



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ

HASTANE BİNALARINDA KULLANICI VE MEKÂN
İLİŞKİSİNİN ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
EMRE ÖZKAN
145130103

DANIŞMAN: PROF. DR. DENİZ BÖRÜ

İSTANBUL, 2016



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ

**HASTANE BİNALARINDA KULLANICI VE
MEKÂN İLİŞKİSİNİN ALGILANAN HİZMET
KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMRE ÖZKAN

ÖZET

Hastane Binalarında Kullanıcı ve Mekân İlişkisinin Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Emre ÖZKAN

Yüksek Lisans Tezi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği

Danışman: Prof. Dr. Deniz BÖRÜ

Ağustos, 2016 – 151 sayfa

Hizmet kalitesi kavramı son yıllarda akademik çalışmalarda sıklıkla işlenen konular arasına girmiştir. Buna neden olarak hizmet sektörünün ekonomilerdeki artan önemi gösterilmektedir. İşletmeler ise artan rekabet koşulları karşısında küçülen pazar paylarını artırabilmek için yeniliklere başvurma çabasındadırlar. Bu yenilikler ağırlıklı olarak müşteri beklenti ve isteklerine göre planlanmaktadır. Hizmet işletmelerinin tamamını ilgilendiren bu konu sağlık işletmeleri için de son derece önemli hale gelmiştir.

Bu çalışmada sağlık işletmelerinde yapılan fiziksel düzenlemelerin kullanıcı mekân ilişkisi çerçevesinde algılanan hizmet kalitesine etkisi incelenmiştir. Sağlık işletmelerinde yapılmış veya yapılacak olan fiziki düzenlemelerin hastaların ihtiyaç ve gereksinmelerine cevap verecek şekilde tasarlanmasının gerekliliği ortaya konmuştur.

Hasta insanların iyileşme süreçlerinde, moral ve desteğe en az tedavi kadar ihtiyaçları olduğu yapılan çalışmalar sonucunda kanıtlanmıştır. Günümüzde faaliyet gösteren hastanelerde, yapılan araştırmalar sonucunda ilk çağlarda bile önem verilen bu konuların bugün ihmal edildiği gözlenmektedir.

Hastanelerin genel kullanım alanları hastalar için hem işlevsel olmalı hem de hastanın tedavisini ve psikolojisini destekler biçimde rahatlatıcı ve ferah olarak tasarlanmalıdır. Bu nedenlerden dolayı sağlık profesyonelleri ve mimarlar hastanelerde iç mekân organizasyonu üzerine çalışmalar ve araştırmalar yapmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Hizmet Kalitesi, Kullanıcı Mekân İlişkisi

ABSTRACT

Effect of The Relationship Between User and Space on The Perceived Service Quality in Hospital Buildings

Emre ÖZKAN

Master's Thesis, Administration of Hospital and Health Institutions

Supervisor: Prof. Dr. Deniz BÖRÜ

August, 2016 – 151 pages

The concept of service quality in recent years has become one of the subjects often discussed in academic studies. This may be attributed to the growing importance of the service sector in the economy. Businesses try to apply the innovation in order to increase their market share shrinking in the face of increasing competition. Businesses attempt to resort to the innovation to increase their market shares shrinking in the face of increasing competition. These innovations are planned mainly based on customer demands and expectations. This subject is of particular concern to all businesses in the service sector and has become extremely important for health businesses as well.

In this study the effect of physical arrangements which are performed in the health business, on the perceived service quality has been examined within the framework of the relationship between user and space. It is revealed that physical arrangements which were or will be performed in the health business, must be designed to fulfill the requirements and needs of patients.

As a result of studies, it has been proven that sick people need the moral support as much as the treatment in their healing process. As a result of researches which are carried out currently in hospitals, it is found out that such issues are neglected while used to be given great importance since the early ages.

General areas of hospitals must be functional for patients and also should be designed relaxing and comfortably spacious to support the treatment and psychology of patients. For this reason, healthcare professionals and architects are required to do researches on the subject of interior design and planning in hospitals.

Keywords: Perceived Service Quality, Relationship between User and Space

ÖNSÖZ

Hizmet kalitesi kavramı son yıllarda akademik çalışmalarda sıklıkla işlenen konular arasına girmiştir. Buna neden olarak hizmet sektörünün ekonomilerdeki artan önemi gösterilmektedir. İşletmeler ise artan rekabet koşulları karşısında küçülen pazar paylarını artırabilmek için yeniliklere başvurma çabasındadırlar. Bu yenilikler ağırlıklı olarak müşteri beklenti ve isteklerine göre planlanmaktadır. Hizmet işletmelerinin tamamını ilgilendiren bu konu sağlık işletmeleri için de son derece önemli hale gelmiştir.

Bu çalışmada sağlık işletmelerinde yapılan fiziksel düzenlemelerin kullanıcı mekân ilişkisi çerçevesinde algılanan hizmet kalitesine etkisi incelenmiştir. Sağlık işletmelerinde yapılmış veya yapılacak olan fiziki düzenlemelerin hastaların ihtiyaç ve gereksinmelerine cevap verecek şekilde tasarlanmasının gerekliliği ortaya konmuştur.

