

YAZARIN ADI SOYADI: Pınar Köseoğlu

BAŞLIK:Aydın ve İzmir’deki Periton Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi; Ampirik Bir Çalışma.

ÖZET

Gelişen teknoloji ve artan rekâbet ortamı birçok alanda önemli gelişmelere neden olmuştur. Bu değişimler birçok sektörü etkilemiş, sektörler yönetimlerini, hizmeti algılama şekillerini, kalite anlayışlarını ve müşteriye bakış açılarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmışlardır. Bu değişim doğal olarak sağlık sektörüne de yansımaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde hastaların müşteri olarak görünmeye başlanması ile birlikte, sağlık kuruluşları kendi istedikleri hizmetleri müşterilere sunmak ve onların bu hizmetleri kullanmalarını beklemek yerine hedef kitlenin gereksinimlerini bilimsel olarak değerlendirmeyi ve onları memnun edecek hizmetleri sunmayı prensip haline getirmişlerdir. Bu anlayış daha kaliteli hizmet vermeyi ve hasta memnuniyeti kavramını ortaya çıkarmıştır.

Bu çalışmada kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak periton diyalizi tedavisi gören hastaların aldıkları hizmetlerden memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bunun için, Aydın ve İzmir’de faaliyet gösteren beş hastanede periton diyalizi gören 117 hasta üzerinde bir anket düzenlenmiş, anket sonuçları regresyon ve faktör analizi yapılarak yorumlanmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların memnuniyet düzeyini etkileyen en önemli faktörün doktor, sonrasında hemşire olup bu faktörleri eğitim olanakları ve hastanenin fiziksel koşulları takip etmektedir. Araştırma kapsamında periton diyalizi gören hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarının genel olarak beklentilerine cevap verdikleri ve %68’inin aldıkları hizmetten çok memnun oldukları ortaya çıkmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER:

Sağlık Hizmetleri, Hizmet Pazarlaması, Müşteri Memnuniyeti, Hasta Memnuniyeti

NAME & SURNAME OF THE WRITER: Pınar Köseoğlu

TITLE: Evaluation of the peritoneal dialysis patients' satisfaction living in Aydın and İzmir; an ampiric study

SUMMARY

Advances in technology and increasing competition has lead to important developments in various areas. These changes affected various industries, so that industries had to go over and to review their management styles, services, quality and customer management systems. Those trends had also affected health industry.

After the health industry is recoqnotion patients as customers, the health service organizations started evaluating the needs of patients scientifically, and offering services that satisfy patients, instead of offering what they want and wait for patients to use those services. Those kind of thinking has lead to concept of improved quality in service, and patient satisfaction.

The objective of this study is to measure the level of satisfaction of chronic renal failure pations from the peritoneal dialysis treatment. To this end, a survey was conducted on 117 patients receiving PD treatment in five hospitals in Aydın and İzmir. The results of the survey, is interpreted by applying regression and factor analysis.

According to the results of the study, the most important factor that affects the satisfaction level of patients is doctor, then nurse and those followed by educational opportunities and physical conditions of the hospital. The hospitals that patients in the study were treated in, has met the needs of patients in general, and %68 of patients were very satisfied with the service they receive.

KEY WORDS: Health Services, Service Marketing, Customer Satisfaction, Patient Satisfaction.

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitim sürem boyunca benden ilgi ve desteğini esirgemeyen ve birlikte çalışmaktan gurur duyduğum, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Selim Bekçioğlu'na,

Bu çalışmanın gerçekleşmesine katkıda bulunan, çalışmamın plânlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve araştırma süresince her aşamada yardımlarını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma Yüksel Çakır'a,

Çalışmanın yöntemi, çizelgelerin hazırlanması ve istatistiksel analizler konusunda katkıda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Mesut Çakır'a,

Çalışmanın yürütülmesi aşamasında desteklerini benden esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa Doğaner ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Ece Armağan'a,

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izni veren, uygun ortam sağlayan ve gerekli bilgilerin toplanmasına yardımcı olan, çalışmam süresince benden her konuda yardımlarını esirgemeyen, Adnan Menderes Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyeleri Sayın Doç. Dr. Harun Akar ve Sayın Doç. Dr. Yavuz Yeniçerioglu'na,

Çalışmanın uygulanabilmesi için gerekli izni veren, uygun ortam sağlayan ve desteğini esirgemeyen, Ege Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Fehmi Akçiçek'e ve Diyaliz Başhemşiresi Sayın Deniz Karadeniz'e,

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli kolaylıkları sağlayan, Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü doktoru Sayın Uzm. Dr. Sinan Erten'e,

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli izni veren, İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Nefroloji Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Mustafa Cirit'e,

Çalışmamın yapılabilmesi için gerekli izni veren, Alsancak Devlet Hastanesi Nefroloji Bölümü doktoru Sayın Uzm. Dr. Erdal Karaca'ya,

Çalışmamın yapılabilmesi için uygun ortam sağlayan, hastalar hakkında gerekli bilgileri veren, hastalar tarafından anketlerin doldurulmasına yardımcı olan ve her konuda yardım ve desteklerini esirgemeyen Ege Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Periton Diyaliz Ünitesi SAPD hemşireleri Sayın Sevim Öztarhan'a, Sayın Betül Ünal'a ve diyaliz teknikeri Sayın Gökçe Kaya ile Sayın Serpil Kondu'ya,

Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesi SAPD hemşireleri Sayın Esvet Sezerer ile Şenay Yıldız'a,

İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesi SAPD hemşireleri Sayın Bahriye Kılıç ile Sayın Dilek Taner Uyaroğlu'na,

Alsancak Devlet Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesi SAPD hemşireleri Sayın Kezban Urhan ile Sayın Sevinç Çakmak'a,

Bu çalışmanın her aşamasında benden destek ve emeklerini esirgemeyen, Eczacıbaşı Baxter İzmir Bölge Müdürü Sayın Tuğrul Erlik'e, Eczacıbaşı Baxter Renal Ürünler İzmir Bölge Yöneticisi Sayın Esin Kıryatan'a, Eczacıbaşı Baxter Renal Ürünler Tanıtım Sorumlusu Sayın Deniz Cerinan'a,

Bu çalışmanın her aşamasında benden esirgemediği emek ve katkılarından dolayı sevgili eşim Doç. Dr. Ömer Faruk Kutsi Köseoğlu'na,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	v
EKLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
HİZMET KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HİZMET PAZARLAMASI	
1.1. HİZMETİN TANIMI	3
1.2. HİZMETİN TEMEL ÖZELLİKLERİ	4
1.2.1. Hizmetin Dokunulmazlığı	4
1.2.2. Hizmetin Ayrılmazlığı	5
1.2.3. Hizmetin Değişkenliği	6
1.2.4. Hizmetin Sahip Olunamaması	7
1.2.5. Hizmetin Dayanıksızlığı	8
1.3. HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI	8
1.3.1. Hizmet Yapısına Göre Sınıflandırma	9
1.3.2. Hizmetin Kişiyeye Özel Olmasına ve Hizmet İşletmesinin İnsiyatifine Göre Sınıflandırma	10
1.3.3. Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle İlişkisi Türüne Göre Sınıflandırma	11
1.3.4. Hizmet Talebinin Yapısına Göre Sınıflandırma	13
1.3.5. Hizmet Dağıtım Yöntemine Göre Sınıflandırma	13
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	15
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	17
1.5.1. Kolay Kullanılabilirlik	18
1.5.2. Kalite	19

1.5.3. Süreklilik	20
1.5.4. Verimlilik	20
1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	21
1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	21
1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	22
1.6.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	24
1.6.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	24
1.7. HİZMET PAZARLAMASI	25
1.7.1. Hizmet Pazarlama Karması Elemanları	26
1.7.1.1. Ürün (Hizmet)	28
1.7.1.2. Fiyat	29
1.7.1.3. Tutundurma	30
1.7.1.4. Dağıtım	31
1.7.1.5. Fiziksel Ortam	32
1.7.1.6. Katılımcılar	34
1.7.1.7. Süreç Yönetimi	36
1.8. HİZMET SEKTÖRÜNDE VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMANIN ÖNEMİ	38

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. HİZMET KALİTESİ	41
2.1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı	42
2.1.2. Hizmet Kalitesinin Müşteri Tarafından Değerlendirilmesi	46
2.1.3. Hizmet Kalitesinin Yönetimi	49
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	50
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE SAĞLAMA SİSTEMLERİ	53
2.3.1. Kalite Kontrolü	53
2.3.2. Kalite Güvencesi	55

2.4. MÜŞTERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMLARI	56
2.4.1. Müşteri Memnuniyeti	57
2.4.2. Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyeti	65
2.4.3. Hasta Memnuniyeti Kavramı	66
2.4.3.1. Hasta Memnuniyeti ve Kalite	69
2.4.3.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi	71
2.4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	73
2.4.4.1. Hastaya Yönelik Faktörler	74
2.4.4.2. Hizmet Verenlere Yönelik Faktörler	78
2.4.4.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler	82

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AYDIN VE İZMİR'DEKİ PERİTON DİYALİZ HASTALARININ MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: AMPİRİK BİR ÇALIŞMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	85
3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	85
3.3. ARAŞTIRMANIN KISITLARI	86
3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	87
3.4. ANALİZ VE SONUÇLARI	87
3.5.1. Anket Yapılan Hastaların Demografik Yapıları ve Hastaneler	87
3.5.2. Anket Yapılan Hastalar Açısından Hizmet Faktörlerinin Önem Düzeyleri	101
3.5.3. Anket Çalışmasına İlişkin Regresyon Analizi	102
3.5.4. Anket Çalışmasına İlişkin Faktör Analizi	108
3.5.5. Anket Çalışmasında 18-20 Arasındaki Soruların Değerlendirilmesi	119
3.5.6. Anketteki Açık Uçlu Soruların Değerlendirilmesi	122
SONUÇ	123
KAYNAKLAR	128
EK	144
ÖZGEÇMİŞ	147

EK LİSTESİ

Ek: Anket Formu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1: Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırma.....	10
Tablo 1.2: Hizmetin Kişiyeye Özel ve Hizmet İşletmesinin İnsiyatifine Göre Sınıflandırılması.....	11
Tablo 1.3: Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle Olan İlişkinin Türüne Göre Sınıflandırma	12
Tablo 2.1: Hastane Hizmet Kalitesi Boyutlarının Özet Tablosu.....	45
Tablo 3.1: Anket Uygulaması Yapılan Hastane Adları ve Yüzdeleri	87
Tablo 3.2: Ankete Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımları.....	88
Tablo 3.3: Ankete Katılan Hastaların Yaşlarının Dağılımı.....	89
Tablo 3.4: Ankete Katılan Hastaların Öğrenim Durumları.....	90
Tablo 3.5: Ankete Katılan Hastaların Meslekleri.....	91
Tablo 3.6: Ankete Katılan Hastaların Aylık Gelirleri.....	92
Tablo 3.7: Ankete Katılan Hastaların Yaşadıkları Yerler.....	93
Tablo 3.8: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvenceleri.....	94
Tablo 3.9: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvencelerinin Türü	95
Tablo 3.10: Ankete Katılan Hastaların İlk Uyguladıkları Tedavi Türü.....	96
Tablo 3.11: Ankete Katılan Hastaların Hemodiyaliz Uygulama Süreleri	97
Tablo 3.12: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi Uygulama Süreleri.....	98
Tablo 3.13: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi İçin Hastaneye Gitme Sıklıkları	99
Tablo 3.14: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisini Uygulayabilme Durumları	100
Tablo 3.15: Hizmet Faktörlerine İlişkin Önem Dereceleri	101
Tablo 3.16: Hemşirelerden Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları	109
Tablo 3.17: Doktorlardan Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları	110

Tablo 3.18: Hastanenin Fiziksel Koşullarından Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları	111
Tablo 3.19: Eğitim Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları	112
Tablo3.20: Adnan Menderes Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	113
Tablo 3.21: Alsancak Devlet Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	114
Tablo 3.22: Atatürk Eğitim Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	115
Tablo 3.23: Sağlık Bakanlığı İzmir Eğt. ve Arş. Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	116
Tablo 3.24: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	117
Tablo 3.25: Hizmet Faktörlerine İlişkin Genel Memnuniyet Düzeyleri.....	118
Tablo 3.26: Ankete Katılan Hastaların Bir Önceki Gelişlerine Oranla Hizmet Kalitesindeki Gelişme Durumu	119
Tablo 3.27: Sunulan Hizmetin Ankete Katılan Hastaların Beklentilerini Karşılama Düzeyi	120
Tablo 3.28: Ankete Katılan Hastaların Genel Memnuniyet Düzeyleri	121

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi.....	16
Şekil 2: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri.....	18
Şekil 3: Ürün ve Hizmet İçin Pazarlama Karması Elemanları.....	27
Şekil 4: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	74
Şekil 5: Anket Uygulaması Yapılan Hastane Adları ve Yüzdeleri	88
Şekil 6: Ankete Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımları.....	89
Şekil 7: Ankete Katılan Hastaların Yaşlarının Dağılımı.....	90
Şekil 8: Ankete Katılan Hastaların Öğrenim Durumları.....	91
Şekil 9: Ankete Katılan Hastaların Meslekleri.....	92
Şekil 10: Ankete Katılan Hastaların Aylık Gelirleri.....	93
Şekil 11: Ankete Katılan Hastaların Yaşadıkları Yerler.....	94
Şekil 12: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvenceleri.....	95
Şekil 13: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvencelerinin Türü	96
Şekil 14: Ankete Katılan Hastaların İlk Uyguladıkları Tedavi Türü.....	97
Şekil 15: Ankete Katılan Hastaların Hemodiyaliz Uygulama Süreleri	98
Şekil 16: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi Uygulama Süreleri.....	99
Şekil 17: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi İçin Hastaneye Gitme Sıklıkları	100
Şekil 18: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisini Uygulayabilme Durumları ...	101
Şekil 19: Hizmet Faktörlerine İlişkin Önem Dereceleri	102
Şekil 20: Adnan Menderes Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	114
Şekil 21: Alsancak Devlet Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	115
Şekil 22: Atatürk Eğitim Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	116
Şekil 23: Sağlık Bakanlığı İzmir Eğt. ve Arş. Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	117
Şekil 24: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri	118

Şekil 25: Hizmet Faktörlerine İlişkin Genel Memnuniyet Düzeyleri.....	119
Şekil 26: Ankete Katılan Hastaların Bir Önceki Gelişlerine Oranla Hizmet Kalitesindeki Gelişme Durumu.....	120
Şekil 27: Sunulan Hizmetin Ankete Katılan Hastaların Beklentilerini Karşılama Düzeyi	121
Şekil 28: Ankete Katılan Hastaların Genel Memnuniyet Düzeyleri	122

KISALTMALAR

SAPD	:Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
APD	:Aletli Periton Diyalizi
SDBY:	:Son Dönem Böbrek Yetmezliği
Ss	:Sayfalar
SSK :	:Sosyal Sigortalar Kurumu
JCAHO	:Sağlık Kurumları Birleşik Akreditasyon Komitesi
CRP	:Müşteri İlişkileri Yönetimi
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
PET	:Peritoneal Eşitleme Testi
PTH	:Paratiroid Hormonu
TSE	:Türk Standartları Enstitüsü
ASQC	:ABD Kalite Kontrol Derneği
EOQC	:Avrupa Kalite Kontrol Örgütü
Na	:Sodyum
K	:Potasyum
Ca	:Kalsiyum
P	:Fosfor
Mg	:Magnezyum
AIDS	:Acquired İmmune Deficiency Syndrome
EKG	:Elektrokardiyografi
CMV	:Cytomegalovirus
HIV	:Human İmmunedeficiency Virus
ISO	:Uluslararası Standartlar Teşkilâtı
IBM	:Türkiye Web Sitesi
TKY	:Toplam Kalite Yönetimi

GİRİŞ

Hızlı değişimlerin yaşandığı günümüzde, hizmet sektörünün büyümesi ile birlikte ulaşım, iletişim, kültür-sanat, eğlence ve sağlığa kadar çok geniş ve çeşitli alanlarda talepler yaratılmaktadır.

Hizmet pazarlaması, güncel pazarlama yaklaşımları açısından da önem kazanmaktadır. Son yıllarda hizmet pazarlaması, özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla sağlık hizmetlerinde geniş uygulama alanı bulmaktadır. Bu gelişmeler kendi kuruluşlarının tercih edilmesi yönünde özel sağlık kurumu yöneticilerini farklı olmaya yöneltmektedir. Bu amaçla sundukları hizmetlerin hastalarca algılanmasını ve onların memnuniyetlerini araştırmak, öğrenmek ve değerlendirmek istemektedirler.

Memnuniyet tüm kurum müşterileri için oldukça önemli bir kavramdır. Ancak, memnuniyet sağlık kurumları müşterileri başka bir deyişle, hastalar için daha da önemlidir. Çünkü, söz konusu olan insan sağlığıdır. Kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak diyaliz tedavisi gören hastalar, bir sağlık kuruluşuyla sürekli ilişki içindedirler. Bu hastalar için de memnuniyet kavramı oldukça ön plânda gelmektedir.

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) renal replasman tedavileri böbrek nakli ve diyaliz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Diyaliz tedavisi hemodiyaliz ve peritoenal diyaliz olmak üzere iki farklı seçenekten oluşur (Merdan, 2002:1). Hemodiyaliz tedavisinde, bireyin makineye ve bir merkeze bağımlılık, diyet ve sıvı kısıtlaması, hipertansiyon, yorgunluk, bitkinlik gibi bir çok fizyolojik ve psikososyal sorunları ortaya çıkabilmektedir (Albayrak, 2003:6). Periton diyalizi ise, hemodiyalize alternatif olarak ortaya çıkmış ve son yıllarda oldukça rağbet görmüştür. Periton, karın boşluğunda bulunan, karın duvarı ve organları saran bir zarıdır.

Periton diyalizi, karın boşluğuna küçük bir ameliyat ile yerleştirilen, ince, yumuşak, silikondan yapılmış kalıcı bir tüp (kateter) aracılığı ile yapılır. Hastanın vücut yapısına göre çocuklarda 100-1000 ml, yetişkin insanlarda 2000-2500 ml kadar özel periton diyaliz solüsyonu karın boşluğuna verilir. Vücuda verilen solüsyon dört-altı saat kadar karın boşluğunda kaldıktan sonra yeni solüsyonla değiştirilir. Bu zaman süresince kanda bulunan üre, kreatinin gibi atık maddeler ve vücutta bulunan fazla sıvı, diyaliz solüsyonuna geçer. Karın boşluğuna diyaliz sıvısının verilmesi ve boşaltılması, yer çekimi ile gerçekleştirilir. Bu işleme "Diyaliz Torba Değiştirme İşlemi" denir. Diyaliz

işlemi hasta tarafından günde dört-beş kez yapılır. Bu şekilde uygulanan periton diyalizine SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) denir.

Evde makine aracılığı ile uygulanan periton diyalizi işlemine APD (Aletli Periton Diyalizi) denir. Bu tedavi biçiminde, hasta yatmadan önce set ve solüsyon torbalarını periton diyalizi makinesine yerleştirir ve makinesini önerildiği şekilde programlar. Kişi uyurken gece boyunca (8-10 saat), makine karın boşluğuna diyaliz sıvısını verir, bekletir ve boşaltır. Kişinin durumuna göre tedavide değişiklik yapılabilir (Eczacıbaşı, 2005).

Her iki diyaliz tedavisinde de hasta sağlık kuruluşuyla irtibat halindedir. Hemodiyalizde sağlık kurumunda tedavi gören hasta, periton diyalizinde evde sağlık kuruluşundan destek alarak kendi tedavisinde rol alır. Hastanın tedavi sürecinde sağlık kuruluşundan aldığı eğitim ve destek uygulamayı doğru ve bilinçli şekilde yapması, oluşabilecek enfeksiyon ve komplikasyonların önlenmesinde önemlidir.

Bu çalışma, Aydın ve İzmir il merkezlerinde faaliyet gösteren beş hastanede tedavi gören periton diyaliz hastalarının, aldıkları hizmetlere ilişkin memnuniyet düzeylerini ölçmek için yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışma üç bölümde ele alınmıştır.

Birinci bölüm'de hizmet kavramının açıklaması yapılarak, sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ve sınıflandırılması üzerinde durulmuştur. Ayrıca, hizmet pazarlamasının ve sağlık hizmetlerinde pazarlamanın önemi açıklanmıştır.

İkinci bölüm'de ise, hizmet kalitesi kavramına değinilerek sağlık hizmetlerinde kalite ve kalite sağlama sistemleri açıklanmış, müşteri ve hasta memnuniyeti kavramlarına açıklık getirilerek hasta memnuniyetini etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur.

Üçüncü bölüm'de Aydın ve İzmir illerindeki seçilmiş hastanelerde tedavi gören periton diyaliz hastalarının memnuniyet durumları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede periton diyalizi gören hastalara 22 sorudan oluşan bir anket uygulanmış, anket sonucunda regresyon ve faktör analizleri yapılarak hastaların memnuniyet düzeyleri tablolar ve grafikler halinde sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HİZMET PAZARLAMASI

2.1 HİZMETİN TANIMI

“İnsan gereksinmelerini sağlayan araçlar sadece gözle görülebilir ve elle tutulabilir sabit bir özellik taşımazlar. İnsan gereksinmelerini karşılayan ancak somut olmayan bu araçlara hizmet adı verilmektedir” (Karalar, 1998:30). Hizmet çok çeşitli ve değişik şekillerde olabilmektedir. Hizmet herkese göre değiştiği için tek bir hizmet tanımı yapmak çoğunlukla yetersizdir.

Hizmet; müşteri gereksinmelerinin tatmin edilmesi amacıyla üretilen, maddî olmayan, manevi olarak insanlara katkı sağlayan bir maldır. Diğer bir deyimle ise hizmet; ekonomik bir değer taşıyan yer, zaman ve psikolojik olarak fayda sağlayan bir işlemdir (Murdick, 1990:4).

Amerikan Pazarlama Birliği'ne göre hizmetler; soyut (en azından geniş ölçüde), üreticiden kullanıcıya direkt olarak mübadele edilen, taşınamayan, depolanamayan ve hemen derhal bozulabilir nitelikte olan mallardır (Değermen, 2006:2).

Goetsch ve Davis hizmeti, “Hizmet başka birisi için iş icra etmektir” şeklinde tanımlarken, Collier ise, “üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlamaktadır (Sevimli, 2006:1).

Philip Kotler'e göre hizmet, “bir tarafın diğer tarafa sunduğu, esas olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahiplik hakkını vermeyen bir faaliyet ve performanstır” (Kotler, 2003:444).

Farklı görüşlere göre yer alan hizmet tanımlarına baktığımızda, birbirine yakın anlamlar içerdiğini görmekteyiz.

Hizmetlerin kesin ve belirli bir tanımını yapmanın zorluğu yanında, hizmetlerin kapsamını belirlemenin de kolay olmadığı bir gerçektir. Çünkü, sosyal ve ekonomik değişimler ile teknolojideki gelişmelere bağlı olarak, her an yeni bir hizmet kavram ve çeşitinin ortaya çıktığını ve mevcut hizmetlerin de farklılaştırıldığını görmekteyiz.

Bu yüzden ayrıntılı bir hizmet ortaya koymak ve onu uzun süre değişmez kılmak olanaksızdır. Ancak, genel oluşturmak mümkündür. Örneğin, bankalar çok değişik hizmet türleri sunmakta ve bunlara her gün yenileri eklenmektedir. Ama, bunların hepsine bankacılık hizmetleri diye genel bir ad verilmektedir (Karahan, 2000:21) .

2.2 HİZMETİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Hizmetlerin farklı yapısı, bazı özgün özelliklerden kaynaklanmaktadır ve özelliklerin pazarlama karması oluşturulmasında göz önüne alınması zorunludur. Bu özellikler, hizmetler için farklı bazı noktalar ortaya çıkardığı gibi, ürünlerin pazarlanmasından farklı program ve uygulamaları beraberinde getirmektedir (Odabaşı, 2004:16).

Hizmetlerin en önemli özellikleri; “hizmetin dokunulmazlığı, ayrılmazlığı, değişkenliği ve sahip olunamama özellikleridir” (Mucuk, 2001:287). Hizmetin dayanıksızlığı ise, diğer bir özelliğidir.

2.2.1 Hizmetin Dokunulmazlığı

Mal ve hizmet arasındaki en temel fark, hizmetlerin dokunulmazlığıdır. Hizmeti satın alan kişi, bunu göremez, koklayamaz, duymaz ve dokunamaz. Bir malın satın alınmasıyla, hizmetin satın alınması arasındaki fark, hizmetin satın alınmadan görülememesidir (Solomon ve Stuart, 2000:293). Somut yani maddî bir ürün kolayca tasvir edilebilir, büyüklüğü, onu oluşturan maddeler açıklanabilir. Hizmet ise görülemez ve satış amacıyla vitrine konulamaz. Bu nedenle, hizmeti somut ürünlerle desteklemek ve kullanılmasıyla neler elde edileceğini anlatmak yeterli olmaktadır (Fidan, 1995:27).

Satın almada tüketicinin düşünce, tutum ve deneyimleri etkilidir. Hizmetin tekrar satın alınmasında da daha önceki deneyimler ve bilgiler büyük rol oynarlar. Hizmetin bu özgün niteliği, bazı pazarlama sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Odabaşı, 2004:16-17) :

- Hizmetleri depolama, stoklama olanağı yoktur.
- Hizmetleri patent aracılığıyla korumak olanaksızdır.
- Hizmetleri, hemen teşhir ve tanıtma olanağı yoktur.
- Hizmetlerin fiyatlandırılması zor ve karmaşıktır.

Tüketiciler olmayan şeyleri satın aldıkları için, satın almadan önce güvenecekleri işaretler ararlar. Satıcılar da bu işaretleri tüketicilere sağlamak zorundadırlar. Bu nedenle, hizmet personelinin tutumu, müşterinin hizmeti değerlendirmesini sağlar. Hizmet kuruluşları dokunulmazlık problemini aşmak ve müşterilere güven vermek için bazı fiziksel işaretler geliştirmişlerdir. Bu geliştirilen fiziksel işaretler, web siteleri, marka isimleri ve logolardır (Solomon vd, 2002:293).

Hizmet pazarlamasında hizmetin dokunulmaz özelliği göz önünde tutularak bazı farklı çalışmalar yapılabilir. İlk olarak, hizmetin somut bir sunuluşu geliştirilir. Finansal kuruluşların hizmetlerini somutlaştırmak için kullandıkları kredi kartları buna örnek gösterilebilir. İkinci olarak, hizmet kuruluşlarının görünen boyutları çekici ve etkili biçimde sunulmalıdır. Şirket çalışanlarının, büro düzeninin ve donanımın etkili bir hizmet sunulduğunu belirtmesi açısından önemi büyüktür. Üçüncü olarak, hizmet pazarlamacıları reklamlarında hizmetin getireceği yararı somut bir obje ile aktarmaya çalışmalıdırlar. Dördüncü olarak, hizmetin dokunulmazlık özelliğinin üstesinden gelebilmek için çok etkili müşteri ilişkileri geliştirilmelidir (Odabaşı, 2004:16-17).

Hizmetler dokunulamaz. Çünkü, denemeden önce hissedilemez ve duyulamaz özelliklere sahiptir. Örneğin, hasta kalp ameliyatı olmadan önce bu tedaviyi veya cerrahi müdahaleyi deneyemez, göremez. Bu özellik hizmeti satın alacak olanın, satın almadan önce hizmetin kalitesi konusunda bir yargıya varmasını güçleştirir. Psikiyatrisin odasındaki bir hasta sonucun ne olacağını önceden tahmin edemez. Bu özelliğin hizmet pazarlaması yönünden anlamı hizmetin kalite düzeyini belirlemek ve kontrol etmek için “müşteri tatmin” araştırmalarının yapılması gerektiğidir.

Sağlık hizmetleri tüm hizmetler içinde dokunurluğu en az olanıdır. Sipariş öncesi deneme imkânının olmaması nedeniyle, tüketici (hasta) hizmeti aldıktan sonra bile hizmeti değerlendiremeyebilir. Örneğin, ameliyat olan bir hasta veya check-up yaptıran bir kişi tüm prosedürlerin yüksek kalitede yapılıp yapılmadığını değerlendiremez. Bu tür sağlık hizmetlerine ihtiyaç hayat boyunca bir defa olabilir. Bu nedenle, hasta aldığı sağlık hizmetini kıyaslama imkânı bulamaz (Gümüş, 2005:46) .

2.2.2 Hizmetin Ayrılmazlığı

Hizmet ve mal arasında bir diğer fark, uyumluluk problemleriyle ilgili olan hizmetin ayrılmazlığıdır. Bir çok durumda tüketici sadece hizmetin bir alıcısı değil, aynı zamanda bir üretim faktörüdür. Hizmet sürecinde müşterinin bulunması, fiziksel ortamın daha iyi dizayn edilmesini gerektirir. Örneğin, bir öğrenci üniversiteye eğitim almak için gidebilir. Eğitimin kalitesi yüksek olabilir. Fakat, öğrenci park yeri bulmakta zorluk çekerse, danışmanlık hizmetlerini kötü bulursa, müfradat programı dışındaki aktiviteler için az fırsat bulursa eğitim tecrübesinde başarısız olabilir (Berkowitz, Kerin, Hartley ve Rudelhus, 1994:676).

Hizmetler, aynı zamanda üretilip pazarlanırlar. Hizmetin üretilmesi ile pazarlanması birbirinden kesinlikle ayrılamaz. Bu nedenle, bir hizmet belirli bir zaman içerisinde bir

çok pazarda pazarlanamaz. Ayrıca, hizmet üretip pazarlayan kişi ya da işletme bir uzmandır. Bu nedenle, çeşitli hizmetleri bir arada pazarlaması oldukça güçtür (Cemalcılar, 1987:298).

Hizmetin eş zamanlı üretim ve tüketiminin bir sonucu olarak hizmeti üretenler kendilerini ürünün bir parçası ve müşterinin hizmet deneyimini önemli bir girdisi olarak görürler. Hizmetler aynı anda üretilip tüketildiği için, kitlesel üretim imkânsız olmamasına rağmen zordur (Öztürk, 2003:10).

Hizmeti üretenle hizmeti alan karşı karşıya geldiğinde pazarlama çok özel bir yapıya bürünmektedir. Fiziksel mallar üretildikten sonra depolanır ve sonra tüketilmeye devam edilir. Fakat, hizmetler önce satılır, sonra üretilir ve aynı zamanda tüketilir. Hizmeti ya insan ya da makineler üretir. Hizmeti insan üretirse o zaman hizmetin bir parçası olur. Çünkü, hizmetler üretilirken müşteriler bu hizmeti almak için hazır durumdadır.

Hizmet veren ile hizmet alan arasındaki ilişki, hizmet pazarlamasının özel bir yapısını oluşturur. Hizmet veren ve hizmet alan birlikte hizmetin sonucundan etkilenir. Bazen hizmet üreten ve hizmeti pazarlayan, hizmeti alan tarafından yaptığı işle ilgili öylesine bilgilendirilir ve öylesine yönlendirilir ki, hizmet üreten bu yönlendirmeye açık olursa kendisini daha iyi yetiştirebilir. Bu bilgilendirme daha sonraki hizmet üretimlerinde benzer yapıdaki hizmet alanlar için dikkate alındığında, hizmet alanların beklentileri daha iyi karşılanmış olur. Bu durum hizmet alanları beklenenin üzerinde bir tatmin düzeyine ulaştırır.

Buradaki stratejik nokta; hizmet üretenin hizmet üretim esnasında, hizmet alanların sundukları ip uçlarını yakalaması ve buradan elde ettiği sonuçları daha sonraki hizmet üretimlerinde dikkate almasıdır (Karahana, 2000:50).

2.2.3 Hizmetin Değişkenliği

Hizmetin bir diğer niteliği, hizmetin ne zaman, nerede, nasıl ve kim tarafından sağlandığına (tedarikine) bağlı olarak kalitesinin geniş ölçüde değişebilmesidir. Dolayısıyla, hizmetler heterojen nitelik taşımaktadır (Bayuk, 2007:4).

Hizmetler insana bağlı ve teknolojiye çok az bağımlı olduklarından onları mallarda olduğu gibi, hem standart hale getirmek hem de standart bir biçimde sunmak mümkün değildir. İnsanlar farklı olduğundan aynı hizmeti farklı tüketicilere farklı bileşim ve düzeyde sunmak gerekebilir. Ayrıca, aynı hizmeti aynı kişiler farklı zaman ve mekanda aynı düzeyde sunamazlar.

Bir tur işletmesi aynı tur paketini farklı zamanlarda hem aynı standartta sunamaz, hem de aynı tur paketi farklı tüketicileri aynı ölçüde tatmin edemez. Öte yandan, hizmetin kalite algılanmasını o hizmeti sunanların dışındaki kişiler de etkileyebilir. Bir lokantadan hizmet alan bir tüketici, aynı hizmeti alan bir başkasının davranışlarından rahatsız olabilir ve bu onun kalite algılamasını olumsuz yönde etkileyebilir (İslamoğlu, Candan, Haciefendioğlu ve Aydın, 2006:20).

Hizmetin değişkenliğini üretildiği zaman faktörü de büyük ölçüde etkiler. Örneğin, hastanelerde nöbet sistemiyle çalışıldığı için, hemşireleri ve hekimlerin 24 saatlik bir nöbetin her diliminde aynı dinçlikte olması ya da hastaya aynı ilgiyi göstermeleri güçtür. Dolayısıyla gündüz saatlerinde gelen bir hastayla, gece yarısı acil servise gelen bir hastanın gördüğü hizmette farklılık olması doğaldır.

Çevre koşulları da hizmetin değişkenliğinde önemli rol oynar. Bunu özel oda örneğiyle açıklayabiliriz. Hasta kuruma başvurduğunda yatan hasta sayısı fazla, dolayısıyla hasta odaları dolu ise hasta gelir durumu uygun ve özel odada kalmaya istekli olsa dahi bu mümkün olmayacaktır. Sonuç olarak; hasta sayısı çok olan odada kalması onun hizmetten daha az memnun kalmasına sebep olacaktır (Gümüş, 2005:53).

2.2.4 Hizmetin Sahip Olunamaması

Sahipliğin olmaması mallar ile hizmetler arasındaki ana farklılıklardan biridir. Bir malı satın alan kişi o malın sahibi olur, hizmet sektöründe ise, ancak bir kolaylıktan, tesisten belirli bir süre faydalanılabilir. Örneğin, kredi kartından ya da otel odasından faydalanmak gibi. Ödeme, hizmetlerin kullanılması ya da kiralanması için yapılır (Öztürk, 2003:12).

Hizmeti kullananlar da, hizmetin sahipliğini devredemezler. Bu yüzden kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine daha çok bağımlıdırlar. Pazarlama uygulamalarında bu özellik bir avantaj olarak kullanılmalıdır. Sahip olmanın avantajlarını pazarlama programlarında vurgulamak gerekir. Daha kolay ödeme biçimleri geliştirmek olanaklıdır ve bu tüketicilere aktarılmalıdır. Belirtilen ve açıklanan hizmet özellikleri, hizmet pazarlaması alanına giren sorunların çözümünde, hizmet pazarlaması birikim ve anlayışından yararlanmayı gerekli kılmaktadır (Odabaşı, 2004:19).

2.2.5 Hizmetin Dayanıksızlığı

Hizmet bir hareket ya da faaliyet olduğundan dolayı depolanamaz. Depolanamadıkları içinde kullanılmadıklarında ebediyen yok olurlar. Diş hekiminin hastasız geçen bir saati, boş bir uçak koltuğu ve otel odası gibi (Fitzsimmons ve Fitzsimmons, 1998:30).

Talep, mevsimden mevsime, aydan aya, haftadan haftaya, günden güne hatta saatten saate, mekândan mekâna değişmektedir. Örneğin, şehir içi otobüslerde sabah, öğle ve akşam saatlerinde yoğunluk yaşanırken diğer saatlerde talep azalmaktadır. Bu nedenle, hizmet işletmelerinde talep düzenli hale getirilirse, hizmet dayanıksızlığı problem olmayacaktır.

Hizmet sağlamada bozulabilir kapasite ve değişken taleple yüz yüze olan hizmet yöneticisinin iki temel seçim hakkı vardır (Fitzsimmons vd, 1998:31):

i) Düzgün talep

- Rezervasyon veya randevu yöntemini kullanma,
- Fiyat indirimleri yapma (Telefon ücretlerinde hafta sonu ve akşam aramalarda indirim yapma),
- Talebin zayıf olduğu zamanlarda pazarlama yapmama,

ii) Hizmet kapasitesini düzeltmek

- Talebin yoğun olduğu zamanlarda part-time çalışanlardan faydalanma,
- Talebe göre işgücü miktarını ve çeşitliliği ve iş plânını değiştirme,
- Self servis hizmetlerden faydalanma,
- Müşterilerin beklemesine izin vermek.

Bu son şık hizmet üretiminde pasif bir durumdur. Rekâbet ortamında memnun olmayan müşterinin kaybedilmesi riskini taşır.

2.3 HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Hizmetlerin bir takım özgün karakteristikleri olması nedeniyle, mal ve hizmet arasında çok önemli farklılıklar yer almaktadır. Ancak, hizmetlerin çok çeşitli olması nedeniyle, hizmet ve hizmet işletmeleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi, hizmetlerin özelliklerinin saptanması ve genelleştirilmesi kadar önemli bir konu olmamaktadır (Tokat, 2002:29). Farklı hizmetlerin ortak özelliklerinden yola çıkılarak yapılan sınıflamalar, yöneticilere de karar almada yarar sağlamaktadır.

Hizmetlerin sınıflandırılmaları için çeşitli denemeler yapılmış ve buna bağlı olarak sınıflandırma yapılmıştır. Christopher Lovelock, yapılan tüm sınıflama yöntemlerini kapsayan bir sınıflama yöntemi geliştirmiştir. Lovelock tarafından öne sürülen bu yöntemde hizmetler, beş farklı sınıfa ayrılmaktadır :

- i) Hizmet yapısına göre,
- ii) Hizmetin kişiye özel olması ve hizmet işletmesinin insiyatifine göre,
- iii) Hizmet işletmesinin müşterileri ile olan ilişki türüne göre,
- iv) Hizmet talebinin yapısına göre,
- v) Hizmetin dağıtım yöntemine göre.

2.3.1 Hizmet Yapısına Göre Sınıflandırma

Hizmetin kimler tarafından verildiği ve hizmet olarak ne verildiği bu sınıflandırma şeklinde büyük önem kazanmaktadır. Maddî olan hizmetler ve maddî olmayan hizmetler bizi bu sınıflamaya götürmektedir.

Eğer müşterinin hizmet seçimi sırasında fiziksel olarak bulunması gerekiyorsa o zaman bu hizmetin gerçekleşmesi için zaman harcanması gerekmektedir. Müşterinin bulunmadığı hizmetlerde ise müşteri hizmet veren personeli ya da mekânı göremeyeceği için hizmetin teknik kalitesi önem kazanmaktadır. Burada hizmet süreci çok büyük önem taşımaktadır.

Bu sınıflandırma aşağıdaki soruların cevaplandırılmasında yardımcı olacaktır (Ferman, 1988:27):

- Müşterinin hizmet süresince fiziksel olarak orada bulunması gerekli midir? (Saç kesim ve şekillendirilmesi hizmetinde, müşteri, hizmet performansı süresince o mekânda bulunacaktır)
- Müşterinin, yalnızca hizmetin başlangıç ve sonunda fiziksel olarak, hizmetin verildiği mekânda bulunması yeterli midir? (Arabasını, tamir hizmetinin verildiği servis yerine bırakıp gitmesi, bu hizmet gerçekleştirilip, araba hazır olunca dönüp teslim alması örneği düşünülebilir)
- Hizmetin gerçekleştirilmesi süresince, müşterinin “zihinsel” olarak mevcudiyeti gerekli midir? Uzak mesafeler için bu posta veya elektronik haberleşme yardımı ile sağlanabilir (Anadolu Üniversitesine bağlı Açık Öğretim Fakültesi Uygulaması, eğitim hizmetinin sunumunda bir tarz olarak gösterilebilir).
- Hizmet sunumunda, hizmetten yararlanan unsurların “yarar ve faydaları ile tatmin düzeylerini arttırabilecek” modifikasyonları gerçekleştirme imkânı

mevcut mudur? (Hizmetin sunulduğu mekânın fiziksel görünüm ve çekiciliğinin artırılması)

Tablo1.1’de hizmetin yapısına göre sınıflandırma şekli ve örnekleri görülmektedir.

Tablo 1.1: Hizmetin Yapısına Göre Sınıflandırma

Hizmetin yapısı	Hizmeti Doğrudan Elde Eden Kim ya da Ne	
	İnsan	Nesne(Eşya)
Dokunulabilir Hareketler	1. İnsanların Vücuduna Yöneltilen Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık • Güzellik Salonları • Restoran • Yolcu Taşıma • Saç Kesimi • Spor Salonları 	2.Mal ya da Diğer Fiziksel Nesnelere Yöneltilen Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> • Mal Taşıma • Kuru Temizleme • Kapıcılık Hizmetleri • Veterinerlik • Endüstriyel Makine Bakımı, Tamiri • Peyzaj Mimarlığı
Dokunulmaz Hareketler	3. İnsanların Zihinlerine Yöneltilen Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> • Eğitim • Tiyatro • Müze • Yayımcılık • Enformasyon hizmetleri 	4. Dokunulmayan Aktiflere Yöneltilen Hizmetler <ul style="list-style-type: none"> • Bankacılık • Sigortacılık • Muhasebecilik • Hukuki hizmetler

Kaynak: Lovelock, 1997:21.

2.3.2 Hizmetin Kişiyeye Özel Olmasına ve Hizmet İşletmesinin İnsiyatifine Göre Sınıflandırma

Günümüzde malları satın alan müşterilerin özel sipariş verdikleri çoğunlukla gözlenmez. Malları satın alan müşteriler işletmenin sunduğu mallardan seçerek alışveriş yapmaktadırlar. Hizmet işletmelerinde ise bundan çok farklı bir boyut görülmektedir. Hizmet işletmeleri, çoğunlukla müşterilerin isteklerine göre hizmet üretmektedirler.

Hizmetlerin yaratılması ve tüketilmesi aynı anda gerçekleştiği ve müşteriler hizmet sürecine fiilen katıldıkları için, hizmetlerin müşterinin gereksinmelerini karşılayacak biçimde düzenlenmesi gerekmektedir.

Tablo 1.2’de hizmet işletmelerinin esnekliğine ve inisiyatifine göre hizmetlerin sınıflandırma şekli görülmektedir.

Tablo 1.2: Hizmetin Kişiyeye Özel ve Hizmet İşletmesinin İnsiyatifine Göre Sınıflandırılması

Hizmeti sunan kişinin hizmetin özelliklerini belirlemedeki inisiyatifi	Hizmetin Kişiyeye Özel ve Hizmet İşletmesinin İnsiyatifine Göre Sınıflandırılması	
	Yüksek	Düşük
Yüksek	Hukukî Hizmetler Mimarî Tasarım Taksi Hizmeti Güzellik, Bakım Özel Eğitim Sağlık Hizmetleri	Kitle Eğitimi Koruyucu Sağlık Programları
Düşük	Telefon Hizmetleri Otel Hizmetleri Kaliteli Restoranlar Mevduat Bankacılığı	Kamu Taşıyıcılığı Sinema-Tiyatro Ayakta Yenen Restoranlar

Kaynak: Lovelock, 1996:42.

Tablo 1.2’ye baktığımızda, bazı hizmetlerin tamamen standartlaştırıldığı görülmektedir. Örneğin, kamu taşımacılığında hizmetin esnekliği ve hizmeti sunanın inisiyatifi çok düşüktür.

Otel hizmetlerine ise hizmeti sunan personelin inisiyatifleri düşük fakat, hizmet işletmesinin esnekliği çok yüksektir.

Yasal hizmetler gibi hizmetlerde ise hem hizmeti sunan personelin inisiyatifi yüksek, hem de hizmet işletmesinin esnekliği yüksektir (Öztürk, 2003).

