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Ildır, Ali (2004). *Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi*. Seçkin Yayıncılık.
- Işık Özden, Aydınlioğlu Mehmet Hakan, Koç Selma, Gündoğdu Oğuz, Korkmaz Gülcan ve Ay Asime (2012). “Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2(28), 82-123.
- Işık, Fatma (2017). *Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastalarda Otelcilik Hizmetlerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- İbadullayeva Jahan, Jumaniyazova Klara, Azimzadeh Sina, Canıgür Selim ve Ferhan Esen (2019). “Çevre Kirliliğinin İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri”, *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 52-58.
- Karaca Burçoğlu, Şükran (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Karadağ, Şenay (2007). *Acil Üniteye Yönelik Hasta Memnuniyeti*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Karafakioğlu, Mehmet (2000). *Uluslararası Pazarlama Yönetimi Teori, Uygulama ve Örnek Olaylar*, İstanbul.
- Kasapoğlu, Aytül (2016). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kavlakoğlu, İbrahim (1996). *Toplam Kalite Yönetimi*, Kalder Yayınları, İstanbul.
- Kavuncubaşı Şahin (2000). *Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı yayınları, Ankara.

- Kaygın, Nesrin (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kılıç Taşkın ve Topuz Rasime (2015). “Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 9(1), 78-97.
- Kılıçarslan, Menekşe (2019). “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dijital Pazarlanması”. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (17), 1145-1149.
- Kısa, Adnan (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ed.: N. Toggöz, T.C. Anadolu.
- Koçak, Nihal (2014). *Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Hasta Personel İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Köseoğlu, Pınar (2007). *Aydın ve İzmir’deki Periton Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Kunii, Toshio (1972) “Japon Endüstrisinde Kullanılan Tüm Kalite Kontrolü,” (Çev: Bilge Ekin), *Verimlilik Derg*, Milli Produktivite Merkezi, 1(4), 859-870.
- Mutlu Ayşegül ve Ak Işık (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, (3. Baskı), Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Orhaner, Emine (2006). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Öz Murat ve Uyar Esra (2014). “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2014(1), 123-132.
- Özdemir, Tayfun (2000). *İstatistiksel Kalite Kontrol*, A.Ü.F.F. Döner Sermaye İşletmesi Yayınları No: 62, 4

- Özen Üstün, Çam Handan ve Yalçın Aslay Fulya (2011). “Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde Örnek Uygulama”, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi Journal of Academic Approaches*, 2(1), 25-43.
- Öztek, Mehmet Yaman (2005). “Performans Ölçümünde Esas Alınan Ölçütler”. *Öneri Dergisi*, 6(23), 19-22.
- Öztürk Yüksel ve Yazıcıoğlu İrfan (2002). “Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Alternatif Turizm Faaliyetleri Üzerine Teorik Bir Çalışma”. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(10), 183-195.
- Öztürk, Habib (2016) *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği)*, Beykent Üniversitesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Perincek Seher, Duran Deniz ve Kırtay Erhan (2008). *Dünyada Kalite Kontrol ve Toplam Kalite Kontrol Uygulamaları (Bölüm I)*, Tekstil ve Konfeksiyon 2/2008.
- Sağlık Bakanlığı, (2014). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Ankara,
- Sarp, Nurgül (2014). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*, KKTC: Lefke
- Savaş Halil ve Ayşe Gülderen Kesmez (2014). “Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi, Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma”, Pamukkale Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 17.
- Sevim Adnan (1997) “Toplam Kalite Yönetimine Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyetlerinin Tekdüzen Hesap Planı Çerçevesinde Muhasebeleştirilmesi”, *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Derg*, 13(1-2), 209-255.
- Söylemez Haluk, Koplay Mustafa, Sak Erdal ve Cingu, Kürşat (2009). “Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisi Sinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi”. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(2).
- Sözen Cemil ve Yönetim, İbrahim (2003). “Sağlık Yönetimi, Palme Yayıncılık”. *Management and Sustainable Development*, 16(3), 181-194.