Yüksek lisans tezim süresince çalışmalarına yön veren ve çalışmayı sonuçlandırmamda büyük çaba harcayan danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Deniz Börü'ye, eğitim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen sevgili babam Mustafa Özkan, annem Cemile Özkan ve kardeşim Harun Özkan'a çok teşekkür ederim.

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

26.09.2016

Enstitümüz Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencilerinden 145130103 numaralı **Emre ÖZKAN**'in "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Hastane Binalarında Kullanıcı ve Mekan İlişkisinin Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerindeki etkisi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 20.09.2016 tarih ve 2016/15 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (20.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçakluğu~~ oybirliği ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

PROF.DR.DENİZ BÖRÜ

ÜYE

PROF.DR.GÖNEN DÜNDAR


ÜYE
YARD.DOÇ.DR.FAHRİYE OBEN ÜRÜ SANI

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Hastane Binalarında Kullanıcı ve Mekân İlişkinin Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

27.09.2016

EMRE ÖZKAN

ONAY

Tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- a.** Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- b.** Tezimin 4 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

27.09.2016

EMRE ÖZKAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. GİRİŞ.....	1
2. HİZMET KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE	2
2.1. Hizmet Kavramı.....	3
2.1.1. Hizmetin Temel Özellikleri.....	4
2.1.2. Hizmetin Sınıflandırılması.....	9
2.2. Hizmet Kalitesi.....	12
2.2.1. Hizmet Kalitesinin Tanımı ve Algılanan Hizmet Kalitesi	13
2.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları	14
2.2.3. SERVQUAL Ölçeği	18
2.3. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri.....	22
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	31
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	31
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	33
2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	35
2.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	35
3. HASTANE BİNALARINDA KULLANICI VE MEKÂN İLİŞKİSİ	37
3.1. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi	37
3.1.1. Dünya Genelindeki Hastane Binalarının Gelişimi.....	37
3.1.2. Türkiye'deki Hastane Binalarının Gelişimi	45
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri (Hasta) ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti .	48
3.2.1. Müşteri (Hasta) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	49
3.2.2. Müşteri (Hasta) Memnuniyetinin Ölçülmesi.....	50
3.3. Hastane Binalarında Kullanıcı Ve Mekân İlişkisi	53
3.3.1. Kullanıcı Gereksinimleri	54
3.3.2. İnsan - Mekân İlişkisi	61
3.3.3. Hastane Binalarında Müşteri (Hasta) ve Mekân İlişkisi.....	68
3.3.4. Hasta Odaklılık Kavramı ve 'İyileşme' de Hastane Etkisi	74
3.3.5. Hastane Genel Kullanım Alanlarında Kullanıcı Mekân İlişkisi.....	78

4. UYGULAMA	87
4.1. Araştırmaya İlişkin Ön Bilgiler	87
4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	87
4.1.2. Araştırma Türü	87
4.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	88
4.2. Araştırmanın Yöntemi ve Uygulama	88
4.2.1. Örneklem	88
4.2.2. Ölçüm Aleti	88
4.2.3. Puanlama	89
4.2.4. Uygulama	89
4.2.5. Kullanılan İstatistikler	90
4.3. Araştırma Bulguları	90
4.3.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Analizler	90
4.3.2. Hizmet Kalitesine İlişkin Analizler	94
4.3.3. Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesine İlişkin Analizler	103
4.3.4. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Regresyon Analizleri	107
5. SONUÇ VE DEğERLENDİRME	119
6. ÖNERİLER	122
KAYNAKÇA	123
EKLER	138
ÖZGEÇMİŞ	141

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Algılanan Hizmet Kalitesi Faktörleri	15
Tablo 2. Hastane Hizmet Kalitesi Boyutlarının Özet Tablosu	17
Tablo 3. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları (Bileşenleri)	19
Tablo 4. Renk Türlerinin Mekânı Meydana Getiren Öğelerdeki Psikolojik Etkileri... 71	
Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılım	91
Tablo 6. Hizmet Aldıkları Hastane ve Tedavi Ücretlerinin Karşılanmasına İlişkin Dağılım	92
Tablo 7. Katılımcıların Hastaneden hizmet Aldıkları Bölümlere İlişkin Dağılım.....	93
Tablo 8. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım	97
Tablo 9. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım	100
Tablo 10. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Genel Değerlendirme Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım	101
Tablo 11. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Genel Değerlendirme Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım	102
Tablo 12. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım	104
Tablo 13. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım	106
Tablo 14 Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Fiziksel Özellikler Açısından Regresyon Analizleri	107
Tablo 15. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Güvenilirlik Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri	109
Tablo 16. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Duyarlılık - Hassasiyet Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri	111
Tablo 17. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Güven Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri	113
Tablo 18. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Nezaket Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri	115
Tablo 19 Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Bireysel İhtimam Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri	117