2.3.3 Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle İlişkisi Türüne Göre Sınıflandırma

Mal satışında müşteriler malları belirli aralıklarla satın alırlar ve ödeme işleminde bulunurlar. Sürekli bir ilişkiye girmezler.

Hizmet sektöründe ise, müşteriler hizmeti sunanlarla uzun süreli bir ilişki kurarlar. Hizmet sürekli olarak bu müşterilere uygulanır. Bu da hizmet işletmelerinin müşterileriyle ilişki türüne göre bize sınıflandırma sağlamaktadır.

Hizmet işletmesinin müşterisiyle ilişkisine göre sınıflandırma şekli Tablo 1.3’ de görülmektedir.

Tablo 1.3: Hizmet İşletmesinin Müşterisiyle Olan İlişkinin Türüne Göre Sınıflandırma

Hizmet Sunumunun Yapısı	Üyelik İlişkisi Var	Biçimsel Olmayan Bir İlişki Var
Hizmetin sürekli oluşu	Sigorta Bankacılık Telefon Aboneliği	Karayolu Radyo İstasyonu
Hizmetin aralıklı oluşu	Bir Tiyatroya Abone Olma Otobüs Pasoları	Araba Kiralama Restoran Tiyatro ve Sinema Kamu Taşımacılığı Posta Hizmetleri

Kaynak: Lovelock, 1996:40.

Bu tür bir sınıflandırma hizmet pazarlayanlar açısından çok faydalıdır. Üyelik ilişkisinin hizmet işletmesi açısından avantajı, işletmenin müşterilerinin kimler olduğunu ve hizmetten nasıl yararlandıklarını bilebilmesidir (Öztürk, 2003).

Hizmet personelinin müşteri ile ilişki düzeyine göre, hizmet sunum sistemi şekillenir. Lovelock'a göre, müşterinin deneyiminin ve hizmetle olan ilişkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayan bu düzey üçe ayrılabilir (Lovelock, 1996:50):

- İlişki düzeyi “yüksek” olan hizmetler,
- İlişki düzeyi “orta” olan hizmetler,
- İlişki düzeyi “düşük” olan hizmetler.

İlişki düzeyi yüksek olan hizmetleri almak amacıyla müşteri hizmet işletmesine bizzat gitmekte ve hizmet işletmesi ve onun personeli ile aktif bir ilişki içine girmektedir. Bu hizmetlere bakımevleri, kadın berberleri, lüks lokantalar, özel okullar, dershaneler, havayolu ulaşımı gibi hizmetler örnek verilebilir.

İlişki düzeyi orta olan hizmetlerde, müşteri hizmet işletmesi ile daha alt seviyede ilişki kurar. Müşteri, hizmeti işletmeye giderek veya evinde ya da işyerinde alır. Ancak, hizmet personeli ile ilişki orta seviyededir. Söz konusu olan ilişki; problemi yüz yüze anlatmak, bir eşyayı bırakmak, faturayı ödemek gibi durumlar içindir. Bu hizmet türüne perakende bankacılık, kuru temizleme, süpermarket hizmeti, fast-food hizmeti örnek verilebilir.

Müşteri ile hizmeti sağlayan kişi arasında hiçbir fiziksel ilişkinin olmadığı durumlar da söz konusudur. İşlemler elektronik veya fiziksel dağıtım kanalları ile yapılır. Örneğin, posta hizmetleri, elektronik bankacılık, kablolu TV, sigorta hizmetleri.

1.3.4. Hizmet Talebinin Yapısına Göre Sınıflandırma

Mal üreten firmalar, talepteki dalgalanmalara karşı tedbir olarak stok bulundurma imkânına sahip iken, hizmet işletmeleri hizmetlerin kendine özgü yapılarından dolayı, hizmet çıktılarını stoklayamazlar. Örneğin, bir konaklama işletmesinde gün içinde satışı gerçekleşmeyecek bir odadan elde edilebilecek gelir işletme için bir kayıptır. Ya da bir sinema salonundaki bilet satışı yapılamaması nedeniyle boş kalan koltuklarda, yine bir gelir kaybı demektir.

Buna karşılık, hizmete olan talep, arzdan fazla olduğunda da karşılanamayan talep işletme açısından bir kayıp olabilir. Örneğin, bir restoranda yemek yemek isteyen müşteriler, boş masa olmadığı için başka bir lokantayı tercih etmek zorunda kalabilirler. Bu ise, işletmenin daha fazla gelir elde etmesini engelleyecektir (Yüksel, 2005:20).

Hizmet talebinin yapısına göre sınıflandırma şekli ve örnekleri Tablo1.4'de görülmektedir.

Tablo 1.4: Hizmet Talebinin Yapısına Göre Sınıflandırma

Arz Yapısı	Talepteki Dalgalanmanın Yapısı	
	Geniş	Dar
Talep Fazlasının Mevcut Kapasiteyle Karşlanması	i) Elektrik Doğal Gaz Telefon Hastane Polis ve İtfaiye	ii) Sigorta Hukuk Hizmetleri Bankacılık Kuru Temizleme
Talep Fazlasının Mevcut Kapasiteyi Aşması	iv) Yolcu Taşımacılığı Otel Tiyatro Restoran Muhasebe	iii) Sigorta Hukuk Hizmetleri Bankacılık Kuru Temizleme

Kaynak: Lovelock, 1996:36.

1.3.5. Hizmet Dağıtım Yöntemine Göre Sınıflandırma

Bir diğer sınıflandırma ise hizmetin dağıtım yöntemi ile ilgilidir. Müşterilerin belirli hizmetlerden yararlanabilmesi için hizmetin sunulduğu yere gitmeleri gerekmektedir. Bu ise daha çok, hizmet hedefinin, taşınmaz varlıklar olduğu durumlarda geçerlidir. Buna örnek olarak, belirli bir binadaki tamir-bakım, boyama, bahçe bakımı hizmetlerini

gösterebiliriz. Yine, aynı şekilde, temizlik firmalarının hizmetin sunulacağı konut veya binaya gitmeleri zorunludur (Öztürk, 2006:21).

Müşterinin bir tek şubeye gitmek suretiyle hizmetten yararlandığı durumlarda, müşteriye sağlanan servis kolaylığının en alt düzeyde olduğu söylenebilir. Birden fazla şubede hizmet sunmak, kolaylığı arttıracak; ancak, koordinasyon, kalite kontrolü gibi problemleri getirecektir. Bazı hizmetlerde, firma müşteriye gitmektedir. Bu genellikle işin tabiatından dolayı zorunlu olarak tutulan bir yol olup, masraflı ve zahmetli bulunmaktadır. Bir çok durumda ise müşteri ile firmanın fizikî olarak karşılaşmaları gerekmemektedir. Bu ilişki, posta ve elektronik iletişim araçlarından yararlanılarak gerçekleştirilmektedir. Her hizmet, fizikî karşılaşma olmaksızın, haberleşme sistemleri yardımı ile sunulamaz; ancak, hizmetin belirli bölümlerini ayırarak, bunları belirtilen surette gerçekleştirme imkânı vardır. Havayolları rezervasyon bilgilerinin verilmesi, bilet kesilmesi (telefon, teleks, vb. ile) gibi hizmetlerde bu durum görülmektedir (Ferman, 1988:31).

Hizmet dağıtım yapısına göre sınıflandırma şekli ve örnekleri Tablo1.5’de görülmektedir. Tablodan da görüldüğü gibi, müşteri ile hizmet işletmesi arasındaki etkileşimin yapısı, hizmetin tek bir noktada ya da birden fazla yerdeki satış noktasında sunulmasına göre değişmektedir.

Tablo 1.5: Hizmet Dağıtım Yöntemine Göre Sınıflandırma

Müşteri İle Hizmet İşletmesinin Arasındaki Etkileşimin Yapısı	Hizmet Satış Noktalarının Konumu	
	Tek Bir Yerdeki Satış Noktası	Birden Fazla Yerdeki Satış Noktası
Müşterinin Hizmet İşletmesine Gitmesi Hali	Tiyatro	Fast- Food Zinciri
Hizmet İşletmesinin Müşterinin Bulunduğu Yere Gitmesi Hali	Taksi	Posta Dağıtım Hizmetleri
Müşteri ve Hizmet İşletmesinin Doğrudan Karşı Karşıya Gelmemesi Hali	Yerel Televizyon Yayınları	Telefon Şirketleri

Kaynak: Lovelock, 1996:34.

Mallarda olduğu gibi, değişik hizmet türleri arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmak için sınıflandırmaya gidildiğinde (Uyguç, 1998:15):

- Hizmetleri spesifik ölçütlere göre ayırarak hizmet tiplerindeki değişimin nedenlerini ortaya koymak,
- Hizmet tipleri arasındaki ortak yanları belirlemek,
- Tüm hizmet sektörünün kapsamını daha ayrıntılı olarak görmek mümkün olacaktır.

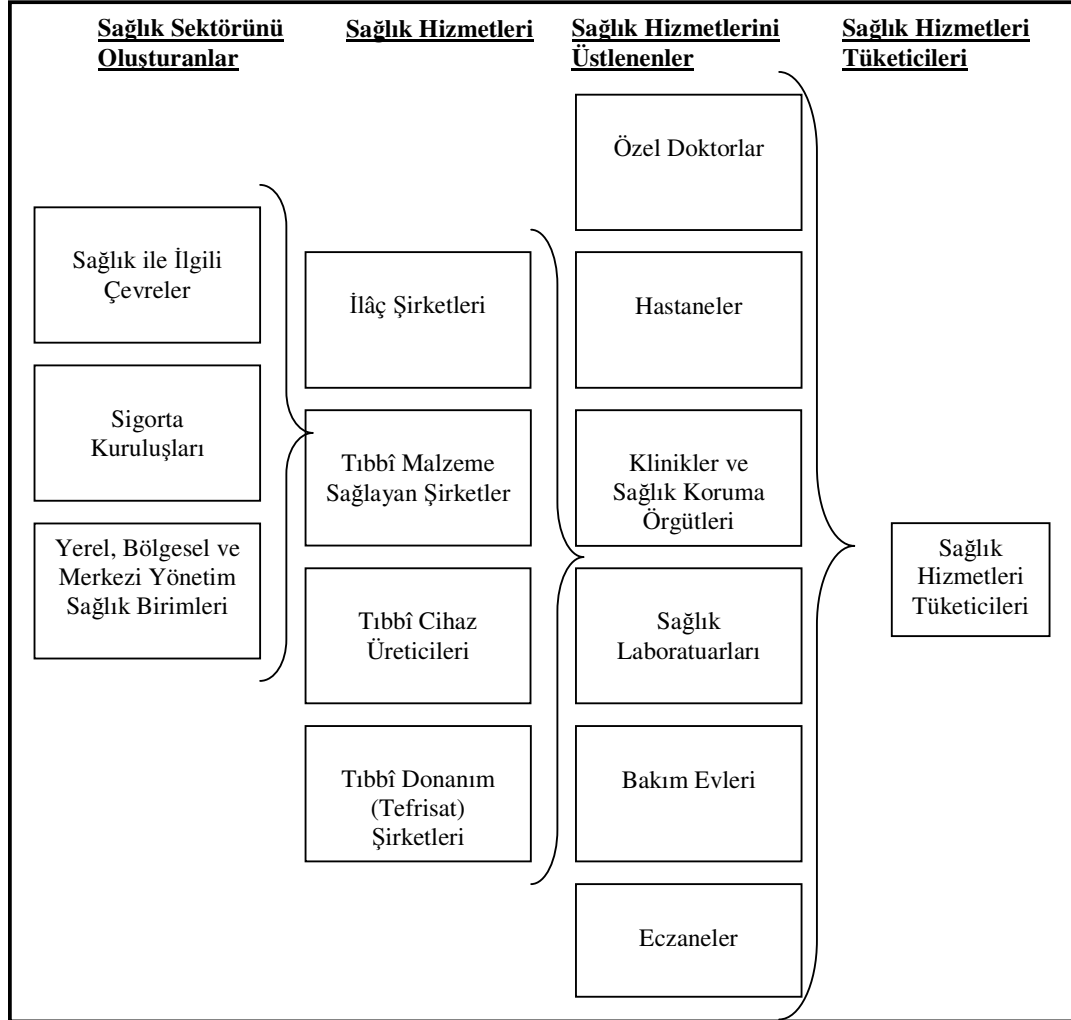
2.4 SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini; “Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin/ toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır (Akar ve Özalp, 2002).

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler biçiminde tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri şu şekilde özetlenebilir (Odabaşı, 2004:25):

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

sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda geliştirilmiş bir gruplandırma Şekil 1.1’de gösterilmiştir.



Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

Kaynak: Odabaşı, 2004:26.

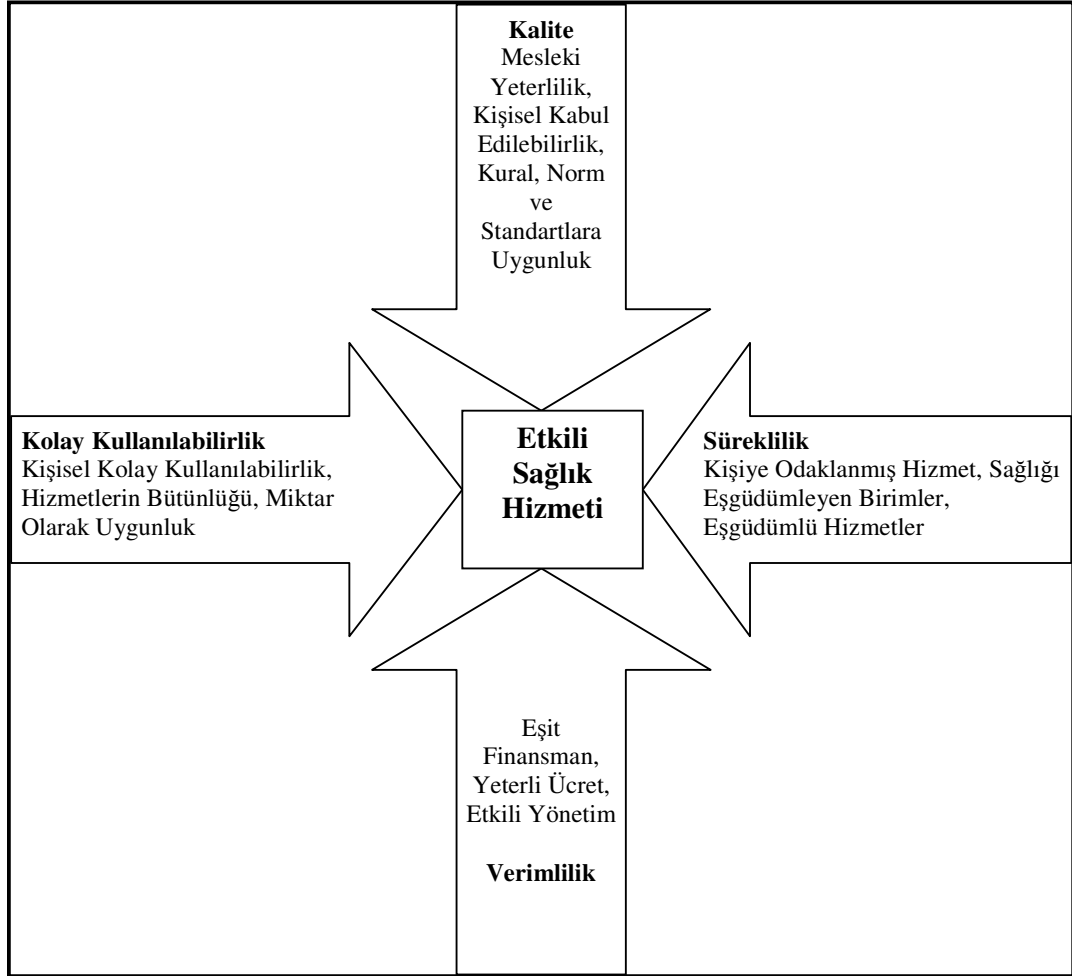
Gruplandırmanın en sağında yer alan kesim sağlık ürünleri ve hizmetlerini talep eden ve sayıları oldukça fazla olan sağlık hizmetleri tüketicileridir. Sağlık hizmetleri tüketicilerine (hasta, ya da potansiyel hastalar) en yakın diğer grup sağlık hizmetlerini üstlenenlerdir. Bu iki gruba sağlık hizmetlerini sunan grup “sağlık hizmetlerini ve ürünlerini sağlayanlar”dır. Bu grubun (ilaç firmaları, tıbbî malzeme ve cihaz üreticileri) en önemli özelliği kâr amaçlı çalışmaları ve ileri düzeyde pazarlama tekniklerini kullanmalarındır. Son grup “sağlık sektörü oluşturmaları”dır ve sağlık kurumları, sigorta şirketleri ile merkezi ve yerel sağlık birimlerinden oluşur (Odabaşı, 2004:26).

2.5 SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi için, bir takım özelliklere sahip olması gerekir. Sağlık hizmetlerinin hem makro, hem de mikro düzeyde plânlanması, organize edilmesi ve sunulmasında bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Beverles A. Myers, etkili bir sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikleri ayrıntılı biçimde incelemiştir. Yazara göre, sağlık hizmetleri bütünlük göstermeli ve eş güdümlü biçimde sunulmalıdır. Myers, etkili bir sağlık hizmetinin üretim ve sunumunda dikkat edilmesi gereken bu koşulları, etkili sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler olarak kabul etmiştir. Sunulan ve üretilen sağlık hizmetlerinin bu özelliklerinden herhangi birini taşınamaması durumunda, toplum ve birey sağlığı üzerinde istenilen değişikliği yapamayacağı söylenebilir.

Etkili bir sağlık hizmeti, Şekil 1.2'de görüldüğü gibi kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik, verimlilik özelliklerini taşımalıdır (Kavuncubaşı, 2000:64).



Şekil 1.2: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri

Kaynak: Kısa, 2002:11.

2.5.1 Kolay Kullanılabilirlik

Kolay kullanılabilirliği hem hizmetten yararlananlar, hem de sunanlar açısından incelemek mümkündür. Hizmetten yararlananlar açısından kolay kullanılabilirliği; bireyin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi şeklinde tanımlayabiliriz. Hizmeti sunanlar bakımından ise kolay kullanılabilirlik; hizmet sunan kişilerin, ihtiyaç duyduğu ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık çalışanlarına kolay ulaşabilmesidir.

Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlamak için aşağıda belirtilen koşulların mutlaka sağlanması gerekir (Kısa, 2002):

- **Kişisel Kolay Kullanılabilirlik:** Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin, sağlık hizmetlerini nerede, nasıl ve kimden alacaklarıyla ilgili olarak zorluklarla

karşılaşmamasıdır. Kişilerin ihtiyaç duydukları yer ve zamanda sağlık hizmetlerini kolay kullanmasını sağlamak için, sağlık hizmetleri sistemi içinde iyi belirlenmiş bir giriş noktası ve noktalarının olması gerekir.

- **Sağlık Hizmetinin Bütünlüğü:** Hizmetlerin tüm ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılayabilecek çeşitlilikte olmasıdır.
- **Miktar Olarak Uygunluk:** Sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan kişilerin hizmet miktarı yönünden tüm ihtiyaçlarını karşılayacak miktarda sağlık hizmeti üretilmesi için, araç, gereç, malzeme ve sağlık personelinin yeterli sayıda olmasıdır.

2.5.2 Kalite

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu, etkileyen bir çok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılıklarını en aza indirmek için başta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır (Akkılıç, 2002:212).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için şu konulara önem verilmelidir (Kısa, 2002):

- **Mesleki Yeterlilik:** Hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olması, bilgi ve becerilerini uygulayabilmesidir. Mesleki yeterliliğin sağlanması için nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesi çok önemlidir.
- **Kişisel Kabul Edilebilirlik:** Hizmet sunum tarzının, kişilerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Hizmetler, nitelikli personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsun, yeterli bilgilendirmeme, personelin güven telkin etmemesi, kaba davranma gibi çeşitli nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilir.
- **Kalitenin Uygunluğu:** Sunulan hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş kriterlere uygun şartları taşıması gerekir.

2.5.3 Süreklilik

Birey ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek için, sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için şu konulara önem verilmelidir (Kısa, 2002):

- **Kişiyeye Odaklanmış Bakım:** Kişiyeye odaklanmış bakımda amaç, kişinin sadece hastalığıyla ilgilenmek değil, onun sağlık düzeyini yükseltmek ve korumaktır. Kişinin sağlığını korumak için sunulan ve “koruyucu sağlık hizmetleri” olarak adlandırılan hizmetler, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleriyle entegre olduğu zaman, ortaya çıkan bir sağlık sorununa hemen müdahale etmek mümkündür.
- **Eşgüdümleyici Birimler:** Toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için, hizmet sunan kurumlar arasında eşgüdümü, uyumlu çalışmayı sağlayacak birimlerin oluşturulması gerekir. Eşgüdümleyici birimler, bireyin ihtiyaç duyduğu bütün hizmetleri doğrudan sağlamasa bile, bireyin alacağı hizmetlerin koordine edilmesinde önemlidir. Eşgüdümleyici birimlere aile hekimleri örnek olarak gösterilebilir.
- **Eşgüdümlemiş Hizmetler:** Bir ülkede çok sayıda sağlık kurumu vardır. Sağlık hizmetlerinde eşgüdümü sağlamak için, bölgesel ve ulusal boyutta sağlık hizmetleri planlanmasına ve organizasyona ihtiyaç vardır.

2.5.4 Verimlilik

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların rasyonel kullanılmasıdır. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetlerinin maliyetleri aşağıya çekilebilir ve bireylerin hizmetten yararlanma imkânları artırılabilir (Kısa, 2002):

- **Adil Finansman:** Hizmetlerin maliyetleri, kişilerin hizmet kullanımını erteletmemeli hatta engellememelidir. Kişiler ekonomik güçleri oranında kendi sağlık hizmeti giderlerini karşılamalıdır.
- **Yeterli Ücret Politikası:** Sağlık personeline, verdiği hizmetin türüne, eğitim ve deneyim durumuna uygun maaş (ücret) verilmelidir.
- **Etkili Yöntem:** Yönetim, kaynakların en verimli ve en ekonomik yolla kullanımını sağlayan en önemli faktördür. Sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin yükseltilmesinde kaynakların optimum biçimde kullanılmasını sağlama sorumluluğu, sağlık kurumlarını yönetenlere aittir.

2.6 SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık kuruluşları çok çeşitli hizmet veren işletmelerdir. Sağlık hizmetleri amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmeti arz eden servislere göre değişik kriterlere bağlı olarak sınıflandırılabilir. En yalın ve genel kabul görmüş sınıflandırma şekli amaçlara göre sınıflandırmadır (Hayran ve Sur, 1998a). Sağlık hizmetleri günümüzde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır.

2.6.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlık riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtilerini ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir (Bulun, Demirbaş ve Kapıcıoğlu, 2007).

Hastalık ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla, sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir. Ana ve çocuk sağlığı, aile plânlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılınması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü vb. hizmetlerden oluşmaktadır (Aktan ve Işık, 2006:3).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olmak üzere iki grupta toplanır.

Çevreye yönelik hizmetler: Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir. Bu hizmetlerin bir kısmı aşağıda sıralanmıştır (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999:2):

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- Katı atıkların denetimi
- Zararlı canlılarla mücadele
- Besin sanitasyonu
- Hava kirliliğinin denetimi

- Gürültü kirliliğinin denetimi
- İş sağlığı
- Radyolojik zararlıların denetimi

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Bu hizmetler hekim, sağlık memuru, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü ve doğrudan bireylere götürülen, temel sağlık hizmetleri ya da birinci basamak sağlık hizmetleri diye de adlandırılan hizmetlerdir. Şu uygulamaları kapsar:

- Bağışıklama,
- Beslenmeyi düzenleme,
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Ana çocuk sağlığı hizmetleri,
- Aşırı doğurganlığın denetimi,
- Kişisel hijyen,
- Sağlık eğitimi.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha ucuzdur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanışı daha kolay ve etkindir. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetleri hastanelere gelen iş yükünü azaltır. Ülkemizde bu hizmetler; sağlık evleri, işyeri revirleri, sağlık ocakları, dispanserler, halk sağlığı laboratuvarları ve çevre sağlığı birimleri tarafından verilmektedir (Kısa, 2002:26).

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. İşte bu niteliği dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerde hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri çoğu zaman kişisel fayda hedeflemediği ve tüm toplumun yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı bir rol de oynamaktadır (Bulun vd, 2007).

2.6.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişinin sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasından itibaren durumunun düzeltilmesi ve hasta sıfatıyla kişiye verilen her türlü hizmettir. Bu hizmetlerin muayene, laboratuvar, tıbbî görüntüleme, teşhis, tedavi, ilaç, ameliyat, personel giderleri vb. gibi her türlü uygulamalar bu kapsama girer. Bu hizmetler özel sektör tarafından da verilebilir (Bulun vd, 2007).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkıda bulunur (Aktan vd, 2006:3).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak sınıflandırılmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Buralar, hasta veya sağlam olsun bütün kişilerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır ve buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerin en yakın kuruluşlardır ve yataklı tedavi kuruluşlarının önünde birer filtre görevi görür (Öztek, 2001:297). Sağlık Ocakları, Dispanserler, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunlar ülkemiz sağlık sisteminde sevk zincirinin işlememesine neden olmakta ve temel işlevleri klinik, hasta bakım hizmetleri sunumu olması gereken hastaneleri, ayaktan tedavi hizmetlerini de yoğun olarak üretme işlevi ile karşı karşıya bırakmaktadır (Şahin, 1999:3).

Birinci basamağın üniversitelerdeki ayağı olan sağlık ve rehberlik merkezlerinin asıl görevi hastalık olduktan sonra tedavi etmek değil, hastalık meydana gelmeden insanların ruh ve beden sağlığını koruyucu önlemler almak, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir (Vaizoğlu, Beyhun, Çakmak, S.Doğan, S.Doğan, Eren, Kırıkkanat, Ersan ve Güler, 2005:26).

İkinci basamak tedavi hizmetleri : Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır. Bu tür kuruluşlarda periton diyalizi hastaları destek olarak tedavilerini sürdürmektedirler.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir (Kısa, 2002:32). Kanser

hastaneleri, diyaliz merkezleri, meslek hastalıkları hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır. Periton diyalizi hastaları da üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlarda tedavi süreçlerinde destek ve hizmet almaktadırlar.

2.6.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vs. kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı, söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları ve kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürülülerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbî rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır (Aktan vd, 2006:3).

- **Tıbbî rehabilitasyon:** Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelere protezlerinin kullanılması gibi hizmetlerdir (Hayran ve Sur, 1998b:18).
- **Sosyal rehabilitasyon:** Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışmayanlara iş öğretme ve işe uyum sağlamalarına yönelik hizmetlerdir (Soyluoğlu, 2007:1).

2.6.4 Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir (Kavuncubaşı, 2000:46). Sağlık geliştirilmesi ile bedensel ve zihinsel sağlık durumu ile yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırılması amaçlanmaktadır. Günümüzde pek çok hastalık bireylerin yaşam tarzları ve alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır.

2.7 HİZMET PAZARLAMASI

Hizmet sektörünün ekonomilerdeki payının gün geçtikçe artması ve hizmet türlerinin farklı biçimlerde ortaya çıkmaya devam etmesi ile günümüzde hizmet ekonomisine doğru kayma başlamıştır. Hizmet pazarlaması, hizmet işletmelerinin pazarlama yöntem ve tekniklerini kullanmaya başlaması ile önem kazanan bir alan olmuştur. Hizmet sektörünün öneminin ve hizmet türlerinin artması müşteri tutmayı hizmet işletmeleri için daha da yaşamsal konuma getirmiştir.

Elle tutulabilen, gözle görülebilen, stoklanabilen ve çoğu kez bir araç olmaksızın pazarlanabilen mallara karşılık, bu özelliklerin tersine sahip hizmetlerin pazarlanmasında, yöntem açısından çok fazla bir farklılık yoktur. Mal ve hizmet pazarlamasındaki farklılık, bu farklı özellikler çerçevesinde kullanılan yöntemlerin uygulanmasında ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bir mamül tüketiciye tanıtırken görsel unsurları kullanarak reklâmını yapmak, daha sonra tüketilebilecek şekilde raflarda stoklamak mümkün iken, hizmetlerin reklâmı o hizmeti sunan ve kullananlar aracılığıyla yapılır ve hizmetler üretildikleri anda kullanıcıları tarafından tüketilirler (Torlak, 1999:100).

Bu nedenle hizmet işletmeleri üç başlıca pazarlama görevi ile karşı karşıyadır (Armstrong ve Kotler, 2003:310-312).

i) Rekabetçi Farklılaşma: Firmaların fiyat rekabetinden korunabilmeleri için çözüm, farklı bir öneri, sunum ve imaj geliştirmeleri ve kendilerini farklı kılan bir niteliklerinin olması gerekmektedir. Sundukları sunum rakiplerin sunularından ayırt edebilen yenilikçi nitelikler içermelidir.

ii) Hizmet Kalitesi: Hizmet kalitesinin yönetilmesinde ise bir hizmet firması sürekli, rakiplerinden daha yüksek kaliteyi sunarak kendini onlardan farklılaştırabilmektedir. Ancak, hizmet kalitesinin tanımlanması ve kesin bir yargıya varılması ürün kalitesine göre maalesef daha güçtür. Örneğin, bir saç kesimi konusunda her bir bireyin hizmet kalitesine verdiği anlam farklıdır, bu nedenle uzlaş zordur. Ancak, müşteri tutma kalitenin en iyi ölçüsü olabilmektedir. Çalışanların yetkilendirilmesi, hizmet problemlerini tamamen önleyemez ise de düzeltici hizmet, yani hizmet hatalarının giderilmesi, iyileştirmeleri, kızgın müşteriyi sadık hale dönüştürebilir.

iii) Verimlilik Artışı: Maliyetlerin hızla yükselmesi ile hizmet firmaları, hizmet verimliliğini arttırabilmede baskı altındadır. Dolayısıyla, hizmet işletmelerinin bu artan

maliyetler karşısında, verimliliklerini artırma çabalarına yoğunlaşmaları kaçınılmazdır. Örneğin, bu konuda hizmet sağlayıcıları (tedarikçileri), mevcut çalışanları eğitimden geçirebilmekte ya da daha yetenekli ve daha iyi bireyleri istihdam edebilmektedirler.

Bugünkü ve gelecekteki gelişmeler hizmetlere ve hizmetlerin kalitesini artırma üzerine toplanmaktadır (Carson, Cromie, McGowan ve Hill, 1995:41).

Hizmet pazarlaması, ürün pazarlaması haricinde kalan şeylerin pazarlanması konusunu kapsamaktadır (Cowel, 1986:36):

- Fikirlerin pazarlanması,
- Kişilerin pazarlanması,
- Hayır işleri ve davaların pazarlanması,
- Örgütlerin pazarlanması.

Hizmetleri pazarlamak mal pazarlamaya oranla daha güçtür. Hizmetleri pazarlamada sık karşılaşılan güçlükler mallardan farklı olmalarıyla yakından ilgilidir. Bunların en önemlisi tanımlama güçlüğüdür. Hizmetler, mallarda olduğu gibi rengi, deseni, boyutları ve işlevleriyle ilgili bir tanımlamadan yoksundur. Hizmetler soyut oldukları için sergilenmeleri ve gösterilmeleri, üretilmeden ve tüketilmeden imkânsızdır. Sık karşılaşılan güçlüklerden diğeri standartlaştırma güçlüğüdür. Emek yoğunluğu fazla olduğu için hizmetlerin birbirinin aynı olması mümkün değildir (Karahana, 2000:54).

Rekâbet koşullarının sürekli sertleştiği, pazara giren rakip sayısının her geçen gün arttığı günümüzde, hizmet işletmeleri, pazarda kalabilmek ve başarılı olabilmek için, daha aktif, rakipleriyle uyumlu, çevre değişkenlerine cevap vermelidir. Bunun için pazarlama yöneticilerinin, ürün geliştirme, fiyatlandırma, tutundurma, dağıtım kanallarının seçimi ve yönetimi, reklâm yönetimi, satış yönetimi gibi konularda stratejik kararlar almaları gerekmektedir. Müşteri istemlerindeki değişikliklerin, rakiplerin yeni atılımlarının, yeni dağıtım yöntemlerinin öğrenilmesi ve şirket politikalarına uygun kararların alınması için, hizmet pazarlama karmasının ve hizmet pazarlamasına etki eden unsurların yakından takibi gerekmektedir.

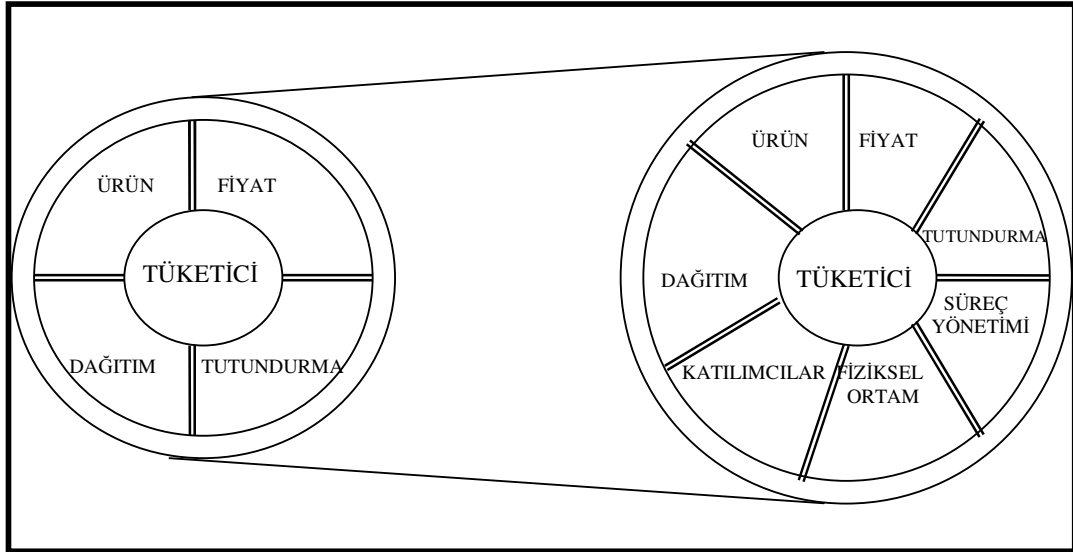
2.7.1 Hizmet Pazarlama Karması Elemanları

Pazarlama karması, hedef pazarı tatmin edebilmek amacıyla işletmelerin kontrol edebildiği etmenlerdir. Diğer bir anlamda, işletmenin pazardaki konumunun ve pazarlama stratejilerinin belirlenmesinde gereksinim duyulan araçlardır (Payne, 1993:122).

Geleneksel mal pazarlama karması, 4P olarak bilinen ürün (product), fiyat (price), yer (place) ve tanıtımdır (promotion). Günümüzde 4P'ye paketlenme (packing), insan (people), politikalar (politics) ve kamuoyu araştırmalarının (public opinion management) eklenmesi olasıdır. Ancak, daha çağdaş ve daha etkili pazarlama plânlaması için geleceğin şirketleri satış odaklı 4P formülünü, müşteri odaklı 4C'ye çevirmek zorunda kalacaklardır. 4C, müşteri değeri (customer value), müşteri maliyeti (customer cost), müşteriye uygunluk (customer convenience) ve müşteri iletişimi (customer communication) olarak belirlenmektedir. Yeni karmada, ürünün yerini müşteriye sunulan değer, fiyatın yerini ürünün müşteriye maliyeti, yer kavramının yerini uygunluk, rahatlık, tanıtımın yerini ise müşteriyle ilişki almaktadır. Müşteri, kendisine değer verilmesini, ürünün düşük maliyete sahip olmasını, ürünün kendisine uygun olmasını ve kendisiyle dürüst ilişki kurulmasını istemektedir (Kotler, 1998:92).

Hizmeti maldan ayıran özellikleri nedeniyle, hizmet pazarlama karması elemanlarına 4C ile birlikte fiziksel çevre (bütün somut ipuçları), katılımcılar (işletme personeli ve müşteriler), süreç (prosedür, mekânizmalar ve faaliyetlerin akışı) eklenmiştir.

Şekil 1.3'de de görüldüğü gibi, geleneksel pazarlama karması elemanları olan ürün, fiyat, dağıtım, tutundurmaya ilaveten katılımcılar, fiziksel ortam ve süreç yönetimi elemanları bulunmaktadır. Bu yedi eleman hizmet işletmelerinin pazarlama programları için gereklidir (Odabaşı, 2004:22).



Şekil 1.3: Ürün Ve Hizmet İçin Pazarlama Karması Elemanları

Kaynak: Odabaşı, 2004:22.

İyi bir pazarlama karması oluşturmanın standart bir formülü yoktur. Karmalar işletmeye göre, mal türüne göre, pazar ve çevre etkilerine göre değişir. Bu nedenle, pazarlama karması geliştirmek yaratıcı bir eylemdir, bir sanattır (Saldıraner, 1992:14). Hizmet pazarlama karmasını oluşturan elemanlar aşağıda ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır.

2.7.1.1 Ürün (Hizmet)

Pazarlama karmasının temel ögesidir. Ürün kalite, tasarım, marka gibi önemli birtakım öğeleri içeren ve firma tarafından pazara sunulan nesnedir. Firmalar sundukları bir ürünün parçası olarak dağıtım, kiralama, onarım, eğitim gibi farklı hizmetleri de sağlamalıdır (Kotler, 1997:93).

Ürün kavramı stratejik yönden geniş anlamli olarak algılanır. Ürün somut olan ya da olmayan özelliklerinin yanı sıra kullanımına ve tüketimine ilişkin tüm öğeleri de kapsar. Örneğin, bir araba için güvenlik, dayanıklılık, rahatlık gibi tüm özellikler ürün kavramı kapsamında düşünülür. Ürün, hizmet, düşünce ürün sayılır. Kısaca ürün, işlevsel, sosyal ve psikolojik yararları ve çıkarları kapsayan soyut ve somut niteliklerin bir bütünüdür (Alpugan, Demir, Oktav ve Üner, 1997:258).

Normal olarak ürün aşağıdaki gibi dört farklı düzeyde alınır (Payne, 1993:124):

1. Öz veya saf ürün; alıcının bir ürünü satın alırken neyi satın aldığıнын ifadesidir. Örneğin, otelin müşterisine yatmak üzere sunduğu yatak bir öz üründür.
2. Beklenen ürün; ürün ile birlikte ürünü satın alma koşullarıdır. Örneğin, hava yolu ile yolculuk yapacak müşteri, bekleme salonlarının konforlu, yer hizmetleri veren personelin ilgili ve güler yüzlü, yiyecek içeceklerin temiz olmasını veya uçağın zamanında hareket etmesini bekler.
3. Genişletilmiş ürün; ürünün diğerlerinden farklılığı, ya da eklenen değeridir. Örneğin, IBM müşteri hizmetlerinin mükemmelliği ile ünlüdür. Ancak bu ürünlerindeki yüksek teknolojiden değil, müşterilerine karşı duyarlılığı ve güvenilirliği sayesinde olmuştur.
4. Potansiyel ürün; ürüne eklenen nitelik ve faydadır. Yeni kullanıcılara avantaj sağlayacak şekilde mevcut ürünün özelliklerinin geliştirilmesi örnek verilebilir.

Müşteriler farklı gereksinim ve beklenti içindedirler. Hizmet pazarlamasında, hedef pazarın gereksinim ve beklentilerine uygun ürün ile müşteri memnuniyetini sağlamak amaçtır. Hizmetin kalitesini pazardaki istemle birlikte rakiplerin durumu belirler.

Hizmet pazarlamasında, hizmetle ilgili stratejiler geliştirilirken, markalama, farklılaştırma, hizmet üretim kararı, fiziksel çevre, pazar bölümlenmesi, yeni pazar ve hizmet geliştirilmesi stratejilerinin araştırılması gerekir.

Bir ihtiyacı ya da isteği karşılamak için tüketime sunulan şey, ürün diye tanımlanabilir. Hekimler ve hastane çalışanları, genellikle sağlık hizmetlerini bir ürün olarak görmekten rahatsızlık duyarlar. Bu nedenle, hastane ürünlerini en yararlı, kârlı, uygun ve uzmanca ya da yararsız, kârsız, uygunsuz ve acemice olarak nitelendirmeyi daha uygun görürler. Bir hizmeti, sağlık hizmeti bağlamında değerlendirirken, pek çok etmen incelenmelidir. Hastanenin hizmet verdiği alanın özelliklerinin bilinmesi, yine benzer şekilde doktorların özellikleri ve tedavi hizmetlerinin nitelikleri de hastanelerin ürününün tespitinde genel pazarlama bilgilerini oluşturacaktır (Karahan, 2007).

2.7.1.2 Fiyat

Pazarlama karmasını oluşturan dört karar değişkeninden biri olan fiyat, ekonomik hayatın da temel unsurlarından birini teşkil eder. Pazara dayalı ekonomilerde fiyat arz ile talebi karşılaştırır; alıcı ile satıcının üzerinde anlaşması ile mübadeleyi sağlar (Mucuk, 2001:143).

Hizmetlerin fiyatlandırılması, müşteri için değer belirlenmesi, firmalar için imajın oluşturulması açısından önemli rol oynar. Fiyatlandırma kararında, pazarlama kanallarının tüm elemanları etkilidir. Acenteler, satış elemanları, distribütörler, rakipler ve müşteriler fiyatlandırma kararına katılırlar.

Hizmetlerin özellikleri ve çeşitliliği nedeniyle fiyatlandırma uygulamalarında farklılıklar görülmektedir. İşletmelerin fiyatlandırma ile ilgili hayatta kalma, maksimum kâr veya maksimum satış gerçekleştirme, prestij gibi hedefleri olabilir. Bu hedeflere uygun fiyatlandırma kararının alınmasında, hizmetlerin konumlandırılması, şirketin amaçları, rekâbet yapısı, hizmetlerin yaşam süresi, istemlerin esnekliği, maliyetler, kaynakların paylaşımı, mevcut ekonomik koşullar ve hizmet kapasitesi gibi faktörler rol oynamaktadır (Payne, 1993:137). Örneğin, talebin esnek olmadığı hizmetlerde fiyatlar yüksek tutulabilir, ancak, talebin esnek olduğu havayolu yolculuğu, sinema gibi hizmetlerin fiyatları fazla düşürülmemektedir. Aynı şekilde, eğlence veya yönetim danışmanlığı hizmetlerinin fiyatları belirlenirken pazardaki istemle birlikte, rekâbet koşulları önem taşımaktadır.

Hizmetlerin tercih edilmesinde, alıcıların fiyatlandırma ile ilgili algılamaları etkilidir. Örneğin, pahalı hizmetlerin daha kaliteli olacağı düşüncesi yaygındır veya ucuz ürünlerin kalitesi ile ilgili daha az beklenti söz konusudur.

2.7.1.3 Tutundurma

Tutundurma; işletmenin ürettiği ürün hakkında tüketicilere bilgi verme, hatırlatma, inandırma ve onların davranışlarını kendi amaçları doğrultusunda istediği yöne yöneltme çabalarına denir (Çelebi ve Şener, 2004).

Tutundurma stratejisi, bir hizmet işletmesinin ürününü olası alıcılara sunmak, satışları kolaylaştırmak ve uzun dönemli kârı arttırmaya katkıda bulunmak için, hizmetlerin özelliklerini iletmeye yönelik yöntem ve materyallerinin programıdır (Tek, 1990:464). Tutundurma kişisel satış, reklâm, satış geliştirme, halkla ilişkiler ve doğrudan pazarlamadan oluşur (Üzerem, 2002:60).

Günümüzde rastgele satışlardan çok, bilinçli bir şekilde hazırlanmış etkin bir iletişim ve satışı artırma programı ile pazara çıkma, tüketicilerin ve rakiplerin durumlarını en iyi şekilde göz önünde bulundurarak pazarda etkili olma yolu benimsenmektedir (Mucuk, 2002:169).