- Sünter Ahmet, Teyfik, Dabak Şennur, Canbaz Sevgi ve Pekşen Yıldız (2010). “Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti”. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 20(3)
- Şahin, Emre (2022). “Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite İyileştirme Araçları”. *Sağlık ve Yönetim Dergisi (Sağlık Ve Yönetim Dergisi)* , 2 (1), 33-42.
- Şahin, Münevver (2021). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi: Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
- Şimşek Muhittin ve Nursoy Mustafa (2002). *Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme*, Hayat Yayınları, İstanbul.
- Tan, Muhsin (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirilmesi: Bingöl Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama*, Bingöl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bingöl.
- Tan, Özge (2009). *Performans Değerlendirme Sistemine İlişkin Örgütsel Adalet Algısının Sistemden Duyulan Memnuniyet Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taş, Emre (2019). *Sağlık Kurumlarında Kalite İyileştirme Uygulamaları; Sağlık Bakımı İlişkili Enfeksiyonların Yönetimi Üzerine Bir Araştırma*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taşlıyan Mustafa ve Gök Sibel (2012) “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 78.
- Tekin, Mahmut (1999). *Toplam Kalite Yönetimi*, Kuzucular Ofset, Konya
- Tengilimoğlu Dilaver, Işık Oğuz ve Akbolat Mahmut (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Tengilimoğlu, Dilaver (2000). “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, (1), 188-202.
- Topkaya, Özgür (2016). “Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 707-722.
- Tosun Salih ve Azazi Hasan (2019). “Yerel’de Mülteci ve Sığınmacılara Yönelik Sosyal Politika Uygulamaları: Balıkesir Örneği”. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 14 (2), 213-234
- Tükel Batuhan, Acuner Ahmet, Önder Rıfkı ve Üzgöl Arzu (2004). “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)”. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4).
- Ulutürk, Süleyman (2015). “Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği”, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, (603), 47-63.
- Uyguç, Nermin (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım. Dokuz Eylül Yayınları. Üniversitesi Yayınları No: 1778, Eskişehir.*
- Varinli İnci ve Aysel Çakır (2004)., “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma”, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı*, 17/2, 33-52.
- Williams, Bruno (1994). Hasta Memnuniyeti: Geçerli Bir Kavram Mı? *Sosyal Bilimler ve Tıp*, 38 (4), 509-516.
- Yanık, Aygöl (2009). *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İstanbul Üniveristesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.*
- Yeşilbayır, Serkan (2007). *Toplam Kalite Yönetimi* , İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yılmaz, Meryem (2021). “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 69-74.

Yildiz, Zafer (2018). *Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ile Analizi*, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Sivas.

İnternet Kaynakları

Akpınar, Cemil (1998). “Hekimbaşı”, Erişim adresi: <https://islamansiklopedisi.org.tr/hekimbasi>, Erişim Tarihi: 09.05.2023

Çelik, İlhan (2022). “Turkovac'ı kim buldu?" Türkiye'nin Yerli Korona Aşısı Turkovac Nerede Üretildi? Yerli Aşı Turkovac Kimin?” Erişim adresi: <https://www.haberler.com/ekonomi/cumhurbaskani-yardimcisi-yilmaz-emekli-maasi-16363618-haberi/>, Erişim Tarihi: 07.08.2023

Resmi Gazete, (1961). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G Sayısı: 10705, R.G. Tarihi: 12.01.1961.

Tapan Birkan, Çapraz Neşe ve Kanar Dinar (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Erişim adresi: <http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr>, Erişim Tarihi: 02.02.2023

[www.mevzuat.gov](http://www.mevzuat.gov.tr) (2023). “Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik”, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=39362&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi: 03.05.2023

[www.saglik.gov](http://www.saglik.gov.tr) (2023). “Sağlık Bakanlığının Tarihçesi”, Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, Erişim Tarihi: 17.07.2023

[www.tuseb.gov](http://www.tuseb.gov.tr) (202). “Hakkımızda”, Erişim Adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/kurumsal/hakkimizda>, Erişim Tarihi: 19.06.2023



EKLER

Ek 1. Anket Formu

Sayın Cevaplayıcı; Bu anket formu; “SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA MEMNUNİYETİ VE ALGILADIKLARI KALİTE AÇISINDAN İNCELENMESİ: SİVAS İLİ ÖRNEĞİ” isimli tez çalışmasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Yukarıda adı geçen tez çalışmasında bulunan bu çalışma danışmanım Dr. Öğr. Üyesi ZAFER YILDIZ ile koordineli bir şekilde bilgi alışverişi yaparak hazırlanmıştır. Sivas ili genelindeki hastanelerden hizmet alan hastaların sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin ne derece sağlandığını ve sağlanan memnuniyetin de kaliteye etkisini araştırmak üzere düzenlenmiştir. Gönüllülük esasına göre hareket edilip, bu kapsamda kişiler anket çalışmasına katılım konusunda zorlanmayacak ve katılan kişiler istedikleri soruları cevaplayarak, istedikleri anda da çalışmadan ayrılabilir. Çalışmanın cevaplama süresi 10 dakika olarak hesaplanmış ve önerilmiştir. Bu çalışma ile ilgili bilgi almak soru sormak ve görüşleriniz için aşağıda iletişim numarası ve elektronik adres verilmiştir. Çalışma sonuçları, amacının dışında kesinlikle kullanılmayacak ve hiçbir şekilde kurum ve kişi adı belirtilmeyecektir. Anket çalışmasıyla elde edilen sonuçlarının bilimsel olarak değerlendirilmesi ve bilim dünyasına katılması ile birlikte çıkan veri ve sonuçların tüm kesimlerin faydalanacağı ve hasta memnuniyetinin Sivas ili örneğinde memnuniyet oranını ölçeceği ve memnuniyet oranının artacağı temennisindeyiz. Samimi cevaplarınız için ve bizlere değerli vaktinizi ayırdığınız için şimdiden teşekkür eder, başarılar dileriz.