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Somut Mallardan Soyut Hizmetlere Ürün	3
Şekil 2. Antik dönemde tıbbi tedavi ve hastaneleri simgeleyen fresk	38
Şekil 3. Bergama Asklepion Tapınağı Plan Seması Ve Görünüşü	39
Şekil 4. 18.yy Blok tip hastane binası: Hasler Royal Naval Hastanesi-Hampshire.....	40
Şekil 5. Bethlem Royal Hastanesi – Klinik Amfi Tiyatro	41
Şekil 6. Central London Akıl Hastanesi	42
Şekil 7. Kayseri Gevher Nesibe Hastanesi	46
Şekil 8. Sivas Divriği Darüşşifası.....	46
Şekil 9. Resepsiyon Alanları.....	81
Şekil 10. Hasta Odalarında Gün Işığı ve Nitelikli Tasarımı	84
Şekil 11. Hasta Odasında Dış Mekân Algısı.....	84
Şekil 12. Hasta Odasında Donatı-Konfor İlişkisi	85

KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD** :Amerika Birleşik Devletleri
- WHO** :World Health Organization
- TBMM** :Türkiye Büyük Millet Meclisi
- GSYİH** :Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
- PTT** :Posta Telgraf Telefon
- SSK** :Sosyal Sigortalar Kurumu

1. GİRİŞ

Hizmet kalitesi kavramı son yıllarda akademik çalışmalarda sıklıkla işlenen konular arasına girmiştir. Buna neden olarak hizmet sektörünün ekonomilerdeki artan önemi gösterilmektedir. İşletmeler ise artan rekabet koşulları karşısında küçülen pazar paylarını artırabilmek için yeniliklere başvurma çabasındadırlar. Bu yenilikler ağırlıklı olarak müşteri beklenti ve isteklerine göre planlanmaktadır. Hizmet işletmelerinin tamamını ilgilendiren bu konu sağlık işletmeleri için de son derece önemli hale gelmiştir.

Sağlık hizmetleri verilen hizmetin hayati olması bakımından diğer hizmet işletmelerinden ayrılmaktadır. Sağlık işletmelerinin karmaşık bir yapıya sahip olması kalite standartlarının belirlenmesini ve uygulanmasını güç hale getirmiştir. Bu nedenle kalite çalışmaları sağlık hizmetlerinde diğer sektörlere göre daha geç uygulamaya konulmuştur.

Hastanelerin bugün ki durumunu öğrenebilmek için öncelikle dünya tarihinde hastanelerin günümüze gelene kadar olan değişim ve gelişim süreci incelenmiştir. Hastanelerin tanımı, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sınıflandırılması yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde müşteri (hasta) ve müşteri (hasta) memnuniyeti kavramlarının üzerinde durularak. Hizmet alıcıların beklenti ve istekleri incelenmiştir. Son olarak kullanıcı mekân arasındaki ilişki çeşitli boyutlarda incelenmiştir.

Bu çalışma, hastanelerin mimari yapısının hastaların memnuniyet düzeylerini etkileyip etkilemediğini istatistiksel olarak görebilmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma da asıl olan sunulan hizmetin kalitesinden çok hastanın kendisine verilen hizmeti nasıl algıladığıdır.

2. HİZMET KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE

Hizmet sektörü, 1900'lü yılların başından bu yana dünya ekonomisi içinde büyük bir paya sahip olmuş, tarım ve endüstri sektörleri, yerlerini hızla hizmet sektörlerine bırakmışlardır. ABD'de 1948 yılında işgücünün %56'sı hizmet sektöründe istihdam edilirken, gayri safi yurtiçi hasılanın %54'ü de hizmet sektöründen sağlanmaktaydı. 1991 yılına gelindiğinde bu oranlar, istihdamda %78'e, GSYİH'da %73'e çıkmıştır.(Zeithaml, Bitner, 1996: 7-9). Türkiye'de ise hizmet sektörünün GSYİH'daki payı 1999 yılında %56,2 iken 2010 yılında %65,5 olmuştur(Tengilimoğlu,2009: 43).

Günümüzde, gelişmiş ülkeler ulusal gelirlerinin büyük bir bölümünü hizmet sektöründen elde etmekte ve mamul üreten birçok işletme hizmet ağırlıklı mesajlarla faaliyetlerini yürütmektedirler(Öztürk, 1998: 2).

Sağlık, eğitim, toptancılık, perakendecilik, taşımacılık, bankacılık, sigortacılık, eğlence, turizm, danışmanlık ve iletişim işletmeleri hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerdendir. Gayri safi milli hâsıllarının yarısından fazlasının hizmet sektöründe üretildiği ekonomilere hizmet ekonomisi denilmektedir. Bu bağlamda gelişmiş batı ülkeleri birer hizmet ekonomisi özelliği taşımaktadırlar(Öztürk,1998: 12).

Yukarıda gördüğümüz gibi hizmet sektörü birbirinden farklı birçok alana yayıldığından, faaliyet konularını kesin çizgilerle belirlemek ve tanımlamak oldukça zordur. Bu bölümde hizmet sektörüyle ilgili temel kavramlar ve sağlık sektöründe kalite algısı incelenmektedir.