Hizmet pazarlamasında, etkili tutundurma yönteminin seçimi için, hedef kitlenin tanımlanması, yaratılmak istenen tepkinin saptanması, uygun mesajın geliştirilmesi ve uygun iletişim kanallarının seçilmesi gibi bazı kararlar alınmalıdır. Hizmetlerin soyut olması nedeniyle, doğru mesajı bulmak oldukça güçtür. Bunun için müşteri beklentilerini ve hizmet kalitesini öne çıkaran somut mesajların verilmesi gerekir.

Tutundurma çabaları ile, alıcılara direkt olarak bilgi vermek, hatırlatma yapmak, ikna etmek, dolaylı olarak da alıcıların dikkatini çekmek, ilgi uyandırmak, arzu yaratmak ve harekete geçirmek hedeflenmektedir.

Hizmet işletmelerinde bu hedeflere ulaşmak için, en yaygın kullanılan tutundurma yöntemi kişisel satıştır. Hizmetlerin üretiminde, insan faktörünün etkisi dikkate alındığında kişisel satışın önemi daha da artmaktadır. Örneğin, çoğu hizmetlerde (restaurant, otel, eğitim gibi), hizmet işletmesi ile müşteri arasında karşılıklı ilişki zorunludur. Aynı zamanda, danışmanlık, sigorta gibi hizmetlerde firma ile müşteri arasındaki ilişki süreklidir.

Hizmetlerin soyut olmaları tutundurmanın yapılmasını da zorlaştırmaktadır. Bunun iki sebebi vardır:

- i) Hizmeti ücretsiz vermenin olanaksız olması

ii) Reklâm geniş ölçüde grafik imajlara dayalı olmasına rağmen hizmetlerde fiziksel bir mal yoktur.

En etkili tutundurma yöntemi, müşteri memnuniyetidir. Aynı zamanda kullanılan en önemli tutundurma metodu kişisel satıştır. Zaten çoğu zaman da hizmeti sunan kişi onun satıcısıdır (Atan, Baş ve Tolon, 2006:164).

Hastane tanıtımında ve pazarlama faaliyetlerin genelinde, halkla ilişkilere büyük rol düşmektedir. Hastanedeki halkla ilişkiler bölümü, hastane yönetiminin izlediği hizmet politikasının ve çalışmalarının halka duyurulması, benimsetilmesi, kuruluşa karşı toplumda olumlu bir tutum yaratılması, halkın kuruluş hakkında ne düşündüğünün ve ondan ne istediğinin öğrenilmesi ve halkla işbirliği sağlanmasına ilişkin faaliyetleri yürütür (Karahan, 27.04.2007).

2.7.1.4 Dağıtım

Tüketicilerin doygunluk sağlayabilmeleri için ürünler uygun zamanda, uygun yerlerde ve uygun ölçülerde satışa sunulmalıdır. Bu amaçla pazarlamacı yeter miktarda ve en uygun maliyette ürünün üretilmesi için üretim işiyle uğraşanlarla ilişki kurar, stok kontrol yöntemleri ve taşıma sistemleri geliştirir. Ayrıca, araçları belirler. Ürünler üreticiden tüketiciye doğru hareketinde sanki belirli bir kanaldan geçer. Buna dağıtım kanalı denir (Cemalcılar, 2000:13). Dağıtım kanalları gazın ve suyun aktığı boru yollarına benzetilebilir. Ürün ve hizmetlerin üreticiden aracıya doğru iletilmesini olanaklı hale getirir (Tenekecioğlu, 2002:221). Üreticiyi tüketiciye bağlayan dağıtım kanalında toptancı, perakendeci gibi adlarla anılan çeşitli dağıtım kurumları bulunur. Tüketiciye doygunluk sağlayacak bir dağıtım kanalı kurulması, pazar bölümünde etkinlik sağlamak için önemli bir etkidir. Hedef pazardaki tüketicilerin satın alabileceği biçimde ürünlerin hazır kılınması başarının temelidir. Kuşkusuz hedef tüketicinin ürünü nereden aldığına ilişkin yeterli bilgi ile doğru dağıtım kanalı kararı verilir (Karalar, 2006:40). Pazarlamacının görevi bu dağıtım kanalını oluşturmaktır. Sonra da bu kanalda ürünlerin sahipliğinin ve fiziksel olarak ürünlerin akışını sağlamaktır.

Fiziksel dağıtım en geniş anlamda, hammadde ve ürünlerin hareketlerinden, taşıma ve dağıtım sistemlerinin geliştirilmesinden, firma yönetiminin sorumlu olduğu alan olarak tanımlanır. Fiziksel dağıtım, firmanın pazar ihtiyaçlarını karşılarken dağıtım ve taşıma masraflarını en aza indirecek işletme kapasitesi ve depo tesislerinin düzenlenmesi ile ilgilidir (Tenekecioğlu, 2002:227-228).

Yakın geçmişe kadar, hizmetlerde, mallarda olduğu gibi fiziksel dağıtım kanallarının olmayacağı kabul edilmekteydi. Bu görüşü destekleyen yazarlar dayanak noktası olarak, hizmetlerde mülkiyet transferinin olmamasını göstermektedirler. Ancak, franchising'in gelişimi ile otel, fast-food zincirlerinin oluşturulması ya da teknoloji ve haberleşmedeki ilerleme ile çok şubeli hizmet verilebilmesi, hizmetlerde dağıtım kanallarının en az mallarda olduğu kadar önemli olduğuna dikkat çekilmektedir.

Hizmet firmaları ile müşterilerin üç farklı şekilde ilişki içinde oldukları gözlenmektedir. Örneğin, özel ders, temizlik gibi hizmetlerde hizmet sağlayıcı müşteriye gider, lokanta, otel gibi hizmetlerde müşteri hizmet sağlayıcıya gider ya da televizyon kanallarında olduğu gibi müşteri ile hizmet işletmesinin fiziksel karşılaşmaları gerekmez. Hizmet pazarlamasında dağıtım kanalı oluşturulmasında bu sınıflandırma rol oynamaktadır.

Hizmet işletmeleri, pazarın gereksinimlerine ve hizmetin yapısına uygun kanal oluşturmaktadırlar. Bazı hizmetlerde direkt satış gerçekleştirilirken, bazılarında satış işlevi yardımcı araçlar tarafından gerçekleştirilir. Örneğin, muhasebe ve yönetim danışmanlığı gibi hizmetlerde genellikle direkt satış yapılır. Ancak sigorta, seyahat hizmetlerinde bilet, hizmet poliçesi gibi evrakların satın alma devri söz konusu olduğundan dağıtım kanalında acente veya komisyoncu kullanılmaktadır.

2.7.1.5 Fiziksel Ortam

Hizmet işletmeleri için bir diğer pazarlama elemanı ise, fiziksel ortamdır. Hizmetlerin özellikleri arasında üretim ve tüketimin eşzamanlılığı ve hizmetlerin heterojen yani, hep aynı kalitede üretilmemeleri nedeniyle, fiziksel ortam burada önemlilik arz etmektedir (Üner, 1994:3).

Fiziksel varlıkları “hizmeti temsil eden varlıklar” ve “asıl varlıklar” olarak sınıflandırmak mümkündür. Örneğin, bir hastane için yatak, çarşaf ve dolap “asıl fiziksel varlıklar” olarak sayılırken, eşantıyon olarak verilen malzeme ve hediyeler “hizmeti temsil eden varlıklar” içine girmektedir. Tutundurma faaliyetleri sürdürülürken, işletmeler, kendilerini rakiplerinden farklılaştıracak bir strateji oluşturmaya özen göstermelidirler. Zira bunun, hizmetin satın alınıp alınmama kararında önem derecesi büyük olabilmektedir (Karahana, 2000:110-111).

Müşterilerin verilen hizmetin teknik kalitesini değerlendirecek bilgi ve beceri düzeyine sahip olmadığı hallerde, verilen veya verilecek hizmetin kalite seviyesinin

algılanması açısından, fiziksel ortam daha da öne çıkmaktadır (Zeithmal ve Bitner, 2000:20).

Fiziksel çevre, hedeflenen pazar bölümünü etkileyecek ve hizmeti hatırlatacak şekilde düzenlenmelidir. Hizmeti hatırlatan eşyalar, resimler bulundurulmalıdır (Rust, Anthony ve Timoty, 1996:16-17).

Bir hizmet işletmesinin fiziksel ortamı, farklı özellikler içeren çeşitli boyutlardan meydana gelir (Mediacat yazarları, 2000:6):

- Ortam koşulları,
- İlişkili düzen ve fonksiyonel olma,
- İşaretler, semboller ve maddeler şeklindedir.

Ortam koşulları, çevrenin ısısı, ışıklandırılması, gürültüsü, renkleri, müzik ve kokusu gibi beş duyuya hitap eden özelliklerini kapsamaktadır. İlgili literatür, ortam koşullarının tüketici davranışlarını etkilediğini ortaya koymaktadır. Örneğin, restaurant ve süpermarketleri kapsayan iki ayrı çalışma sonuçları, müzik temposunun alışveriş süresini, işletmede kalma süresini ve harcanan para miktarını etkilediğini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan, işletmenin ortam koşulları, aynı şekilde işletme çalışanlarının başarısı ve iş tatminini etkileyebilmektedir (Mediacat yazarları, 2000:8).

Periton diyalizi hastasının tedavisini üstlenen Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği'ne (2005) göre aşağıdaki fiziksel özellikleri taşıması gerekmektedir (Türknefrolojiderneği, 2007):

Periton diyalizi uygulama merkezi, mutlaka merkezi veya kat kalorifer sistemi ile veya odun/kömür sobası hariç, uygun ısı temin eden bir sistemle ısıtılır ve uygun sıcaklıkta (20 ± 2 derece) tutulur. Sıcak mevsimlerde uygun bir sistemle merkezde uygun bir soğutma (20 ± 2 derece) sağlanır.

Periton diyalizi uygulama merkezlerinde aşağıdaki belirtilen bölümler bulunmalıdır:

- Hasta kabul ve dinlenme bölümü (toplam olarak en az 20 metrekare),
- Hasta eğitim salonu (toplam olarak en az dokuz metrekare),
- Tıbbî bakım ve solüsyon değişim odası (toplam olarak en az sekiz metrekare ve lavabolu),
- Hemşire odası,
- En az iki WC (biri hepatitliler için).

İlgili yönetmelik uyarınca sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan merkezde aşağıdaki alet ve cihazların bulunması gerekmektedir:

- Taşınabilir defibrilatör ve EKG cihazı,
- Monitör cihazı,
- Ambu ve airway sistemi de kapsayacak tam donanımlı acil müdahale kiti,
- Oksijen sistemi (ihtiyaç anında birden fazla hastaya yeterli olacak),
- Aspiratör,
- En az üç hasta yatağı veya koltuğu,
- Bilgi işlem sistemi (tıbbi ve hasta kayıtlarını tutacak bellek kapasitesinde, IBM uyumlu, modem kapsayacaktır).
- Sterilizasyon sistemi (hastaneler bünyesinde bulunmayan merkezler için),
- Hasta tartı sistemi.

Periton diyalizi hastaları için de tedavi sürecinde fiziksel çevre önemli bir ortamdır. Hizmet veren kuruluşlarda bulunması gereken fiziksel ortam koşulları ilgili yönetmelikle belirlenmiştir. Ancak, periton diyalizi hastaları sağlık kuruluşundan ziyade ev ortamında tedavi süreçlerine devam ettikleri için, bu konuda bilinçli hareket etmeleri gerekmektedir. Periton diyalizi tedavisinin bütün aşamalarında temizlik kurallarına dikkat edilmelidir. Bu şekilde enfeksiyon riski en aza indirilebilir (Eczacıbaşı, 2005). Bunun için de periton diyalizi hastalarının tedavi sürecini yürüten kuruluşteki hekim ve hemşireler tarafından hasta bilgilendirilmelidir.

2.7.1.6 Katılımcılar

Hizmet işletmeleri için bir diğer pazarlama karması elemanı ise katılımcılardır. Katılımcılar, işletmenin hizmet personeli ile tüketiciler dahil olmak üzere tüm insan unsurunu kapsar. Tüketici hizmeti satın alma esnasında hizmet personeli ve diğer tüketiciler ile bir araya gelir. Hizmetin kalitesi ve beklentiler, personel ile diğer müşterilerin görünüm ve davranışlarından etkilenecektir. Hizmetlerin elle tutulmaz olma özelliği tüketici için, bir risk unsurunu da beraberinde getirecektir. Özellikle sağlık sektöründe sunulan hizmetteki risk, hayati önem taşıyabilir. Bu riskler katılımcıların etkileri ile azalıp çoğalabilecektir (Akkılıç, 2002:211).

Hizmetin verilmesinde, katılanlar ile hizmetin verildiği yerde bulunanların tamamı, yani, hizmeti verenler, hizmeti verenleri destekleyen diğer çalışanlar, müşteri ve diğer müşteriler katılımcıları oluşturmaktadır. Çalışanlar ve diğer müşterilerin görünüşleri, kıyafetleri, davranışları hizmetin kapsamı ve kalitesi hakkındaki yargının oluşmasına neden olmaktadır. Bir uçak yolculuğu esnasında, yanında çocuklu bir aile bulunan bir

müşterinin alacağı hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenebilecektir. Hizmeti alan müşterinin de algıladığı hizmetin kalitesine katkısı söz konusudur.

Örneğin, sağlık hizmetlerinde doktorun yazdığı reçetenin, hasta tarafından titizlikle uygulanıp uygulanmaması hizmetin kalitesine yansiyacaktır. Bazı hizmetlerde hizmeti veren en önemli parçayı oluştururken, bazılarında hizmetin verilmesinde, çalışan geri planda kalabilir. Danışmanlık, eğitim gibi hizmetlerde hizmeti veren, hizmetin kendisidir. Bir kargo veya cihaz tesliminde, teması sağlayan kişi, hizmetin bir parçasıdır (Zeithaml vd, 2000:19).

Her birey kendine özgü bir varlıktır, dolayısıyla, aynı hizmet için beklentileri de farklılıklar taşımaktadır. Müşterinin almış olduğu hizmetin beklentilerini karşılaması için, müşteri hizmete talepte bulunduğu, temasta olan çalışan tarafından beklentileri belirlenmeli, hizmet buna göre yönlendirilmelidir. Müşterinin algıladığı kalitenin düzeyini yükseltmek için, verilen hizmetlerden sonra müşteri memnuniyeti konusunda geri besleme sürecini iyi çalıştırması gerekmektedir. Böylece, yaşanacak sorunları azaltmaya katkı sağlayacaktır.

Hizmetin tesliminde, insan etkenin önemi nedeniyle çalışanların da; ücret, sosyal haklar ve güvenceler, çalışma saatleri, kendi aralarındaki ilişkiler, eğitim gibi konularda desteklenmesi gerekmektedir. Tatmin düzeyi düşük çalışanlar, müşterinin tatmin seviyesini olumsuz etkileyecektir. Makinelere yapılan yatırım kadar, insana da yapılmalıdır. Teknoloji, çalışanların hizmet vermesini kolaylaştırma amacıyla da kullanılmalıdır (Karahan, 2000:103-104).

Sağlık kuruluşlarına tedavi almak amacıyla periton diyalizi hastaları gelmekte ve burada doktorlar, hemşireler ve diğer hastane personeliyle hizmet ortamında bulunmakta yani, sağlık kuruluşunun katılımcılarını oluşturmaktadırlar.

Diyaliz merkezleri yönetmeliği (2005)'ne göre periton diyalizi uygulayacak merkezlerdeki katılımcılar hasta dışında en az aşağıda belirtilen özelliklerde ve sayılarda olmalıdır (Türknefrolojiderneği, 2007):

- **Sorumlu uzman:** Her merkez'de hastaların tıbbî açıdan izlenmesinden, tedavilerin yönlendirilmesinden ve hastaların tıbbî yararı için alınması gereken idari tedbirlerin belirlenmesinden sorumlu bir nefroloji uzmanı bulunması şarttır. Ancak üniversite ve eğitim hastanelerinde bu şart aranmaz. Sorumlu uzmanın, Türkiye'de tababet icrasına engel bir hali bulunmaması gerekir.

Nefroloji uzmanları çalıştıkları hemodiyaliz merkezlerinin periton diyalizi uygulamalarını da yürütebilir. Serbest çalışan nefroloji uzmanları bir hemodiyaliz merkezi ve bir periton diyalizi sorumluluğunu yürütebilirler.

- **Hemşire:** Kurul'ca yeterliliği kabul edilmiş eğitim merkezlerinde üç ay süreyle periton diyalizi eğitimi görmüş ve periton diyalizi uygulamaya dair yeterlilik belgesi almış olması gerekir. Her periton diyaliz merkezi için periton diyalizi sertifikasına sahip iki hemşire bulundurulması gerekir.
- **Yardımcı personel:** En az bir yardımcı personel bulunması gerekir. Diyaliz merkezinde çalışan personelin, özel durumlar hariç, altı ayda bir hepatit B, C ile AIDS ve diğer benzer bulaşıcı hastalıklar taramasından geçirilmesi ve gerektiğinde ilgili koruyucu tedbir ve tedavilerin yaptırılması zorunludur.

2.7.1.7 Süreç Yönetimi

Hizmet işletmelerinde pazarlama karması elemanlarından bir tanesi de süreç yönetimidir (Akkılıç, 2002:210). Süreç, müşterinin istediği hizmetin beklenen kalitede verebilmesi için, gerekli olan işlemler ve faaliyetler dizisidir. Hizmetin verilmesinde ulaşılabilecek kalite seviyesi ile süreci oluşturan işlemlerin ve faaliyetlerin istenen düzeyde ve zamanında yürütülmesi arasında yakın bir ilişki vardır. Hizmet için gerekli olan bölümler arasındaki uyumlu ilişkinin sağlanması, süreç yönetimi yoluyla gerçekleştirilmektedir.

Süreç yönetimi kapsamında genel olarak bir sistemin nasıl işletildiği, politika ve işlemler, hizmetin elde edilmesinde kullanılan mekanizasyon derecesi, hizmet üretiminde müşteri katılım oranı, kalifiye personel sayısı, bilgi ve hizmet akışı ve mevcut kapasite oranı gibi konular yer almaktadır. Bu faaliyetlerin amacı, hizmeti tüketicinin istediği zamanda hazır bulundurmak ve kaliteli şekilde sunmaktır. Süreç yönetiminin etkinliği özellikle arz-talep dengesini kurabilmek açısından önemlidir (Atan vd, 2006:162).

Bir oteldeki yiyecek-içecek, eğlence ve yatak hizmetlerinde olduğu gibi, farklı hizmetler söz konusu ise süreç yönetimi daha da önem kazanmaktadır (Zeithmal vd, 2000:20-21).

Süreç yönetimi, hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını kapsamaktadır. Hizmetlerin stoklanamaması ve talepteki dalgalanmaları, bazen tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayamaması durumu söz konusu olmaktadır. Özellikle, sağlık sektöründe bu

konunun önemi daha da artmaktadır. Zamanında yapılamayan bir müdahalenin hiçbir anlamı kalmayabilir. Bu durumun az da olsa ortadan kaldırılması, tam gün personel istihdamı ve aynı zamanda tüm tıbbî araç ve gereçlerin sürekli bir şekilde faaliyette tutulması ile mümkün olabilir (Akkılıç, 2002:210).

Periton diyalizi hastalarının tedavileri sürekli takip edilmesi gereken bir süreç içerisinde gerçekleşmektedir. Periton diyalizi hastalarına tedavi veren sağlık kuruluşu hastasının takibini diyaliz merkezleri yönetmeliği (2005) uyarınca aşağıdaki gibi gerçekleştirmelidir (Türknefrolojiderneği, 2007):

- Merkeze kayıtlı olarak periton diyalizi yapılan her hasta için Periton Diyalizi İzleme Formu tutulur .

Hastalara yapılacak laboratuvar tetkikleri aşağıdaki düzende yapılır:

- Aylık tetkikler: Serum üre (BUN), kreatinin, alkali fosfataz, Na, K, Ca, P, ürik asit, Mg (ihtiyari), hemogram, transaminazlar, bilirubin, kan şekeri, total protein, idrar tahlili,
- Altı aylık tetkikler: Hepatit amilleri (marker'leri), PET, PTH, lipidler, tele radyogram, EKG, CMV ve HIV tetkikleri,
- Yıllık tetkikler: Kemik filmleri (gerekirse),
- Acil durumda gereken ve sorumlu hekimin lüzum göreceği veya Diyaliz Bilim Kurulunun belirleyebileceği diğer tetkikler,
- Periton diyalizi tedavisine ilk olarak alınacak hastalarda, tedaviye başlamadan önce hepatit ve HIV taraması yapılması zorunludur.

Ayrıca hastaların izlenmesi ve gerekli eğitimin verilmesi, kayıtlarının tutularak gerekli bildirimlerin yapılması ve organ naklî merkeziyle gerekli irtibatın sağlanması da yönetmelikle belirlenmiştir:

- Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan merkezler, tedavilerini üstlendikleri hastaların tetkiklerini yaptırmak ve tedavilerini takip etmek zorundadırlar. Merkezin kontrolündeki hastaların, ayda en az iki defa tıbbî muayenelerinin yapılması ve periton diyalizi uygulama eğitimi görmesi gereklidir.
- Periton diyalizi merkezine bağlı olarak tıbbî tedavi ve eğitimleri yapılan ve izlenen hastaların kaydedildiği ayrı bir kayıt tutulur. Her merkez, bilgi işlem sistemi aracılığıyla günlük olarak kaydedeceği hasta ve seans sayıları, hasta morbidite ve mortalitesini ve bu Genelge hükmünce yapılması gereken tıbbî tetkik kayıtları ile Bakanlıkça talep edilen bilgileri, Bakanlık bu bilgilere bilgi

işlem sistemi aracılığıyla her an ulaşabileceği şekilde, tutmak zorundadır. Sürekli periton diyalizi uygulayan merkezler, yapılan çalışmalarını her ay il sağlık müdürlükleri vasıtasıyla Sağlık Bakanlığı'na bildirmek zorundadırlar.

- Her periton diyalizi merkezi; bölgesindeki veya en yakın bölgedeki bir organ nakli merkeziyle ve Bakanlık ile ilişki kurarak, organ nakli merkezi tarafından böbrek nakli yapılabileceği tespit edilenlerin, kayıtlı bulunduğu diyaliz merkezi tarafından kan grubu ve doku gruplarını ve gerekli diğer tetkikleri belirleyerek, her iki merkezin kayıtlarında da bulunmasını ve hastaların organ nakli için uygun şartlarda tutulmasını sağlamakla yükümlüdür.

2.8 HİZMET SEKTÖRÜNDE VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMANIN ÖNEMİ

Pazarlama, temelde insan ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya yönelik bir değişim sürecidir. Amerikan Pazarlama Birliği'ne göre pazarlama, “işletmenin amaçlarına ulaşmayı sağlayacak mübadeleleri gerçekleştirmek üzere, ihtiyaçları karşılayacak malların, hizmetlerin ve fikirlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtımına ilişkin plânlama ve uygulama sürecidir” şeklinde tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2001).

Hizmet sektöründe, pazarlama çabaları işletmeler için daha büyük önem taşımaktadır. Günümüzün değişen ekonomik koşullarında hizmet kavramı büyük değişikliklere uğramakta ve işletmeler hizmetlerinin pazarlanmasına daha fazla önem vermektedirler.

İşletmeler müşterilerini memnun etmek için onlara daha iyi hizmet vererek duygusal yönden tatmin etmeye yönelik pazarlama stratejileri geliştirmeye çalışmaktadırlar.

Hastaneler için hasta tercihlerini tahmin etme sağlık hizmetleri pazarlamasında giderek önemi artan bir konu haline gelmiştir. Hastanelerin sağladığı hizmetler hastalar tarafından algılanmasında değişik boyutlar bulunmaktadır (M.Argan ve M.Argan, 2002:136).

Günümüzde sağlık sektörünün büyümesi ve pazarlamada uzmanlaşmanın yoğunlaşması, hastane hizmetlerinin pazarlanmasını ayrı bir uzmanlık dalı durumuna getirmiştir. Bunda, özellikle sağlık hizmetleri teknolojisindeki ilerlemelerin büyük rolü olmuştur. Çünkü, hekimlerin etkin tanı ve tedavi için modern alet ve cihazlardan yararlanmaları, teknolojinin anında takibini zorunlu hale getirmiştir. Bu da doğal olarak maliyetleri arttırmıştır. Bu durumda hastaneler pastadan büyük payı alabilmek için, fiyat

dışı rekâbete girmek zorunda kalmışlardır. Bu da işletme ve yönetim işlevlerinin en iyi biçimde kullanılmasına bağlıdır. Çok değişkenli bir çevre içinde, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olabilmesi, değişkenleri çok yönlü değerlendirmeyi ve kaynak savurganlığını önlemeyi amaçlayan güncel pazarlama yaklaşımıyla sağlanabilir. Bu noktada hastanelerin başarısı, pazarlama kavramını yönetimde kullanmaktaki başarılarıyla ölçülecektir (Karahana, 15.04.2007).

Sağlık hizmetleri alanında pazarlamanın önemini belirlemek ve hedef pazarın memnun edilmesini sağlamak için öncelikle pazarlamanın başlıca fonksiyonu olan karşılıklı alış verişin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleşmesinden hareket etmekte yarar vardır. Bir çok durumda sağlık hizmeti veren kurumlar bu konuda rekâbetle karşılaşmadıklarından kendileri için sadece talebin karşılanması önem kazanmakta bunun bir sonucu olarak tüketicinin memnun edilmesi önemli bir konu olmaktan çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında pazarlama faaliyetlerinin uygulanmaya başlanması ile birlikte bu hizmetleri tüketen müşterilerin istek ve ihtiyaçları ön plâna çıkabilecek bunun bir neticesi olarak daha etkin sağlık hizmetlerinin verilmesi mümkün olabilecektir (Harcar, 1991:40).

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri ile pazarlama karması elemanları hizmet pazarlamasında farklı özellikler göstermektedir. Her bir elemana değişik roller ve bakış açıları yüklemektedir. Klasik pazarlama karması elemanları olan ürün, fiyat, tutundurma ve dağıtım; hizmetler için farklı şekilde değerlendirilmekte ve ilave elemanlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bunlar ise; süreç yönetimi, katılımcılar ve fiziksel deliller veya ortamdır.

Hizmet pazarlamasının bir alt disiplininin ise sağlık hizmetleri pazarlaması oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri pazarlaması ise ürün ve hizmet pazarlamasına benzer ilke, kuram ve tekniklere sahip olsalar bile, sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri, sağlık hizmetlerinin satın alınmasının ertelenememesi, iptal edilememesi, ikamesinin olmaması, kalitesini ölçmenin ve belirli kalite standartlarına ulaşmanın zor olması, tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü vb. nedenler ile diğer pazarlama uygulamalarından farklı program ve uygulamaları beraberinde getirmektedir (Güllülü, Özer ve Candan, 2000:16-18).

Günümüzde başarılı işletmeler pazarlarını iyi tanıyan, yeterli kaynak kullanmasını ve bu kaynakları uygun mallara hizmetlere ve fikirlere dönüştürmesini ve onları çeşitli tüketici topluluklarına etkin şekilde dağıtmasını bilen işletmelerdir. Sağlık işletmeleri de bu kuralın dışında kalmamalıdır. Pazarını iyi tanımalı toplumun sağlık ihtiyaçları

konusunda daha duyarlı ve bilgili olmalı ve hasta memnuniyetine önem vermelidir. Mevcut kaynaklarını daha etkin şekilde kullanma yollarını geliştirerek bunları uygun hizmetlere ve fikirlere dönüştürebilmelidir (Gümüş, 2005:73-74).

Bedensel ve ruhsal açılardan arındırılmış bir beden maliyeti tartışılmayacak kadar önemli bir konudur. Ancak, ülkemiz de dahil olmak üzere, bir çok toplumda sağlık hizmetleri, özellikle de hastanelerin sundukları tedavi edici sağlık hizmetleri, bir pazarı olan ve bu pazarda belli bir fiyatla satın alınan hizmetler niteliğindedir. Pazarlama bilgisinin sağlık hizmetleri konusuna uygulanmasında kâr amaçlayan bir sektör için geliştirilen pazarlama teorisinden, gerçekten çok hassas bir konu olan sağlık konusunda yararlanılması için, sağlık hizmetleri konusunda ortaya çıkabilecek değişiklikler göz önüne alınarak, sağlık alanında farklı bir pazarlama teorisinin geliştirilmesinin yerinde olacağı şeklinde görüşler öne sürülmektedir (Gümüş, 2005:73-74).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1 HİZMET KALİTESİ

Hizmet kalitesini açıklayabilmek için öncelikli olarak kalite kavramını tanımlamak gerekir. Kalitenin literatürde çeşitli tanımları yapılmıştır. En yalın ifade ile kalite; standartlara uygunluk olarak tanımlanabilir. Ancak, bu yeterli değildir. Günümüzdeki gelişmeler kalite tanımını müşteri isteklerine uygunluk olarak değiştirmiştir (Özalp ve Tonus, 2000:3).

Bu soyutluk kalitenin farklı yorumlamalarına izin verdiği için kavramı daha da güçlendirmektedir. Ancak, kalite akımı bugün herkes için belli ilkeleri çağrıştıracak kadar kesindir. Bu belirlilik içinde yaratılan farklılık ve esnek tanımlamalar kavramı, sadece zenginleştirmektedir.

Kalite kavramının başlangıçta sadece maddî ürünler için düşünülmüş bir kavram olduğu doğrudur. Bununla, genellikle söz konusu gereç'in teknik, yani ölçülebilir ve objektif olarak tanımlanabilir özelliklerinin toplamı anlatılır. Literatürde maddesi olmayan ürünlerle ilgili kalite kavramı tanımına hemen hemen hiç rastlanmaz. Hizmet sektöründe öne çıkması gereken soru, herhangi bir hizmet bakımından potansiyel müşterinin beklentilerinin neler olabileceği ve kendisine verilmiş olan hizmeti nasıl değerlendirdiğinin araştırılmasıdır. Bunun için de kalitenin belirlenmesi bakımından müşterinin, hizmetin yarar sağlayan öğeleri karşısındaki tutumuyla, hizmetin gerçekte verdiklerinin, bir arada ele alınmaları gerekmektedir (Ü.Yüksel ve A.Yüksel, 2004:193).

Kalitenin artık örgütün yönetim yapısını, değişmeler doğrultusunda dönüştüren bir temel esas haline gelmesi kalitenin standart bir tanımının yapılması ihtiyacını doğurmuştur. Çeşitli ülkelerdeki kalite örgütleri bu amaçla tanımlar ve ölçütler geliştirmişlerdir. Amerika, Avrupa ve Türkiye'deki kalite örgütlerinin tanımları şöyledir:

ABD Kalite Kontrol Derneği (ASQC)'ne göre kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerin tümüdür.

Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC)'ne göre kalite, bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir.

Türk Standartları Enstitüsü (TSE)'ne göre kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır (Köksal, 2004:79).

İngiliz Standartlar Enstitüsü kaliteyi, “mal ve hizmetin belirlenen veya ima edilen ihtiyaçları karşılama yeteneğiyle alakalı, mal ve hizmeti diğerlerinden ayıran özellik ve vasıfların toplamı” olarak tanımlar (Taner ve Kaya, 2007:354).

Kalite, kaynakların verimli kullanımını sağlayan, ürün ve hizmetlere kullanım uygunluğu kazandıran, müşteri ihtiyaçlarına uygun üretim ve hizmet anlayışını egemen kılan ve böylece işletmelerin kurumsal sorumluluklarını olumlu yönde gerçekleştirmelerine olanak sağlayan bir unsurdur. 1980’lerde rekâbetin önemli bir boyutu olan kalite, 1990’ların ortalarında stratejik bir avantaj olmaktan ziyade, rekâbet için bir gereksinim şekline dönüşmüştür. Son on beş yılda, kaliteyi arttırmak için gösterilen yoğun çabalardan sonra, kalite rekâbet avantajı sağlayan bir faktörden ziyade, bir sorumluluk haline (olağan bir iş) gelmiştir.

Juran, kaliteyi “kullanıma uygunluk”; Parasuraman, “müşteri beklentilerinin giderilmesi”, Crosby ise “ihtiyaca uygunluk” olarak tanımlamıştır. Kaliteyi, bir ürün ya da hizmetin değeri, eksikliklerden kaçınmak, müşteri beklentilerini karşılamak veya beklentilerin ilerisine geçmek olarak açıklayan tanımlara da rastlamak mümkündür. Kalite kavramı ISO 9000’de ise “bir ürün veya hizmetin belirlenen ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin tamamı” olarak tanımlamıştır (Avcı ve Sayılır, 2006:123).

Daha kapsamlı bir ifadeyle ise “İşletmelerin aktüel ve potansiyel müşterilerinin isteklerini ve mantıklı beklentilerini tam ve sürekli olarak karşılayabilecek ürün ve hizmetleri, en ekonomik seviyede üretebilme becerisidir” (Ersöz, 2005:2).

Kalite kavramının tanımları yukarıdaki gibi veya benzer şekillerde tanımlanırken hizmet kalitesinin tanımı da farklı şekillerde ve farklı boyutlarda tanımlanarak açıklanmaktadır. Aşağıda hizmet kalitesi tanımı hizmet kalitesinin müşteri tarafından değerlendirilmesi ve hizmet kalitesinin yönetimine yer verilmektedir.

4.1.1 Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet kalitesi ile ilgili olarak pazarlama literatüründe birçok tanım bulunmaktadır. Bunun başta gelen nedeni, kalite gibi hizmet kalitesinin de çok boyutlu bir kavram olması ve bu yüzden basit ve kesin bir tanımının yapılmasının zorluğudur. Üstelik hizmetin karakteristik özellikleri, söz konusu zorluğu bir kat daha arttırmaktadır. Bu

faktörlere ek olarak hizmet kalitesinin disiplinler arası özelliği, ona herkes tarafından kabul görecektir bir tanım verilmesini ve belirli bir modele oturtulmasını daha da güçleştirmektedir (Değermen, 2006:21-22).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak tanımlanır.

Başka bir tanıma göre ise hizmet kalitesi, “bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneği” olarak ifade edilmektedir. Tanımlardan da anlaşılacağı gibi hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır.

Bu nedenle, bir işletmenin müşterilerini kendisiyle tutma yeteneği ve müşteri tutma oranı işletmenin başarısının belirleyicisi olacaktır. Bir hizmet işletmesini rakiplerinden farklı kılacak olan en güçlü rekabet aracı, işletmenin müşterilerine sunduğu hizmetin düzeyi ve kalitesi olacaktır. Ayrıca, esas önemli noktalardan biri de, hizmeti satın alan müşterilerin her birinin algıladığı hizmet düzeyi ve kalitesi farklı olabilmektedir. Kalite müşterinin istediği olduğuna göre, müşterinin istediklerinin belirlenebilmesi ve müşteri merkezli olarak karşılanabilmesi, ancak, müşteri ile ilişki oluşturmaya, ilişkinin düzeyine, müşteriden elde edilen bilgiye ve bu bilginin doğrultusunda, faaliyetlerdeki müşteriye uyumlaştırma çabalarına bağlı olacaktır. Bir hizmet işletmesini rakiplerinden farklı kılacak olan esas unsur, müşterileri ile oluşturduğu ilişkidir. İlgili, önem, güven, içtenlik ve müşteri önceliklerini esas alan bir ilişki tek rekabet avantajıdır (Bayuk, 2007).

Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Devebakan, 2005). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, kalite, çok kişinin bildiği gibi, mutlak anlamda en iyi değildir. Bireylerin beklentilerine ve kaliteyi algılayışlarına göre değişir (Keskin, 1998:18).

Oliver’ın 1980 yılında yayınladığı çalışmasında ortaya koyduğu “onaylanmayan beklentiler” modeline göre müşteri tatmini, müşterinin satın alma öncesi beklentileriyle, ürün ya da hizmetin satın alma sonrası performansını karşılaştırması sonucu belirlemektedir (Gök, 2006:20).

Algılanan hizmet kalitesi, müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri ile gerçek hizmeti algıladıktan sonra deneyimin karşılaştırılması ile meydana gelmektedir. Eğer

müşterilerin beklentileri karşılanmışsa memnuniyet, müşteri beklentileri karşılanmamışsa memnuniyetsizlik söz konusu olacaktır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985:46).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak “ tanımlamaktadır. Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir.

Hizmet sürecinde kaliteye etki eden faktörler ve bu faktörler arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik olarak değişik modeller geliştirilmiştir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli, diğer adıyla fark analizi, uygulamada en yaygın olarak kullanılan modeldir (Örs, 2003:16). Bu model, hizmet kalitesi anlayışına genel bir bakış açısı getirmeye yönelik olup, daha önce açıkladığımız Oliver’ın çalışmasında ortaya koyduğu onaylamama paradigması anlayışına dayanmaktadır. Model iki ana kısımdan oluşmakta ve birinci kısmını beklentiler oluşturmaktadır. Birinci kısımda, müşterilerin hizmetle ilgili genel beklentilerini anlamaya yardımcı olacak beş faktörü temsil eden (fiziksel unsurlar, güvenilirlik, yeterlilik, güven, empati) 22 değişken (soru) bulunmaktadır. Söz konusu 22 değişken, müşteri değer yargılarına göre saptanmıştır. Modelin ikinci kısmını algılamalar oluşturmaktadır ve bu kısımda hizmet üretimi yapan belirli bir firma hakkında müşteri değerlendirmelerini ölçecek 22 değişkenin tümünün karşılaştırması yapılmaktadır (Değermen, 2006:38).

Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştiren Parasuraman, Zeithaml ve Berry’e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında, hizmetin performansına yönelik oluşan algıların yönünün bir sonucudur. Müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan bu yaklaşıma göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan daha düşük olacaktır. Beklenen hizmetin, algılanan hizmete eşit olması durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Devebakan, 2005).

Sağlık hizmetleri pazarlanmasında hasta tercihlerini önceden tahmin etme hastaneler için önemli bir konu haline gelmiştir. Bu doğrultuda bir çok hizmet sunumu ile ilgili kalite boyutları geliştirilmiştir.

Tablo 2.1: Hastane Hizmet Kalitesi Boyutlarının Özet Tablosu

Araştırmacı	Ülke	Hizmet kalitesi boyutları
Parasuraman(1985)	ABD	Fiziksel varlık, Güvenilirlik, İletişim, Güvenlik, Müşteriyi anlamak, İtibar, Nezaket, Yetkinlik, Karşılık verme, Ulaşılabilirlik
Parasuraman(1990)	ABD	Fiziksel varlık, Güvenilirlik, Empati, Yetkinlik, Doktorun kendine güveni
Reidenbach SandiferSmallwood(1990)	ABD	Empati, Güven, Tedavi kalitesi, Bekleme zamanı, Doktorun dış görünüşü, Destek hizmetleri, İşletmenin dış görünüşü
Cunningham(1991)	ABD	Klinik kalitesi, Hasta temelli kalite, Ekonomik temelli kalite
Tomes and Ng (1995)	İngiltere	Empati, Maliyet, Hastayı anlama, Saygıya dayalı ilişkiler, Dini ihtiyaçlar, Yemek servisi, Doktor çevresi, İtibar
Andaleeb(1998)	ABD	İletişim, Tesis, Yetkinlik, Davranış
Gross ve Nirel(1998)	İrlanda	Ulaşılabilirlik, Yapı, Hastane atmosferi
Camileri ve O'Callag-han(1998)	Malta	Profesyonellik ve teknik hizmet, Fiyat, Çevre, Ulaşılabilirlik, Hasta rahatlığı, Yiyecek servisi, Kişisel hizmet
Ovretveit(2000)	İsveç	Müşteri kalitesi, Profesyonel kalite, Yönetim kalitesi
Carman(2000)	ABD	Teknik (hemşire, doktor hizmeti gibi), Konaklama (yemek servisi, oda sıcaklığı, temizlik, park, gürültü, özel)
Walters ve Jomes (2001)	Y. Zelanda	Güvenlik, Performans, Ekonomi, Güvenilirlik, Estetik, Rahatlık
Hasin(2001)	Tayland	İletişim, Maliyet, Nezaket, Yetkinlik, Temizlik

Kaynak: Gülmez, 2005:102.

Ülkemizde de hastane hizmet kalitesi üzerine yapılmış bazı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, bunlardan bir tanesi, Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde hastalara yönelik yapılan çalışmadır. Bu çalışmada, hastaların önem verdiği hizmet özelliklerinin başında “doktora güven” gelmektedir. Diğer önemli özellikler ise sırasıyla; “tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına güven duyulması”, “hastanın doktora güven duyması”, “tuvaletin temizliği”, “doktorların hastalara karşı güler yüzlü, sabırlı ve hoş görülmesi”, “hastaya uygulanacak tedavinin detaylı bir şekilde açıklanması” ve “odanın temizliği”dir (Gülmez, 2005:151).

Hizmette standartlar tam olarak tespit edilememektedir. Bu, sunulan hizmetlerin sabit kalite ve performansının gösterilemediğinden kaynaklanmaktadır. Performans,

hizmetin diğer sanayi ürünleri gibi stoklanamaması özelliği dolayısıyla, hizmetin talep yoğunluğu ile ters orantılı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Özellikle, talebin yüksek olduğu zamanda hizmetleri gerçekleştiren personelin kabiliyet ve becerilerine ve içinde buldukları psikolojik durumlara da bağlıdır (Dikme, 2001:11).

4.1.2 Hizmet Kalitesinin Müşteri Tarafından Değerlendirilmesi

Günümüz ekonomilerinde faaliyet gösteren hizmet işletmelerinin ürettikleri hizmetler arasındaki kalite farklılığı alıcı tarafından algılanamayacak kadar karmaşık bir hal almıştır (Örs, 2007:52). Müşterilerin hizmetleri satın alma kararını vermeden önce, değerlendirme yaparken kullanılabileceği ve karar vereceği standartları konusunda da bir açıklık yoktur. Somut özelliği ağır basan hizmetlerin kalitesi hakkında karar verilmesi, nispeten daha kolay olurken, pazarlanan üründe soyut özellik oranı arttıkça değerlendirme de zorlaşmaktadır. Müşterinin tatil, yemek, saç kesimi gibi hizmetleri kalite açısından önceden denemeden değerlemesi oldukça güçtür. Örneğin, tatil yeri seçim kararını vermeden önce, bu hizmeti daha önceden almış olanlar veya hizmeti pazarlayanların yardımıyla değerlendirmeler yapılabilmektedir. Ancak, hizmetin soyut özelliği arttıkça; her bireyin tatilden beklentileri, kendi kişiliklerine özgü olacağından, yapılan ön değerlendirmeler yanılgıya neden olabilecektir.

Güvene dayalı olarak satın alınan, birçoğunda satın alındıktan ve kullanıldıktan sonra bile kalitesi hakkında karar vermenin imkânsız olduğu hizmetler yer almaktadır. Birçok tıbbî hizmet alındıktan sonra bile müşteri, hizmetin başarılı olup olmadığını değerlendirmez ve kaliteyi öğrenmek isteyen hasta, bu konuda doktoruna güvenir. Tamamen soyut veya soyuta yakın hizmetlerde hizmetin kalitesini, müşterinin değil, başkalarının söylemesi yaygındır.

Hizmet kalitesinin ölçümü, işletme açısından çok önemlidir. Çünkü, “Sunduğunuz hizmetin kalitesini ölçemezseniz, kaliteyi iyileştiremezsiniz”. “Ölçülemeyen kalite bir sistem değil, ancak, bir slogan olabilir”. Kalite müşterinin satın alma davranışlarını önemli ölçüde etkiler (Altan ve Atan, 2007:6).

Hizmet ve mal kalitesiyle ilgili yapılan araştırmalarda cevap aranan sorular şunlardır (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1993:140-146):

- a) Hizmet kalitesi, müşteriler tarafından ne şekilde değerlendirilmektedir?
- b) Müşteriler hizmetin belirli boyutlarını değerlendirerek bir sonuca mı ulaşıyorlar, yoksa her şeyi içine alan bir değerlendirme mi yapıyorlar ?