Ebubekir HANÇER

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
E Posta: @hotmail.com

TEL:0

1.	Cinsiyetiniz	Kadın ()	Erkek ()
2.	Yaşınız		
3.	Medeni Haliniz	Evli ()	Bekar ()
4.	Eğitim Durumunuz	İlköğretim () Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisans Üstü ()	
5.	Mesleğiniz	İşçi () Memur () Ev hanımı () Serbest meslek () Emekli () Diğer (Lütfen belirtiniz)	
6.	Gelir düzeyiniz (Aylık Ortalama)	7500 ₺ ve altı () 7501 ₺ - 8500 ₺ () 8501 ₺ - 14000 ₺ () 14001 ₺ - 20000 ₺ () 20001 ₺ ve üzeri ()	
7.	Aynı Sağlık Kurumuna Bir Yıl İçerisinde Kaçınıcı Kez Geldiniz?	İlk () İki – Beş () Altı – Dokuz () 10 ve üzeri ()	

A. Hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini algılama düzeyinizi belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
(1) Kesinlikle Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle Katılıyorum		1	2	3	4	5
1.	Hastane teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.					
2.	Hastane binaları görsel olarak çekicidir.					
3.	Hastane çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.					
4.	Hastanenin sunduğu tedavi hizmetlerinin yanı sıra sunduğu ek hizmetler (kafeterya, otopark, temizlik, güvenlik vb) de çekicidir.					
5.	Hastane vaat ettikleri hizmeti yerine getirir.					
6.	Hastaların bir problemi olduğunda hastane çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.					
7.	Hastane sunduğu hizmeti ilk seferde doğru şekilde yerine getirir.					
8.	Hastane vaat ettiği hizmeti zamanında yerine getirir.					
9.	Hastane kayıt ve faturalama işlemlerinde dürüst ve güvenilirdir.					
10.	Hastane çalışanları, hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.					
11.	Hastane çalışanları, hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.					
12.	Hastane çalışanları, hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllüdür.					
13.	Hastane çalışanları, hastaların isteklerine hemen cevap verir.					
14.	Hastanede hastalar çalışanlarla ilişkilerinde kendilerini güvende hisseder.					
15.	Hastanede hastalar aldıkları hizmete ilişkin güven duyar.					
16.	Hastane çalışanları, hastalara karşı her zaman saygılı ve naziktir.					
17.	Hastane çalışanları, işlerini iyi yapabilmek için işverenlerinden uygun ve yeterli desteği alır.					
18.	Hastane çalışanları, her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenir.					
19.	Hastane çalışma saatleri hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir.					
20.	Hastane çalışanları, hastalara özel ilgi gösterir.					
21.	Hastane çalışanları, hastaların çıkarları ile candan ilgilenir.					
22.	Hastane çalışanları, hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.					

B. Hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinden algıladığınız değer düzeyinizi belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi belirtiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4	5
1.	Hastanede ödeme yapmam gerektiğinde, uygulanan fiyatlar bütçeme uygundur.					
2.	Hastaneden aldığım sağlık hizmetini düşündüğümde kendimi değerli hissettim.					
3.	Hastanenin sağlık hizmeti sunmada yeterince uzman olduğunu düşünmekteyim.					
4.	Hastaneden aldığım hizmet için harcadığım zamana değdi.					
5.	Hastaneden aldığım hizmetler sayesinde sağlığımı yeniden kazandım.					
6.	Hastaneden hizmet alırken zihinsel ve bedensel olarak çok fazla stres yaşamadım.					
C. Hastaneye ilişkin tutumlarınızı belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi belirtiniz.						
1.	Bu hastanenin genel olarak iyi bir hastane olduğunu düşünüyorum.					
2.	Bu hastaneden hizmet almak benim koşullarım için en uygun seçimdir.					
3.	Hastaneden aldığım sağlık hizmeti beni tatmin etti.					
4.	Genel olarak hastane ile ilgili olumlu bir izlenim edindim.					
5.	Hastaneyi ve aldığım hizmetleri genel olarak beğendim.					

<i>D. Hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinden tatmin düzeyinizi belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi belirtiniz.</i>					
1.	Genel olarak hastanenin sunmuş olduğu hizmetlerden oldukça memnunum.				
2.	Hastaneden aldığım hizmetlerden fayda sağlayacağımı bilmek beni memnun eder.				
3.	Gelecekte yine bu hastaneden sağlık hizmet alacak olursam aynı şekilde memnun olacağımı tahmin etmekteyim.				
4.	Hizmet aldığım hastanenin sunduğu hizmetler benim açımdan ideale yakındır.				
5.	Hizmet aldığım hastanenin sunduğu hizmetler beklentilerimin de üzerindedir.				
<i>E. Gelecekte hastaneye yönelik tercih ve tavsiye davranışlarınızı belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi belirtiniz.</i>					
1.	Daha sonra bir sağlık problemim olursa öncelikli olarak bu hastaneyi tercih ederim.				
2.	Bu hastanede aldığım hizmetin bedeli nispeten daha yüksek olsa da ihtiyaç duyarsam yine bu hastaneye gelirim.				
3.	Hizmet aldığım hastaneyi yakınlarıma ve arkadaşlarıma tavsiye ederim.				

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim.

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad Soyad : Ebubekir HANÇER

Uyruğu : T.C.