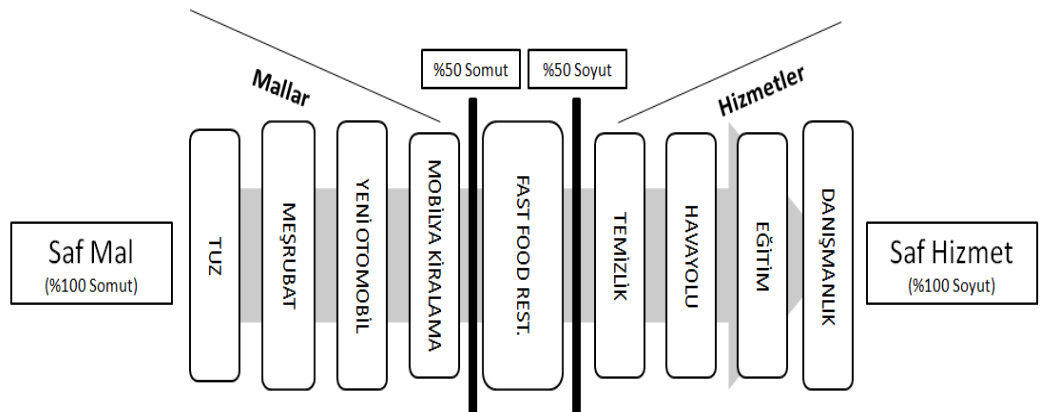
2.1. Hizmet Kavramı

Fiziksel mallardan farklı oldukları için hizmetleri tanımlamak zordur. Ayrıca eğitimden bankacılığa, konaklama işletmelerinden sigortacılığa kadar çok geniş bir alanı kapsıyor olmaları ifade edilen zorluğu artırmaktadır. Literatürde hizmetlere ilişkin çeşitli tanımlar yer almaktadır. Hizmetler, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilen soyut ürünlerdir (Neal ve diğerleri, 1994: 370).

Hizmetler soyuttur, homojen değildir, üretim ve tüketimi eşzamanlıdır. Hizmetler sayılamaz, ölçülemeyebilir, stoklanamaz ve satın alma öncesi denenemezler. Hizmetlerin soyut olması nedeniyle hizmet işletmelerinin müşterilerinin sundukları hizmetleri nasıl algıladıklarını ve kalitesini nasıl değerlendirdiklerini anlamaları oldukça zor olabilir (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 42).

Bir başka tanımda hizmetler, insanların ve/veya insan gruplarının gereksinimlerini karşılamak amacı ile belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan soyut faaliyetler bütünü olarak ele alınmaktadır (Doğan ve Tütüncü, 2003: 1).

Şekil 1. Somut Mallardan Soyut Hizmetlere Ürün



Kaynak: Üner, 1994:2-11

Amerikan Pazarlama Birliğine göre hizmet, satış amacıyla sunulan veya ürünlerin satışı ile bağlantılı olarak ortaya konulan eylemler, faydalar veya tahminlerdir. Hizmetler, soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için sunulan faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşididir(Kotler ve Armstrong, 2001: 291).

Amerikan Pazarlama Birliği hizmetleri 10 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar:

- a. Sağlık hizmetleri,
- b. Finansal hizmetler,
- c. Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- d. Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- e. Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- f. Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler,
- g. Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- h. Telekomünikasyon hizmetleri,
- i. Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

2.1.1. Hizmetin Temel Özellikleri

Hizmetlerin bir takım ortak özellikleri vardır. Bunlar soyut olmaları, üretim ve tüketimlerinin eşzamanlılığı, heterojen olmaları, dayanıksız olmaları ve sahipliliktir. Bu ortak özellikler şu şekilde açıklanmaktadır.

2.1.1.1. Dokunulmazlık (Soyutluk)

Hizmetleri mallardan farklılaştıran dört karakteristik arasında dokunulmazlık ya da soyutluk, diğerlerinin ortaya çıktığı ana kaynaktır. Hizmetler; performans ve çabalardır. Hizmetler, somut mallarla aynı biçimde görülemez, hissedilemez, tadılamaz ve dokunulamazlar. Örneğin, bir sinema bileti almakla bir çift ayakkabı almak arasındaki farklar ele alındığında; ayakkabılar somut mallardır ve satın alma öncesinde objektif olarak değerlendirilebilirler. Ayakkabıyı tutup kaldırmak, yaptıkları malzemenin kalitesini incelemek, kendine has stilini görmek, denemek, satın aldıktan sonra

somut bir mal olan ayakkabının fiziki sahibi olabilmek mümkündür. Bir sinema biletinin satın alınmasıyla elde edilen şey ise, bir deneyimdir. Film bittiğinde tüketici, bir deneyim ve sadece bir biletin fiziki sahipliğiyle evine dönecektir(Hoffman ve Bateson, 1997: 24-25).