- c) Belli boyutları ele alarak bir sonuca ulaşıyorlar ise değerlendirmede kullandıkları boyutlar nelerdir ?
- d) Bu boyutlar farklı hizmet türleri ve farklı müşteri kesimleri için değişiklik göstermekte midir ?
- e) Hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde müşteri beklentileri önemli ise bu beklentileri oluşturan ve etkileyen faktörler nelerdir ?

Bir hizmetin satın alınmasından sonra müşterinin verilen hizmet ile ilgili algılamaları, satın almadan önceki beklentileriyle çakışıyor, bu hizmet ürünü, müşterilerin kaliteli olarak nitelendirdikleri bir üründür. Bu durum müşterilerin, bilinçli veya bilinçsiz olarak değerlendirmede, “on ölçeği” (boyutu) kullandıklarını gösterir. Bu on boyutta belirtilen konularda, müşterilerin beklentileri karşılanmışsa kaliteli aldıklarını söylemek mümkündür. Anılan ölçekler kısaca aşağıdaki gibi açıklanabilmektedir (Hope ve Mühlemann, 1997:101-102):

1. **Fiziksel varlıklar:** Bina ve tesislerin, eşyaların, çalışanların, iletişim araçların ve benzeri fiziksel varlıkların görünüşleri. Hizmet verenin temiz giyinmiş olması gibi.
2. **Güvenilirlik:** Hizmetlerin sürekli olarak aynı düzeyde tekrarlanması, vaat edilen hizmetin verilmesi gibi.
3. **Cevap verme (heveslilik):** Müşteriye yardım için istekli olma. Elektronik postalara yanıt hızı gibi.
4. **İletişimin gerçek anlamda sağlanması:** Müşteriye verilen bilginin açık ve tam anlaşılır olması, müşterinin dinlenmesi. Doktorun hastasına durumunun ne olacağını, hastasının anlayacağı dilde ve sürede açıklaması gibi.
5. **İnanılır olma:** Hizmet verenin güven vermesi, inanılır olması. Gazete yazarının yazdıklarının gerçeği yansıttığına inanması gibi.
6. **Emniyet ve gizlilik (güvenlik):** Müşterinin güvenliğinin sağlanması. Kendisinin emniyetinin sağlanması veya banka hesaplarının mahremiyetinin korunması gibi.
7. **Yeterlilik:** Hizmeti verenin işinin ehli olması. Avukatın, verdiği hizmetle ilgili yasal düzenlemeleri ve prosedürü tam olarak bilmesi gibi.
8. **Nezaket:** Hizmet edenin hizmeti verirken müşteriye karşı tutumu. Danışma görevlisinin, müşteriye saygılı, sıcak ve içten davranması gibi.
9. **Anlama:** Hizmeti verenin, müşterinin ne istediğini tam olarak anlaması. Bankacıların, banka müşterilerinin çoğunun, normal çalışma saatleri içinde

bankaya gelemediklerini ve bu zaman dilimi dışında, hizmet ihtiyaçlarının bulunduğu farkında olunması gibi.

10. Ulaşılabilirlik: Hizmete ulaşmanın, yer ve zaman olarak kolay olup olmadığı. İşyeri ile otopark alanı arasındaki mesafenin kısa olması gibi.

Burada sayılan on ölçüt grubu, Servqual tekniği ile hizmet kalitesi ölçümünün ilk versiyonlarında kullanılmıştır. Daha sonra faktör analizi ile bu on ölçüt grubu beşe indirilmiştir (Özdamar, 1999:71-101). İletişim, inanılır olma, emniyet ve güvenlik, yeterlilik ile nezaket ölçütleri, teminat (güvence) adı altında; anlama ve ulaşılabilirlik ile ilgili ölçütleri ise empati (duygu paylaşım) olarak birleştirilmiştir. Güvenilirlik, cevap hızı ve fiziksel varlıklar aynı şekilde kalmıştır (Hope vd, 1997:104).

Örneğin, bir havayolu müşterisi için güvenilirlikten; kalkış ve varışların tam zamanında yapılması, vaat edilen hatlarda uçuşların gerçekleştirilmesi; cevap hızından: bilet onayı, bagaj ve uçuş işlemlerinde hız ve yeterliliğin sağlanması; teminattan: güvenilir isim, emniyetli geçmiş, uzman çalışanlar; empatiden: duygu paylaşımı, kişisel özel ihtiyaçları anlama, müşteri isteklerini karşılama; fiziksel varlıklardan: uçak, bilet onay gişeleri, bagaj alanı, giysiler anlaşılmaktadır.

Hastanelerde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili görgül araştırmalar oldukça azdır. Hastanelerde algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışma 1991 yılında John tarafından yapılmıştır. Bu araştırmacı, Parasuraman ve arkadaşlarının 1985 yılında ortaya koyduğu kalite boyutlarını hastahanelere uyarlayarak algılanan hizmet kalitesini etkileyen on boyut (bağımsız değişken) incelemiştir. Bunlar “yetenek, inanılabilirlik, güvenilirlik, güvenlik, nezaket, iletişim, anlayışlılık, bulunabilirlik, tepkisellik ve fiziksel çevre” dir.

Hastanelerde kaliteyi etkileyen faktörlerden “nezaket ve anlayışlılık” hizmetin kişilerarası ilişkiler yönünü; diğerleri ise fiziksel ve teknik özelliklerini kapsamaktadır. Hizmetin fiziksel ve teknik özellikleri içinde yer alan “bulunabilirlik” sağlık personelinin veya hizmetlerin niceliği ve kolaylıkla ulaşılabilirliği; “tepkisellik” ise sağlık personelinin hizmet vermeye hazır veya istekli oluşu ve hizmetin zamanlılığını ifade etmektedir. Yani, hizmetin görülmesinde harcanan “zamanla” ilgilidir (Uyguç ve Arbak, 1997:98).

Ayrıca, hizmeti sunabilmek için, fiziksel girdi ve kolaylaştırıcılara ihtiyaç vardır. Örneğin, bir sağlık uzmanı hizmeti yerine getirebilmek için çeşitli ilâçlara, aletlere, teçhizata ihtiyaç duyar. Bir banka memuru için şubenin destek sistemleri (örneğin, bilgisayar sistemi) büyük önem taşır. Hizmetin sürdürülebilmesi için gereken

materyalin hazır olması, hizmet çıktısının kalitesini olumlu yönde etkileyecektir (Örs, 2006:100).

Ürün ve hizmetlerin kalitesinin değişmemesi ya da aynı kalitenin tutturulması, müşterilerin ürünlere ve firmaya güvenlerini artırır. Bu ise markaya sadakat açısından işletmeler için çok önemlidir. İşletmelerin kaliteyi aynı düzeyde tutarak (standartlar oluşturarak), kalitesi değişmeyen ürün ve hizmetler sunması hiç şüphesiz müşteri memnuniyetinde önemli bir faktör olacaktır (Öçer ve Bayuk, 2001:26).

4.1.3 Hizmet Kalitesinin Yönetimi

Hizmet işletmelerinde kalite olgusunun kavranması, uygulanması ve denetlenmesi belirsiz ve karmaşıktır. Hizmetler, nesneden çok performans olduğu için, aynı kaliteyi sağlayan üretim süreçlerinin, özelliklerinin işletme tarafından oluşturulması zordur (Biçkes, Erdem ve Kaplan, 2004).

Hizmet kalitesi yönetimi, müşterilerin istek, ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda işletmelerin hizmet sunumlarını temel alarak bu faktörlerdeki değişkenliği vurgulayan ve müşteri algılarının hizmet sunumunu ölçmenin anahtarı olduğunu savunan anlayıştır. Bu doğrultuda, hizmet kalitesi yönetimi, müşteriye yönelik hizmet stratejilerini geliştirmeye, müşteri memnuniyeti yaratmaya, her türlü olasılığa duyarlı bir süreç geliştirmeye, doğru hizmeti ilk seferinde sunmaya, etkin hizmet telafisi stratejileri geliştirmeye ve müşterilerin istek, ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda sürekli ilerlemeye odaklı bir sistemdir (Peters, 1999:6-7). Kalite, hizmet satıcısı veya üreticisi tarafından değil, tüketici tarafından tanımlanır. Örneğin, kuaförünüz saçınıza uyguladığı işlemde memnun kalabilir. Fakat, siz saçınızın berbat olduğunu düşünürseniz bu, hizmet kalitesinin kötü olduğunu gösterir (Üzerem, 1997:34).

Hizmet kalitesi yönetiminin asıl odak noktası insandır. Bu doğrultuda, işletme stratejileri geliştirirken müşteri odaklı işletme kültürü temel alınarak, iş görenlerin de bu yönde eğitilmesi, cesaretlendirilmesi, davranış ve ilişkileri üzerinde durulması hizmet kalitesi yönetimi kapsamında incelenmektedir. Ancak, gerek hizmet sektöründe, gerekse diğer sektörlerde, işletmelerin genellikle ISO 9000 standartlarının teknik gerekliliklerine ve sadece kaliteye yönelik sertifikalara ulaşmak için gerekli süreçlere odaklandıkları görülmektedir. Ancak, özellikle hizmet işletmelerinde, “teknik” gerekliliklerin yanı sıra “teknik olmayan” gerekliliklerin de göz önünde bulundurulması zorunludur; hatta hizmet işletmelerinin yapısı gereği “teknik olmayan” gereklilikler ve özellikler, müşteri tarafından algılanan kalite düzeyi üzerinde belirleyici rol oynar (Pheng, 1998:34-35).

Hizmetlerde kalite yönetimi, kalitenin ölçülmesini gerektirir. Çünkü ölçülemeyen şeyleri yönetmek son derece zordur. Buna göre, hizmetlerde kalite kontrolü bir program çerçevesinde olmalı ve aşağıdaki faaliyetleri kapsamalıdır (Yıldız, 1994:628).

- Ölçülecek kalite özelliklerinin saptanması,
- Bu özelliklerin kabul edilebilir düzeyinin (standardının) belirlenmesi,
- Mevcut performansın ölçülmesi,
- Standarttan sapmaların kaydedilmesi,
- Sapmaların nedenlerinin bulunması ve buna göre gerekli düzeltmelerin yapılması.

Hizmetlerde, ölçümlerle ilgili evrensel bir reçete mevcut değildir. Ölçümün hangi sıklıkta ve hangi araçlarla yapılacağı ise hizmet türüne, müşteri tipine, ölçme ile ulaşılmak istenen amaçlara ve harcanacak kaynaklara bağlıdır. Bununla birlikte, iyi plânlanmış bir ölçme stratejisi, sürekli izlemeyi ve detaylı periyodik araştırma yapmayı mümkün kılmalıdır (Yıldız, 1994:628).

4.2 SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir. İnsana ait en önemli varlıklardan olan sağlığın korunması ve sürdürülmesinde kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hizmeti sunanların sorumluluğu, sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır (Asunakutlu, 2005).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır. Sağlıklı ve

mutlu insanlar ise, hükümetlerin hem seçimlerinde oy alabilmelerine hem de sağlık harcamalarını azaltabilmelerine imkân sağlayacaktır (Dursun ve Çerçi, 2004:2).

Yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The Amerikan Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda şu şekilde belirtilmiştir (Devebakan, 2005:19-20):

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbî kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite iki açıdan değerlendirilebilir. Bunlar; teknik ve fonksiyonel kalitedir, yani (teknik) sağlık tedavi kalitesi ve (fonksiyonel) hizmet kalitesidir. Sağlık tedavi kalitesi, tıp bilimini ve sağlıkla ilgili teknolojiyi kullanarak hastaların sorunlarını gidermekten ibarettir. Hizmet kalitesi ise hastalarla hizmet verenler arasındaki iyi yönlü psikolojik ve sosyal ilişkiler ile yatak çarşaflarının temizliği, verilen yemeklerin iştah açıcı olması, bekleme salonlarının temizliği ve ferahlığı gibi detayları içerir. Sağlık hizmetleri kalitesinin düzeyini, hasta beklentilerinin memnuniyet düzeyi ile ölçülebilir. Hasta beklentileri ise hastaneye gelmeden önceki beklentileri, hastanedeki beklentileri, hastaneden ayrıldıktan sonraki beklentileri olmak üzere üç gruba ayrılır (Bircan ve Baycan, 2004:174-175).

Hastanın Hastaneye Gelmeden Önceki Beklentileri:

- Hastalık doğru bir şekilde teşhis edilmeli,
- Hastalık uygun bir şekilde anlatılmalı,
- Sistemin yapısında var olan riskler açıklanmalı,
- Masraflar açık ve tam olarak söylenmeli,
- Verilen bilgiler güvenilir ve eksiksiz olmalıdır.

Hastanın Hastanedeki Beklentileri:

- Prosedür, sahasında uzman bir ekip tarafından hazırlanmalı,
- Prosedür, söz verme, tahmin veya açıklama gibi açıkça belirlenmeli,
- Hasta yatarken veya muayene olurken çalışanların ilgili ve nazik olmaları,
- İyileşmenin devam etmesi sağlanmalı ve bunun süresi konusunda hasta bilgilendirilmeli,
- Tam iyileşmenin sağlanması için personelin yapması gerekeni eksiksiz olarak yapması,
- Hastanenin temizlik ve hijyen özelliği hastane yönetimi tarafından sürekli gözlenmeli,
- Yemekler uygun sıcaklıkta, uygun miktarda, uygun beslenme dengesi ile uygun zamanda verilmeli,
- Şikayetler derhal cevap bulmalı,
- Rehabilitasyon ve ilaçla tedavi için talimatlar, açık ve tam olmalıdır.

Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Hastanın Beklentileri:

- Aynı problem için tekrar hastaneye gelinmemeli,
- Fatura tam ve uygun bir şekilde açıklanmalı,
- İyileşme daha önce açıklandığı gibi gerçekleşmeli,
- Hastane ve uzman elemanları, eğer problemler tekrar ortaya çıkarsa derhal cevap vermeli.

Kaliteli sağlık hizmetinden bahsedebilmek için yukarıda belirtilen hasta beklentilerinin sağlık kuruluşu tarafından yerine getirilmesi gereklidir.

4.3 SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE SAĞLAMA SİSTEMLERİ

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşları ve hastanelerde kalite kavramı bir sistem yaklaşımı (yapı-süreç-çıkıtı) içinde ele alınmak zorundadır. Yapı, bina, teçhizat, malzeme, finansman, insan gücü vb. sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanması için altyapıyı oluşturan unsurlardır. Süreç, tıbbî bakım hizmetleri ve diğer hizmetlerin çalışanlar tarafından sunumu ve bu hizmetlerin hasta tarafından alınmasını içerir. Hasta bakımı sağlanırken neyin yapıldığını gösterir. Çıkıtı, hizmetin hastalara, toplumun sağlık düzeyine olan etkileridir ve memnuniyet açısından değerlendirilmesini kapsamaktadır (Taşdemir ve Hayran, 2005).

4.3.1 Kalite Kontrolü

Hastanelerin üretmiş oldukları hizmetlerin tüketicisi konumundaki müşterileri, yararlandıkları hizmetlerin teknik yönünü değerlendirme konusunda oldukça az temele sahiptirler. Hastane hizmetleri tıp profesyoneli olan hekimler tarafından tasarlanmakta ve diğer hastane işgörenlerinin de katılımı ile üretilmektedir. Sağlık konusunun ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin uygulayabileceği ve değerlendirebileceği karmaşıklıkta oluşu, satın almanın getireceği riskin büyük olmasına neden olmakta, bu da hizmetin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı zorunlu kılmaktadır (Şahin, 2007).

Sağlık hizmetlerinde kalite sorunları ve kalite standartları bütün dünyada gündemde olan ve ciddi olarak araştırılan bir güncel konudur. Buna karşılık, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı Toplam Kalite Yönetiminin (TKY) öngördüğü kalite kavramından çok farklı bir yapıdadır. Enformasyon teknolojisinin hem sağlık hizmeti veren kuruluşlar hem de sağlık hizmeti alan kuruluşlar tarafından yoğun olarak kullanılması ve büyük ölçekli sağlık data bankalarının oluşması, bu hizmetlerin fiyatlandırılmasında ciddi tutarsızlıkların olduğunun ve doğum gibi standart sayılabilecek durumlarda dahi açıklanması güç fiyat farklılıklarının gözlenmesine yol açmıştır. Bunun sonucunda sağlık hizmeti satın alıcıları (kişiler yanında büyük kuruluşlar da olabilmektedir) paralarının karşılığında aldıkları kalite düzeyinin ne olduğunu ve nasıl ölçüldüğünü bilme eğilimine girdiler. Bu eğilimin yakında ülkemizde de geçerli olacağı kuşkusuzdur. Bu eğilim standartların gözden geçirilmesi (akreditasyon) ve kalite ölçeklenmesi çabalarının yoğunlaşmasına yol açtı (Merih, 2007).

Kalite sağlama, bir kişi veya grubun sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmeyi sağlayabilmesi demektir. Bu, aynı zamanda yüksek kalitede hasta bakımına kişiyi veya grubu yönlendiren bütün faaliyetler için büyük bir hedeftir. Hastane hizmetlerinin kalitesinin yüksek olması hastaların zamanında tedavi edilmeleri ve iyileşmeleriyle doğrudan ilişkilidir. Kalite değerlendirme ise verilen hizmetlerde kalite sağlamada ne derece başarılı olduğunun saptanmasıdır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda yıllar önce bazı mesleki kuruluşlar konunun önemi üzerine kalite ile ilgili programların oluşturulmasını zorunlu tutmuşlardır. Bugün ise o ülkelerdeki hastanelerin birçoğu kalite sağlama ve değerlendirme programlarını yürütmektedirler. Bu ülkelerdeki hastanelerde bu tür programların yürütülmesi komiteler vasıtası ile olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bir hastanenin güvenilir olması, bakım hizmetlerinde kalite sağlamak ve değerlemek için oluşturduğu komitelerle ve bu komitelerin başarılı çalışmasıyla ölçülmektedir (Çatalca, 2007).

Örgüt olarak hastaneler, karmaşık bir sosyal sistem olup, en önemli girdileri hastalar, temel çıktısı ise tedavi olmuş hastalar ve hastaların memnuniyetidir. Temel çıktısı olan hasta bakım hizmetlerini mümkün olduğunca en az maliyetle ve en yüksek kalite standardında sunmayı amaçlayan hastanelerde, kalite kontrol olayının temel inceleme alanı, değerlendirme zorluklarına rağmen hasta bakım hizmetleridir (Ersoy, 1993:68).

Kalite kontrolü; en ekonomik şekilde tüketici ihtiyaçlarını karşılayacak malları üretebilmek için, bir organizasyonun tüm elemanlarının kaliteyi geliştirme, sürdürme ve iyileştirme çabalarının bütünleştirilmesi amacıyla etkili bir sistemin oluşturulmasıdır.

Kalite kontrolünün ana amacı; tüketici isteklerini mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılayan mamulün üretimi şeklinde ifade edilir. Bu amaca ulaşmak için, kalite kontrolünün yanı sıra tüm işletme departmanlarının değişen derecelerde sorumluluk yüklenmesi gerekir. Ancak, temel amacın gerçekleştirilmesi yolunda harcanan çabaların koordinasyonu ve etkinliğinin artırılması sorumluluğu kalite kontrol departmanına ait olmalıdır.

İşletmeler, tüketicilerin isteyeceği, beğeneceği, kullanırken şikayetçi olmayacakları mal ve hizmetleri üretmelidirler. Tüketici isteklerini memnun eden yüksek kalite seviyesine en ekonomik şekilde ulaşmak kalite kontrolünden beklenen ikinci ana amaçtır.

Kalite sadece tüketicinin görüşü açısından ele alındığında, tüketicinin istediği değer ve kabul edebileceği değer göz önüne alınır. Bu durumda kalite görüşü pazara göre değişir ve üretim ile pazarlama çalışmaları bütünleşir. Üretim yönetimi ile araştırma-

geliştirme departmanı arasındaki bağlantı sağlanarak kalite kontrolü gerçekleştirilir (Oktay ve Özçomak, 2001).

Kalite kontrolü daha önceden belirlenen özellikler ve ölçümlere uygunluğun kontrol edilmesi ve hataların üretim sonunda düzeltilmesi biçiminde tanımlanmıştır. Bu anlayış daha sonraları, üretim sonunda düzeltmek yerine üretimin her aşamasında, hataları düzeltme anlayışına dönüşmüş ve kalite konusundaki görüş ve çalışmalar daha farklı bir yöne yönelmiştir. Bu yönelme kalite kontrolü ile birlikte kalite güvencesinden söz edilmesine neden olmuştur (Tükel, 2001:17).

4.3.2 Kalite Güvencesi

Kalite güvencesi bir ürün veya hizmetin kalite konusunda belirtilmiş gerekleri yerine getirmesinde yeterli güveni sağlamak için uygulanan plânlı ve sistematik etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Temelinde ürün, ya da hizmetin geçtiği tüm aşamalarda talimatlar, görev ve sorumluluk tanımları vb. ile belgelendirmesi, çalışanların eğitilmesi ve kalite konusunda bilinçlendirilmesi ile kalitenin plânlanan düzeyde en az kaynak kullanımıyla korunması yatmaktadır. Kullanıcının gereksinimleri tam olarak ve belirlendiği şekilde karşılanmadığı sürece kalite güvencesi sistemi tanımlanmış sayılmaz.

Dolayısı ile, kalite güvencesi doğrudan kalite kontrol ile ilgili birimler dışında, herhangi bir ürün veya hizmetin son kullanıcıya ulaşana kadar geçtiği tüm aşamalarda görevli bölümleri de kapsamaktadır. Ve müşteri isteğine uygun ürün ve hizmet ulaşımını ve sipariş şartlarını beklenmedik maliyetler oluşturmadan sağlanabilmesini güvenceye alır.

Kalite güvencesi günümüzde bir işletmenin tümünü kapsayan bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, çağdaş bir işletmenin kalite politikasını, finans ya da personel politikasında olduğu gibi üst yönetimce saptanmalı ve saptanmış olan bu kalite politikasının gerçekleştirilmesi amacıyla ürün veya hizmetin geçtiği tüm aşamalar için yöntem talimatları, akış plânları oluşturulmalıdır (Gökmen, 2001:5).

Sürekli gelişen teknoloji, sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasını zorunlu kılmıştır. Farklı uzmanlık alanlarında, birlikte çalışan ekip birbirleriyle uyum içerisinde çalışmak zorundadır. Sağlıkta, kalite konusundaki yaklaşık 80 yıllık sürecin bugün ulaştığı yer TKY veya sağlık sektörü için daha yaygın tanımı ile Sürekli Kalite İyileştirmesidir (Pozantı, 1994).

Sağlık hizmetleri, çok boyutlu bir süreç olarak görülmeli ve aşağıdaki beş unsuru içine almalıdır (Wilkes, 1993:5):

- a) **Hastalar;** onlar olmadığı zaman sağlık hizmetinden söz edilemeyeceğinden sürecin en önemli bölümünü oluştururlar. Hastalar kendilerine ne tür işlemler yapılacağı konusunda bilgilendirilmelidirler.
- b) **Hizmet sağlayanlar;** hastanın tedavisi için gerekli özeni gösterirler, verdikleri destek hizmetlerinin doğru ve uygun olması önemlidir.
- c) **Hizmeti satın alanlar;** sorumlu oldukları grupların ihtiyaçlarını değerlendirerek sağlık hizmeti sağlayanlar ile belli tedavi hizmetleri konusunda anlaşma yaparlar.
- d) **Profesyoneller;** sağlık hizmetinin sunumunda aralarında görüş farklılıkları olan çok sayıda profesyonel çalışabilir (doktor, hemşire v.s).
- e) **Algılamalar;** aynı olayın algılaması, hasta olsun, hizmeti sunan olsun fertler arasında farklı olabilir.

Sağlık sektörünün karmaşık bir yapıya sahip olması, sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunumunu zorlaştırmaktaysa da günümüzün rekabetçi ortamında kalite, sanayi sektöründe başarı için şart ise hizmet sektörünün bir alt sektörü olan sağlık sektörü içinde aynı derecede gereklidir.

4.4 MÜŞTERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMLARI

Müşteriler işletmelerin varlıklarını sürdürmede en önemli varlıkları oluşturmaktadır. Müşterilerin memnun edilmesi bu nedenle, kuruluşların öncelikli amaçlarından biridir. Yoğunlaşan rekâbet koşullarında yapılan yenilik ve uygulamalar rakip işletmeler tarafından çok kolaylıkla taklit edilebilmektedir. Ancak, müşteri ilişkilerinin taklit edilmesi zor olmasından dolayı rekâbette üstünlük sağlayıcı önemli etken olmaktadır.

Tüketici davranışlarının anlaşılması, günümüz pazarlamacıları için, oldukça önemli bir konudur. Müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati gibi kavramların yanında onların öncelleri de pazarlama araştırmacılarının ve uygulamacıların üzerinde gittikçe daha yoğun çalıştıkları konular olmaktadır. Tüketicilerin satın alım sonrası davranışları, tüketicilerin pazarlama faaliyetlerine karşı tepkilerinin öngörüsünde önemli bir rol oynamaktadır. Tüketicilerin satın alım sonrası değerlendirmeleri müşteri sadakatini belirlemektir. Bundan dolayı, müşteri sadakatinin sağlanması, firmalar için oldukça önemli olmaktadır (Sütütemiz ve Çiftıldız, 2007).

Müşteri tatmini çok sık olarak yanlış kullanılmakta ve yanlış ifade edilmektedir. Bir çok organizasyon müşteri tatminini, müşterilerin sundukları ürün ve hizmetlerden memnun olduklarını ifade etmekte kullanabilecekleri nedensel bir yaklaşım olarak görmektedirler. Bu sürecin gerçek bilgiye, ölçüme ve düzenli iletişime ihtiyaç gösterdiği doğrudur. Fakat, daha önemlisi, müşterilerin ihtiyaçlarının zamanla değiştiği ve bizim bunun farkında olmamız gerektiğidir. Ayrıca müşteriler genel olarak ele alınmamalıdır. Ek olarak, dünün değerlerinin yarının ihtiyaçlarını karşılamada kullanılamayacağı anlaşılmalıdır. Hizmet üretimi ve müşteri memnuniyeti son derece görecelidir (Zairi, 2006:2).

Bir kurumda verilen hizmetin amacı, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılamaktır. Bu iki terim birbirleri ile ilgili olmakla birlikte aynı anlamda değildirler. Öte yandan ihtiyaç ve beklentilerin karşılanması memnuniyet düzeylerinin belirlenmesinde önemlidir. İhtiyaç: gerekli olan, istenilen ya da faydalı olan bir özelliğinin bulunmasıdır. Müşteri ihtiyacı olan ürün ya da hizmet özelliği kurum için olmazsa olmaz bir şarttır. Beklenti: gelecekteki durumu sezinleme ve önceden fark edebilme, özellikle de bilinen bir ihtiyacın karşılanmasından sonra elde edebilecek faydaların türetilmesidir. Beklenti sübjektiftir, değişebilir, şüpheli, bulanık ve hatta ifade edilmesi çoğu zaman güç olabilir. Bu terimleri sağlık hizmetleri için düşünecek olursak ihtiyaç sağlıklıdır, hastaneye başvuran insanlar sağlıklarını kaybetmişlerdir. Hastaneden talep edilen bu sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Beklenti ise, ileriye dönük olarak sağlıklı yaşamlarının devam etmesi ve hastalıklarının tekrar etmemesidir (Tokuçoğlu, 2004).

Temelde önemli olan müşteri olarak işletmeye gelenlerin memnun şekilde işletmeden ayrılmalarıdır. Müşteri ve hasta memnuniyeti kavramları birbirleriyle ilişkili ancak, hasta memnuniyetinin müşteri memnuniyetinden farkı hastanın müşteri olarak bir sağlık kuruluşundan hizmet almasıdır.

4.4.1 Müşteri Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti, “memnun ve memnun olmama seviyeleri de dahil olmak üzere, bir mal veya hizmetin bir özelliğinden veya bütün olarak kendisinden, tüketimle ilgili keyif verici memnuniyetlik yargısı” olarak tanımlanabilir. Pazarlama literatüründe müşteri memnuniyetinin bilişsel ve duygusal yargıların bir sonucu olduğu önerilmektedir. Tüketiciler, aldıkları ürünleri veya perakendecileri objektif ölçütlere göre değerlendirebilir ve bu değerlendirmeleri duygularının yardımı ile memnuniyet yargısı şeklinde özetleyebilirler. Örneğin, süpermarket müşterileri alışveriş yaptıkları

süpermarketleri ürünlerin kalitesi, hizmet kalitesi (personel hizmetleri, temizlik, güvenlik vb.) ve satış sonrası servis gibi ölçütlerle değerlendirebilir ve bu değerlendirmeleri duygularının yardımı ile memnuniyet değerlendirmelerine dönüştürebilirler. Memnuniyet değerlendirmelerinde duygular alışveriş ortamının eğlenceli, sıkıcı, rahatlatıcı vb. bulunması ile ilgilidir (Duman, Yağcı ve Kaya, 2004:3).

İşletmelerin temel hedefi kâr sağlamaktır. Rekâbet ortamında kârlılığın yolu müşteri memnuniyetinden, diğer bir ifade ile kaliteli mal ve hizmet üretilip, sunum sonunda müşteride oluşan memnun duygusundan geçmektedir (Çatı, 2003:121).

Global dünyada firmalar pazar paylarını ancak markalarına bağlı müşteriler ile koruyabilmektedirler. Firmaların kârını korumalarının en iyi yolu müşteri sadakatini arttırmaktır (Bayraktaroğlu, 2004:70).

Günümüzde müşteri istek ve ihtiyaçları, teknolojik gelişmeler ve artan rekâbet nedeniyle, geçmişe kıyasla büyük değişiklikler göstermektedir. Artık müşteriler kendilerine değer verilmesini, mal ve hizmetlerin beklentilerine uygun olmasını, kendileriyle yakın, sıcak ve güvene dayalı ilişkiler kurulmasını ve yürütülmesini talep etmektedirler. Dolayısıyla, bundan bir süre önce oldukça popüler olan kitlesel pazarlama yöntemleri, müşteri istek ve ihtiyaçlarındaki söz konusu değişimlere paralel olarak, geçerliliğini yitirmektedir. Bu bağlamda, yoğun rekâbetin yaşandığı günümüz pazar koşullarında işletmeler varlıklarını sürdürebilmek, pazar paylarını koruyabilmek veya arttırabilmek, rekâbet ortamında değişimin gerisinde kalmadan rekâbet gücü kazanarak müşterilerini elde tutmak ve kârlılıklarını devam ettirebilmek için, şimdiye kadar göz ardı ettikleri, müşterilerle uzun süreli ilişkiler kurmanın diğer bir ifadeyle, müşteri sadakati sağlamanın önemini anlamışlardır (Değermen, 2006:67). Buna karşılık, sunulan hizmetten yeterince memnun olmamış bir müşteri için, yakın ilişkiler olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Akgeyik, 1997:2).

Ürünler veya satıcılar hakkında oluşan güçlü memnuniyet yargılarının bir sonucu müşteri sadakatidir. Jomes ve Sasser'a göre, aldıkları ürünlerden veya satıcılardan tam memnun olmayan müşteriler başka tercihlere yönelebilmektedir. Dolayısıyla, müşteri sadakati için gerekli koşullardan bir tanesi üründen veya satıcıdan yalnızca memnuniyet değil tam memnuniyettir. Pazarlama araştırmacıları müşteri sadakatinin iki boyutu olduğunu ve her iki boyutun güçlü olması durumunda sadakat davranışının gerçekleşeceğini önermektedirler. Önerilen boyutlardan birisi devamlı satın alma boyutu, diğeri ise tutumsal boyuttur. Diğer bir deyişle, müşteri sadakatinin oluşması için

müşterinin aynı ürünü veya satıcıyı tekrar tercih etmesi ve o ürüne veya satıcıya karşı olumlu tutumlar sergilemesi gerekir (Duman vd, 2004:4).

Yoğun rekâbetin yaşandığı günümüzde, müşteri memnuniyetinin sağlanması müşteri odaklı yönetim anlayışı ile gerçekleştirilir. Müşteri odaklılık; müşteri sadakatini, toplam müşteri memnuniyetini, sürekli iyileştirmeyi ve şikâyet yönetimini gerektirmektedir. Müşteri sadakati, müşteri isteklerini karşılayan hizmeti vererek ilişkinin sürekli tutulması, toplam müşteri memnuniyeti; müşterilerin satış öncesi ve sonrası tüm ihtiyaçlarının karşılanarak memnun edilmesi, sürekli iyileştirme; müşteri tatminini arttırmaya yönelik çalışmaların süreklilik arz edecek şekilde programlanması ve şikâyet yönetimi ise satılan ürün ya da sunulan hizmet ile ilgili kusuru düzelterek müşteri hoşnutsuzluğunu giderip müşteri sadakati sağlamaktır (Altan ve Engin, 2007:586). Örneğin, cep telefonu hizmetinde gün ve hafta içerisinde fiyat farklılaştırması yapılması, özel günlerde indirimli tarifeler uygulanması, yurt dışı ile görüşme ücretlerinin yeniden düzenlenmesi, hattın açılmasından itibaren belirli bir süre geçtikten sonra, yeni model bir telefonun eskisi ile değiştirilerek hat sahibine indirimli bir fiyattan sunulması, tüketici danışma hatlarına işlerlik kazandırılması gibi uygulamaların müşteri memnuniyetini artırma açısından yararlı olacağı düşünülmektedir (Güllülü ve Özer, 2000:8).

Müşterilerinin şikâyetlerini dikkate almayan işletmeler güvenilirlik ve ciddiyetin yanı sıra müşterilerini kaybetmektedirler. Yapılan işletmeler şunu göstermektedirler ki, şikâyet eden müşteri hâlâ o işletmeye bağlı kalmaya niyetli olan müşteridir. Asıl tehlike şikâyette ya da öneride bulunmadan firma ya da ürün değiştirenlerdir. Bazen rakiplerin ulaşamayacakları ya da pek düşünemeyecekleri hizmet aktivitelerini bulup ortaya çıkartmak, yaratıcılık ve bunun ötesinde müşteri kazanımında ve kazanılanı korumak anlamında atılan büyük adımlar olmaktadır. Örneğin, bir bankanın bir müşterisinin hesabında para yokken birkaç gün sonra hesapta para olacağı garantisine dayanarak müşterisine hesaptan para ödemesi yapması mükemmel bir müşteri hizmetidir (Kurtuldu, 2004:1).

Çağdaş pazarlama uygulamalarının en güncel konularından biri de Müşteri İlişkileri Yönetimi'dir. Müşteri İlişkileri Yönetimi (Customer Relationship Management, CRP), işletmenin tümüne müşteri kavramını yerleştiren, işletmenin en alt düzeydeki personelinden en üst düzeydeki yöneticisine kadar müşteri odaklı olma kültürünü işletme içinde benimseten bir stratejidir (Savaşçı ve Tatlıdil, 2007:63).

Müşteriye verilen hizmetin, ona nasıl verileceği de çok önemlidir. Söz konusu hizmeti verecek kişinin, bu hizmeti doğru şekilde sunmaması durumunda, hizmet ne kadar etkileyici olursa olsun memnuniyetten uzak olacaktır.

Hizmet pazarlamacılarının yaptıkları işle ilgili yeterli bilgi sahibi olmaları yetmemekte, bunun yanı sıra insan ilişkileri konusunda da uzman olmaları gerekmektedir. Bu elemanlar, hizmet verdikleri kişilerin, duygu ve düşüncelerini, hislerini ve tepkilerini kolayca algılayıp, onların sorunlarına çözüm bulmalıdırlar (Karahana, 2001:19). Hizmet işletmelerinde iletişim etkinliğinin sağlanması durumunda, pek çok başarısızlığın, zaman ve işgücü kayıplarının, müşteri kırgınlıklarının asgariye ineceği bir gerçektir (Zengin ve Gümüş, 2000:36).

Günümüzde müşteriler kaliteli ürün ve uygun fiyatın ötesinde bir şeyler beklerler. Saygı görmek, güven duymak, kıymetin bilinmesi, dostluk, güler yüz, ilgi, yardım bunlardan bazılarıdır. Bunların tümüne “müşteri hizmeti” denir. Bir işletmeyi rakiplerinden ayıran temel üstünlüklerden birisi müşteri hizmeti farklılığıdır. Bir işletmenin en büyük amacı; sadık müşterilerin sayısını arttırmaktır. Bu da müşterinin verilen hizmetten memnun kalması ile sağlanır. Yani, mükemmel müşteri memnuniyeti sağlanırsa, müşteriler tekrar gelir. Yapılan istatistiklere göre, bir firmaya çeşitli nedenlerle tekrar gelmeyen her üç müşteriden ikisi, müşteri hizmetinden memnun kalmadığı için tercih etmiyorlar. Yani, ya saygı görmediğinden ya ilgisizlik hissettiğinden ya da kendisine güler yüz gösterilmediğindendir (Rona, 2005:63).

Gerçekte müşteriler, yalnızca bizimle yaşadıkları son tecrübeleri ile ilgili düşüncelerini anlatmaktadırlar. Daha önemlisi, müşteriler bizim sağladığımız hizmeti ayrıntılı olarak değerlendirmekte ve diğer firmaların hizmetleri ile karşılaştırmaktadırlar. Bunu, bizim onlar için iyi hizmet sağladığımız ve verdikleri paranın karşılığını aldıkları konusunda kendi zihinlerini memnun etmek için yapmaktadırlar. Müşteriler ayrıca, onlara hizmet sağladığımız sistem, süreç ve prosedürleri merak ederler. Örneğin, havacılık endüstrisi gibi pek çok hizmet alanında, her şey şeffaftır ve müşteriler anormallik ve eksiklikleri derhal algılayabilirler. Tatmin olmuş müşteriler, olumlu tecrübelerini beş, ya da altı kişiye, memnun olmamış müşteriler ise olumsuz tecrübelerini yaklaşık on kişiye anlatmaktadırlar. Ayrıca, pek çok memnun olmamış müşterinin şikâyetinde bulunmadığı ve bunun sektörden sektöre farklılık gösterdiği unutulmamalıdır (Zairi, 2006:3).

Müşteri memnuniyeti müşteri koruma açısından çok önemlidir. Bunun nedenlerinden biri de memnun olmayan bir müşterinin, şirketten tazminat istemek,

memnuniyetsizliğini diğerk kişiler ile paylaşmak ya da bir daha satın almamak gibi seçenekleri olmasıdır. Nasıl bir hizmetin ya da hizmet sağlayıcısının yarattığı memnuniyet, müşterilerin o şirketle olan ilişkilerini sürdürme eğilimlerini arttırıyorsa; benzer şekilde, bunun tam tersi yaşandığında da, yani memnuniyetsizlik olduğunda, bu memnuniyetsizlik müşterinin şirketle ilişkisini sonlandırması için önemli bir neden olarak görülür (Aksoy, 2007:1).

Her zaman için müşterinin memnun olması söz konusu değildir. Eğer bir müşteri bu memnuniyetsizliğini bildirmiyorsa, ya samimi değildir ya da kendisi ile bağlantı kurulamamıştır ya da her ikisi de mümkündür. Müşteriler, şikâyetçi oldukları konuları anlatmayı ve durumun düzeltilmesini isterler. Müşteri, sorunlarını anlatırken, onların sözünü kesmeden dinlemek, müşteriler açısından son derece önemlidir. Çünkü, zaten sıkıntılı durumda olan kişi, sözünün kesilmesiyle daha sinirli olabilecektir. Şikâyetlerini anlatırken müşterilere, samimi ve arkadaşça davranılmalı ve durumun düzeltileceği konusunda güvence verilmelidir. Gerçek durumun ne olduğu konusunda araştırma yapılarak, nerede hata yapıldığı veya kimin hatalı olduğuyula ilgili detaylı bilgiler edinilmesi, aynı şeyin tekrarlanmaması hususunda kolaylık sağlanacaktır. Müşterilerin şikâyetlerinin mümkün olan en kısa sürede giderilmesi, müşteriye tamamıyla kaybetmemek açısından önemli bir konudur. İşletmenin müşteriye karşı verdiği sözün yerine getirilip getirilmediğini izlemesi ve sonuçlandırıldığını görmesi yararlı olacaktır (Güreş, 2004:55). Kendinden emin, kendine güvenen müşteriler ile sosyal sorumluluğunun idrakine varmış müşterilerin daha sık şikâyet ettikleri belirlenmiştir (Kılıç, 1993:35).

Müşteri sadakati, müşterinin kuruluş ile iş ilişkilerini devam ettirip geliştirirken, diğerk yandan kuruluşun hizmetlerini potansiyel müşterilere tavsiye etmesi olarak tanımlanmaktadır (Gökçın, 1996).

Bir tüketici sadık olduğu takdirde, bazı karar verişleriyle zaman faktörünü aşan, tesadüfi olmayan bir satın alım olarak açıklanabilecek bir satın alma davranışı sergiler (Kurtuldu, 2005:109).

İşletmenin sattığı mal veya sunduğu hizmetten memnun olan müşterilerin firma ile ilişkisi sürekli olur. Memnun müşterileri tutmanın maliyeti yeni müşteriler bulmaktan daha ucuzdur ve memnun müşteri firmanın reklâmını yapmakta önemli bir potansiyeldir (Altan ve Engin, 2007:586).

Müşteriyi tutmanın ve müşteri sadakati yaratmanın en önemli koşullarından biri müşteri memnuniyetinin yaratılmasıdır. Çünkü; memnun müşterinin şirkete bağlılık

göstermesi ve memnun kaldığı şirketle uzun yıllar boyunca ilişkilerini sürdürmesi beklenir. Firmalar mallarına ve hizmetlerine değer katarak müşterilerine sundukları taktirde müşteri memnuniyetini sağlamaktadırlar. Böylece, firma ile müşteriler arasında duygusal bir bağ oluşup müşterinin işletmeye bağlı kalması gerçekleşmektedir (Güzel, 2006:94).

Değer, müşterilerin sunulan ürün ya da hizmetin ihtiyaçlarını karşılamadaki etkinliğine yönelik algıdır. Değer, maliyet ile performans arasında yapılan bir kıyaslamadır. Değer, müşteriye daha yüksek performans ya da faydayı aynı maliyetle sunmakla ya da aynı tür faydaları daha düşük bir maliyetle vermekle artırılabilir (Doyle, 2000:151-152). Müşteri sadakati aslında firmanın müşterisi için değer yaratmasıyla oluşmakta ve müşterinin işletmeyi sahiplenmesiyle olgunlaşmaktadır. İşletmelerin konu üzerine eğilmesiyle sağlanacak sadakat, ancak her iki tarafın bu alışverişten kendilerini mutlu hissetmeleriyle sağlanabilmektedir (Çınar, 2007:28-29).

Müşteri sadakatının işletmelere sağladığı avantajlar mevcut müşterilerin elde tutulmasıyla sınırlı kalmamakta ve daha birçok avantajı da beraberinde getirmektedir. Sadık müşterilerin işletmelere sağladığı avantajlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Değermen, 2006:83-84):

- Diğer müşterilerden daha fazla alım yapmaları,
- İşletmeyi diğer müşterilere tavsiye etmeleri,
- İşletme ürünlerine duydukları fiyat elastikiyetinin azalması,
- İşletmelerin maliyetlerinin azalması,
- İşletmenin diğer ürün hatlarından satın almaları,
- İşletmenin uzun vadeli performansını arttırmaları,
- İşletme kârlılığını arttırmalarıdır.

Müşteri bir ürünü veya hizmeti satın alan (kabul eden) kuruluş, kişi ya da kişilerdir. Müşteriler bilânçoda gösterilmese de bir işletmenin sahip olduğu en değerli varlıklardır. Müşteri, işin oluş nedenidir. Hatta yeni pazarlama anlayışı, işletme fonksiyonlarının merkezine müşteriye koymaktır. Müşteri kavramı sadece ürün satın alanları değil, işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerden etkilenen herkesi kapsamaktadır. Dolayısıyla, işletmenin bir bölümünün çıktılarını kullananlar veya bu çıktıların etkilediği insanlar, organizasyonlar, sistemler veya süreçler de birer müşteridir (Eroğlu, 2005:3).