Pazarlama açısından mal, herhangi bir madde, bir araç gibi elle tutulabilen, gözle görülebilen, koklanabilen, giyilebilen, okunabilen, dinlenebilen veya bir yere yerleştirilebilen somut bir unsurdur. Oysa hizmetler, maddi unsurlardan ziyade, “performans” sınıfına girdiklerinden, mamullerde olduğu gibi görülme, hissedilme, dokunulma ve benzeri şekillerde değerlendirilemezler. Bu nitelik, hizmet pazarlamasını, mamul pazarlamasından ayıran en önemli özellik olarak kabul edilmektedir(Ferman, 1988: 25; Üner, 1994: 3).

Hizmetlerin, tüketicilerin görme, işitme, koklama, tat alma ve dokunma duyularına hitap eden somut özellikleri yoktur. Buna göre, hizmetlerin ticaret fuarlarında sunulması, perakende mağazalarda vitrine konması, raflarda sergilenmesi, dergi, gazete vb. reklamlarında gösterilmesi ve örneklenmesi zordur. Bu sebeple, kişisel satış ve reklam, bir hizmetin kullanımından doğacak faydaları ifade etmelidir(Boone ve Kurtz, 1992: 370).

2.1.1.2. Eşzamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık)

Ürünler, ihtiyaçların belirlenmesiyle üretilir ve tüketicilere sunulurlar. Hizmet pazarlanmasında ise, hizmetler tüketicilere sunulmadan hizmetin üretilmiş olması söz konusu değildir. Dolayısıyla hizmetlerin üretimi ve tüketimi, mamul pazarlamasından farklı olarak eşzamanlı gerçekleşir(Fitzgerald, 1988: 28).

Ürünler önce üretilip sonra satılıp tüketilirken, pek çok hizmetin tüketiminde üretici ile tüketicinin bulunması zorunludur. Kimi zaman o an hizmet edilen müşteriden başka, hizmetten yararlanacak diğer müşteriler (örneğin kuyruktaki müşteriler) de, üretim sürecine tanık olabilirler. Hizmetlerin merkezi bir biçimde, kitlesel olarak üretimleri zor ve çoğu kez olanaksızdır.

Fiziksel ürün üretiminde olduğu gibi fabrikasyona gidilemez. Ayrılmazlık özelliği, hizmetlerin pazarlamasında doğrudan satışı gerekli kılmaktadır(Odabaşı, 1994: 17).

Ayrılmazlık; hizmet sunanın sunduğu hizmetle olan fiziki bağlantısına, müşterinin hizmet üretim sürecine dâhil olmasına ve diğer müşterilerin bu üretim sürecine dâhil olmasına işaret eder. Hizmet sunanlar, malları ayrı bir fabrikada üreten mal pazarlamacılarından farklı olarak, müşterileri ile sürekli bir temas halindedirler. Hizmet sundukları alanları müşterinin fiziki varlığını akılda tutarak kurmalıdırlar. Müşteri ile hizmet sunan arasındaki bu etkileşim, hizmet pazarlamasındaki kritik noktaya işaret eder. Kritik noktalar, hem kazanç hem de kayıp için en büyük fırsatları temsil ederler(Hoffman ve Bateson, 1997: 28-29).

Çoğu hizmetler eşzamanlı olarak üretilip, dağıtılıp, tüketildikleri için tüketim esnasında üretenle tüketen arasında karşılıklı ilişki vardır. Bu durum, hizmet sunanların davranışlarını, tüketicileri algılayışlarını, ilişki ve iletişim becerilerini son derece önemli hale getirir(İslamoğlu ve diğerleri, 2006: 20).

2.1.1.3. Türdeş Olmama (Heterojenlik)

Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar olduğu için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması olanaksızdır. Hizmetlerin kalite ve içerikleri, hizmeti yaratandan bir diğerine, hizmetin bir müşterisinden diğerine, hatta günden güne değişip, farklılık gösterebilir. Örneğin, tıbbi muayene hizmetinin kalite ve içeriği, bir doktordan diğerine, hastadan hastaya ya da günden güne farklılık gösterebilir. O halde, hizmet performanslarında, şahıslara, zaman ve zemine göre, büyük dalgalanma ve değişiklikler görülmesi imkân ve ihtimali, daima mevcuttur. Bu özelliğin ortaya çıkardığı spesifik bir pazarlama problemi ise standartlaştırma ve kalite kontrol faaliyetlerinin zor olmasıdır(Ferman, 1988: 25, Öztürk, 2003: 10).

Mallar ve hizmetler arasındaki farklar arasında en sık biçimde vurgulananı, hizmet kalitesinin hizmetin tüketiciye ulaşmasından önce

kontrolündeki yetersizliktir. Hizmet deneyimleri hizmetin üretildiği ve tüketicinin hizmetin üretildiği bu yerde hazır bulunduğu zamanlarda gerçekleşir. Bu sebeple, hizmet üretim süreci içinde bir şeyler yanlış giderse, hizmetin tüketiciye ulaşmasından önce kalite kontrol önlemleri almak için çok geçtir. Müşteri (veya bir başka müşteri) kalite probleminin bir parçası olabilir. Bir restoranda bir şeyler yanlış gidiyorsa, müşterinin hizmet deneyiminin bundan etkilenmemesi söz konusu olamaz. Heterojenlik, bir hizmet işletmesinin %100 kaliteye ulaşmasını imkânsız kılar. İmalat işletmeleri de bu hedefe ulaşmakta problem yaşayabilirler, ancak hatalar süreç içinde aynı noktalarda ortaya çıkma eğiliminde oldukları için, zaman içinde bunlar önlenabilir. Bunun tersine, hizmet işletmelerindeki hataların çoğu hizmetin sunulduğu anda gerçekleşen olaylardır. Örneğin, bir garsonun yemek tabağını müşterinin üzerine dökmesi ne önceden görülebilir, ne de oluş zamanından önce önlenabilir(Hoffman ve Bateson, 1997: 33).

2.1.1.4. Dayanıksızlık

Hizmetler, mamuller gibi fiziksel dayanıklılık ve ömüre sahip değildirler. Hizmetler birer “performans” arz ettikleri için saklanamaz ve stoklanamazlar. Dayanıksızlık, hizmetlerin stoklanamama özelliğine dayanır. Örneğin, belirli bir sefer için satılamayan uçak koltukları, boş kalan otel odaları, satılamayan tiyatro biletleri, bir doktor için boş geçen bir muayene saati gibi olaylarda kullanılan hizmet kapasitesi, bir daha geri gelmeyecek olan o zaman dilimi için değerlendirilememiştir. Hâlbuki mamullerde stoklama imkânı mevcuttur(Ferman, 1988: 27; İslamoğlu ve diğerleri, 2006: 20).

Hizmetlerin dayanıksızlığı, hizmetlerin daha sonraki bir satış veya kullanım için depolanıp saklanamayacakları anlamına gelir. Bazı doktorlar, randevularını kaçıran hastalarından bunlar için ücret alırlar, çünkü muayene hizmetinin değeri ancak bu noktada mevcuttur ve hasta randevuya gelmezse kaybolur. Talep sabitken, dayanıksızlık bir problem teşkil etmez, ancak talep dalgalandığında, hizmet işletmeleri, genellikle zor problemlerle karşı karşıya kalırlar. Örneğin, iş çıkışı saatlerindeki yoğun talep dolayısıyla, toplu taşımacılık işletmeleri, gün içindeki sakin saatlere göre daha fazla araç, ekipman ve işgücüne

ihtiyaç duyarlar. Bu sebeple hizmet işletmeleri, arz ve talebi dengelemek için stratejiler geliştirirler. Mesela oteller, sezon haricinde daha düşük fiyatlar uygularlar, restoranlar, talebin yoğun olduğu saatlerde part-time garsonlar çalıştırırlar(Kotler ve Armstrong, 1996: 260).

Bazı hizmetlerde talebin düzensiz oluşu hizmetlerin dayanıksızlık özelliğini artırır. Örneğin, eğlence yerlerine hafta sonlarında talep daha fazla olurken, lokantalarda ise yemek saatlerinde talep artışı söz konusudur. Hizmetler, dayanıksızlıkları sebebiyle, depolanamazlar. Talebin zirve yaptığı dönemlerde hizmet işletmeleri, daha sonra dramatik biçimde düşecek olan yüksek fiyatlar talep ederler. 1992 Yaz Olimpiyat Oyunları sırasında kişi başına, haftada 5500 dolar olan Barcelona otel fiyatları buna örnektir. Bir uçaktaki boş koltuklar, satılmayan konser biletleri, boşta gezen aerobik hocaları, kullanılmayan elektrik üretim kapasitesi vb. hizmetlerin dayanıksızlık özelliğinin örnekleridir. Bazı firmalar, talebin az olduğu dönemleri canlandırmak için “sezon harici” fiyatlandırma veya iskonto uygularlar. Örneğin, tatil köyleri, yüksek sezon ve düşük sezon fiyatlarını ayrı tutarlar, oteller daha düşük hafta sonu fiyatları uygularlar, aksamları ve hafta sonlarında telefon ücretleri düşük tutulur(Boone ve Kurtz,1992: 371-372).

2.1.1.5. Sahiplik

Bir ürün satın alan onun sahibi olurken, hizmet sektöründe ancak o hizmetten faydalanmak söz konusudur. Örneğin; bir otel odasından yararlanmak gibi. Ödeme, hizmetlerin kullanılması ya da kiralanması için yapılır. Hizmeti kullananlar da, hizmetin sahipliğini devredemezler. Bu yüzden kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine daha çok bağımlıdırlar(Odabaşı, 1994: 19).

Bir hizmeti satın alan tüketici, bu hizmeti bir başkasına devredemediği için, hizmetlerde ikinci el pazarları ortaya çıkmaz. Bir otomobil sahibi, onu ikinci el pazarında satarak değiştirebilir, ancak bir sağlık hizmetini devretmek mümkün değildir(İslamoğlu ve diğerleri, 2006: 20).