Müşteri kavramı ilk olarak Toplam Kalite Yönetimi ile iç ve dış müşteri olarak ayrılmıştır. Hizmet sunulan dış müşterilerin memnuniyetini sağlamak, bu hizmetlerin

üretimine doğrudan veya dolaylı katkıda bulunan iç müşterilerin memnuniyetinden bağımsız değildir. Müşteri odaklı yönetim anlayışında çalışanların tam katılımı ve süreçlerin iyileştirilmesi zorunludur. Bu nedenle çalışanların mutlu olmadığı, çok fazla prosedürün olduğu şirketlerde dış müşteri memnuniyetini sağlamak oldukça güçtür.

İşletme içerisinde, birbirine mal veya hizmet sunanlar iç müşteri olarak adlandırılır. İşletme çalışanlarının bir kısmı dış müşterilere direkt hizmet sunmasa da dolaylı olarak hizmet sunumuna katkıda bulunmaktadır. İç müşteri kavramı, toplam kalite yönetimi ile ilk kullanılmaya başlanmasına rağmen, ardındaki düşünce eski yönetim anlayışlarına dayanmaktadır. Her çalışan kendisi için tanımlanmış bir görev sahası içinde yer alır (iş organizasyonu), tanımlanmış işleri yapar (iş bölümü), bu işleri yaparken diğerleri ile birlikte (işbirliği) ve uyum içinde çalışır (koordinasyon). Bu uyumun sağlanabilmesi için, çalışanların birbirlerini anlamaları ve bilgilendirmeleri gereklidir (iletişim) (Erkut ve Aksu, 1996). Aksi takdirde, süreçlerin kalitesinde, zamanlamada ve iletişimde yaşanacak aksaklıklar dış müşteriye sunulan hizmetlere yansiyabilir. İç müşteri memnuniyetinin sağlanması süreçteki insanların arasında güçlü bir iletişim olması ve birbirlerinin beklentilerini sağlıklı bir şekilde anlamalarıyla olasıdır. Çalışanların sadece yaptıkları işlere konsantre olması belli periyotlarda faaliyetlerinin çıktılarının gözden geçirmemesi, zamanla onları müşterilerin değişen gereksinimlerini tam olarak yanıtlayamaz hale getirir. Aynı zamanda birbirlerine sunulan hizmetler konusunda değerlendirme ve geri bildirim yapmamaları da zaman içinde gereksinimlerin karşılanamaz hale gelmesine katkıda bulunur.

İç müşteri (personel) memnuniyetinde, önemli rol oynayan faktörlerden biri, global değişim ve rekâbetin ortaya çıkardığı “empowerment” olarak adlandırılan ve personeli güçlendirme anlamına gelen yönetim anlayışının benimsenmesidir.

Güçlendirme, çalışanların, kendilerini motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına olan güvenlerinin arttığı, inisiyatif kullanarak harekete geçmek arzusu duydukları, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları ve işletmenin amaçları doğrultusunda uygun ve anlamlı buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulamaları ve koşulları ifade eder (Koçel, 2003:416).

Birimler arasında gerçekleştirilen süreç ve faaliyetleri analiz ederek performansın iyileştirilmesi ve örgüt içi iletişim iç müşteri memnuniyeti sağlanmasında ve artırılmasında çok önemlidir. İşletmeler iç müşteri memnuniyetini yapacakları anketlerle, görüşmelerle ölçmelidir. İç müşteri istek ve gereksinimlerini belirlemeye

yönelik bu ankette, ölçülecek genel konular aşağıdaki gibi sıralanabilir (Gökçın, 1996:67):

Kalite	(Yapılan işin tam olması, doğru olması, açıklığı, anlaşılabilirliği)
Zamanlama	(İşin zamanında yapılması, işi yapma sürecinin uygunluğu)
Güvenilirlik	(İşin sürekli aynı kalitede yapılması, verilen sözlerin tutulması)
İşbirliği	(İsteklere cevap verme, esnek olma, nezaket)
İletişim	(İstekleri dinleme, çabuk tepki verme)

Müşteri hizmetlerinin başarısında etkili olan bir diğer faktör nitelikli eleman seçimidir. Sunulan hizmetlerin etkinliğini arttırmak ve hizmetlere belirli bir standart getirebilmek için eleman seçiminin titizlikle yapılması, eğitilmesi, işe alıştırma programlarının uygulanması, motive edilmeleri, moral arttırıcı uygulamalara ağırlık verilmesi, çalışma koşullarının düzenlenmesi, başarı-ücret dengesinin kurulması, iyi bir denetim sistemiyle kontrol edilmeleri ve son olarak etkin işleyen bir iletişim sisteminin varlığı gerekmektedir (Karpaz, 1998:23).

Hizmetlerin mallara göre soyut olması, standartlaşmayı ve hizmet kalitesini tanımlamayı güçleştirmektedir. Hizmetlerin üretim anında tüketilmesi ve genellikle üretim sürecine müşterinin doğrudan katılımı söz konusudur. Bu özellikler nedeniyle, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde hizmet sunan personelin etkisi fazladır. Dış müşterinin memnuniyetinin sağlanması için, iç müşterilerin memnuniyetinin gerekli koşul olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, iç müşteri memnuniyeti anketinin periyodik olarak tekrarlanması etkili olmaktadır.

Müşteri memnuniyeti, işletmenin kârının, işletmeler içinde nerede olduğunun, istediği yere ulaşp ulaşmadığının göstergesidir. İşletme, müşteri memnuniyetinin değerlendirilmesini iyi yapmalı, plân ve programlarını ona göre yönlendirmelidir.

Müşteriler kaliteli malı ucuza alma isteği içerisinde ve işletmeler de müşterilerinin bu beklentisi doğrultusunda müşteri memnuniyetini en üst düzeye çıkartmak için çaba sarf etmektedirler. Bu da eski bir yaklaşımı ortadan kaldırmaktadır; artık müşteriler işletmeye değil, işletmeler müşteriye mecburdur (Ekmekçioğlu, 2003:25)

Günümüzün müşterilerini memnun etmek için işletmelerin daha fazla çaba göstermeleri gerekmektedir. Daha bilinçli, daha seçici, şikâyetlerini daha çok dile getirici bir profile sahiptirler. Bununla beraber, çok sayıda rakibin ürün ve hizmetleri arasında karar verici durumundadırlar (Kotler, 2000:47). Bunun için, işletmelerin bu

rekâbet ortamında önde olarak piyasada varlıklarını sürdürmelerinin yolu, memnun olan müşterilerden geçmektedir.

Günümüzde bir çok hizmet işletmesi, teknolojik gelişmelere ve değişen müşteri anlayışına ayak uydurma çabaları içerisinde. Hizmet işletmeleri kendi faaliyet alanları içerisinde yenilikler yaratarak, müşteri beklentilerini karşılamaya ve müşteri memnuniyetini arttırmaya çalışmaktadırlar. Örneğin, değişik dağıtım kanallarını kullanarak müşterisinin beğenisine ve zevkine uygun etkinliklerin biletini satan “Biletix”; hızlı, zahmetsiz ve güvenilir hizmet anlayışı ile içinde bulunduğu sektöre katma değer yaratan işletmelerden biridir. Sportif, kültürel ya da sanatsal etkinliklerin bilgilerinin alınabileceği merkezî bir kaynak olan “Biletix”, müşterilerin bu etkinliklerin biletlerine tek adımla, tek tuşla ve yalnızca bir telefon görüşmesi sonucu ulaşmalarını sağlamaktadır (Yüksel, 2005:82).

Memnun müşterilerin işletmeye kazandırdığı pek çok avantaj bulunmaktadır. Memnun olan bir müşteri (Kotler, Leong, Ang ve Tan, 1996:23)

- Sadık müşteri olma yolunda adım atarak daha fazla ürün satın alma yoluna gider.
- İşletmenin ürettiği diğer ürünlerden de satın alır.
- İşletme ve işletmenin ürettiği ürünlerle ilgili pozitif düşüncelere sahip olduğu için işletmenin olumlu bir imaja sahip olmasına katkıda bulunur.
- Rakip işletmelerin markalarına, ürünlerine karşı daha az duyarlıdır.

Müşteri istek ve ihtiyaçlarının doğru olarak belirlenmesi, müşteri beklentilerinin ürün ve hizmetlerin performansına, özelliklerine yansıtılması beraberinde müşteri memnuniyetini getirir.

4.4.2 Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyeti

Hizmet pazarlamasında sunumun “performans” niteliği taşıması, genel olarak hizmetin, alındıktan sonra değerlendirilebilmesi, hizmet işletmelerini müşteri memnuniyeti üzerinde odaklanmaya yöneltmiştir (Bakır, 2006). İşletmelerin başarıya ulaşmalarındaki en önemli faktör, herhangi finansal bir kurumun çay ocağında çalışan görevliden en üst seviyedeki görevliye kadar bütün iş görenlerin müşteri merkezli çalışma prensibini benimsemiş olmalarıdır (Ersoy, 2002:11).

Müşteri memnuniyet düzeyi ulusal bazda farklılıklar gösterebilmektedir. Ulusal bazda müşteri memnuniyeti beş parametre esas alınarak ölçülebilmektedir (Altan vd, 2007:587);

- Müşterinin gelir düzeyi,
- Genel ekonomik istikrar (fiyatlardaki değişim),
- Ekonomik kalite düzeyi,
- Ekonomik zenginlik,
- Üretilen mal ve hizmetlerdir.

Hizmet sektöründeki bir firmanın sürekliliğini sağlaması müşteri memnuniyetine bağlıdır. Müşterileri memnun olan bir firmanın hem kendisi hem de çalışanlarının geleceği güvence altına alınmış olur. Hizmet sektöründe, müşteri memnuniyetini ölçme çalışmalarında, soyut birkaç kavram üzerinde odaklanmak oldukça zordur. Her müşterinin istek, ihtiyaç ve gereksinimleri farklıdır. Firmalar öncelikle müşterilerini iyi tanımalı, kimin onların müşterisi olduğunu iyi bilmelidirler. Ondan sonra müşterinin gereksinimlerini öğrenmelidirler. Gereksinimlerini öğrenerek müşteri memnuniyeti yolunda daha kolay ilerleyecek ve anket çalışmalarında kolaylık sağlanacaktır. Müşterilerin firmayı tercih etmesindeki kalite kriterlerini, hangi kriterlere daha çok önem verdiklerini, firmanın müşteriye sunmadığı ancak, müşteri için önemli olan kriterleri öğrenmelidir.

Üretim sektöründe kalite ölçümünde somut kriterler vardır. Ancak, hizmet sektöründe kaliteyi belirleyen kriterlerin soyut olması nedeniyle firma yöneticilerinin belirlediği kalite kriterleri müşteriler için anlam ifade etmeyebilir. Bu kriterlerin belirleyicisi müşteridir. Davranış, algı ve sezgi üzerine yoğunlaşan subjektif ölçümler yapmak hizmet sektöründe, hizmet kalitesini belirlemede oldukça yararlı olacaktır.

Hem üretim hem de hizmet sektöründe görülen ortak bir sorun ise hata ve kusurlarının maliyetinin yüksek olmasıdır. Hele ki müşteriye ulaştıktan sonra hatanın maliyeti oldukça yüksek olabilir. Müşteri aldığı ürün ya da hizmette herhangi bir hataya rastlandıktan sonra, bir daha sizinle iş yapmayıp rakip firmalardan birini tercih edebilir.

İşletmeler müşterinin hem ürün ya da hizmetinizi iade etmesinden kaynaklanan bir maliyete, hem de bir daha işletmeyi tercih etmemesinden kaynaklanan bir maliyete katlanmak zorunda kalabilirler (Ekmekçioğlu, 2003).

4.4.3 Hasta Memnuniyeti Kavramı

Müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindendir. Kaliteyi artırma çabaları öncelikle müşterilerin kaliteli ürünleri satın alma isteğinin bir sonucu olarak endüstri alanında başlamıştır.

1970'lerdeki ekonomik sınırlılıklar ve son yıllarda müşteri merkezli hizmet anlayışının benimsenmesi nedeni ile bireyler sağlık hizmetlerinde de kaliteyi aramaya başlamışlardır. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile varolan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için, gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır. Başka bir deyişle, toplumdaki müşteri merkezli hizmet anlayışı tüm hizmet sektöründe yoğun bir rekâbete yol açmış ve sağlık hizmeti alan bireylerin istekleri önem kazanmaya başlamıştır. Bunun dışında, son on yılda müşterilerin tutumları da önemli derecede pasif rolden aktif role doğru değişmeye başlamıştır.

Günümüzde de hastanelerdeki sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. İnsan yaşamının gerek kanunlarla ve gerekse eğitilmiş kişiler tarafından ortaya konulan teorilerle öneminin vurgulanması sonucunda, bilinçli, aldığı hizmeti değerlendiren, sorgulayan ve daha iyiyi arayan bir kitle oluşmaktadır (Serbest, 2006:22).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir (Yılmaz, 2001:69-70) .

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

Başka bir ifadeyle ise hasta memnuniyeti hastanın değer ve beledentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüttür (Yılmaz, 2001:71). Lebow'a göre, hasta memnuniyeti tedavinin, müşterilerin hizmetlerle ilgili isteklerini, dileklerini ve arzularını karşılama derecesi; Pascoe göre, sağlık mücadelesinin bağlamı, süreci ve sonucuna bilişsel ve duygusal tepkileri içeren ve doğrudan alınan hizmetin bir değerlendirmesi; Ruggeri ise doğasında öznel olduğunu ileri sürmektedir. Yine, öznellik unsurunun "hizmetin değerlendirilmesinde tüketicilerin bakış açısını hesaba katmak ve incelemek için tek bir fırsat" sağladığını vurgulamıştır. Memnuniyet kavramı tüketici, doğrudan bakımı yapan kişilerin yanı sıra aile üyeleri, tedarikçiler ve ödemeyi yapan kişiler için de önemlidir (Howard, Clark, Rayens, Hines- Martin, Weaver ve Littrell, 2001:12).

Hasta memnuniyeti, tüketicinin üründen belediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan ürünün gerçek performansı arasında algılanan farkın bir sonucu olarak da tanımlanabilir. Tatmin düzeyinin, üründen beklenen fayda ile elde edilen

fayda arasındaki orana bakılarak belirlenmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmüştür. Hizmetin tüketimiyle elde edilen performans mevcut beklentileri karşılıyor veya aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşın, beklentilerin altında kalınıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir (Kardeş, 1994:33). Aldığı bakımdan memnun olmayan hastaların hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini, başkaları ile, memnun olanlara göre daha çok paylaştığı bilinmektedir.

1980'lerden başlayarak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti çok konuşulup, tartışılmaya başlanmış ve hasta memnuniyeti araştırmalarının popülaritesi de artmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir artış ve aynı zamanda tüketici özelliklerinin yeniden gözden geçirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Benimsenen değerlendirme prosedürleri, ölçüm için açıklayıcı kriterler ve minimum standartların tanımlanmasını zorunlu hale getirmektedir. Sağlık bakımını değerlendirmek için uygun kriterler gündeme yerleşen hasta memnuniyeti kavramında toplanmıştır (Williams, 1994).

Ancak, gerek sağlığın gerekse sağlık hizmetlerinin yapısından dolayı bazen memnuniyetsizlik yaratmak kaçınılmaz olmaktadır. Örneğin, kemoterapi alan bir hastanın veya aşı olan bir çocuğun müdahale süresince, bazen de sonrasında memnun kaldığı söylenemez. Benzer şekilde karantina altına alınan bir köy veya mahallede yaşayanların karantina süresince bu uygulamadan memnun olmaları mümkün değildir. Fakat, hizmetin sunulmasından dolayı toplumun çoğunluğunun elde edeceği kazançlardan, özellikle pozitif dışsallıkları olan müdahalelerden (bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların tedavisi gibi), dolayı bu tür memnuniyetsizliklerin ihmal edilerek diğer unsurların (verimlilik, etkililik ve benzeri) gerçekleştirilmesinin daha önemli olduğu açıktır. Bununla birlikte, kabul edilmeyen bu durumlarda bile kişi/kişileri memnun etmeye çalışmak sağlık hizmeti sunanların en temel amaçlarından olmalıdır.

Ek olarak, hizmet sunan personelin de gerek yaptığı işten, gerek hastalarından gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması şarttır.

Çalışma sırasında bir personel, diğerini, memnun edilmesi gereken bir hastası (iç müşteri) gibi görebilirse iş ortamında karşılıklı memnuniyet kendiliğinden doğabilecek bu da iş doyumunu artıracak, hizmetlerin daha verimli sunulmasını sağlayacaktır (Hayran ve Uz, 2007).

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur.

Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, başka ihtiyaç ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Artık sağlık kuruluşları, hastalarının medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır (Engiz, 2007).

Hastane yönetimi yol gösterici, katılımcı, değişime açık, çalışanları sürekli geliştirdiği takdirde başarıya ulaşabilir. Örneğin, hastanedeki doktorun görevini tam olarak yapması yeterli değil, aynı şekilde, sağlıkla ilgilenen diğer personelinde görevini tam olarak yaparsa hasta memnuniyeti sağlanır. Hizmet bir bütündür, parçalanamaz. Bu nedenle, hastane yönetimi biz şuuruyla hareket etmeyi ilke edinmelidir (Ecer, Demirel ve Uslu, 2002).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin bir gösterge olduğu ve hasta memnuniyeti hakkında edinilen bilgilerin sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde çok önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir

Memnuniyetin hasta uyumunun ön koşulu olduğu kabul edilip, kaliteli sağlık hizmeti için de, hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Hasta memnuniyetini geliştirmenin yolu da, onu ölçmekten geçer.

Hastaların sağlık kurumlarından aldıkları hizmetler konusundaki memnuniyetlerinin ölçüldüğü araştırmalarda elde edilen sonuçlar, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinden, sağlık hizmetlerindeki eksiklerin belirlenmesine ve giderilmesine kadar bir çok konuda yol gösterici olabilmektedir (Üzgül, 2006).

4.4.3.1 Hasta Memnuniyeti ve Kalite

Sağlık sistemi hakkında bilgi edinmek ve kalitesini arttırabilmek için başlıca incelenmesi gereken değişkenler; hizmetin kullanım derecesi, amacına ulaşma derecesi ve memnuniyet puanlarıdır. Bu değişkenleri iyi ölçebilmek ve değerlendirebilmek için de istatistiksel yöntemlere gereksinim vardır (Ercan, Ediz ve Kan, 2004:152).

1913 yılında ABD’de hasta bakım kalitesi ve güvenilirliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacıyla standartlar geliştirilmeye başlanmıştır ve JCAHO (Sağlık Kurumları Birleşik Akreditasyon Komitesi) kurulmuştur. Bu kurumun amacı, kabaca hastane ve diğer hastane bakımı veren kuruluşlarda hizmet standartları kalitesini oluşturmak, izlemek ve denetlemek olarak tanımlamıştır. Kurallar içerisinde; üst yönetim liderliği, süreç odaklılık (hasta odaklı süreçler ve destek süreçleri), performans iyileştirme ve hasta bakımı (hasta hakları ve kurumsal etik, hastanın değerlendirilmesi,

bakımı, eğitimi ve bakım sürekliliği) gibi faktörlerin yanında bilgi yönetimi ve çevre (atıkların kontrolü, acil durum ve güvenlik uygulamaları) konusunda temel şartlar vardır (Çakırcı, 2007).

Ülkemizde ise 1998 yılında Sağlık Bakanlığında “Kalite Yönetim Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Şubenin amacı, Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi, vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve toplam kalite yönetimi felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimini sağlamaktır (Kaya, 2003:95). Yine Ülkemizde, kamu hastaneleri arasında en fazla şikâyet ve memnuniyetsizliğin olduğu SSK hastanelerinde 2000 yılında, “Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Yükseltilmesi için, ISO-9000 ve Sürekli Kalite İyileştirme Modeli” projesi uygulamaya koyulmuştur (Dalbay ve Biçer, 2002:11).

Hizmet sektörü içinde sayılan sağlık sektöründe rekâbet çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Müşteriler alternatif imkânları daha iyi değerlendirmekte ve hangi kurum kendi beklentilerine en iyi cevap veriyorsa o kurumu tercih etmektedir. Sağlık sektöründe tüm hastaneler aynı tip hizmet üretimini yapmalarına rağmen ağırlaşan rekâbet koşulları nedeniyle, rakiplerine göre hizmet farklılaştırması yolunu seçmektedirler. Bu durum, sektördeki çeşitli hastanelerin farklı kalitede hizmet sunmalarını ortaya çıkarmıştır. Hizmet kalitesi, günümüzde rakiplerine karşı bir avantaj sağlayacak stratejik bir silah olarak görülmektedir. Hizmet mükemmelliğini başarabilmek için, hastaneler sıfır hata noktasında çaba göstermek zorundadırlar. Bunun için de sürekli olarak hizmet kalitesini arttırabilmek için çaba sarf etmek zorunda kalmışlardır (Tarım ve Zaim, 2007:2).

Teknolojinin ilerlemesi etkisini en hızlı sağlık sektöründe göstermektedir. Tıbbî donanımda en ileri teknolojiyi kullanırken hizmet anlayışında iyileşmenin sağlanamaması sağlık sektörünün çelişkisi olarak görülmektedir.

Sağlık sektöründe ileri teknolojinin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteğinin yaygınlaşması bireylere ve topluma kaliteli sağlık hizmeti verilmesini gündeme getirmektedir.

Düşük kalitedeki hizmet hastaların geç iyileşmesine ve maliyetin artmasına sebep olmaktadır. Sağlık sistemindeki kalitesiz hizmet kaliteyi ve hasta memnuniyetini ön

plana çıkararak özel sağlık sektörünü ya da yurt dışını tercihini gündeme getirmektedir. Bu da sistemin çökmesine neden olmaktadır (Aytar ve Yeşildal, 2004:10).

Sağlık hizmeti kalitesinin artırılması, hastanelerin müşterisi durumunda olan, hasta ve hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarının iyi belirlenmesine, mevcut kaynakların değerlendirilip, klinik, laboratuvar ve destek hizmetlerine ağırlık verilmesi ile buradan elde edilecek bilginin karar mekanizmasında kullanılmasına bağlıdır. Gösterge olarak alınacak verilerin analizi, sebeplerin incelenmesi ve çözüm yollarının uygulanması, sağlık sektörüne uygulanabilecek kalite artırma çalışmalarıdır.

Sağlık hizmetlerinin başarısı, bu sektöre verilen önemin artışına paralel olarak, daha kaliteli hizmet sunulmasına bağlıdır. Hastane sayısındaki artış ve özel hastanelerin giderek yaygınlaşmasıyla meydana gelen rekâbet ortamı, sağlık hizmetlerinde kalitenin gün geçtikçe ön plâna çıkmasına yol açmış, hastanelerin kaliteye dayanarak tüketicilerin seçimlerini etkileme yoluna gitmelerine sebep olmuştur. Böylece sağlık sektöründe, verilen hizmetin kalitesi, tüketicilerin hastane seçimi konusundaki kararlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Bircan vd, 2004:175-176).

Müşteri memnuniyeti kalitenin bir parçasıdır; kalite de nihayetinde tüketiciler tarafından belirlenir. Donabedian (1980), bunun “psikolojik sağlığın” bir unsuru olmasından ötürü, sağlık hizmetleri tedarikçilerinin en yüksek seviyede hasta memnuniyeti sağlamak zorunda olduklarını ileri sürmektedir (Howard vd, 2001:11).

Hastanın almış olduğu hizmetin kalitesi ile ilgili algılamaları daha olumluya doğru arttıkça, hastanın memnuniyet düzeyi de bu artıştan olumlu bir şekilde etkilenmekte; yani, almış olduğu hizmet ile ilgili memnuniyetleri de artmaktadır (Dursun vd, 2004:9).

Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümünde kriterlerin, zaman, doğruluk ve nezaket, sıfır hata, doğru teşhis ve tedavi olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca sağlık kurumları rekâbette “hasta memnuniyeti”nin esas alınması gerektiğini bilmelidir (Ecer, vd, 2002).

4.4.3.2 Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hastane işletmelerinde son müşteri hastadır. Sunulan ise sağlık hizmetlerinin değişik basamaklarıdır. Hasta, hizmeti satın alma süreci aşamalarında (hastalığın farkına varılması, çare arama, seçenekleri değerlendirme, tedavi niyeti ve kararı gibi) hizmet hakkında bazı beklentiler oluşturmaktadır. Bu beklentilerini, sağlık hizmeti kendisine sunulduğu anda veya sonrasında performansına yönelik algıları ile karşılaştırılmaktadır. Bu değerlendirmeleri sonucunda kendisine sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet ya

da memnuniyetsizlik duymaktadır. Hastanın kendisine sunulan sağlık hizmetini satın almasından sonraki değerlendirmeleri ve tatmin duygusu yani memnuniyeti aynı sağlık kuruluşundan bir daha hizmet satın alıp almama konusunda belirleyicidir (Yılmaztürk, 2001).

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkate alınması gereken temel kriterlerden biridir. Leebov ve Scott sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört temel nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar (Kısa, 2002):

- I. İnsancıl nedenler:** Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı gelmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekmektedir.
- II. Ekonomik nedenler:** Hastalar, hizmetin alıcısı durumundadırlar. Hastalar içinde buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektördeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirlerler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Müşteri memnuniyeti, sağlık kurumunun müşteri ve kâr potansiyelini önemli ölçüde arttırmaktadır.
- III. Pazarlama:** Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için, hasta memnuniyetine önem vermek zorundadırlar.
- IV. Etkililik:** Memnun edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar.

Hasta memnuniyetinin kontrolü ve konuyla ilgili araştırmalar yapılması, sağlık kuruluşunun kendisine bir aynadan bakması olarak nitelendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi hakkında şunlar söylenebilir (Özçelik, 2001):

- Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır.
- Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.
- Memnun edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.
- Hasta memnuniyeti, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir.

- Dolayısıyla memnun edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık, net ve kararlı davranışlar içinde olabilir.
- Bu durum sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir ve minimize edebilir.

Sağlık sektöründe hasta memnuniyeti, tıbbî bakım kalitesini değerlendirmede kullanılacak kriterlerden birisi olması yanında, sektördeki modern pazarlama anlayışının da temelini oluşturmaktadır. Son yıllarda yükselen maliyetler, yeterince kullanılmayan departmanlar, kâr elde etme zorunluluğu, profesyonel çalışma arzusu, geçen zaman içerisinde değişen hasta-doktor ilişkileri gibi nedenler, sağlık sektöründe pazarlama hizmetlerinin büyük önem kazanmasına neden olmuştur. (Demir, Güçlü ve Çimen, 1999).

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en güç ve duyarlı konudur. Konunun duyarlılığının en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değer arasında uyum zorunluluğudur. Bu uyum her zaman yakalanamayabilir. Hastaların medikal gereksinimlerinin yanı sıra, başka gereksinim ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma gereksinimini de beraberinde getirmektedir. Sağlık kuruluşları, kendilerini hastaların medikal beklentilerinin yanı sıra onların estetik, duygusal ve kültürel gereksinim ve beklentilerine de yanıt verebilir durumda olmaları gerektiğini düşünmektedirler (Tükel, 2001:67).

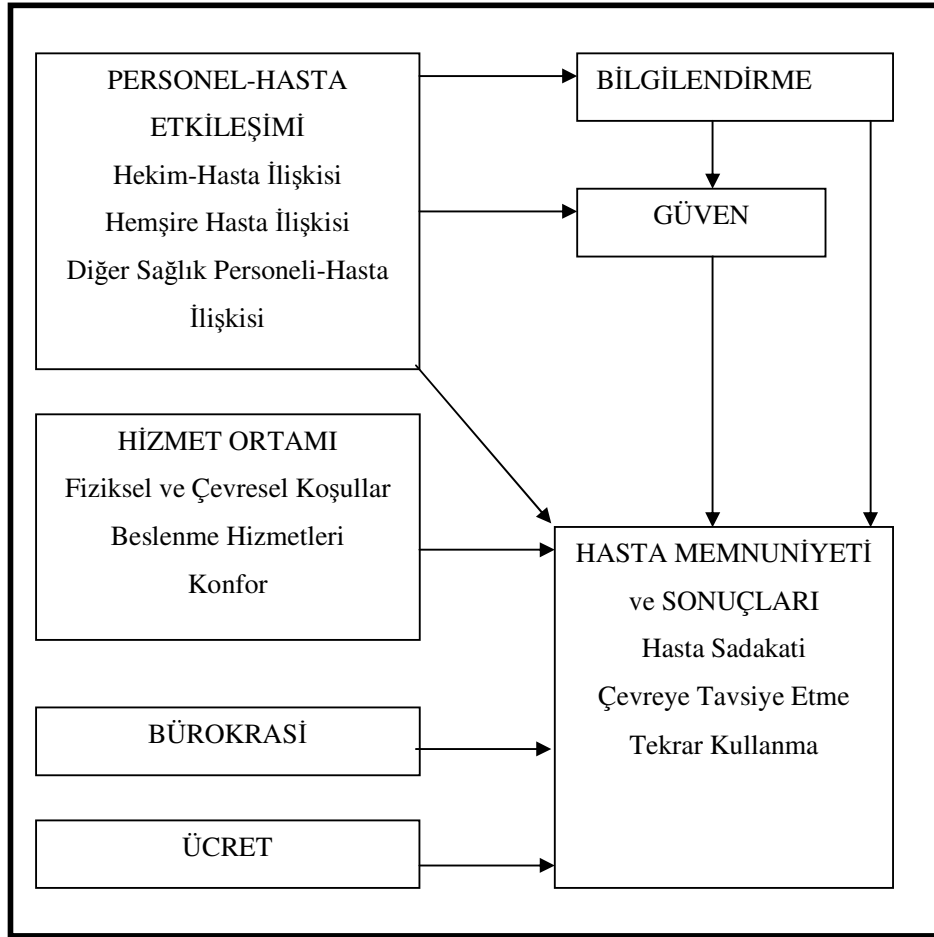
Sağlık işletmeleri kendilerinden hizmet talep eden müşterilerine kaliteli hizmet vermeli, son derece yüksek olan maliyetleri aşağı çekecek yöntemler geliştirmeli, hizmet sunum sürecinin süresini optimum seviyeye çekebilmeli, teşhis koyma ve tedavi yöntemini seçmede sıfır hatayı hedeflemeli, hastaya durumu hakkında yeterli ve aydınlatıcı bilgi vermeli, mümkün olduğunca hastayı sağlığına kavuşturabilmeli, hastane sonrası yapması gerekenler hakkında hasta yeterince bilgilendirilip yönlendirilmeli ve müşterilerinin memnun olarak ayrılmasını sağlamalıdır (Pakdil, 2005:1).

4.4.4 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen birçok değişken vardır. Bu değişkenler, pek çok farklı kaynaklarda farklı şekillerde sıralanmakta ya da sınıflandırılmaktadır. Örneğin, Hall ve Dornan'ın hasta memnuniyet araştırma sonuçlarının değerlendirmeleri ile gerçekleştirdikleri meta analiz sonucu yayınladıkları bir araştırma da hasta

memnuniyetinin şu boyutları tanımlanmıştır: ulaşım, bürokratik işlemler, hizmetin devamlılığı, maliyet, insancılık, genel memnuniyet, genel kalite, fiziksel şartlar ve hizmetin değişkenliği. Buna rağmen, memnuniyet çok göreceli bir kavramdır ve deney yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerlerden ve hizmet beklentilerinden etkilenir. Özetle, değişkenlerde temel olan üç ana varlığından bahsedilebilir. Bunlar; hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir (Akgün, 2002:14).

Şekil 2.1’de hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri şematik olarak görebiliriz.



Şekil 2.2.1: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Kısa, 2002.

4.4.4.1 Hastaya Yönelik Faktörler

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü,

sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, bazı çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır.

Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalarda kadınların bazılarında da erkeklerin daha memnun oldukları bazılarında, cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır.

Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda da tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklediklerinden dolayı daha az memnun olabileceklerini belirtmektedir.

Hemşirelerin becerilerindeki farklılığı ayırt edemeyen hastalar kalite göstergesi olarak farklı unsurları göz önüne alabilirler. Ancak, beklentilerinin karşılanması, fiziksel ve ruhsal rahatlıklarının sağlanması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli unsurlardır (Yılmaz, 2001:72).

Periton diyalizi hastalarının sağlıklı bir diyaliz sürecinde fiziksel durumu kadar psikolojik durumu da dirençli olmalıdır. Kişi sorunlara çok duygusal yaklaşırsa mantığını devreye sokamayabilir ve çözüme ulaşmak yerine çözümün etrafında gezer durur. Bazen insanlar bir sorunla karşılaştıklarında, sorunla savaşmak yerine, geçmişte yaşadıklarını düşünmeye başlar ve "keşke" ya da "neden" ile başlayan cümleler kurarlar, sorular sorarlar. Geçmiş sık sık sorgulamak, yargılamak, kısacası geçmişte yaşamak şu an yaşanan hayatı etkileyemez. Şu anda yaşamak çok daha güçlü, kararlı, sorunları rahatça çözebilen bir kişilik meydana getirir. Diyaliz merkezi bir ekiple hasta o ekibin en başında yer alır. Herhangi bir sorun yaşarsa hekimi, diyetisyen uzmanı, sosyal hizmetler uzmanı ve psikologdan yardım alır. Sorunlarını paylaşır, onlara çözüm bulmaya çalışır. Aldığı tavsiyeleri benimsemeye ve uygulamaya çalışır. Diyaliz, böbrek nakli ve diğer alternatifler hakkında bilgi edinir. Bütün bunları uyguladıktan sonra tıpkı insülinle şeker hastalığını kontrol altına almış bir insan gibi sağlıklı bir dönem geçirir (Balci, 2005).

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik ve üç temel sosyo-kültürel öğelerin müşteri memnuniyetini etkilediği görülmektedir. Psikolojik öğeleri; kişilik, algılama, motivasyon, tutum ve yenilikçilik

sosyo-kültürel öğeleri ise sosyal sınıf, kültür ve aile ilişkileri olarak tanımlayabiliriz (Akgün, 2002:14).

Hastaların psikolojik özellikleri aşağıda özetlenmektedir (Engiz, 2007):

Kişilik: Hastalar kendi kişilikleri veya çevreye yansıtmaya çalıştıkları kişilikleri ile satın aldıkları hizmetin kalitesini karşılaştırırlar ve uyumlu olmasına dikkat ederler. Genç olmayı, hareketli ve genç kalmayı kendi ile bağdaştıran bir hastaya benzer şekilde yaklaşılması, daha fazla konuşulması ve çevresini onun seveceği şekle sokulması memnuniyetini olumlu etkileyecektir.

Algılama: Hastalar, sağlık kuruluşu seçimini o kuruluş hakkında elde ettikleri algılamalar ve imajla yaparlar. Seçim sonrası görüşleri de algılamalarına bağlı olarak değişiklik gösterir. Hastaların algıladıkları ile gerçek doğrular arasında oluşacak farkın hasta memnuniyeti açısından çoğu zaman önemi olmayacaktır.

Motivasyon: İnsanlar, bir hizmetin yardımı ile ne kadar çok ihtiyacını karşılarsa, o kadar çok fayda sağlarlar. Motivasyon ise gideremedikleri ihtiyaçları ve gerçekleştirme istekleri karşısında, insanları harekete geçiren itici bir güçtür. İnsanları motive eden güç, ihtiyaçlarını karşılayabilme umududur. Hastalarda, hizmeti satın almadan önce ne kadar çok motive olmuşlar ise kullanım ve faydalanma sonrası memnuniyet dereceleri ve hayal kırıklıkları da o derecede yüksek olacaktır.

SAPD hastası için motivasyon önemli bir unsurdur. Hasta kendine bakmayı, motive etmeyi ve ona ait sorumlulukları yerine getirmeyi ihmal ederse, sonunda bundan kendisi zarar görecektir. Sağlıklı bir diyaliz süreci için, hasta kendi sağlığı için çaba göstermelidir (Balcı, 2005).

Tutumlar: Tutumlar ve inançlar birbirini destekleyen güçlerdir. İnsanlar her şeye rağmen, tutum geliştirip inanç oluşturabilirler. Dolayısı ile, bir hastanenin reklâmlarına, tanıtımına, satış gücüne, yansıttığı imaja, mal ve hizmetlerine karşı oluşabilecek en basit negatif bir tutum veya ters yönlü inanç, potansiyel hastaları soğutabilir ve alternatiflere yönelmesine neden olabilir. Asla unutmamak gerekir ki, hastalar bu konuda oldukça acımasız olabilirler. Eğer, hastaların ilk edindikleri izlenim olumlu ise, tutumları da olumlu olacak ve hastalar ilk buldukları aşamadan bir sonrakine geçmek için bir ipucuna sahip olacaklardır.

Yenilikçi Düzey: Zaman ilerledikçe bir alanda geliştirilen teknolojik yenilik bilginin bilgiye uyarlanması ile hızla diğer alanlara atlamaktadır. Bir lazer ışığının ne kadar çok çeşitli amaçlarla kullanıldığı buna basit bir örnektir. Piyasaya sürülen yeni hizmetler kullanıcılarına artık daha fazlasını vermektedirler. Hastaneler de sundukları

hizmetler ile hastalarına daha fazla olanaklar, kullanım kolaylığı, fayda, zaman tasarrufu sağladıkça, onların daha fazla memnun olmalarını sağlayabilirler. Memnuniyet öncelikli olarak yenilik düzeyi yüksek olan hastalar da belirir. Hastalarda oluşturulan her artı tatmin, yeni hastalar ve olumlu izlenimler demektir.

Hastaların sosyo-kültürel özellikleri aşağıda özetlenmektedir (Engiz, 2007):

Sosyal Sınıf: İnsanların fiziksel ihtiyaçları dışında, refah düzeyini arttırmak, diğer insanlar tarafından fark edilmek ve takdir edilmek, kişisel seçim haklarını ve alternatifleri genişletmek gibi ihtiyaçları da vardır. Kişiler bu ihtiyaçlarını buldukları sosyal sınıflarda karşılamaya çalışırlar. Daima bir üst düzey sosyal sınıfa geçmenin nedeni ise, söz konusu ihtiyaçların orada daha çok giderilebileceği umududur. Hastalara verilen hizmetler de insanlarda bulunan bu ihtiyaçların dikkate alınması ve gerekirse bu ihtiyaçların memnun edilmesine yer verilmektedir.

Kültür: Kişilerin çalışma alışkanlıklarını ve uygulamalarını, insanlarla ilişkilerini, kendilerine karşı hassasiyetlerini, zaman hassasiyetini ve bilincini, insanlarla iletişimini ve dilini, değerlerini ve normlarını, akıl yürütme metotlarını ve öğrenmelerini, inançlarını ve değer yargılarını, yemek yeme ve beslenme alışkanlıklarını, giyim tarzı ve görünümleri etkiler, değiştirir ve düzenler.

Aile: Hastalar, asla tek başlarına birer tüketici olarak kabul edilmemelidir. Hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için, gerekli şartlardan birisi de, bir hastaya sunulan hizmeti, yakınlarının da beğenmesidir. Örneğin, poliklinik hizmeti verilen bir çocuk veya yaşlı hastanın, alınan hizmetten memnun olması, öncelikle refakatçilerin verilen hizmetten memnun kalması ile sağlanabilecektir. Aile bireylerinin hizmet kalitesi ve yeterliliğinden memnun olması, hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilemektedir.

SAPD hastaları için aile diğer hastalardan daha da önemlidir. Özellikle, ilk bir yıl diyalize başlayan kişi ve ailesi için uyum dönemidir. Bu dönemde kişi ve ailesi yeni bir tedavi biçimine alışmaya ve yaşamlarını bu tedavi biçimine göre düzenlemeye çalışmaktadırlar. Bu dönemde kişi ve aile üyeleri gergin olabilmekte, birbirlerini gereksiz yere kırmalar olabilmektedir. İlk bir yılda;

- Hastalığı kabul edip etmeme arasındaki çelişkili duygular,
- Ben bağımlı birisi mi, bağımsız birisi miyim arasındaki çelişkili duygular.

Bu tür çelişkili duygular tüm diyaliz yaşamı süresince olmaktadır. Fakat, ilk yıllarda bunlar daha yoğun yaşanmaktadır. Bu çatışmalar sırasında yaşanan duygular; keyif, moral bozukluğu, tedaviye uyum ve diyaliz merkezine gitmeye karşı isteksizlik, kırgınlık ve öfke gibi duygulardır (Konsultan Hemşire Grubu, 1998).

Bu duyguları yenmede ailenin rolü büyük olup, hastanın memnuniyetini etkilemektedir.

4.4.4.2 Hizmet Verenlere Yönelik Faktörler

Hizmet verenlere ilişkin özellikler incelendiğinde; personelin kişilik özelliklerinin hastaya olan davranışı etkilediği gözlenmektedir. Yapılan pek çok araştırma sonuçlarına göre gösterilen nezaketin, şefkat, ilgi ve anlayışın, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimlerinin hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağladığını ortaya çıkarmaktadır (Akgün, 2002:14).

Hizmet verenlere yönelik başlıca faktörler aşağıda özetlenmiştir:

Personel–Hasta Etkileşimi: Hasta ve sağlık personelleri arasındaki etkileşimin, hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkililiği üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkililiği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta-sağlık personeli etkileşimi, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür (Kısa, 2002).

Her hastalıkta olduğu gibi, periton diyalizi hastaları için de personelin kişilik özellikleri hastaya olan davranışını etkilemektedir. Gösterilen nezâket, şefkat, ilgi, anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır (Salehnia, 2000).

Hekim Davranışı: Hekimlerin kişiler arası ilişki becerisi, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktördür. Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesi değerlendirilirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar. Hekim davranışı, hasta memnuniyeti yanında, verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakla ve tedavilerine ara vermemektedirler (Kısa, 2002).

Hastaların, hastane içinde veya dışında doktor hakkındaki değerlendirmeleri, iki ana konu etrafında yoğunlaşmaktadır. Birincisi, bakımın teknolojik ve profesyonel yönü, ikincisi doktorun hastaya karşı tutumu ve iletişim yeteneğidir. Son yıllarda, hastaların ikinci yön olan, iletişimle ilgili değerlendirmeleri ve buna verdikleri önem, diğer yöne göre ağır basmaktadır. Bu sonucun ortaya çıkmasında, tıpta belirli bir doyunluğun ve teknolojik gelişimin etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Hasta memnuniyetini azaltan diğerk bir değişken de doktorunun sık sık değiştirilmesidir. Hastalar genellikle tek bir doktora bağlı olmayı isterlerken, nadiren de doktorlarını değiştirebilmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, sürekli aynı doktorla iletişim kuran hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Salehnia, 2000).

Özellikle, kronik böbrek yetmezliğinden tedavi gören periton diyalizi hastaları için de tedavilerinin sürekli olmasından dolayı doktorlarıyla iletişimi de sürekli dir. Bu nedenle, memnuniyet durumlarının doktorlarıyla kurulan ilişkiyle bağlantılı olduğu düşünölmektedir.

Hemşire-Hasta Etkileşimi: Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır.

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür.

Toplumun gereksinimlerinden ortaya çıkan, bireylere, ailelere, dolayısıyla topluma verilen hemşirelik hizmetleri, bugün gördüğü işlevler ile dünyanın hemen her yerinde sağlık alanındaki hizmetlerin vazgeçilmez bir parçasıdır. Sağlık hizmetleri pahalı kurumsal hizmetler olarak değerlendirilmektedir. Buna karşın, sunulan hizmetin fayda ve maliyet etkinliklerine bakıldığında, hemşireler kaliteli ve etkin bakımla, hastanede yatış süresini, bunun yol açacağı iş gücü ve maliyet kaybının azalmasını sağlayabilirler. Bilindiği gibi, hemşirelik bakımının etkinliğinin en yararlı göstergelerinden biri önlenebilir hastalık ve komplikasyonların yokluğudur. Yapılan çalışmalarda, hemşirelik uygulamalarının hekimin önerdiği tedavi işlemlerini yerine getirmekle sınırlı kaldığı, hemşirenin asıl görev ve sorumlulukları arasında yer alan temel hemşirelik işlevlerinin, hemşireler tarafından büyük ölçüde yerine getirilmediği saptanmıştır. Sağlık ekibi içinde hemşirelerin rolünün açıklık kazanması ve ekip içindeki iletişimsizliklerin azalması halinde, iş doyumunu artacak ve dolayısıyla hizmette etkililik, verimlilik, hasta ve personel memnuniyeti de artacaktır (Karadağ ve Taşcı, 2005:13-14).

Bu konuda yapılan çalışmalarda, hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetinin çok önemli bir faktör

olduğu ve bu nedenle, hemşirelik personelinin hasta ile etkileşimleri ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsurlar olduğu belirtilmektedir.

Periton diyalizi hastalarının özelliği tedavilerine evde devam etmeleridir. Bir hastanın bakım sürecinde hasta ve ailesinin eğitim alması ve eve gittiğinde evde bakım yaklaşımlarının neler olduğu bilmesi önemlidir. Bu konuda hemşirelerine farklı görevler düşmektedir. Bu görevler (Yürügen, 2002:15):

- Hastane dışındaki bakımın önemli olduğunu vurgulamak,
- Hasta ve hastayla direkt ilişkili diğer bireylere el yıkamanın önemini yeniden hatırlatmak,
- Enfeksiyonlu kişilerle temastan kaçınmasını hastaya tavsiye etmek,
- Enfeksiyon belirti ve bulguları (ateş, boğaz ağrısı, grip, öksürük) olduğunda hastaneye başvurması gerektiğini belirtmek,
- Doktor önerisi olmadıkça ilaç kullanmaması gerektiğini belirtmek,
- Uyku ve istirahatın önemini vurgulamak,
- Konstipe olmaktan kaçınması gerektiğini ve ihtiyacı olduğunda doktor önerisiyle laksatif almasını önermek,
- Hastaya günlük aynı zaman, aynı tartı, aynı giysi ile kilo takibi yapmasını ve bu değerleri kaydetmesini önermek,
- Kan basıncını günlük takip etmesini ve bu değerleri kaydetmesini önermek,
- Hastaya günlük aldığı-çıkardığı takibi yapmasını ve bu değerleri kaydetmesini önermek,
- Kaydettiği değerleri kendisini takip eden hekim ve hemşire ile paylaşması gerektiğini vurgulamak önem taşımaktadır.

Hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetinde önemli olmasının nedenleri arasında; sağlık personeli içinde hemşire sayısının çok olması, hemşirelerin hastaların gereksinimlerini karşılamak için sürekli yanlarında bulunması ve bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olmasıdır (Yılmaz, 2001:73).

Sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisi gören hastalar periton diyaliz hemşiresi tarafından eğitilmeli ve aynı zamanda ev ziyaretleri hastanın gereksinimine uygun olarak yapılmalıdır. Ev ziyaretleri periton diyaliz hemşiresi tarafından aşağıdaki şekilde plânlanmalıdır (Albayrak, 2003:88):

- İlk ziyaret, bireyin KBY'nin renal replasman tedavisine karar aşamasında,

- Sonraki ziyaret, bireyin evde ilk torba değişimini yaptığı zaman ve bir hafta sonra,
- Diğer ziyaretlerin ise sırası ile bir ay, altı ay ve en az bir yıl sonra,
- Birey klinik, psikososyal olarak sorun yaşamıyor ve labaratuvar bulguları normal sınırlarda seyrediyorsa ünitenin belirleyeceği sıklıkla, en az yılda bir kez düzenli ve sistematik olarak ziyaretlerin sürdürülmesi,
- Sorunları olan bireylere rutin ziyaretlerin dışında, soruna yönelik ek ziyaretlerin yapılması.

Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden gececeğini merak etmektedir (Kısa, 2002).

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu yer almaktadır. Çünkü, sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca, birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır.

Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçeğten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir. Yapılan çalışmaların sonuçları bilgi vermenin önemini ortaya koymakla birlikte, özellikle sağlık personeli açısından bu alanda daha fazla ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2001:73).

Periton diyaliz hastaları tedavilerinin uygulamaları sürecinde sürekli bilgilendirilerek bir eğitim alırlar. Aldıkları bu eğitim hemşirelerce verilir. Eğitim üç aşamada gerçeğleşir. Bu aşamalar;

- I. Ön eğitim:** Sistem hakkında ön bilgi verilir. Kullanılacak malzemenin demostrasyonu yapılır ve hastanın soruları yanıtlanır.

II. Gerçek eğitim: Eğitim plânlanan şekilde hastaya maket üzerinde uygulanır. Sistem ile ilgili teorik bilgiler verilirken, hastanın manipilyonunun geliştirilmesi için pratikler yaptırılır ve soru cevap yöntemiyle eğitim aşamaları kontrol edilir.

III. Sürekli eğitim: Hasta SAPD'ye başladıktan sonraki kontrollerinde ve ev ziyaretlerinde ihtiyaca göre tekrarlanan eğitimidir (Öztarhan, 1996).

Beslenme hizmetleri: Hastane hizmetleri içerisinde hastaların değerlendirmelerini etkileyen önemli konulardan birisi de, beslenme hizmetleridir. Hastanelerdeki beslenme hizmetlerinin, hastane hizmetleri içerisinde asıl yükü taşıyan hizmetlerden biri olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan araştırmalarda, taburcu olan hastaların, hastanede kaldıkları süre ile ilgili açıklamalarında, yiyecekler hakkında çok şey hatırladıkları belirlenmiştir (Kısa, 2002).

Periton diyalizi yapılan hastalar için beslenme önemli bir faktördür. Periton diyalizi ile günde belirli miktarda protein kaybı olmaktadır. Protein kaybının beslenme ile yerine konulmaması halinde;

- Vücut direnci azalır.
- Enfeksiyona eğilim artar.
- Vücutta sıvı yeterli miktarda uzaklaştırılmaz, vücutta ödem (şişme) meydana gelir.

Bütün bunların sonucunda hasta tedaviden ayrılmak veya ara vermek zorunda kalabilir. (Eczacıbaşı, 2005:66).

4.4.4.3 Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Hastanenin ulaşabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir.

Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir.

Amerika'da yeni hastaneler büyük ölçüde modası geçmiş olanakları yenilemek ve nüfus artışı sebebiyle sağlık sektöründe yaşanan rekabete hizmet etmek için kuruluyor. Kullanıcısıyla dost ve güzel araçların hastanın dikkatini çekeceği ve sağlık kurumundan memnuniyetlerini arttıracağı umuluyor. Buna ek olarak, sağlık uzmanları, mimarlar ve çevre düzenlemecileri, hastane çevresinin hasta ve hasta yakınlarının ruh halini, stres seviyesini ve iyileşme sürecini etkilediğine inanıyorlar. Ayrıca, iyileştirici hastane ortamına yoğunlaşmanın artmasıyla, doğanın insanı yeniden sağlığına kavuşturan

özelliğini iyileştirme sürecinde kullanmayla ilgili yeni bir merak ortaya çıkmıştır (Whitehouse, Varnı, Seid, Marcus, Ensberg, Jacobs ve Mehlenbeck, 2001:301).

Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır .

Özetle; hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Yılmaz, 2001:73). Bunlardan en önemlileri bürokrasi, güven ve ücrettir.

Bürokrasi: Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin tamamlanması için geçen süre, hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hizmetin bir zaman boyutu vardır. Bu boyut bir başlangıç ve bir bitiş noktası olan zaman dilimi ile tanımlanır. Örneğin, hastaneye gelen bir hastanın kabulü, gerekli teşhis ve tedavinin yapılması ve hizmetin tamamlanması sürecinin bir başlangıç ve bitiş noktası vardır. Bekleme, kişinin amaç ya da amaçlarına ulaşmasını geciktiren veya alıkoyan bir engel olarak algılanmakta ve bu da gerilime yol açmaktadır. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır. Kısacası; hastahanelerde sağlık hizmetlerinden yararlanılması sırasında ortaya çıkan gereksiz zaman kayıpları ve bürokrasi hasta doyumsuzluğuna yol açmaktadır (Uyguç vd, 1997:96-98).

Periton diyaliz hastaları tedavi oldukları kurumda daha hızlı yanıt alabilmeleri için kendilerinin kayıt tutmaları gerektiği bildirilmektedir. Bu defterde; hastanın günlük tansiyon ve kilo kayıtları, haftada bir, 24 saat süre ile idrarlarının toplayıp ölçmeleri, kullandıkları solüsyonun adları, alınan ve çıkarılan sıvı miktarının ölçümleri, sıvının berraklığını, kanlı olup olmadığını, değişim sırasında solüsyon torbasına ilaç uygulanıp uygulanmadığını kaydetmeleri istenmektedir. Düzenli tutulan defter kayıtları tedavi seçeneğini belirlemektedir. (Eczacıbaşı, 2005). Bu işlem hem doğru tedavinin seçilmesini hem de daha kısa zamanda hastanın hastaneden ayrılmasını sağlamaktadır.

Güven: Hastalar, aldıkları hizmetin hem gereksinmeleriyle ilişkili hem de yeterli miktarda olmasını istemektedirler. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararına katılımlarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır (Kısa, 2002)

Hasta birey, kendisine konulan tanı ve uygulanan tedaviden her zaman emin olmak istemektedir. Çoğu zaman da tıbbî bakımın özellikleri nedeniyle, hastalar karar verici konumunda bulunmamaktadırlar. Bu nedenle de hastaların hastaneye, sağlık personeline ve verilen tıbbî bakıma güvenleri olması önemlidir. Hastaların tıbbî personel tarafından bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi süreci ve bakımları hakkındaki plânların onlarla paylaşılması, hastaların hastaneye güven duymalarıyla ilgili değerlendirme ölçütlerini oluşturmaktadır. Bazı hasta bireyler için hastane ortamında, onların mahremiyet anlayışlarına önem verilmesinin, diğer pek çok faktörden daha önemli bulunduğu, bazı araştırma sonuçlarında gözlenmiştir. Hastalardan bazıları, fiziksel konforu daha önemli bulurken, bazıları da, mahremiyet konusunu daha önemli bulduklarını ifade etmişlerdir (Salehnia, 2000:61).

Ücret: Hasta tatminini etkileyen bir diğer önemli faktör, verilen hizmetlerin ücretidir. Ücret konusu, özellikle sosyal güvencesi veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar için, büyük önem taşımaktadır. Hastalar kaliteli hizmetleri, en düşük fiyatla almak istemektedirler. Yüksek hastane faturaları, hastaların memnuniyetsizliğini artırmaktadır (Kısa, 2002).

Kuruma ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi sonucu hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirdiğini göstermektedir. Artık, sağlık kuruluşları, hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorundadırlar. Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri otopark, yiyecek ve diyet hizmetlerinin kalitesi, kurum ödemeli ya da para ödemeli gibi kurumsal faktörlerde hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerdir (Akgün, 2002:14).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AYDIN VE İZMİR'DEKİ PERİTON DİYALİZ HASTALARININ MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: AMPİRİK BİR ÇALIŞMA

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

"Periton Diyaliz Tedavisi Gören Hastaların Memnuniyet Düzeyleri" konulu bu çalışmada, 15 Aralık 2006–15 Nisan 2007 döneminde Aydın ve İzmir il merkezlerinde faaliyet gösteren beş hastanede tedavi gören periton diyaliz hastalarının, almış oldukları hizmetlere ilişkin memnuniyet düzeylerini ölçmek için, anket uygulaması yapılmıştır.

Çalışmanın temel amacı, hastanelerin sunmuş olduğu hizmet kalitesi ile bu hizmet kalitesinden hastaların ne kadar memnun olduğunu araştırmaktır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Öncelikli olarak literatür araştırması yapılmış, konuyla ilgili kitaplar, makaleler, tezler ve diğer yayınlar incelenmiş ve çalışmanın teorik kısmı hazırlanmıştır. Anket soruları literatür taraması sonucu elde edilen çalışmalardan ve uzman kişi görüşlerinden faydalanarak hazırlanmıştır.

Hazırlanan anket formunu test etmek amacıyla 19 tane periton diyaliz hastasına ön anket uygulaması yapılmıştır. Ön anket uygulama çalışması, yüz yüze görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu ön uygulama sonucunda yanlış anlaşılan ya da anlaşılmayan ifadeler düzeltilmiş, sorular daha açık ve anlaşılır hale getirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, anket formunun son şekli verilmiştir. Ancak, uygulama sırasında yüz yüze anket yönteminin bu çalışma için uygun olmadığı görülmüştür.

Bilindiği gibi, yüz yüze anket yönteminin dezavantajlarından biri, cevaplayıcıların kimlikleri gizli kalmadığı için cevaplamama veya yanlış cevaplar verme eğilimi taşıyabilirler (Gegez, 2005:69). Ön uygulamada anket cevaplayıcısı olan hastalar tedirgin olduklarını ve yapılan anketin değerlendirmelerinin sonucunda sağlık personelinin kendilerine olan tutumlarının değişeceği konusunda endişe duyduklarını

ifade ettiler. Bunun üzerine hastalar hastaneye geldiklerinde, anket formu ve beraberinde bir zarf verilerek isimlerini yazmadan doldurmaları ve zarfa yerleştirip, zarfın ağzını kapattıktan sonra kapalı kutulara atmaları istenmiştir. Ancak, hastanelerde anket formu hastalara verilirken, hastalara yardımcı olmak için, çalışmanın amacı ve anket formunu nasıl dolduracakları konusunda bilgi verilmiştir.

Anket uygulamasında "sistemik ve oransal anket yöntemi" seçilmiştir. Anket uygulanan periton tedavisi gören böbrek hastalarının memnuniyet konusundaki düşüncelerini ortaya koyabilmek için, hastalara toplam 22 adet soru sorulmuştur. İlk 13 soruda hastalara demografik yapılarını değerlendirebilmek ve hemodiyaliz tedavilerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla genel sorular yöneltilmiştir. Anketin izleyen bölümünde ise (14-17 sorularda), hastalardan, belirlenen dört hizmet faktörünün kendileri açısından önem derecelerini ve hastaneden almış oldukları hizmetleri dikkate alarak her bir hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet ifadelerini belirlemeleri istenmiştir. Hastalar açısından "önem ve memnuniyet dereceleri"ni belirlemeye ilişkin sorular belirli açılardan tasnif edilmiştir. Hemşireler, doktorlar, hastanenin fiziksel koşulları/imkânlar ve eğitim hizmetleri faktörlerine ilişkin sorular sorulmuş ve bu soruların önem derecesi ve memnuniyet düzeyi açısından değerlendirilmesi istenmiştir.

3.3 ARAŞTIRMANIN KISITLARI

- Araştırma bulguları Aydın İl Merkezi'nde yer alan Adnan Menderes Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi, İzmir İl Merkezi'nde yer alan Alsancak Devlet Hastanesi, Atatürk Eğitim Hastanesi, Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi'nden gerekli izinler alınamadığı için bu çalışmaya dahil edilememiştir.
- Çalışmamızın yapıldığı dönemde. Aydın İl Merkezi'nde yer alan Adnan Menderes Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi'nde toplam 19 hasta, İzmir İl Merkezi'nde yer alan Alsancak Devlet Hastanesi'nde toplam 18 hasta, Atatürk Eğitim Hastanesi'nde toplam 50 hasta, Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi'nde toplam 90 hasta, Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplam 50 hasta periton diyaliz tedavisi görmekteydi. Ancak, anket çalışmamızda toplam 117 hastaya ulaşılmıştır.

- Araştırmada incelenen “Periton Diyaliz Tedavisi Gören Hastaların Memnuniyet Düzeyleri” geliştirilen “Hasta Memnuniyeti Anketi”nin kapsamı ile sınırlıdır.
- Araştırma, örnekleme giren hastaların görüşleri ile sınırlıdır.
- Araştırma, genel amaç ve bu amaç doğrultusunda oluşturulan alt sorular ile sınırlıdır.

3.4 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Çalışmanın temel hipotezi, "hastane işletmelerinin sunmuş oldukları üstün bir hizmet kalitesi ile, hasta memnuniyetini yüksek düzeyde başarabileceklerini ortaya koymaktır". Ana hipoteze bağlı olarak ileri sürülen alt hipotez ise şöyledir: "Hastaların hastane tarafından sunulan her bir hizmet faktörüne ilişkin kalite algılamaları onların toplam memnuniyet düzeyleri üzerinde etkilidir".

Hasta özelliklerini ortaya koymak üzere ankette sorulan soruların değerlendirilmeleri, analiz sonuçları şu şekilde ortaya konulabilir.

3.5 ANALİZ VE SONUÇLARI

Yapılan anketlerden elde edilen verilerin analiz sonuçlarına ilişkin tablo ve şekiller aşağıda açıklamaları ile birlikte yer almaktadır.

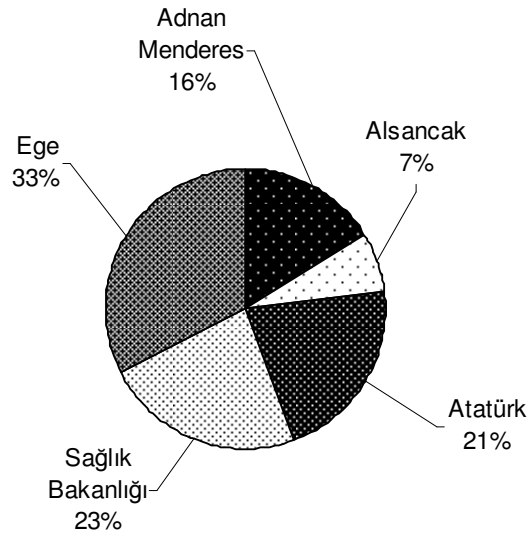
3.5.1 Anket Yapılan Hastaların Demografik Yapıları ve Hastaneler

Anket çalışması toplam 117 kişiye uygulanmış olup, hastaların tedavilerine devam ettikleri hastanelerin oransal değerleri aşağıdaki Tablo 3.1 ve Şekil 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Anket Uygulanması Yapılan Hastane Adları ve Yüzdeleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Adnan Menderes	19	16,2	16,2	16,2
Alsancak	8	6,8	6,8	23,1
Atatürk	25	21,4	21,4	44,4
Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma	27	23,1	23,1	67,5
Ege	38	32,5	32,5	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Anket uygulaması Adnan Menderes Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi, Alsancak Devlet Hastanesi, Atatürk Eğitim Hastanesi, Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu değerlendirmeye göre, anketlerin % 16'sı Adnan Menderes Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi, % 7'si Alsancak Devlet Hastanesi, % 21'i Atatürk Eğitim Hastanesi, % 33'ü Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi, %23'ü Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.



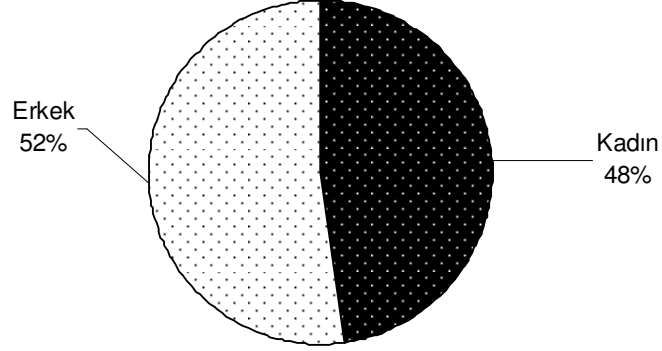
Şekil 3.1: Anket Uygulaması Yapılan Hastane Adları ve Yüzdeleri

Ankete katılan hastaların cinsiyet dağılımları baz alınarak incelendiklerinde, % 48'inin kadın, % 52'sinin erkek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.2: Ankete Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımları

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Kadın	56	47,9	47,9	47,9
Erkek	61	52,1	52,1	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların cinsiyetlerine ilişkin bulgular şekil 3.2’de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



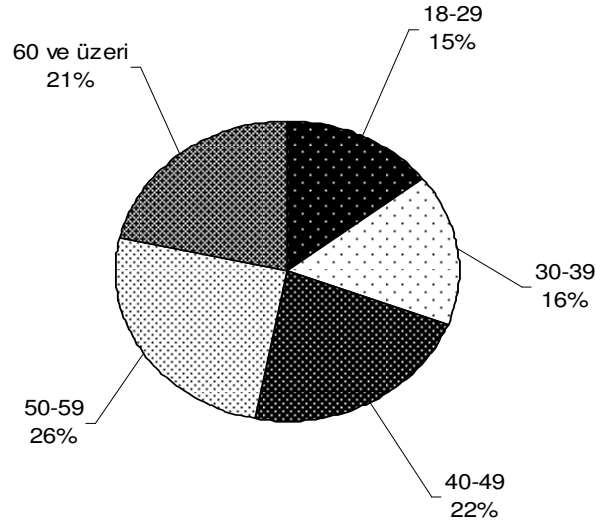
Şekil 3.2: Ankete Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımları

Ankete katılan hastalar yaşları baz alınarak incelendiklerinde, % 15’inin 18-29, % 16’sının 30-39, % 22’sinin 40-49, % 26’sının 50-59, % 21’inin 60 ve üzeri yaşında olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.3: Ankete katılan hastaların yaşlarının dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
18-29	17	14,5	14,5	14,5
30-39	19	16,2	16,2	30,8
40-49	26	22,2	22,2	53,0
50-59	30	25,6	25,6	78,6
60 ve üzeri	25	21,4	21,4	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların yaşlarına ilişkin bulgular Şekil 3.3’de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



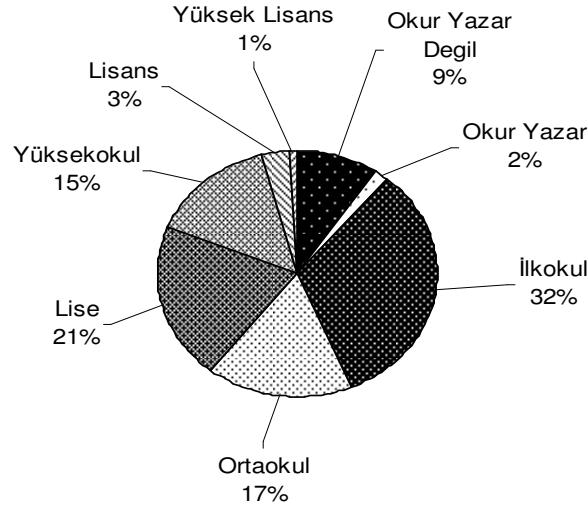
Şekil 3.3: Ankete Katılan Hastaların Yaşlarının Dağılımı

Ankete katılan hastalar öğrenim durumları baz alınarak incelendiklerinde, % 9'unun okur yazar olmadığı, % 2'sinin okur yazar, % 32'sinin ilkökul, % 17'sinin ortaokul, % 21'inin lise, % 15'inin yüksek okul, % 3'ünün lisans, % 1'inin ise yüksek lisans mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.4: Ankete Katılan Hastaların Öğrenim Durumları

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Okur Yazar Değil	11	9,4	9,4	9,4
Okur Yazar	2	1,7	1,7	11,1
İlkokul	38	32,5	32,5	43,6
Ortaokul	20	17,1	17,1	60,7
Lise	24	20,5	20,5	81,2
Yüksekokul	17	14,5	14,5	95,7
Lisans	4	3,4	3,4	99,1
Yüksek Lisans	1	,9	,9	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların öğrenim durumlarına ilişkin bulgular Şekil 3.4'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



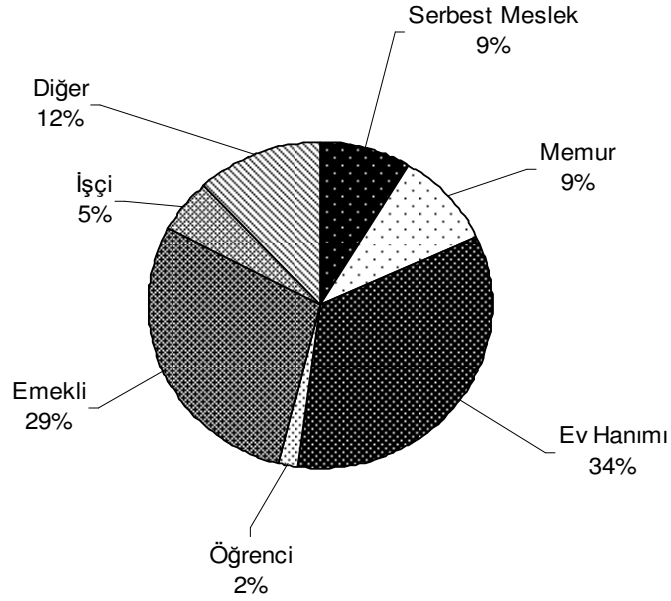
Şekil 3.4: Ankete Katılan Hastaların Öğrenim Durumları

Ankete katılan hastalar meslekleri baz alınarak incelendiklerinde, % 9'unun serbest meslek, % 9'unun memur, % 34'ünün ev hanımı, % 2'sinin öğrenci, % 29'unun emekli, % 5'inin işçi olduğu, % 12'sinin sayılanların dışında bir meslek ile uğraştığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.5: Ankete Katılan Hastaların Meslekleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Serbest Meslek	10	8,5	8,5	8,5
Memur	11	9,4	9,4	17,9
Ev Hanımı	40	34,2	34,2	52,1
Öğrenci	2	1,7	1,7	53,8
Emekli	34	29,1	29,1	82,9
İşçi	6	5,1	5,1	88,0
Diğer	14	12,0	12,0	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların mesleklerine ilişkin bulgular Şekil 3.5'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



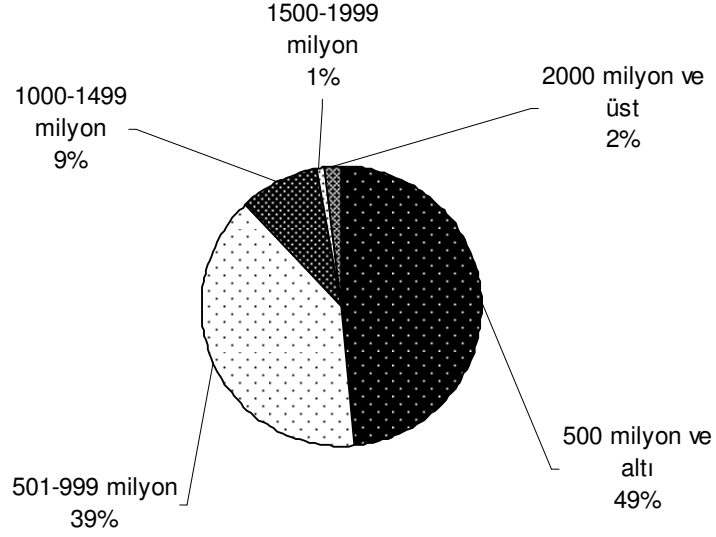
Şekil 3.5: Ankete Katılan Hastaların Meslekleri

Ankete katılan hastalar aylık gelirleri baz alınarak incelendiklerinde, % 49'unun 500 milyon ve altı, % 39'unun 501-999 milyon, % 9'unun 1000-1499 milyon, % 1'inin 1500-1999 milyon, % 2'sinin 2000 milyon ve üstü gelire sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.6: Ankete Katılan Hastaların Aylık Gelirleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
500 milyon ve altı	53	45,3	48,6	48,6
501-999 milyon	43	36,8	39,4	88,1
1000-1499 milyon	10	8,5	9,2	97,2
1500-1999 milyon	1	,9	,9	98,2
2000 milyon ve üst	2	1,7	1,8	100,0
Toplam	109	93,2	100,0	
Kayıp veri	8	6,8		
Toplam	117	100,0		

Ankete katılan hastaların gelirlerine ilişkin bulgular Şekil 3.6'da karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



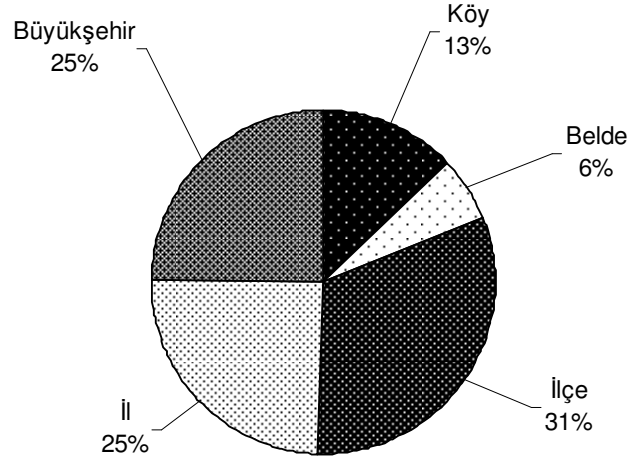
Şekil 3.6: Ankete Katılan Hastaların Aylık Gelirleri

Ankete katılan hastalar yaşadıkları yerler baz alınarak incelendiklerinde, % 13'ünün köy, % 6'sının belde, % 31'inin ilçe, % 25'inin il, % 25'inin ise büyük şehirde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.7: Ankete Katılan Hastaların Yaşadıkları Yerler

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Köy	15	12,8	12,8	12,8
Belde	7	6,0	6,0	18,8
İlçe	37	31,6	31,6	50,4
İl	29	24,8	24,8	75,2
Büyükşehir	29	24,8	24,8	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Şekil 3.7'de anket çalışmasına katılan hastaların, yaşadıkları yerlere ilişkin bulgular karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



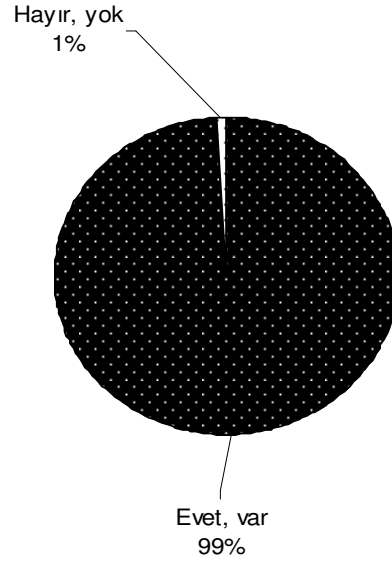
Şekil 3.7: Ankete Katılan Hastaların Yaşadıkları Yerler

Ankete katılan hastalar sağlık güvencesine sahip olma durumları dikkate alınarak incelendiklerinde, % 99'unun sağlık güvencesi olduğu, %1'inin sağlık güvencesinin olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.8: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvenceleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Evet, var	116	99,1	99,1	99,1
Hayır, yok	1	,9	,9	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına ilişkin bulgular Şekil 3.8'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



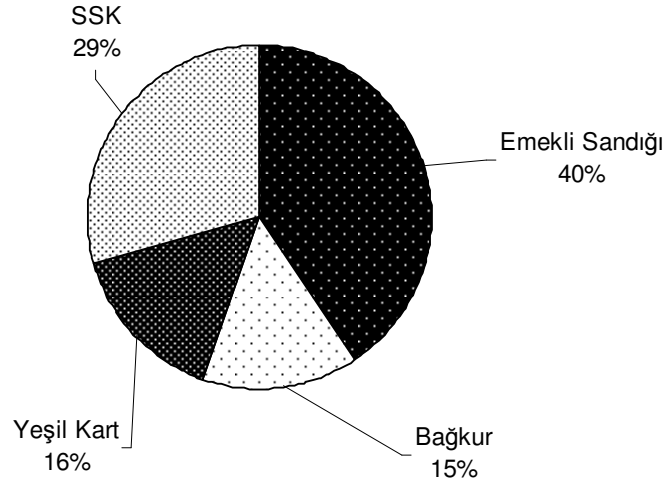
Şekil 3.8: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvenceleri

Ankete katılan hastalar sahip oldukları sağlık güvencesi türleri baz alınarak incelendiklerinde, % 40'ının Emekli Sandığı, % 15'inin Bağkur, % 16'sının Yeşil Kart, % 29'unun SSK'lı oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.9: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvencelerinin Türü

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Emekli Sandığı	47	40,2	40,5	40,5
Bağkur	17	14,5	14,7	55,2
Yeşil Kart	18	15,4	15,5	70,7
SSK	34	29,1	29,3	100,0
Toplam	116	99,1	100,0	
Toplam	117	100,0		

Şekil 3.9'da ankete katılan hastaların sahip oldukları sağlık güvencesine ilişkin bulgular karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



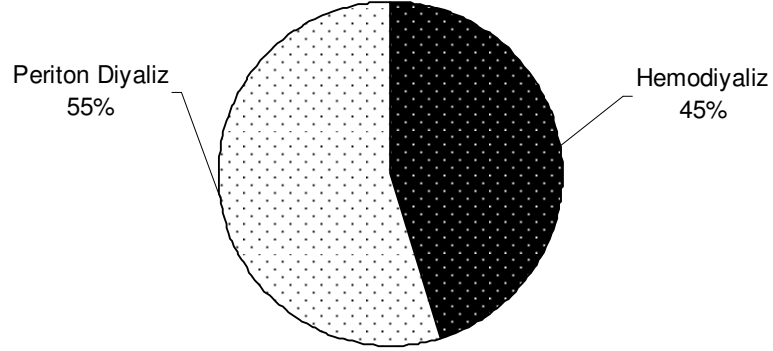
Şekil 3.9: Ankete Katılan Hastaların Sağlık Güvencelerinin Türü

Ankete katılan hastalar ilk uyguladıkları tedavi türü baz alınarak incelendiklerinde, % 45'inin tedaviye hemodiyaliz, % 55'inin ise periton diyalizle başladıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.10: Ankete Katılan Hastaların İlk Uyguladıkları Tedavi Türü

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Hemodiyaliz	53	45,3	45,3	45,3
Periton Diyaliz	64	54,7	54,7	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların ilk uyguladıkları tedavi türüne ilişkin bulgular Şekil 3.10'da karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



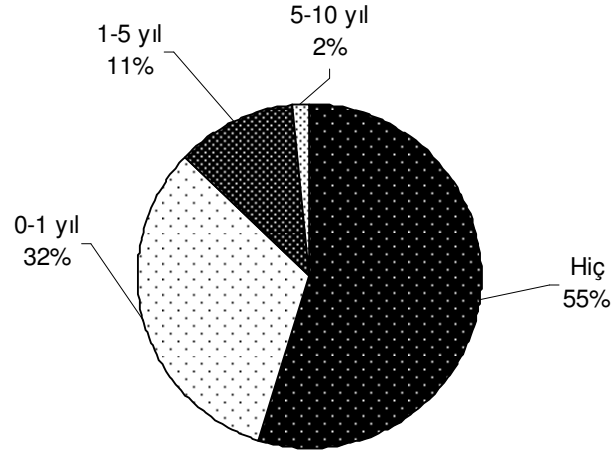
Şekil 3.10: Ankete Katılan Hastaların İlk Uyguladıkları Tedavi Türü

Ankete katılan hastalar hemodiyaliz uygulama süreleri baz alınarak incelendiklerinde, % 55'inin hiç hemodiyaliz uygulamadığı, % 32'sinin 0-1 yıl, % 11'inin 1-5 yıl, % 2'sinin 5-10 yıl hemodiyaliz tedavisini uyguladığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.11: Ankete Katılan Hastaların Hemodiyaliz Uygulama Süreleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Hiç	64	54,7	54,7	54,7
0-1 yıl	38	32,5	32,5	87,2
1-5 yıl	13	11,1	11,1	98,3
5-10 yıl	2	1,7	1,7	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların hemodiyaliz uygulama sürelerine ilişkin bulgular Şekil 3.11'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



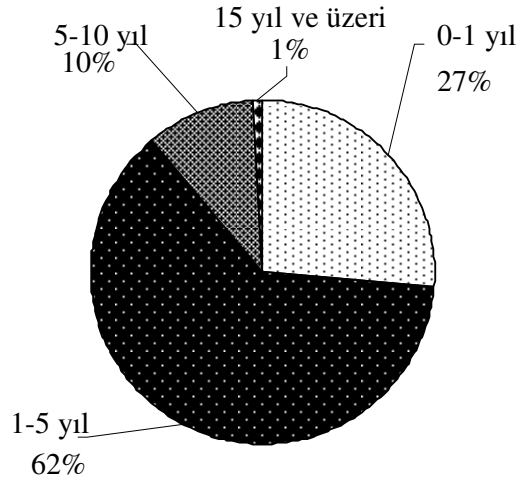
Şekil 3.11: Ankete Katılan Hastaların Hemodiyaliz Uygulama Süreleri

Ankete katılan hastalar periton diyaliz uygulama süreleri baz alınarak incelendiklerinde, % 27'sinin 0-1 yıl, % 62'sinin 1-5 yıl, % 10'unun 5-10 yıl, % 1'inin 15 yıl ve daha fazla süredir periton diyaliz uyguladığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.12: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi Uygulama Süreleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
0-1 yıl	31	26,5	26,5	26,5
1-5 yıl	73	62,4	62,4	88,9
5-10 yıl	12	10,3	10,3	99,1
15 yıl ve üzeri	1	,9	,9	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların periton diyaliz uygulama sürelerine ilişkin bulgular Şekil 3.12'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



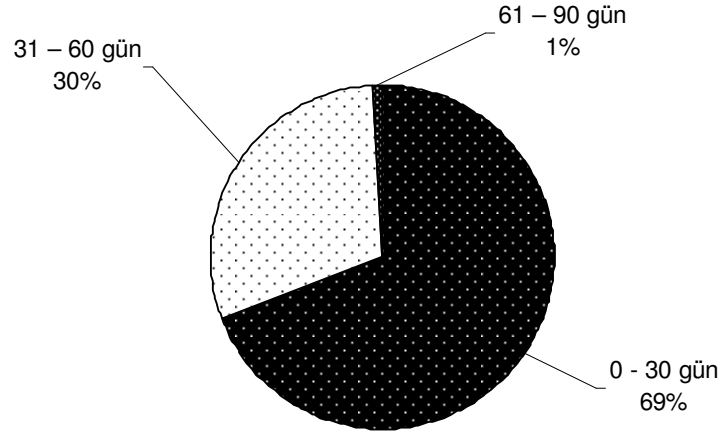
Şekil 3.12: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi Uygulama Süreleri

Ankete katılan hastalar periton diyaliz için hastaneye gitme sıklıkları baz alınarak incelendiklerinde, % 69'unun 0-30 gün, % 30'unun 31-60 gün, % 1'inin ise 61-90 süreli sıklıklarla hastaneye gittikleri anlaşılmaktadır.

Tablo 3.13: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi İçin Hastaneye Gitme Sıklıkları

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
0 - 30 gün	81	69,2	69,2	69,2
31 – 60 gün	35	29,9	29,9	99,1
61 – 90 gün	1	,9	,9	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların periton diyaliz için hastaneye gitme sıklığına ilişkin bulgular Şekil 3.13'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



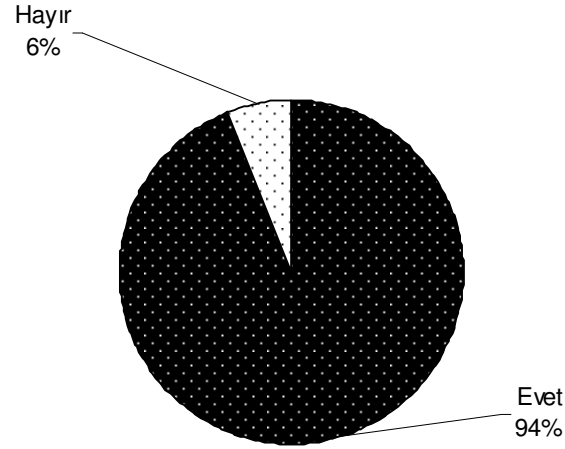
Şekil 3.13: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisi İçin Hastaneye Gitme Sıklıkları

Ankete katılan hastalar periton tedavisi uygulayabilme durumları baz alınarak incelendiklerinde, % 94'ünün bu tedaviyi yalnız başına uygulayabildikleri, % 6'sının ise uygulayamadıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.14: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisini Uygulayabilme Durumları

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Evet	110	94,0	94,0	94,0
Hayır	7	6,0	6,0	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların periton tedavisi uygulayabilme durumlarına ilişkin bulgular Şekil 3.14'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Periton diyaliz tedavisini kendi uygulayamayan hastaların tedavileri, hasta yakınları tarafından uygulanmaktadır.



Şekil 3.14: Ankete Katılan Hastaların Periton Tedavisini Uygulayabilme Durumları

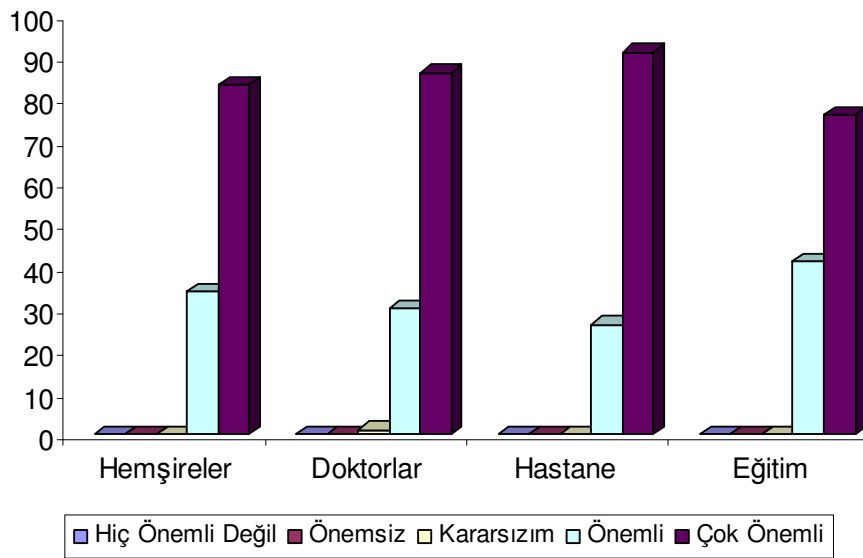
4.4.5 Anket Yapılan Hastalar Açısından Hizmet Faktörlerinin Önem Düzeyleri

Uygulanan anket formunda, aynı zamanda, belirlenen dört hizmet faktörünün, hastalar açısından önem derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Hizmet faktörünü oluşturan alt birimlerin önem derecelerinin belirlenmesi için oluşturulan sorulara, hastalar beş noktalı Likert tipi bir ölçek kullanarak cevap vermişlerdir. Ölçekte kullanılan değerler “hiç önemli değil”, “önemsiz”, “kararsızım”, “önemli”, “çok önemli” şeklinde ifade edilmiştir. Tablo 15’de hizmet faktörüne verilen yanıtlar toplu olarak verilmiştir.

Tablo 3.15: Hizmet Faktörlerine İlişkin Önem Dereceleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Önemli Değil		Önemsiz		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	0	0	29,1	34	70,9	83
Doktorlar	0	0	0	0	0,9	1	25,6	30	73,5	86
Hastane	0	0	0	0	0	0	22,2	26	77,8	91
Eğitim	0	0	0	0	0	0	35,0	41	65,0	76

Tablo 3.15’den de görüldüğü gibi, hastalar, kendilerine sunulan hizmet faktörlerinin “önemli” ya da “çok önemli” olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar verdikleri cevaplarda “hiç önemli değil” ya da “önemsiz” ifadelerini kullanmamışlardır. Hastalar açısından en önemli faktörün Hastanenin Fiziksel Koşulları/İmkânları olduğu gözlenmektedir. Bu faktörü sırasıyla Doktorlar Tarafından Sunulan Hizmet ve Hemşireler Tarafından Sunulan Hizmet faktörleri izlemektedir. Eğitim Hizmetleri faktörü ise hastalar tarafından en az önem verilen faktör durumundadır.