2.1.2. Hizmetin Sınıflandırılması

Hizmet sektöründe sınıflandırma önemli ancak hizmetlerin çok farklı ve geniş bir yelpazede yer almalarından dolayı oldukça zordur. Örneğin; uluslararası bir banka zincirini, bir kuaförü ya da bir doktoru aynı hizmet grubu içinde incelemek olanaksızdır(Öztürk, 2003: 25). Hizmetlerin sınıflandırılması, işletme yöneticilerine, diğer sektörlerdeki gelişme ve değişimleri izleme ve değerlendirme fırsatları sunar. İşletmeler, bu fırsatları değerlendirerek rakiplerinden daha öne geçme şansını yakalayabilir. Sınıflandırma sayesinde yöneticiler, hangi hizmet işletmesiyle ortak noktalarda hareket ettiğini veya hangi işletmelerle ortak noktada hareket etmediğini belirleme imkânı bulur(Karahan, 2000: 23).

Hizmet işletmeleri, tüketici piyasalarına, endüstriyel piyasalara veya her ikisine de hizmet sağlayabilirler. Bazı durumlarda bu hizmetler otomatik makinelerle (oto yıkama makinesi gibi), bazı hallerde ise, avukatlar, muhasebeciler veya idari danışmanlar gibi özel ekipman kullanmayan kalifiye personellerce gerçekleştirilir. Hizmetler bu iki faktör yani, hizmetin sağlanmasında ekipman kullanımı ve hizmet sağlayıcısının kalifikasyonu arasında sınıflandırılabilir. Hukuk hizmetleri insan temelli iken, bir sinema salonu ekipman temelli bir hizmet tipidir. Ekipman temelli hizmetler; otomatik, vasıflı işgücü gerektiren ve vasıflı işgücü gerektirmeyen ekipman temelli hizmetler şeklinde sınıflandırılabilir. Benzer biçimde, insan temelli hizmetler de, vasıflı ya da vasıfsız işgücü veya kalifiye personel tarafından verilebilir(Boone ve Kurtz, 1992: 376).

Hizmetleri aşağıda olduğu gibi sınıflandırmak mümkündür. İnsan gücüne dayalı olan ve insan gücüne dayalı olmayan, müşterinin hazır bulunmasını gerektiren ve müşterinin hazır bulunmasını gerektirmeyen hizmetler, kişisel ihtiyaçları karşılayan ve işletme ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler, kar amaçlı ya da kar amaçsız hizmetler şeklinde sınıflandırabiliriz.

2.1.2.1. İnsan Gücüne Dayalı Olan Hizmetler

İnsan gücüne dayalı olan hizmetler şu şekilde örneklendirilebilir(Tek ve Özgül, 2005: 377):

- Kalifiye olmayan işgücü (Çim kesme, bekçilik, müstahdem ve hizmetçilik, kapıcılık, telefon, su, elektrik vb. faturaları ödeyen ve çeşitli beceri gerektirmeyen işleri yapan firmalar, bankacılık sistemleri)
- Kalifiye işçilik (Alet onarım/bakımı, yönetici bulma, yiyecek–içecek ve ilgili hizmetler- catering)
- Profesyoneller (Avukatlar, yönetim danışmanları, muhasebeciler).

2.1.2.2. İnsan Gücüne Dayalı Olmayan Hizmetler

İnsan gücüne dayalı olmayan hizmetler de şu şekilde örneklendirilebilir(Tek ve Özgül, 2005: 377):

- Otomatikleştirilmiş (Elektronik vb. sistemler yardımıyla otomatik olarak çalışan, satış makineleri, bankamatikler vb.)
- Nispeten fazla becerili/kalifiye olmayan operatörlerce işletilen hizmetler (Sinemalar, merkez istasyon koruma hizmetleri, kuru temizleme, taksiler)
- Kalifiye operatörlerce işletilen (Havayolları, gemiler, bilgisayarlar, devre-mülk vb.)

2.1.2.3. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektiren Hizmetler

Müşterinin hazır bulunmasını gerektiren hizmetlere, lokanta hizmetleri, sağlık hizmetleri örnek verilebilir. Müşterilerin hizmet sunumu esnasında fiziksel mevcudiyetlerinin gerekmesi, hizmetin gerçekleştirilmesi süresince zaman harcamalarını gerektirmektedir. Hizmetlerden tatmin olmaları ise hizmeti sunan personelden, hizmeti kullanan diğer müşterilerin özelliklerinden dahi etkilenir(Karahan, 2000: 24).

2.1.2.4. Müşterinin Hazır Bulunmasını Gerektirmeyen Hizmetler

Müşterinin hizmet ortamında bulunmasını gerektirmeyen hizmetlere otomobil tamir ve bakım hizmetleri örnek verilebilir. Bu tür hizmetlerde, müşteri hizmet veren personeli ya da mekânı görmeyeceği için hizmetin teknik kalitesi önem kazanır, hizmet süreci daha az önemlidir. Örneğin, kredi kartları ve bazı sigortalar için hizmet verilen kuruma gitmeden telefon ya da posta yoluyla hizmetten faydalanılabilir(Öztürk, 2003: 28).