Şekil 3.15: Hizmet Faktörlerine İlişkin Önem Dereceleri

4.4.6 Anket Çalışmasına İlişkin Regresyon Analizi

Regresyon analizi, aralıklı ve oransal ölçekle ölçülmüş bir bağımlı değişkenle, bir veya birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi formüle eder. Bağımsız değişken sayısı tek ise basit regresyon, birden fazla ise çoklu regresyon analizi adını alır. İki değişken arasındaki ilişki doğrusal olacağı gibi olmayabilir de. Bu nedenle, Y ve X değerlerini serpilme diyagramına yerleştirerek noktaları temsil eden fonksiyonun doğrusal veya eğrisel olduğu, eğrisel ise parabolik, üssel vb. şeklinde olduğu görülür. Dolayısıyla, ilişkiyi temsil eden fonksiyon yazıldıktan sonra regresyon analizi ile fonksiyonun parametreleri hesaplanır. Y ve X değişkeni arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu kabul edildiğinde bu ilişkiyi temsil edecek fonksiyon

$$Y = a + b_{yx} X \text{ şeklinde yazılır.}$$

Bu fonksiyonda Y bağımlı değişkeni, X bağımsız değişkeni, a, X'in sıfır olması halinde Y'nin alacağı değeri, b_{yx} ise, X'deki bir birimlik değişiminin Y'de yarattığı ortalama değişmeyi gösterir (Yükselen, 2006:132). Regresyon doğrusu tahmini bir doğru olup, gerçek gözlemler bu doğrunun tam üstüne, yukarısına ya da altına düşebilir. Gözlemler, doğrunun tam üstüne düşmesi halinde mutlak doğru tahmin söz konusu olur. Bu mesafelerin oluşu bize bir hatanın ya da bir sapmanın varlığından haber verir. Örnek kütleden hesaplama yaptığımızda hata terimini e ile göstermek mümkündür. Bu durumda regresyon denklemimiz şöyle olacaktır (Nakip, 2006:312-316):

$$Y = a + bx + e$$

Hizmet faktörleri olan hemşireler tarafından sunulan hizmet, doktorlar tarafından sunulan hizmet, hastanenin fiziksel koşulları/imkânları ve eğitim hizmetlerinden oluşan toplam dört faktörün toplam memnuniyet düzeyini hangi boyutlarda etkilediklerinin tespit edilebilmesi için, regresyon analizleri yapılmıştır.

Bunlardan ilki hemşireler tarafından sunulan hizmet ile toplam hasta memnuniyeti arasındaki regresyon analizidir. Analiz sonucu aşağıdaki gibi ortaya konmuştur.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,212 ^a	,045	,037	,45833

a. Predictors: (Constant), Hemsire

Bağımlı değişken olan toplam hasta memnuniyeti ile bağımsız değişken olan hemşireler tarafından sunulan hizmet arasında % 21 oranında bir ilişki sıklığı mevcuttur. Yani, hastaların memnuniyetlerinin sağlanmasında önemli faktörlerden biri hemşireler tarafından sunulan hizmettir. İlişki sıklığının varyasyonla açıklanabilen kısmı ise %5'dir.

Hemşireler tarafından sunulan hizmet ile toplam memnuniyet arasındaki klâsik doğrusal regresyon denkleminin bulunabilmesi için, analiz yapılmış ve aşağıdaki sonuca ulaşılmıştır.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,341	,442		5,302	,000
	Hemsire	-,218	,093	-,212	-2,331	,021

a. Dependent Variable: TOPLAM MEMNUNİYET

Analiz sonucunda $Y = 2,341 - 0,218X + e$ regresyon denklemi elde edilmiştir. Burada bağımsız değişken olan hemşireler tarafından sunulan hizmet, bağımlı değişken olan toplam memnuniyeti % 22 oranında etkilemektedir. Hemşireler tarafından sunulan hizmet ile hasta memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki söz konusu olduğu için, hemşireler tarafından sunulan hizmet iyileştikçe, hasta memnuniyeti de artmaktadır ve bu değer de % 22 oranında gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Bunlardan ikincisi doktorlar tarafından sunulan hizmet ile toplam hasta memnuniyeti arasındaki regresyon analizidir. Analiz sonucu aşağıdaki gibi ortaya konmuştur.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,312 ^a	,097	,089	,44565

a. Predictors: (Constant), Doktor

Bağımlı değişken olan toplam hasta memnuniyeti ile bağımsız değişken olan doktorlar tarafından sunulan hizmet arasında % 31 oranında bir ilişki sıklığı mevcuttur. Yani, hastaların memnuniyetlerinin sağlanmasında önemli faktörlerden biri doktorlar tarafından sunulan hizmettir. İlişki sıklığının varyasyonla açıklanabilen kısmı ise %10'dur.

Doktorlar tarafından sunulan hizmet ile toplam memnuniyet arasındaki klâsik doğrusal regresyon denkleminin bulunabilmesi için, yapılan analiz sonucu aşağıdaki gibidir.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,791	,421		6,627	,000
	Doktor	-,312	,089	-,312	-3,519	,001

a. Dependent Variable: TOPLAM MEMNUNİYET

Yapılan analiz sonucunda $Y = 2,791 - 0,312X + e$ regresyon denklemi elde edilmiştir. Burada, bağımsız değişken olan doktorlar tarafından sunulan hizmet, bağımlı değişken olan toplam memnuniyeti % 31 oranında etkilemektedir. Doktorlar tarafından sunulan hizmet ile hasta memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki söz konusu olduğu için,

doktorlar tarafından sunulan hizmet iyileştikçe, hasta memnuniyeti de artmaktadır ve bu değer de % 31 oranında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.

Bunlardan üçüncüsü, hastanenin fiziksel koşulları/imkânları ile toplam hasta memnuniyeti arasındaki regresyon analizidir. Analiz sonucu aşağıdaki gibi ortaya konmuştur.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,211 ^a	,045	,036	,45845

a. Predictors: (Constant), Hastane

Bağımlı değişken olan toplam hasta memnuniyeti ile bağımsız değişken olan hastanenin fiziksel koşulları/imkânları arasında % 21 oranında bir ilişki sıklığı mevcuttur. Yani hastaların memnuniyetlerinin sağlanmasında önemli faktörlerden biri hastanenin fiziksel koşulları/imkânlarıdır. İlişki sıklığının varyasyonla açıklanabilen kısmı ise %5'dir.

Hastanenin fiziksel koşulları/imkânları ile toplam memnuniyet arasındaki klasik doğrusal regresyon denkleminin bulunabilmesi için, yapılan analiz sonucu aşağıdaki gibidir.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,445	,489		5,001	,000
	Hastane	-,236	,102	-,211	-2,317	,022

a. Dependent Variable: TOPLAM MEMNUNİYET

Yapılan analiz sonucunda $Y = 2,445 - 0,236X + e$ regresyon denklemi elde edilmiştir. Burada, bağımsız değişken olan hastanenin fiziksel koşulları/imkânları, bağımlı değişken olan toplam memnuniyeti % 24 oranında etkilemektedir. Hastanenin fiziksel koşulları/imkânları ile hasta memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki söz konusu olduğu için, hastanenin fiziksel koşulları/imkânları iyileştikçe, hasta memnuniyeti de artmaktadır ve bu değer de % 24 oranında gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Bunlardan dördüncüsü, hastalara sağlanan eğitim hizmetleri ile toplam hasta memnuniyeti arasındaki regresyon analizidir. Analiz sonucu aşağıdaki gibidir.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,117 ^a	,014	,005	,46582

a. Predictors: (Constant), Egitim

Bağımlı değişken olan toplam hasta memnuniyeti ile bağımsız değişken olan hastalara sağlanan eğitim hizmetleri arasında % 12 oranında bir ilişki sıklığı mevcuttur. Yani, hastaların memnuniyetlerinin sağlanmasında önemli faktörlerden biri hastalara sağlanan eğitimidir. İlişki sıklığının varyasyonla açıklanabilen kısmı ise % 1'dir.

Hastalara sağlanan eğitim ile toplam memnuniyet arasındaki klâsik doğrusal regresyon denkleminin bulunabilmesi için, analiz yapılmış ve aşağıdaki sonuca ulaşılmıştır.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,846	,422		4,375	,000
	Egitim	-,114	,090	-,117	-1,262	,209

a. Dependent Variable: TOPLAM MEMNUNİYET

Yapılan analiz sonucunda $Y = 1,846 - 0,114X + e$ regresyon denklemi elde edilmiştir. Burada bağımsız değişken olan hastalara sağlanan eğitim hizmetleri, bağımlı değişken olan toplam memnuniyeti % 11 oranında etkilemektedir. Hastalara sağlanan eğitim ile hasta memnuniyeti arasında doğrusal bir ilişki söz konusu olduğu için, hastalara sağlanan eğitim iyileştikçe, hasta memnuniyeti de artmaktadır ve bu değer de % 11 oranında gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Toplam hasta memnuniyeti ile toplam hizmet faktörleri arasında çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucu ise aşağıda verilmiştir.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,322 ^a	,104	,072	,44997

a. Predictors: (Constant), Egitim, Hastane, Hemsire, Doktor

Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda bağımlı değişken olan hasta memnuniyeti ile bağımsız değişken durumundaki hemşireler tarafından sunulan hizmet, doktorlar tarafından sunulan hizmet, hastanenin fiziksel koşulları/imkânları ve sağlanan

eğitim hizmetleri arasında % 32 oranında çoklu ilişki sıklığı olduğu elde edilmiştir. Varyasyonla açıklanabilen kısmının ise % 10 olduğu görölmüştür.

Toplam hizmet faktörleri ile toplam hasta memnuniyeti arasındaki klasik doğrusal regresyon denklemi ise aşağıdaki gibi bulunmuştur.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2,831	,556		5,095	,000
Hemsire	-,030	,131	-,029	-,228	,820
Doktor	-,302	,136	-,302	-2,221	,028
Hastane	-,071	,124	-,064	-,574	,567
Eğitim	,085	,110	,087	,771	,442

a. Dependent Variable: TOPLAM MEMNUNİYET

Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda $Y = 2,831 - 0,030X_1 - 0,302X_2 - 0,071X_3 + 0,85X_4$ denklemi elde edilmiştir (Katsayılar likert ölçeği ters kodlandığı için eksi işaretlidir). Burada bağımsız değişken toplam hasta memnuniyeti, bağımsız değişkeni gösteren değerler aşağıda verilmiştir;

X1 : Hemşireler tarafından sunulan hizmet

X2 : Doktorlar tarafından sunulan hizmet

X3 : Hastanenin fiziksel koşulları/imkânları

X4 : Eğitim imkânları

Bağımlı değişken olan hasta memnuniyetini en fazla etkileyen doktorlar tarafından sunulan hizmettir. Doktorlar tarafından sunulan hizmette meydana gelen bir birimlik bir artış toplam hasta memnuniyetini % 30 oranında arttırmaktadır. Tekli regresyon analizinde doktorlar tarafından sunulan hizmet ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki % 31 idi. Fakat, çoklu regresyon yapıldığında bu oran % 30'a düşmüştür. Regresyon analizlerinde çok değişkenli regresyon analizi sonuçları varolan gerçek durumu daha iyi yansıtmaktadır. Bunun nedeni, çoklu regresyonda sabit olduğu kabul edilen "e" katsayısı altında toplanan değişkenler, tekli regresyona göre analiz içine daha fazla alındığından daha güvenilir ve gerçektir.

Toplam hasta memnuniyetini; hemşireler tarafından sunulan hizmet % 3, doktorlar tarafından sunulan hizmet % 30, hastanenin fiziksel koşulları/imkânları % 7, eğitim imkânları % 8 oranında etkilemektedir .

4.4.7 Anket Çalışmasına İlişkin Faktör Analizi

Aslında bir tür sınıflandırma yöntemi olan faktör analizi, değişkenler arası ilişkileri inceler, daha az sayıda değişkene dönüştürülmesine yardımcı olur. Esas olarak, faktör analizinin amacı, değişkenler arasındaki karşılıklı bağıllığın kökenini ortaya koymaktır. Başka bir ifadeyle, en az bilgi kaybıyla, büyük miktarlardaki verilerden sıkıştırılmış özet ve yeni bir yapı (form) içerisinde, bilgiler elde etmektir. Bu yeni form, çok sayıdaki değişkenin verilerine göre şekillenmesinden ibarettir (Nakip, 2006:423).

Anketlerden elde edilecek veriler faktör analizi yöntemine tabî tutulmuş, bunun için temel dört faktör belirlenmiştir. Bu dört faktör sırasıyla, hemşirelerden duyulan memnuniyet, doktorlardan duyulan memnuniyet, hastanenin fiziksel koşulları /imkânlarından duyulan memnuniyet ve alınan eğitimden duyulan memnuniyet şeklindedir. Bu dört faktör çeşitli alt bileşenlerden oluşmaktadır.

Hastaların memnuniyetlerini ölçmek için, "hiç memnun değilim", "memnun değilim", "kararsızım", "memnunum", "çok memnunum" şeklinde "Beşli Likert" ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeği oluşturan beş kriterin faktör analiziyle yoğunluk dereceleri belirlenmiştir. Sonuçta "çok memnunum" kriteri yoğunluk derecesi en yüksek kriter olarak ortaya çıkmıştır. Bu alt bileşenlerin "çok memnunum" kriterine göre, faktör yoğunlukları hesaplanmış ve her bir faktör için tablolar oluşturulmuştur.

Hemşirelerden duyulan memnuniyet faktörüne göre yapılan analiz sonuçları Tablo 3.16'da verilmiştir.

Tablo 3.16'dan da görüldüğü gibi, hemşirelerden duyulan memnuniyet faktörü yirmi yedi alt bileşenden oluşmaktadır. Hemşirelerden duyulan memnuniyet "çok memnunum" kriteri göz önüne alındığında, "Hemşirelerin Hastaya Güler Yüzlü, İlgili ve Özenli Yaklaşımı" % 78'lik oranla ilk sırada yer almaktadır. "Hemşirelerin Peritonit Olan Hastaya Ev Ziyareti Tekrarı Yapması" % 40'lık yoğunlukla son sırada yer almaktadır.

Tablo 3.16: Hemşirelerden Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları

Alt Bileşenler	Faktör Yoğunlukları
Hemşirelerin Kontrol Sırasında Dikkatli ve Nazik Yaklaşımı (memnuniyet)	0,624
Hemşirelerin Randevu Saatini Geçiren Hastaya Anlayışlı Yaklaşımı (memnuniyet)	0,487
Hemşirelerin Karşılaşılan Sorunları Dinlemesi ve Çözüm Üretmesi (memnuniyet)	0,607
Hemşirelerin Aile Üyeleriyle İletişim Halinde Olması (memnuniyet)	0,581
Hemşirelerin Öfkeli ve Sınırlı Hastayı Tolere Etmesi (memnuniyet)	0,479
Hemşirelerin Aile Üyelerine Eğitim vermesi (memnuniyet)	0,538
Hemşirelerin Hastaya Güler Yüzlü, İlgili ve Özenli Yaklaşımı (memnuniyet)	0,778
Hemşirelerin Hastayla İlgili Kayıtları Eksiksiz Tutması (memnuniyet)	0,667
Hemşirelerin Bilgi ve Becerilerinin Yeterli Olması (memnuniyet)	0,692
Hemşirelerin İletişim Kurabilme Yeteneğine Sahip Olması (memnuniyet)	0,684
Hemşirelerin Tedavi Hakkında Hastaya Bilgi vermesi (memnuniyet)	0,701
Hemşirelerin Klinik Kontrolleri Düzenli Olarak Yapması (memnuniyet)	0,675
Hemşirelerin Randevu Günü Belirlenirken Hastanın Fikrini Alması (memnuniyet)	0,667
Hemşirelerin Ev Ziyaretleri Yapması (memnuniyet)	0,453
Hemşirelerin Temiz ve Bakımlı Olması (memnuniyet)	0,709
Hemşirelerle İhtiyaç Duyulduğunda Kolayca İletişim Kurulabilmesi(memnuniyet)	0,718
Hemşirelerin Peritonit Olan Hastaya Ev Ziyareti Tekrarı Yapması (memnuniyet)	0,402
Hemşirelerin Peritonit Olan Hastaya Eğitim Tekrarı Yapması (memnuniyet)	0,504
Hemşirelerin Periton Diyalizi Eğitimi vermesi (memnuniyet)	0,650
Hemşirelerin Hastanede Yatan Hastaya Periton Diyalizi Yapması (memnuniyet)	0,521
Hemşirelerin Uygulanacak İşlemler Öncesi Hastanın Onayını Alması(memnuniyet)	0,547
Hemşirelerin Hastanın Evini Arayıp Sık Sık Kontrol Etmesi (memnuniyet)	0,453
Hemşirelerin İlaç ve Solüsyonları Düzenli Olarak Reçete Ettirmesi (memnuniyet)	0,607
Hemşirelerin Hastanede Olan Malzeme Eksikliklerini Temin Etmesi (memnuniyet)	0,556
Hemşirelerin Tedaviyle İlgili Hata Yaptığında Hastayı Uyarması (memnuniyet)	0,573
Hemşirelerin Tedavi Listesini Hastaya Yazılı Olarak vermesi (memnuniyet)	0,590
Hemşirelerin Hastanede Hastayı Bekletmemesi (memnuniyet)	0,607

Aşağıdaki Tablo 3.17’de doktorlardan duyulan memnuniyet faktörüne göre yapılan analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 3.17’den de görüldüğü gibi, doktorlardan duyulan memnuniyet faktörü on üç alt bileşenden oluşmaktadır. Doktorlardan duyulan memnuniyet “çok memnunum” kriteri göz önüne alındığında, “Doktorların Kontrol Sırasında Güler Yüzlü ve Nazik Yaklaşımı” % 69’luk yoğunluk oranıyla ilk sırada yer almaktadır. “Doktorların Bekletmeden Muayene Etmesi” % 30’luk oranla son sırada yer almaktadır.

Tablo 3.17: Doktorlardan Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları

Alt Bileşenler	Faktör Yoğunlukları
Doktorların Kontrol Sırasında Güler Yüzlü ve Nazik Yaklaşımı (memnuniyet)	0,692
Doktorların Randevu Saatini Geçiren Hastaya Anlayışlı Yaklaşımı (memnuniyet)	0,556
Doktorların Şikâyetleri Dinlemesi ve Çözüm Üretmesi (memnuniyet)	0,615
Doktorların Öfkeli ve Sinirli Hastayı Tolere Etmesi (memnuniyet)	0,556
Doktorların Hastaya Yakın, İlgili ve Özenli Yaklaşımı (memnuniyet)	0,598
Doktorların Tedavide Değişiklik Yaparken Hastanın Fikrini Alması (memnuniyet)	0,547
Doktorlarla İhtiyaç Duyulduğunda Kolayca İletişim Kurulabilmesi (memnuniyet)	0,538
Doktorların Hastayla İlgili Kayıtları Eksiksiz Tutması (memnuniyet)	0,590
Doktorların Bilgi ve Becerilerinin Yeterli Olması (memnuniyet)	0,641
Doktorların İlaç ve Solüsyonları Düzenli Olarak Reçete Etmesi (memnuniyet)	0,667
Doktorların Tedavi Hakkında Hastaya Bilgi vermesi (memnuniyet)	0,615
Doktorların Aile Üyeleriyle İletişim Kurması (memnuniyet)	0,556
Doktorların Bekletmeden Muayene Etmesi (memnuniyet)	0,530

Hastanenin fiziksel koşullarından duyulan memnuniyet faktörüne göre yapılan analiz sonuçları tablo 3.18’de verilmiştir.

Tablo 3.18’den de görüldüğü gibi, hastanenin fiziksel koşullarından duyulan memnuniyet faktörü yedi alt bileşenden oluşmaktadır. Hastanenin fiziksel koşullarından duyulan memnuniyet “çok memnunum” cevabı göz önüne alındığına, “Hastanenin Tıbbi Araç ve Gereçlerinin Yeterli Olması” % 49’luk yoğunluk oranıyla ilk sırada yer almaktadır. “Hastaneye Ulaşımın Zor Olmaması” % 37’lik yoğunlukla son sırada yer almaktadır.

Tablo 3.18: Hastanenin Fiziksel Koşullarından Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları

Alt Bileşenler	Faktör Yoğunlukları
Hastanenin Tıbbi Araç ve Gereçlerinin Yeterli Olması (memnuniyet)	0,487
Hastanenin Havalandırma Sistemlerinin Yeterli Olması (memnuniyet)	0,444
Hastanenin Isıtma Soğutma Sistemlerinin Yeterli Olması (memnuniyet)	0,470
Hastanenin Temiz ve Bakımlı Olması (memnuniyet)	0,462
Hastaneye Ulaşımın Zor Olmaması (memnuniyet)	0,368
Hastanenin Diğer Bölümlerine Transportun Kolay Olması (memnuniyet)	0,419
Hastanede Bekleme Salonunun Olması (memnuniyet)	0,444

Aşağıdaki Tablo 3.19’da eğitim hizmetlerinden duyulan memnuniyet faktörüne göre yapılan analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 3.19’dan da görüldüğü gibi, eğitim hizmetlerinden duyulan memnuniyet faktörü on beş alt bileşenden oluşmaktadır. Eğitim imkânlarından duyulan memnuniyet “çok memnunum” kriteri göz önüne alındığına, “Tedavi Süresince Yeterli ve Önemli Bilgilerin verilmesi” % 65’lik oranla ilk sırada yer almaktadır. “Eğitimin Hasta Gruplarıyla Yapılması” % 48’lik yoğunlukla son sırada yer almaktadır.

Tablo 3.19: Eğitim Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Faktörüne İlişkin Faktör Yoğunlukları

Alt Bileşenler	Faktör Yoğunlukları
Tedavi Süresince Yeterli ve Önemli Bilgilerin Verilmesi (memnuniyet)	0,650
Eğitim Gününün Belirlenmesinde Hastaların Fikrinin Alınması (memnuniyet)	0,615
Eğitim Malzemelerinin Önceden Hazırlanması (memnuniyet)	0,564
Eğitimde Temel Noktaların Öğretilmesi (memnuniyet)	0,607
Eğitimde Esnek Davranılması, Otoriter Olunmaması (memnuniyet)	0,573
Eğitimde Sürekliliğin Sağlanması (memnuniyet)	0,564
Eğitimde Aile Üyelerinin Eğitim Sürecine Katılması (memnuniyet)	0,530
Eğitimde Hastanın Yaşı ve Becerisine Uygun Yöntemlerin Olması (memnuniyet)	0,581
Eğitim Süresinin Hastanın Durumuna Göre Belirlenmesi (memnuniyet)	0,581
Eğitim Sırasında Psikolojik Destek Sağlanması (memnuniyet)	0,504
Eğitimin Bir Plan Çerçevesinde Verilmesi (memnuniyet)	0,547
Eğitimde Uygulama Tekrarları Yapılması (memnuniyet)	0,530
Eğitimde Sözlü ve Yazılı Geri Bildirimlerin Olması (memnuniyet)	0,521
Eğitimin Hasta Gruplarıyla Yapılması (memnuniyet)	0,479
Eğitimin Yalnız Teorik Değil, Uygulamalı Olması (memnuniyet)	0,590

Her bir hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyinin belirlenmesinde, hizmet faktörlerinin alt bileşenleri toplulaştırılmış ve memnuniyet düzeyleri hastane bazında incelenmiştir. “Beşli Likert” ölçeğine göre “çok memnunum” kriteri yoğunluk derecesi en yüksek kriter olarak ortaya çıkmıştır.

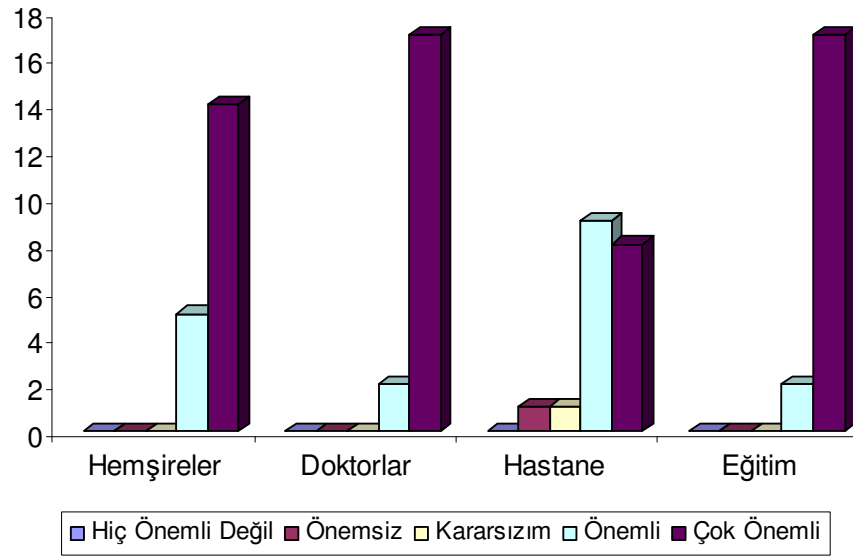
Tablo3.20: Adnan Menderes Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	0	0	26,3	5	73,7	14
Doktorlar	0	0	0	0	0	0	10,5	2	89,5	17
Hastane	0	0	5,3	1	5,3	1	47,4	9	42,1	8
Eğitim	0	0	0	0	0	0	10,5	2	89,5	17

Tablo 3.20'ye göre, Adnan Menderes Tıp Fakültesi'nde tedavi gören 14 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 74 oranında, 17 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 90 oranında, 8 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 42 oranında, 17 hasta eğitim hizmetlerinden % 89,5 oranında çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Aşağıdaki Şekil 3.16'da hastaların bu hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyleri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Tablo 3.21'e göre Alsancak Devlet Hastanesi'nde tedavi gören 4 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 50 oranında, 5 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 62,5 oranında, 3 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 38 oranında, 5 hasta eğitim hizmetlerinden % 63 oranında çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

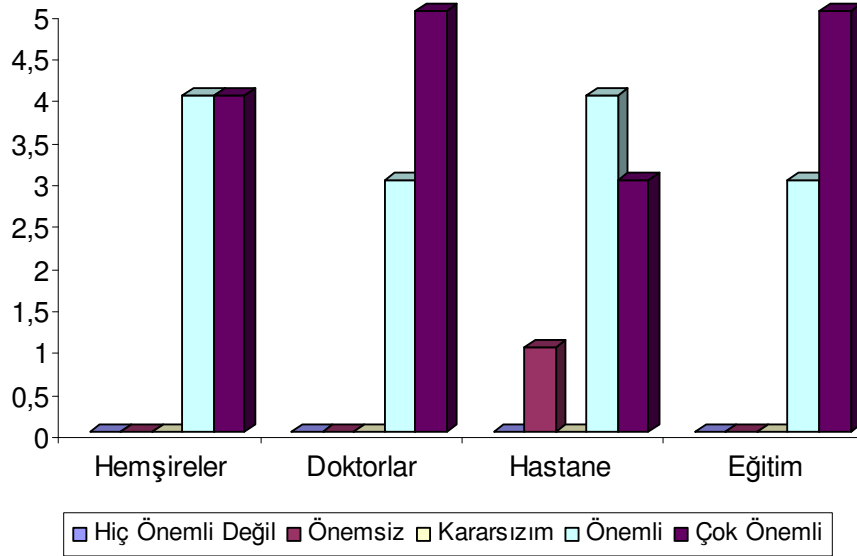


Şekil 3.16: Adnan Menderes Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 3.21: Alsancak Devlet Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	0	0	50,0	4	50,0	4
Doktorlar	0	0	0	0	0	0	37,5	3	62,5	5
Hastane	0	0	12,5	1	0	0	50,0	4	37,5	3
Eğitim	0	0	0	0	0	0	37,5	3	62,5	5

Aşağıdaki Şekil 3.17'de hastaların bu hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyleri sunulmuştur.



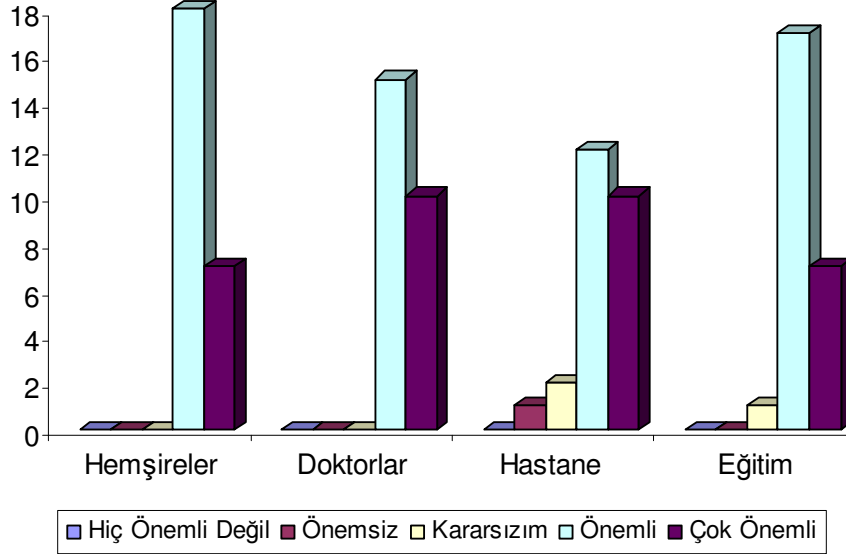
Şekil 3.17: Alsancak Devlet Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 3.22'e göre, Atatürk Eğitim Hastanesi'nde tedavi gören 7 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 28 oranında, 10 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 40 oranında, 10 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 40 oranında, 7 hasta eğitim hizmetlerinden % 28 oranında çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.22: Atatürk Eğitim Hastanesi'nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	0	0	72,0	18	28,0	7
Doktorlar	0	0	0	0	0	0	60,0	15	40,0	10
Hastane	0	0	4,0	1	8,0	2	48,0	12	40,0	10
Eğitim	0	0	0	0	4,0	1	68,0	17	28,0	7

Aşağıdaki Şekil 3.18’de hastaların bu hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyleri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



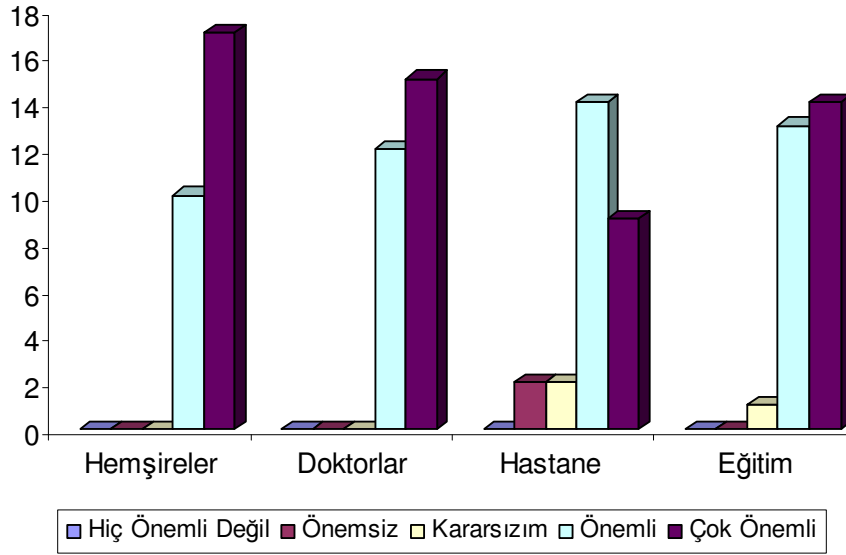
Şekil 3.18: Atatürk Eğitim Hastanesi’nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 3.23’e göre Sağlık Bakanlığı İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi gören 17 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 63 oranında, 15 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 56 oranında, 9 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 33 oranında, 14 hasta eğitim olanaklarından % 52 oranında çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.23: Sağlık Bakanlığı İzmir Eğt. ve Arş. Hastanesi’nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	0	0	37,0	10	63,0	17
Doktorlar	0	0	0	0	0	0	44,4	12	55,6	15
Hastane	0	0	7,4	2	7,4	2	51,9	14	33,3	9
Eğitim	0	0	0	0	0	0	48,1	13	51,9	14

Aşağıdaki Şekil 3.19’da hastaların bu hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyleri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



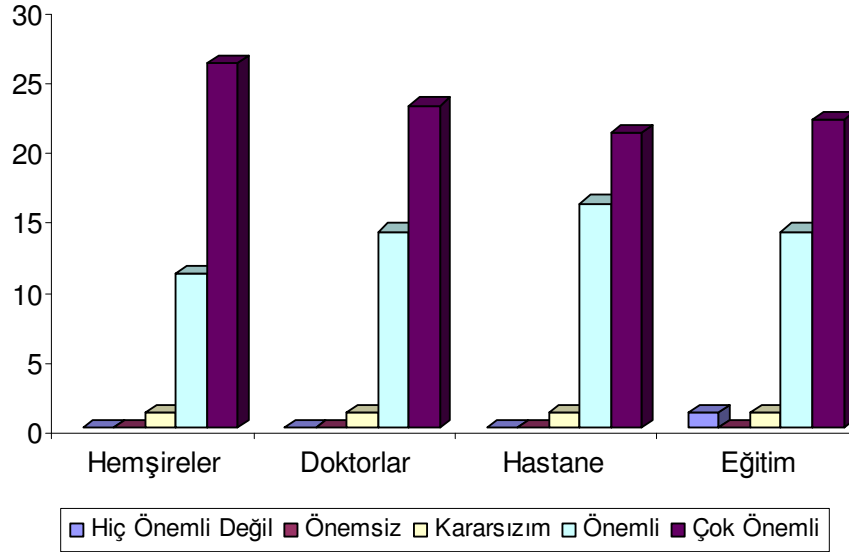
Şekil 3.19: Sağlık Bakanlığı İzmir Eğt. ve Arş. Hastanesi’nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 3.24’e göre Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tedavi gören 26 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 68 oranında, 23 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 61 oranında, 21 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 55 oranında, 22 hasta eğitim olanaklarından % 58 oranında çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.24: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	2,6	1	28,9	11	68,4	26
Doktorlar	0	0	0	0	2,6	1	36,8	14	60,5	23
Hastane	0	0	0	0	2,6	1	42,1	16	55,3	21
Eğitim	2,6	1	0	0	2,6	1	36,8	14	57,9	22

Aşağıdaki Şekil 3.20’de hastaların bu hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyleri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



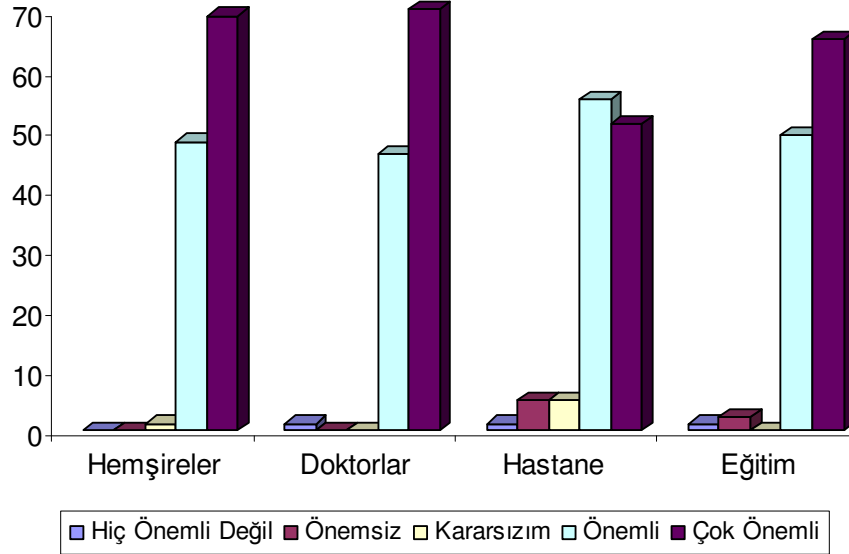
Şekil 3.20: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Tedavi Gören Hastalarının Hizmet Faktörlerine İlişkin Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 3.25’e göre, tüm hastanelerde periton tedavisi gören 69 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 58 oranında, 70 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 60 oranında, 51 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 44 oranında, 65 hasta eğitim olanaklarından % 56 oranında çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.25: Hizmet Faktörlerine İlişkin Genel Memnuniyet Düzeyleri

Hizmet Faktörleri	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hemşireler	0	0	0	0	0,9	1	41,0	48	58,1	69
Doktorlar	0,9	1	0	0	0	0	39,3	46	59,8	70
Hastane	0,9	1	4,3	5	4,3	5	47,0	55	43,6	51
Eğitim	0,9	1	1,7	2	0	0	41,9	49	55,6	65

Aşağıdaki Şekil 3.21’de hastaların bu hizmet faktörüne ilişkin memnuniyet düzeyleri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



Şekil 3.21: Hizmet Faktörlerine İlişkin Genel Memnuniyet Düzeyleri

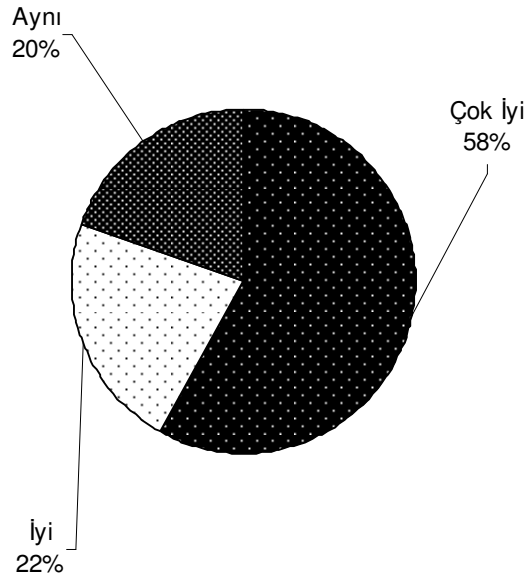
4.4.8 Anket Çalışmasında 18-20 Arasındaki Soruların Değerlendirilmesi

Ankete katılan hastaların bir önceki gelişlerine oranla hizmet kalitesindeki gelişme durumuna ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde, hastaların % 58’nin hizmetlerin bir önceki sefere göre çok dahi iyi, % 22’sinin iyi, % 20’sinin ise aynı olduğu görüşünü taşıdıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.26: Ankete katılan Hastaların Bir Önceki Gelişlerine Oranla Hizmet Kalitesindeki Gelişme Durumu

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Çok İyi	68	58,1	58,1	58,1
İyi	26	22,2	22,2	80,3
Aynı	23	19,7	19,7	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların bir önceki gelişlerine oranla hizmet kalitesindeki gelişme durumuna ilişkin değerlendirmeleri karşılaştırmalı olarak şekil 3.22’de sunulmuştur.



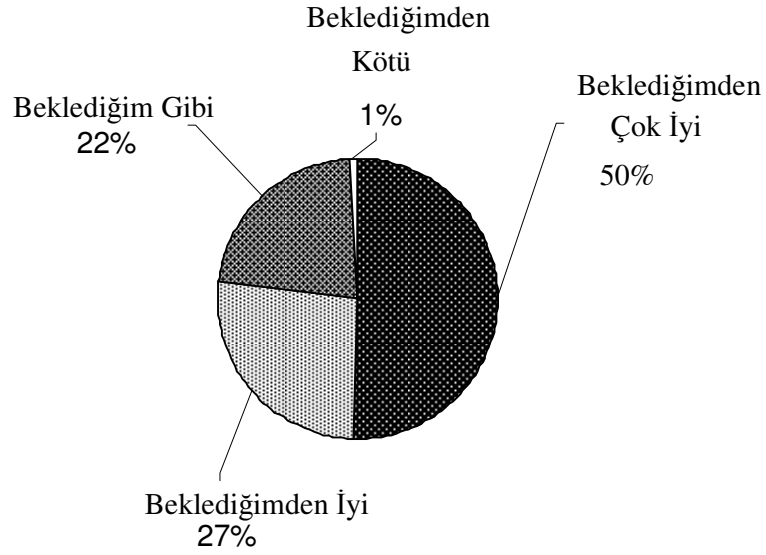
Şekil 3.22: Ankete Katılan Hastaların Bir Önceki Gelişlerine Oranla Hizmet Kalitesindeki Gelişme Durumu

Sunulan hizmetin ankete katılan hastaların beklentilerini karşılama düzeyi incelendiğinde hastaların % 50'sinin beklediğinden çok daha iyi, % 27'sinin beklediğinden iyi, % 22'sinin beklediği gibi, % 1'inin ise beklediğinden kötü bir hizmet aldığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.27: Sunulan Hizmetin Ankete Katılan Hastaların Beklentilerini Karşılama Düzeyi

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Beklediğimden Çok İyi	59	50,4	50,4	50,4
Beklediğimden İyi	31	26,5	26,5	76,9
Beklediğim Gibi	26	22,2	22,2	99,1
Beklediğimden Kötü	1	,9	,9	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Sunulan hizmetin ankete katılan hastaların beklentilerini karşılama düzeyi Şekil 3.23'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



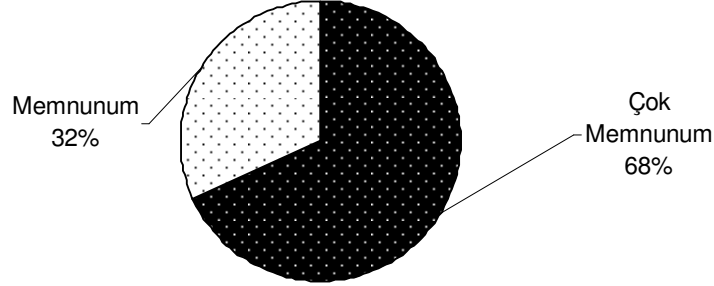
Şekil 3.23: Sunulan Hizmetin Ankete Katılan Hastaların Beklentilerini Karşılama Düzeyi

Ankete katılan hastaların genel memnuniyet düzeyleri incelendiğinde % 68'inin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden çok memnun, % 32'sinin ise memnun olduğu gözlenmektedir.

Tablo 3.28: Ankete Katılan Hastaların Genel Memnuniyet Düzeyleri

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Çok Memnunum	80	68,4	68,4	68,4
Memnunum	37	31,6	31,6	100,0
Toplam	117	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların genel memnuniyet düzeyleri Şekil 3.24'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



Şekil 3.24: Ankete Katılan Hastaların Genel Memnuniyet Düzeyleri

4.4.9 Anketteki Açık Uçlu Soruların Değerlendirilmesi

Ankette 21 ve 22. sorular olarak hastalara açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Bu sorularda, hastaların tedavi süresince hastane ve aldığı sağlık hizmeti ile ilgili olarak beklemediği düzeyde olumsuz bir hizmet durumuyla karşılaştırsa, bu durumun ne olduğu ve aldıkları bazı hizmetlerden memnun kalmadıysa, bu durumu belirtmeleri istenmiştir.

Açık uçlu sorulara ilişkin değerlendirmeler yapıldığında, hastalar aldıkları sağlık hizmetinden yüksek oranda memnun oldukları görülmüştür. Fakat, az oranda da olsa, hizmetlere ilişkin bazı olumsuzlukları belirtmişlerdir.

Hastalar tarafından belirtilen temel sorunlardan biri, her kontrolde ayrı hekim tarafından muayene edilmesidir. Bununla birlikte, asistan doktorlara duyulan güvensizlikte hastaları tedirgin etmektedir. Hastalar diğer hastaların gereksiz yere hekimi oyalamasından kaynaklanan muayene gecikmelerinden de oldukça rahatsızlar.

Sevk sorunları, sekreterlik işlemlerinde aksaklıkların yaşanması, hastanelerin diğer bölümlerinde fazla beklemek, hastanenin fiziksel koşullarının yeterli olmaması, personelin ilgisiz davranması, hijyen konusunda yaşanan tedirginlikler hastaların yaşadıkları diğer sorunlar arasında yer almaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde işletmelerin geleceği, varlıklarının ve üretkenliklerinin nedeni olan müşteriye ve müşteri memnuniyetine bağlıdır. Müşteri bir hizmet ve ürünün özelliklerini belirleyen en önemli unsurdur.

Müşteri memnun olduğu sürece, aynı işletmeden ihtiyaçlarını karşılamaya devam edecek ve işletme bu sayede ayakta durabilecektir. Müşterilerin ihtiyaç ve isteklerine cevap verebilmek amacıyla bir çok işletme değişik ürün ve hizmet sunarak rekâbet ortamı yaratmaktadır. Bu rekâbet ortamında ayakta kalmak, işletmeler açısından çok fazla mücadele gerektirmektedir. İşletmelerin sürekliliği sağlayabilmeleri için kalitenin belirleyicisi olan müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılamak, bunun ötesinde müşterilerin sadakatini kazanmak durumundadır. Müşterilerin sadakatini kazanmak, onları memnun etmek ve beklentilerini aşmakla mümkün olmaktadır.

Gerek kamu gerekse özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, özelde bireyin, genelde toplumun sağlık sorunları ile ilgilenen ve ekonomik boyutu olan sosyal kuruluşlardır.

Sağlık alanında kaliteli hizmetin önemli bir göstergesi hizmet alanların memnuniyet düzeyleridir. Memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Sağlık hizmetinden memnun kalanlar ihtiyaç duyduğunda, yine aynı sağlık hizmeti veren kurumu tercih edeceklerdir. Hasta memnuniyeti kavramı hastaların beklenti ve gereksinimlerinin hangi düzeyde karşılanabildiğinin ölçülmesi sonucunda belirlenen görüşleri ifade etmektedir. Eğer, sağlık hizmeti sunanların varolma nedeni hasta ise öncelikle hasta memnuniyeti için çalışılmalıdır.

Hastanelerin sayılarının artması, bununla birlikte özel hastanelerin sayısının da bu artış içinde önemli bir yere sahip olması, sağlık sektöründe rekâbetin artmasına ve daha kaliteli hizmet sunma arayışına neden olmuştur. Hastaların da bilinçlenmesi ve kaliteli hizmet istemeleri bunu gerekli kılmıştır.

Kaliteli hizmet sunmak isteyen kamu ya da özel kuruluş olan hastaneler, öncelikle müşterilerin hizmetlerle ilgili beklentilerini, nelere daha çok önem verdiklerini ve algı düzeylerini belirlemeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi göstergesi bu hizmetlerden faydalanan hastaların memnuniyet düzeyleridir. Hastaların bu düzeylerini belirleyen ve etkileyen değişkenlerin tespiti, sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyet düzeylerinin dikkate alınması, sağlık kuruluşu

yöneticilerini hizmet kalitesini ölçmeleri ve yükseltebilmeleri için gerekli olan bilgilere ulaştırır. Hasta memnuniyetinin ölçümü programı geliştirilirken her kurum kendi koşullarına göre hareket etmelidir.

Hastaların hizmet alım aşamaları ve bu aşamalarda oluşan hastanın yaşamış olduğu olaylar ve maruz kaldığı tutumlar hasta için çok önemli olmaktadır. Bunun için sağlık kuruluşlarının kaliteli sağlık hizmetlerini sürekli insan faktörünü göz önünde tutarak en iyi şekilde yerine getirmesi hem hastaların memnuniyetinde hem de sağlık kuruluşunun iyi tanıtımında dolayısıyla tercih nedeni olmasında önemli etkeni oluşturmaktadır.

Bu çalışmada İzmir ve Aydın'da periton diyalizi gören hastaların memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. 117 hastaya uygulanan anket sonucunda:

- % 15'i 18-29, % 16'sı 30-39, % 22'si 40-49, % 26'sı 50-59, % 21'i de 60 ve daha yüksek yaşta olan hastaların, % 45'inin tedaviye hemodiyalizle başlayıp sonrasında periton diyalizi tedavisine geçtikleri tespit edilmiştir.
- Hastaların % 27'si 0-1 yıl, % 62'sinin 1-5 yıl, % 10'u 5-10 yıl, % 1'i 15 yıl ve daha fazla süredir periton diyalizi tedavisi görmektedir ve tedavi için % 69'u 0-30 günde, % 30'u 31-60 günde, % 1'i de 61-90 gün süreli sıklıklarla hastaneye gitmektedirler.
- Ankete katılan hastaların % 94'ü bu tedaviyi yalnız başına uygulayabilmekte % 6'sının tedavisi ise yakınları tarafından uygulanmaktadır.
- Hastalar açısından en önemli faktörler sırasıyla; hastanenin fiziksel koşulları/imkânları, doktorlar tarafından sunulan hizmet ve hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden sonra son sırayı eğitim hizmetleri faktörü almaktadır.
- Toplam hasta memnuniyetini; hemşireler tarafından sunulan hizmet % 3, doktorlar tarafından sunulan hizmet % 30, hastanenin fiziksel koşulları/imkânları % 7, eğitim hizmetleri % 8 oranında etkilemektedir (diğer koşulların sabit olduğu varsayımıyla). Yani, hastalar doktorlar tarafından sunulan hizmet konusunda daha duyarlıdır.
- Hastalar, hemşirelerden %78'lik oranla, doktorlardan da %69'luk oranla güler yüzlü, ilgili ve özenli yaklaşımlarından dolayı memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hastanenin fiziksel koşullarından ise % 49 oranda memnunlarken tedavi süresince yeterli ve önemli bilgilerin verilmesinden % 65'lik oranda memnun oldukları ortaya çıkmıştır.

- Araştırma kapsamında hastanelerde periton tedavisi gören 69 hasta hemşireler tarafından sunulan hizmetlerden % 58 oranında, 70 hasta doktorlar tarafından sunulan hizmetlerden % 60 oranında, 51 hasta hastanenin fiziksel koşulları imkânlarından % 44 oranında, 65 hasta eğitim hizmetlerinden % 56 oranında çok memnundurlar.
- Ankete katılan hastaların %58'lik bölümü hizmetlerin bir önceki sefere göre çok daha iyi olduğu görüşünde olup, hastanelerin hastaların % 50'sinin beklediğinden çok daha iyi, % 27'sinin beklediğinden iyi, % 22'sinin beklediği gibi olduğu ve hastaların % 68'inin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden çok memnun, % 32'sinin ise memnun olduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetleri bazı açılardan diğer hizmet alanlarından farklıdır. Hastaların hizmeti önceden deneme şansları yoktur. Ayrıca, hastalar kendilerine verilen hizmetin kalitesini denetleyemezler. Çünkü böyle bir denetim için gerekli bilgi donanımına sahip değildirler. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada tamamen sağlık personeline bağımlılık söz konusudur. Bu sebepten dolayı hasta ve yakınlarının hastalıkları ve tedavileri konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitimleri son derece önemlidir. Periton diyaliz hastaları için düzenli periyotlarla hasta grup eğitimlerinin yapılması, hem eğitim tekrarını sağlamakta hem de hastaların birbirleriyle tanışarak sosyal ilişkiler kurmalarını sağlamaktadır. Örneğin, anket uygulamasına katılan bir hastane hasta grup eğitimi düzenlemiş ve hastalarına eğitime katıldıkları için katılım belgesi vermiştir. Yine, başka bir hastane eğitim toplantısında enfeksiyon olmamış ya da enfeksiyon geçirme oranı en düşük olan hastalarına hediyeler dağıtmışlardır.

Kaliteli sağlık bakım hizmetinin gerçekleştirilmesinde dış müşteri olan hasta memnuniyeti kadar iç müşteri memnuniyetinin de sağlanması gerekmektedir. Çalışanların çalışma koşulları, hastane politikaları, maaş gibi faktörlerin yanında içsel faktörlerinin de memnun edilmesi gerekmektedir. Yani, çalışanlar da bir birey olarak değer görmek, sorumluluk almak gibi faktörler yönünden memnun edilmek isterler. Bu faktörler karşılanırsa iş doyumu sağlanacak, çalışanlar memnun edilmiş olacak ve verimlilik artacaktır.

Bir başka çözüm getirilmesi gereken nokta, periton diyaliz ünitelerinde hemşire sayısının yetersiz olmasıdır. Günümüzde, az elemanla çok iş yapma zihniyeti maalesef devam etmektedir. Periton diyaliz hastalarının tedavileri evde hasta tarafından ya da hasta yakınları tarafından uygulandığı için, problemle karşılaştıklarında hemşireleri ile iletişim kurmaları gerekmektedir. Bir periton diyaliz hemşiresi 24 saat boyunca

hemşiresiyle iletişim kurabilmelidir. Tek hemşire ile bu tedaviyi sürdüren hastaneler vardır ve hemşirenin iş yükü artmaktadır. Yine hastanelerde görev tanımlarının iyi yapılması gerekmektedir.

Hastaların periton diyaliz tedavilerini evde uyguladıkları için, hemşirelerin hastaların evlerine yaptıkları ev ziyareti çok önemlidir. Mümkünse, hasta tedaviye başlamadan önce ev ziyareti yapılmalı ve ev ortamının uygun olup olmadığı hemşire tarafından değerlendirilmelidir. Hasta peritonit olduğunda ev ziyareti ve eğitim tekrarı yapılmalıdır.

Anket sonuçlarına göre, hastaların sık sık doktorların değişmesinden şikayetçi oldukları ortaya çıkmıştır. Özellikle üniversite hastaneleri eğitim hastanesi olduğu için, rotasyonel doktorların belli aralıklarla değişmesini önlemek mümkün değildir. Fakat, hizmet içi eğitimlerle bu sorun büyük bir ölçüde ortadan kaldırılabılır, doktorların periton diyaliz tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri sağlanabilir.

Kaliteli sağlık bakım hizmetinin üretilmesinde kurumların öncelikli olarak, çalışanlarının kalitelerini artırmaları gerekmektedir. Bunun için, hizmet içi eğitim programları uygulamaları artırılmalıdır. Hizmet içi eğitim programları, belli bir program dahilinde her kademedeki çalışanlara zaman zaman uygulanmalıdır.

Anket çalışmamız bittikten sonra, Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde periton diyaliz ünitesi faaliyete başlamıştır. Yeni ünitelerin açılmasıyla o bölgelerde yaşayan hastalar bu hizmetten faydalanabilecek ve aynı zamanda ulaşım problemini ortadan kaldıracaklardır.

Anket sonuçlarına göre, hastaların haksız bekleyişlerden yakındıkları tespit edilmiştir. Periton diyaliz ünitelerinde randevu sistemi geliştirilmesi ve adil bir biçimde uygulanması önerilmektedir. Haksızlıkların önlenmesi için, hem personelin hem de hastaların bilinçlendirilmeleri gereklidir. Periton diyaliz ünitesi bekleme salonlarının temiz, düzenli, rahat olmasına ve yeteri kadar geniş olmasına özen gösterilmelidir. Beklenen süre zarfında hastaları oyalayabilmek için, bekleme salonlarında TV yanında gazete, dergi bulundurulması yararlı olacaktır.

Hastalar, ihtiyaçlarının ve beklentilerinin tam olarak karşılanmaması durumunda, hastane personelinden beklediği ilgi ve yardımı alamadığında şikâyet edebilirler. Şikâyet konusuna gerekli önem verilerek hasta dinlenmeli ve çözüm üretilmeye çalışılmalıdır.

Sonuç olarak, hizmet işletmelerinin müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati sağlamalarının yolu, müşterilerinin davranışlarını analiz ederek, beklentilerini karşılamaktan, kurum içi ve dışı müşteri odaklı bir hizmet anlayışını benimsemekten geçmektedir.

KAYNAKLAR

- Akar, Ç. ve Özalp H. (2002) *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Somgür Eğitim Hizmetler, Yayıncılık Limited Şirketi:Ankara.
- Akgeyik, T. (1997) “Kamu Hizmetlerinde Kalite Anlayışı”, *Yönetim ve Ekonomi*, s.3, ss.1-12.
- Akgün, H. S. ve Erdal, R. (1997) “Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, 17-18 Ekim, Ankara.
- Akgün, S. (2002) “Hasta Memnuniyeti Değişimleri”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.6, s.3, ss. 12-18.
- Akkılıç, M. E. (2002) “Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ’daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama (Tüketicilere Yönelik Anket Uygulaması)” *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, c. 12, s.1, ss.203-218.
- Aksoy, L. (2007) “Türkiye Bankacılık Sektöründe Çağrı Merkezleri Ve Müşteri Memnuniyeti”, *Pazarlama Dünyası* , c. 17, s.Şubat.
www.Pazarlamadünyasi.com.tr (Erişim Tarihi: 22.04.2007).
- Aktan, C. C. ve Işık, K. (2006) *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*,
www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf - (Erişim Tarihi: 23.04.2007).
- Albayrak, A. (2003) *Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Komplikasyonların Azaltılmasında Ev Ziyaretlerinin Etkisinin Belirlenmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Alpugan, O., Demir M. H., Oktav M. ve Üner, N. (1997) *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*, Beta Yayınları: İstanbul.

- Altan, M. ve Engin, O.(23.04.2007) *Bir Seyahat İşletmesinde Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi*, www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makale_goster.aspx?id=32-17k
- Altan, Ş. ve Atan, M. (25.04.2007) *Bankacılık Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçümü*, dergi.iibf.gazi.edu.tr/pubs.aspx?x=6 - 53k.
- Argan Tokay, M. ve Argan, M. (2002) “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Kalite ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Servislerde Yatan Hastalara Yönelik Bir Araştırma”, *Bildiriler Kitabı, 7.Ulusal Pazarlama Kongresi*, 30 Mayıs-2 Haziran .
- Armstrong, G. ve Kotler, P. (2003) *Marketing*, International Edition: Prentice Hall.
- Asunakutlu, T. (2005) Sağlık Hizmetlerinde Kalite,
<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> (02.03.2007).
- Atan, M., Baş, M. ve Tolon, M. (2006) “Servqual Analizi ile Migros ve Gima Süpermarketlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Çalışması”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 7, s. 2, ss. 159-180.
- Avcı, U. ve Sayılır, A. (2006) “Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne ve Yeterliliklerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir İnceleme”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, s.1, ss. 121-136.
- Aytar, A. ve Yeşildal, N. (2004) “Yatan Hasta Memnuniyeti”, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*,s.3, ss. 10-14.
- Bakır, Y. (2006) *Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti*, Yüksek Lisans Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Hatay.
- Balcı, P. (2005) *Diyaliz Hastalarında Psikolojik Sorunlar*,
<http://www.diyaliz.net/uzman/psikolojisoru.php> (Erişim Tarihi: 05.01.2007).

- Bayraktaroğlu, G. (2004) “Kolayda Mallarda Marka Bağlılığını Etkileyen Faktörler: Hazır Kahve Üzerine Bir Çalışma”, *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi*, c.11, s.2, ss. 69- 84.
- Bayuk, N. (15.04.2007)*Hizmet Pazarlaması ve Müşteri Tutma*,
<http://www.akademikbakiř.org/pdfs/10/HizmetPazarlaması.doc>.
- Berkowitz, E.N., Kerin R. A., Hartley, S.W.ve Rudelius, W.(1994) *Marketing*, Fourth Edition, Richard D:Irwin Inc.
- Biçkes, M., Erdem, B. ve Kaplan, M. (2004) “Tüketicilerin Perakende Satış Noktalarına İlişkin Kalite Algulamaları: Nevşehir Örneği”, *Pazarlama Dünyası* , c.18, s.6, ss.26-29.
- Bircan, H. ve Baycan, S.(2004) “Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği”, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, c.2, s.2, s.s173-185.
- Bulun, M., Demirbaş, F. ve Kapıcıoğlu, M. İ. S. (30.04.2007) *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi*,
ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc.
- Carson, D., Cromie, S., McGowan, P. ve Hill, J. (1995) *Marketing and Entrepreneurship in Smes an Innovative Approach*, Hertfordshire: Prentice Hall Inc.
- Cemalcılar, İ. (1987) *Pazarlama* (3. Fasikül), Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Cowell, D. (1986) *The Marketing of Services*, William Heinemann Ltd: London.
- Çakırer, M.A. (03.05.2007) *Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü*, www.hastanelerdehizmetpazarlaması.com.

- Çatalca, H. (29.04.2007) *Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü*, www.merih.net/m1/0mangmt.htm - 25k -.
- Çatı, K. (2003) “Ulaşım Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama”, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, c.27, s.1, ss. 121-134.
- Çelebi, R. H. ve Şener T. (2004) *Konya’da Bulunan Küçük ve Orta Ölçekli Hazır Giyim İşletmelerinde Pazarlama Faaliyetlerinin İncelenmesi*, <http://www.kto.org.tr/tr/dergi/dergiyazioku.asp?yno=122&ano=38>, (Erişim Tarihi: 09.02.2007).
- Çınar, A.T. (2007) *İşletmelerde Müşteri Hizmeti ve Müşteri Memnuniyeti İle Farklı Bankalar ve Bölgeler İçin Müşteri Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Aydın.
- Dalbay, Ö. ve Biçer, İ. H. (2002) “Bir Kamu Hastanesinde ISO-9002:1994 Kalite Güvence Yönetimi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti ve Bazı Performans Göstergelerine Etkisi”, *İTÜ Dergisi/ b Sosyal Bilimler*, c.1, s.1, ss. 11-19.
- Değermen, H. A. (2006) *Hizmet Ürünlerinde Kalite Müşteri Tatmini ve Sadakati (Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakatının Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama)*, Türkmen Kitabevi: İstanbul.
- Demir,C., Güçlü, C. ve Çimen, M. (1999) “GATA Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmininin Düzeyinin Saptanması” 2. *Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Haberal Eğitim Vakfı: 15-16 Mayıs Ankara
- Devabakan, N. (2005) *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü*, www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf –
- Dikme, H. (2001) “Havayolu İşletmelerinde Halkla İlişkilerin Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Pazarlama Dünyası*, c.15, s.3, ss.10-14.

- Doyle, P.(2000) *Değer Temelli Pazarlama* (Çev.G.Barış), MediaCat: İstanbul.
- Duman, T., Yağcı, M.İ. ve Kaya, İ. (2004) “Süpermarket Müşterilerinin Satın Alma Sonrası Davranış Eğilimlerinin İncelenmesi: Mersin Örneği”, *Pazarlama Dünyası* , c.18, s.6, ss.46-52.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2006) “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, s. 23, ss.1-16.
- Ecer, H. F., Demirel, Y. ve Uslu, S. (2002) “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma”, *5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı*, Osman Gazi Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Eczacıbaşı. (2005) *Periton Diyalizi El Kitabı*, Eczacıbaşı-Baxter Hastane Ürünleri San. ve Tic. A.Ş: İstanbul.
- Ekmekçioğlu, S. (2003) *Müşteri Memnuniyeti, Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Ercan, İ. B., Ediz, İ ve Kan, İ. (2004) “Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçekler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, c.30, s. 3, s.s. 151- 157.
- Erkut, H. ve Aksu, A.M. (1996) “İç Müşteri Tatmininin Ölçülmesine Yönelik Sayısal Bir Model ve Uygulaması”, *TKY ve Siyasette Kalite 5. Ulusal Kalite Kongresi*, 13-14 Kasım İstanbul.
- Eroğlu, E. (2005) “Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, c.34,s.1,ss.7-25.
- Ersoy, K. (1993) “Hastanelerde Kalite Kontrolü”, *Toplum ve Hekim*, s.6, ss. 68-70.
- Ersoy, N. F. (2002) “Finansal Hizmetlerde Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM) Kavramı”, *Pazarlama Dünyası*, c.16, s.3, ss. 4-11.

- Ersöz, S. (2005) “Müşteri Odaklı Kalite Tasarımı ve Kalite Geliştirme Çalışmalarına Yön Verecek Etkili Bir Planlama Programı”, *Pazarlama Dünyası*, c.14, s.Ağustos. www.Pazarlamadünyası.com.tr (Erişim Tarihi: 11.12.2006).
- Engiz, O. (28.04.2007) *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini*, www.merih.net/m1/0mangmt.htm - 25k -.
- Ferman, M. (1988) “Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Değerlendirmeler”, *Pazarlama Dünyası*, c.2, s.7, ss.25-31.
- Fidan, Y. (1995) “Hizmetlerin Üretim ve Pazarlanması”, *Pazarlama Dünyası*, c.9, ss. 53, ss.26-28.
- Fitzsimmons, J. A. and Fitzsimmons, M.J.(1998) *Service Management-Operations, Strategy, and Information, Technology*, Second Edition, McGraw –Hill: International Edition.
- Gegez, E. (2005) *Pazarlama Araştırmaları (1. Basım)*, Beta Yayın: İstanbul.
- Gök, O. (2006) “Endüstriyel Pazarda Müşteri Tatmini Ölçümü: Bir Uygulama Örneği ve Yönetmelik Yaklaşım Önerisi”, *Pazarlama Dünyası*, c. 20, s.4, ss.20-28.
- Gökçın, G.T. (1996) “İç/Dış Müşteri Memnuniyeti”, *TKY ve Siyasette Kalite 5. Ulusal Kalite Kongresi*, 13-14 Kasım, İstanbul
- Gökmen, C. (2001) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları: Ankara
- Güllülü, U., Özer, S. ve Candan, B. (2000) “Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Araştırması”, *5. Ulusal Pazarlama Kongresi*, Akdeniz Üniversitesi, 16-18 Kasım, Antalya.
- Güllülü, U. ve Özer, S. (2000) “Servqual Yöntemi İle GSM Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Erzurum’da Bir Alan Araştırması”, *Pazarlama Dünyası*, c.14, s.2, ss.4-8.

- Gülmez, M.(2005) “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama”, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, c. VI, ss. 147-169.
- Gümüş, Ö. (2005) *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Güreş, N. (2004) “Müşteri Kayıplarının İlgilenilmesinin İşletme Açısından Önemi”, *Pazarlama Dünyası*, c.18, s.2, ss.54-57.
- Güzel,N.G. (2006) *Yüksek Öğretimde Turizm Eğitimi ve Hizmet Kalitesi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Harcar, T. (1991) “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması” *Pazarlama Dünyası*, Ocak- Şubat S.25, ss.38-42.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998a) *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Kitabevi:İstanbul.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998b) *Sağlık Hizmetleri*, Yüce Yayım: İstanbul.
- Hayran, O. ve Uz, O. (30.04.2007) *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, www.merih.net/m1/0mangmt.htm - 25k -.
- Hope, C. ve Mühlemann, A.(1997) *Service Operations Management Strategy*, Prentice Hall: New York.
- Howard, P.B., Clark, J.J., Rayens, M.K., Hines-Martin, V., Weaver, P. and Littrell, R. (2001) “Consumer Satisfaction With Services in a Regional Psychiatric Hospital: A Collaborative Research Project in Kentucky” *Archives of Psychiatric Nursing*, c. 15, s. 1 ss. 10-23.
- İslamoğlu,H., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş. ve Aydın, K. (2006) *Hizmet Pazarlaması*, Beta Basım: İstanbul.
- Karadağ, S. ve Taşcı, S. (2005) “Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı Ve Bakımı Etkileyen Faktörler” , *Sağlık Bilimleri*

Dergisi (Journal of Health Sciences), c.14, Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı, ss. 13-21.

Karahan, K. (2000) *Hizmet Pazarlaması*, Beta Basım: İstanbul.

Karahan, K. (2001) “Hizmet Pazarlamasında Müşteri Tatmin Düzeyini Etkileyen Bir Faktör Olarak Duygusal Zekanın (EQ) Rolü”, *Pazarlama Dünyası*, c.15, s.3, ss. 19-24.

Karahan, Ö. (15.04.2007) *Sağlık Sektöründe Hizmet Pazarlaması ve Halkla İlişkiler*, www.merih.net/m1/0mangmt.htm - 25k -.

Karahan, Ö. (27.04.2007) *Hastane Hizmetlerinin Pazarlanması ve Bir Örnek Olay*, www.merih.net/m1/0mangmt.htm - 25k -.

Karalar, R. (1998) *İşletme, Temel Bilgiler, İşlevler* (Düzeltilmiş 7. Baskı), Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.

Karalar,R. (2006) “Ürün Planlama ve Geliştirme” *Pazarlama Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir

Kardeş S. (1994) “Sağlık Hizmetleri Planlamasında Hasta Tatmini”, 1. *Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, D.E.Ü. Rektörlük Matbaası: İzmir

Karpat, I. (1998) “Müşteri Tatmininin Sağlanması”, *Pazarlama Dünyası*, c.12, s.71, ss.22-24.

Kavuncubaşı, Ş. (2000) *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi: Ankara.

Kaya, S. (2003) “Çeşitli Ülkelerdeki Hastanelerde Uygulanan Toplam Kalite Yönetimi/ Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmalarından Örnekler”, *Amme İdaresi Dergisi*, c.36, s.4, ss. 83-101.

Keskin, G. (1998) “Yaşam Kalitesinde Hizmet Kalitesinin Önemi (Belediye Toplu Taşımacılık Hizmetleri Üzerine Bir Uygulama)”, *Pazarlama Dünyası*, c.12,

s.67, ss.18-22.

- Kılıç, Ö. (1993) “Tüketicinin Tatmini ve Şikayet Davranışı: Dayanıklı Tüketim Mamüllerinde Tüketicinin Şikayet Davranışının Araştırılması”, *Pazarlama Dünyası*, c.7,s.42,ss.22-38.
- Kısa, A. (2002) *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Koçel, T.(2003) *İşletme Yöneticiliği (9.Basım)*, Beta Yayınları:İstanbul.
- Konsültan Hemşire Grubu (1998) *Periton Diyalizi Uygulamaları*, Ege Üniversitesi Yayınları: İzmir.
- Kotler, P., Leong, S., Ang, S.M. and Tan, C.T. (1996) *Marketing Management, An Asian Perspective* Prentice Hall Inc: USA.
- Kotler, P.(1997) *Marketing Management, Analysis, planning, implementation and control*, Prentice Hall: New Jersey.
- Kotler, P. (1998) “4p Öldü Yaşasın 4c”, *Kariyer Dünyası*, s.7, ss.92-95.
- Kotler, P.(2000) *Pazarlama Yönetimi* (Çev. N. Muallimoğlu), Prentice Hall: New Jersey.
- Kotler,P. (2003) *Marketing Management, International Edition, Elevent Edition*, Prentice Hall: New Jersey.
- Köksal,A. (2004) “Hastane İşletmelerinde Kalite ve Verimliliğin Artırılmasında Bir Araç Olarak Toplam Kalite Yönetimi Felsefesinden Yararlanma” *Standart Dergisi*, Aralık, ss.78-84.
- Kurtuldu, H. S. (2004) “Nakliye Sektöründe Müşteri Hizmetleri”, *Pazarlama Dünyası*, c.18, s.5, ss. 26-29.
- Kurtuldu, H. S. (2005) “Konfeksiyon Sektöründe Müşteri Sadakatine Etki Eden Faktörler”, *D.E.Ü.İİ.B.F. Dergisi*, c.20, s.2, ss. 109-120.

- Lovelock, C. H. (1996) *Service Marketing*, Third Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River: New Jersey.
- Lovelock, C.H. (1997) “Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights”, *Contemporary Services Marketing Management*, ed.by Mark Gabbott and Hogg: The Dryden Press.
- MediaCat Yazarları. (2000) *Her Yönüyle Pazarlama İletişimi*, MediaCat Yayınları: Ankara.
- Merdan, H. (2002) *Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Hastalarında Mortalite Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Araştırılması*, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı: Kayseri.
- Merih, K. (30.04.2007) *Toplam Kalite Yönetimi Paradigması ve Sağlık İşletmeleri İçin Uygulama Potansiyelleri*, www.merih.net/m1/0mangmt.htm-25k -.
- Mucuk, İ. (2001) *Pazarlama İlkeleri*, Türkmen Kitabevi: İstanbul.
- Nakip, M. (2006) *Pazarlama Araştırmaları, Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar*, (2.Basım), Seçkin Yayıncılık: Ankara.
- Murdick, G. R. (1990) *Service Operation Management*, Ally and Bacon: Boston
- Odabaşı, Y. (2004) *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Oktay, E. ve Özçomak, M.S.(2001) “Kalite Kavramındaki Gelişme”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, s.3-4, ss.307-328.
- Öçer, A. ve Bayuk, N. (2001) “Müşteri Memnuniyeti”, *Pazarlama Dünyası*, c.15, s.2, ss26-29.
- Örs, H. (2003) “Kurumsal Bankacılık Sektöründe Algılanan Toplam Hizmet Kalitesini Ölçmeye Yönelik Olarak Geliştirilen Çok Parçalı Bir Ölçek”, *Pazarlama Dünyası*, c.17, s.3, ss.16-21.

- Örs, H. (2006) “Hizmet Sunum Sistemi Etkinliği Modeli ve Ölçülmesi: Hatay’da Bir Uygulama”, *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, s.19, ss.92-114.
- Örs, H.(2007) “Hizmet Sektöründe Rekabet Strateji Aracı Olarak İlişki Kalitesi: Ölçülmesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi”, *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, s.20, ss.51-65.
- Özalp, İ. ve Tonus, Z. (2000) “Toplam Kalite Yönetimi ve Hizmet İşletmelerinin Toplam Kalite Yönetiminde Koçfinans Örneği” *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, s.1-2, ss.1-21.
- Özçelik, A. (15.05.2007) *Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi*, www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=2404 - 34k -
- Özdamar, K. (1999) *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi Çok Değişkenli Analizler*, Kaan Kitabevi: Eskişehir.
- Öztarhan,S. (1996) “Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) Tedavisinde Hasta Eğitimi” *Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) (Temel Hemşirelik Bilgileri)*, Türk Nefroloji Derneği Yayını: İzmir.
- Öztek, Z. (2001) “Sağlıkta Kavramlar” *Yeni Türkiye Dergisi*, s. 39, ss.295-298.
- Öztürk, S.A. (2003) *Hizmet Pazarlaması* (4. Basım), Ekin Kitabevi: İstanbul.
- Öztürk, K. E. (2006) *Bankacılıkta Hizmet Pazarlaması, Bireysel Bankacılık Hizmetleri Uygulamasında Bir Banka Akbank Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Pakdil,F. (2005) *Konur Hastanesi’nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti*, http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?id=2335
- Parasuraman, A. A., Zeithaml, V. ve Berry, L. L. (1985) “A Conceptual Model Of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing* c:49, ss.41-50.

- Parasuraman, A. A., Zeithaml, V. ve Berry, L.L. (1993) "More on Improving Service Quality Measurement", *Journal of Retailing* , c.69, ss. 140-147.
- Payne, A. (1993) *The Esence of Services Marketing*, Prentice Hall: International (UK) Ltd.
- Peters, J.V. (1999) "Total Service Quality" *Managing Service Quality*, s.1 ss.6-12.
- Pheng, L.S. (1998) "Managing Total Service Quality." *Mananging Service Quality*, s.1,ss.34-45.
- Pozantı, S. (1994) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirmesi*, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları: Ankara.
- Rona, L.A.(2005) *Önce Ben, Sonra Müşteri*, Rota Yayınları: İstanbul.
- Rust, T. R., Antthony J.Z. and Timoty, K.L.(1996), *Service Marketing*, Halper Collins College Publishers: New Jerset.
- Saldıraner, Y. (1992) "Havayolu Pazarlaması Üzerine Bir İnceleme" *Pazarlama Dünyası* ,c.6, s.35, ss.13-18.
- Salehnia, M. (2000) *Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı: İstanbul.
- Savaşçı, İ. ve Tatlıdil, R. (25.04.2007) *Bankaların Kredi Kartı Pazarında Uyguladıkları CRM (Müşteri İlişkileri Yönetimi) Stratejisinin Müşteri Sadakatine Etkisi*, bornova.ege.edu.tr/~wwwiibf/akademik/isletme/ing/busstaff/keti.html - 24k - .
- Serbest, G.N. (2006) *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.

- Sevimli, S. (2006) *Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Solomon, M.R. ve Stuart, E.W.(2000) *Marketing, Real People, Real Choices*, Second Edition: Prentice-Hall, Inc.
- Soyluoğlu, B. (19.04.2007) *Çağdaş Sağlık Anlayışı*,
<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html>.
- Sözen, C.ve Özdevecioğlu, M. (1999) *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Nobel Yayın: Ankara.
- Sütütemiz, N. ve Çiftyıldız, S.S. (25.04.2007) *Müşteri Sadakati Modellerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Çalışma*,
www.sbe.sakarya.edu.tr/site/index.php?option=com_content&task=view&id=39&Itemid=24 - 18k.
- Şahin, Ü. (1999) “Sağlık Bakım Hizmetleri Sistemimiz İçin Öneriler”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, c.3, s.4.
- Şahin, Ü. (15.04.2007) *Ülkemiz Hastanelerinde Kalite Yönetimi: Niçin Önemli?*,
www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=2394 - 35k –
- Taner, B. ve Kaya, İ. (03.05.2007) *Toplam Kalite Yönetimi'nin Başarıyla Uygulanma Esasları- Bir Hizmet İşletmesi Örneği*,
sosyalbilimler.cu.edu.tr/dergi.asp?dosya=218_
- Tarım, M ve Zaim, S. (23.04.2007) *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Servqual Modeli ve Uygulama Örneği*,
www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf
- Taşdemir, M. ve Hayran. O. (2005) *Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*,

[Http://Www.Sabem.Saglik.Gov.Tr/Kaynaklar/965_49hasta_Memnuniyeti3.Pdf](http://www.Sabem.Saglik.Gov.Tr/Kaynaklar/965_49hasta_Memnuniyeti3.Pdf)

- Tek, Ö. B. (1990) *Pazarlama İlkeler ve Uygulamalar*, Mopak Yayınları: İzmir .
- Tenekecioğlu, B. (2002) “*Pazarlama İlkeleri*” *Genel İşletme*, Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Tengilimoğlu, D. (2001) “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri” *Yeni Türkiye*, Sağlık Özel Sayısı, ss.1711-1713.
- Tokat, B. (2002) *İşletmelerde Müşteri Hizmetleri Yönetimi: Örgütsel Yapı ve Türkiye’deki Uygulamalardan Örnekler*, Kütahya.
- Tokuçoğlu, H. (21.03.2004) *Hastane Hizmetleri ve Müşteri Memnuniyeti*, <http://www.gazi.edu.tr/duyuru/hastane-hizmetleri.htm>.
- Torlak, Ö.(1999) *Belediyelerde Hizmet Yönetimi ve Pazarlama*, Seçkin Yayınevi:Ankara.
- Tükel,B.(2001) *Yatan Hasta Memnuniyeti: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Bir Uygulama (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Türk Nefroloji Derneği- Turkish Society of (15.04.2007) *Diyaliz Merkezi Yönetmeliği*, www.tsn.org.tr/egcal.asp?dpage=7 - 12k -
- Uyguç, N. ve Arbak, Y. (1997) “Hastanelerde Bekleme Süresinin Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi”, *D.E.Ü. İ.İ.B.F Dergisi*, c. 12 , s.1, s.s. 93-109.
- Uyguç,N. (1998) *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları: İzmir.
- Üner, M. (1994) “Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?” *Pazarlama Dünyası*, s.8. ss.2-11.

- Üzerem, N. (1997) “Hizmet Kalitesinin Yönetimi”, *Pazarlama Dünyası*, c.11, s.63, ss.34-36.
- Üzerem, N. (2002) “Pazarlama Karması Kavramında Gelişmeler”, *Pazarlama Dünyası*, c.16, s.2, ss.58-60.
- Üzgül, A. (2006) *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti*, Sağlık Bakanlığı Yayınları: Ankara.
- Whitehouse. S. J.W., Varnı, M., Seid, C., Marcus, M.J., Ensberg, J.R., Jacobs ve Mehlenbeck, R.S. (2001) “Evaluating A Children’s Hospital Garden Environment: Utilization and Consumer Satisfaction”, *Journal of Environmental Psychology*, s.21.ss.301-314.
- Wilkes J. (1993) *Introduction: Quality Improments in Health Care*, International Journal of Health Care.
- Williams, B. (1994) “Patient Satisfaction: A Valid Concept?” *Social Sience and Medicine*, s.4, ss. 509-516.
- Vaizoğlu, S.A., Beyhun, E.N., Çakmak, F., Doğan, S., Doğan, S., Eren, Ş., Kırıkkanat, S., Ersan, İ. ve Güler, Ç. (2005) “Bir Üniversitenin İki Sağlık Merkezine Başvuranların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, s.4, ss. 25-35.
- Yıldız, G. (1994) *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi-Toplam Kaliteye Geçişte Stratejik Bir Yaklaşım*, Sakarya Üniversitesi Matbaası: Sakarya
- Yılmaz, M. (2001) “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, s.2, ss.69-74.
- Yılmaztürk, M.H. (2001) *Özel Sağlık Kuruluşları Yönetiminde “Müşteri Odaklılık” ve Bir Model Önerisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.

- Yüksel, F. (2005) *Hizmet Pazarlamasında Etkinliğin Arttırılması ve Otel İşletmelerinde Bir Uygulama*, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Yüksel, Ü.ve Yüksel, A.(2004) *Hizmet Pazarlaması (Turizm Pazarlaması-Bankacılık Pazarlaması)*, Beta Basım: İstanbul.
- Yükselen, C. (2006) *Pazarlama Araştırmaları (3.Basım)*, Detay Yayıncılık: Ankara.
- Yürügen, B. (2002) *Böbrek Hastalıkları, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı II*, Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayını: İstanbul.
- Zairi, M. (20.10.2006) *Müşteri Tatminin Yönetimi: En İyi Uygulama Bakış Açısı*,
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/musterimemnuniyeti.htm>.
- Zeithaml, V. A. ve Bitner, M.J. (2000) *Service Marketing*, Mc Grow-Hill: New York.
- Zengin, B. ve Gümüş, İ. (2000) “Konaklama İşletmelerindeki Müşteri İlişkilerinde İletişimin Önemi ve Bir Uygulama Örneği”, *Pazarlama Dünyası*, c.14, s.5, ss.36-38.

Hiç önemli değil	Önemsiz	Kararsızım	Önemli	Cok önemli		Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Cok memnunum
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					Uygulanacak işlemler öncesi hastanın onayını alması					
					Hastanın evini arayıp sık sık kontrol etmesi					
					İlaç ve solüsyonları düzenli olarak reçete ettirmesi					
					Hastanede olan malzeme eksiklerini temin etmesi					
					Tedaviyle ilgili hata yaptığında hastayı uyarması					
					Tedavi listesini hastaya yazılı olarak vermesi					
					Hastanede hastayı beklememesi					
15. Doktorlar										
					Kontrol sırasında güler yüzlü ve nazık yaklaşımı					
					Randevu saatini geçiren hastaya anlayışlı yaklaşımı					
					Hastanın şikayetlerini dinlenesi ve çözüm üretmesi					
					Öfkeli ve sınırlı hastayı tolere etmesi					
					Hastaya yakın, ilgili ve öznel yaklaşımı					
					Tedavide değişiklik yaparken hastanın fikrini alması					
					İhtiyaç duyulduğunda kolaylıkla iletişim kurabilmek					
					Hastayla ilgili kayıtları eksiksiz tutması					
					Bilgi ve becerilerinin yeterli olması					
					İlaç ve solüsyonları düzenli olarak reçete etmesi					
					Tedavi hakkında hastaya bilgi vermesi					
					Aile üyeleriyle iletişim kurması					
					Aile üyelerinin sorularına cevap vermesi					
					Bekletmeden muayene etmesi					
16. Hastanenin Fiziksel Koşulları ve İmkanları										
					Tıbbi araç ve gereçlerin yeterli olması					
					Havalandırma sisteminin yeterli olması					
					İstima soğutma sistemlerinin yeterli olması					
					Temiz ve bakımlı olması					
					Ulaşımın zor olmaması					
					Diğer bölümlere transportunun kolay olması					
					Bekleme salonunun olması					
17. Eğitim										
					Tedavi süresince yeterli, önemli bilgilerin verilmesi					
					Eğitim günü belirlenirken hastanın fikrini alınması					
					Eğitim malzemelerinin önceden hazırlanması					
					Temel noktaların öğretilmesi					
					Esnek davranılması, otoriter olunmaması					
					Sürekliliğin sağlanması					
					Aile üyelerinin eğitim sürecine katılması					
					Hastanın yaşı ve becerisine uygun yöntemler olması					
					Süresinin hastanın durumuna göre belirlenmesi					
					Psikolojik destek sağlanması					
					Bir plan çerçevesinde verilmesi					
					Uygulama tekrarları yapılması					
					Sözlü ve yazılı geri bildirimlerin olması					
					Hasta gruplarıyla yapılması					
					Yalnız teorik değil, uygulamalı olması					

18.) Periton Diyaliz tedavisi için bu servise bir önceki gelişiniz ile bir karşılaştırma yaptığımızda hizmet kalitesini nasıl değerlendirirsiniz ?

- a) Çok iyi b) İyi c) Aynı d)Kötü e) Çok kötü

19.) Tedaviniz süresince şu ana kadar almış olduğunuz sağlık hizmetini beklentilerinizle karşılaştırdığımızda nasıl bir değerlendirme yaparsınız?

- a) Beklediğimden çok iyi b)Beklediğimden iyi c)Beklediğim gibi
d)Beklediğimden kötü e)Beklediğimden çok kötü

20.) Tedaviniz süresince her şeyi göz önüne aldığımızda bu servisten almış olduğunuz hizmetlere ilişkin memnuniyetinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok memnunum b) Memnunum c) Kararsızım d) Memnun değilim e)Hiç memnun değilim

21.) Tedaviniz süresince hastane ve aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili olarak beklemediğiniz düzeyde olumsuz bir durumla karşılaştınız mı? Eğer karşılaştıysanız bize ne olduğunu açık olarak yazar mısınız?

.....
.....
.....

22.) Tedaviniz süresince bazı sağlık hizmetlerinden memnun kalmadıysanız lütfen bunları belirtir misiniz?

.....
.....
.....

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Pınar KÖSEOĞLU
Doğum Yeri ve Tarihi : AYDIN – 04 EYLÜL 1976

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli İktisâdî ve İdârî
Bilimler Fakültesi İşletme Anabilim Dalı İşletme
Bölümü Yüksek Lisans Programı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri :

KATILDIĞI TOPLANTILAR

- 1) 3. Kobi'ler ve Verimlilik Kongresi, İstanbul Kültür Üniversitesi, 17-18 Kasım 2006
- 2) 16. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi
Antalya, Kasım 2006
- 3) Antalya'da düzenlenen Periton Diyalizinde Kronik Komplikasyonlar Kursu, 29 Ekim
2006
- 4) “Problem Çözme ve Karar Verme Semineri”, İzmir, 22 Nisan 2006
- 5) 15. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi,
Antalya, Kasım 2005
- 6) “Stres Yönetimi Eğitimi”, İzmir, 4 Şubat 2005
- 7) 14. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşirelik Kongresi,
Antalya, Eylül 2004
- 8) Belek Antalya'da düzenlenen 2. Hemşirelikte Araştırma Yöntemleri kursu, Eylül
2004
- 9)Hastane İnfeksiyon Kurulu'nca düzenlenen Hastane İnfeksiyonları Eğitim Programı,
Aydın, Haziran 2004
- 10) “Empatik İletişim”, İzmir, 28 Mayıs 2004
- 11) Türk Nefroloji Derneği, Nefroloji Kış Okulu, Kuşadası, Nisan 2004
- 12) Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksek Okulu ve Araştırma
Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Yapıcı Okul-Hastane İşbirliği
Sempozyumu, Aydın, Ekim 2003

13) 13.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, Antalya, Eylül 2003

14) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Sürekli Eğitim Programı içinde Çocuk Nefroloji Bilim Dalı tarafından düzenlenen kurs, Aralık 1994

15) Türk Nefroloji Derneği ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı tarafından düzenlenen Akut Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz kursu, Mart 1994

YAYINLAR:

1) K.Köseoğlu, B.Çildağ, S.Can, Y.Özsunar, H. Akar, P.Gayret , “Resistive index measurement of native hemodialysis arteriovenous fistula feeding artery as a predictor for fistula dysfunction” American Society for Artificial Internal Organs Journal (Basılmak üzere kabul edildi).

BİLDİRİLER :

1) K.Köseoğlu, B.Çildağ, S.Can, Y.Özsunar, P.Gayret, H.Akar “Normal fonksiyonlu ve fonksiyon bozukluğu gösteren hemodiyaliz fistüllerinin renkli Doppler ultrasonografi ile akım volümlerinin ve morfolojilerinin değerlendirilmesi”, 24.Ulusal Radyoloji Kongresi, Ekim, Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi Eki, 9(1) :E81, 2003

2) P.Köseoğlu, S.Demir “İş Planı hazırlanmasında bütçe uygulama tekniklerinin kullanımı: Hemodiyaliz Ünitesi için bütçe örneği”, 3.Kobi’ler ve Verimlilik Kongresi, İstanbul Kültür Üniversitesi, 17-18 Kasım, Kongre Kitabı:E99, 2006

İş Deneyimi

Stajlar : -

Projeler : -

Çalıştığı Kurumlar : Adnan Menderes Üniversitesi Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne Bağlı Birimler (2000-devam etmekte)
Aydın Özel Diyaliz Merkezi (1996-2000)
Celal Bayar Üniversitesi Fizyoloji Laboratuvarı (1995)

İletişim

e-posta Adresi : pinargayret@yahoo.com.

Tarih : 26.05.2007.