2.1.2.5. Kişisel İhtiyaçları Karşılaman Hizmetler

Bu tür hizmetler, kişilerin veya grupların özel ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olarak sunulan hizmetlerdir. Ev ve tamir bakım hizmetleri, hekimlik, eğitim hizmetleri örnek olarak verilebilir. Kişisel ihtiyaçları karşılayan hizmetler kolayda, beğenmeli ve özelliği olan hizmetler olarak da gruplara ayrılabilir. Kolayda hizmetlere taksit, kitle taşıma hizmetleri örnek olarak verilebilirken, beğenmeli hizmetlere doktorluk, muhasebecilik ve özelliği olan hizmetlere de uzman avukatlık, kalp cerrahlığı, uzman danışmanlık vb. örnek olarak verilebilir(Cemalcılar, 1999: 92-93).

2.1.2.6. İşletme İhtiyaçlarını Karşılaman Hizmetler

İşletme hizmetleri, üretime veya hizmete yönelik olarak faaliyet sergileyen işletmelere dönük verilen hizmetlerdir. Hukuk, bankacılık hizmetleri, bir işletmenin problemlerinin çözümüne yönelik danışmanlık hizmetleri(Dinçer, 2003: 460) örnek olarak gösterilebilir. Hizmetlerin kişisel ihtiyaçları karşılamaya yönelik ya da işletme ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olmasına göre bir ayrıma tabi tutulması, pazarlama faaliyetleri açısından bir farklılık yaratması açısından gereklidir. Örneğin; bir temizlik şirketinin fabrikaya vereceği temizlik hizmeti ile bir eve vereceği temizlik hizmetinin pazarlama yöntemleri birbirinden farklı olacaktır. Bu farklılık yüz yüze görüşme yöntemlerinde, fiyatlandırmada, kullanılan araç gereçlerde ve hizmet sunanların uzmanlık alanlarında ortaya çıkacaktır(Karahan, 2000: 26).

2.1.2.7. Kar Amaçlı ya da Kar Amaçsız Hizmetler

Kişiler ya da işletmeler tarafından kar amacıyla satılan hizmetler ticari hizmetler olarak bilinirler. Ticari hizmetler, tüketiciler ve örgütler tarafından satın alınırlar. Bu tür hizmetler şunlardır(Cemalcılar, 1999: 91):

- Barınma hizmetleri (otel, ev, çiftlik kiralama vb.)
- Konut hizmetleri (konut onarımı, konut temizleme vb.)
- Eğlence hizmetleri (lokanta, spor, konser, sinema vb.)
- Bakım hizmetleri (giysi temizleme, berberlik vb.)
- Sağlık hizmetleri (doktorluk, hemşirelik vb.)
- Öğretim ve eğitim hizmetleri (özel okul, kurs vb.)
- Meslek ve işletme hizmetleri (avukatlık, muhasebecilik vb.)
- Sigorta ve finansal hizmetler (sigortacılık, bankacılık vb.)
- Tasıma ve haberleşme hizmetleri (insan ve mal taşıma, PTT hizmetleri vb.)

Kar amaçlı – kar amaçsız hizmetler, pazarlanan ya da pazarlanamayan hizmetler olarak da değerlendirilebilir. Pazarlanan hizmetlerden kasıt, piyasa için yapılan üretimi ifade etmektedir. Pazarlanmayan hizmetler ise kamu kesiminin sunduğu bedava veya çok yüksek sübvansiyonlu hizmetleri, kar amacı gütmeyen kuruluşların sundukları hizmetleri ve pazarlanmayan aile içi üretimi kapsamaktadır(Aslan, 1998: 53).

2.2. Hizmet Kalitesi

Hizmetleri mallardan ayıran özellikleri dikkate alındığında, mallar için yapılmış kalite tanımlarının hizmetlerin kalitesini açıklamakta yetersiz kaldığı görülmektedir(Mei vd.1999). Kalite konusundaki gelişmelere paralel olarak son dönemlerde hizmet kalitesi kavramı da üzerinde en fazla durulan kavramlardan biri haline gelmiştir. Çünkü işletmeler sundukları hizmetlerin kalitesini arttırarak pazar paylarını büyütebilmekte, daha yüksek karlılık ve verimlilik sağlayabilmekte, müşteri sadakati yaratabilmekte ve rakip işletmelere göre farklılık oluşturarak fiyat rekabetinden korunabilmektedirler(Zeithaml ve diğerleri, 1990: 2).

Kalitenin tarihi gelişiminde uzun yıllar ürün kalitesi odaklı çalışmalar hâkim iken, daha sonra özellikle 18. Yüzyılın sonlarında Adam Smith ile başlayan ve sonrasında Alfred Marshall ile devam eden açıklamalarla hizmet kalitesi tanımlanmaya çalışılmıştır(Cowell, 1984: 2). Hizmet kalitesi, uzun dönemli bir performans değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir tutum şeklinde tanımlanmıştır(Hoffman ve Bateson, 1997: 298).

2.2.1. Hizmet Kalitesinin Tanımı ve Algılanan Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesini (service quality) ifade eden birçok tanıma rastlamak mümkündür. Bunlardan birkaçını şöyle sıralayabiliriz: Bir ürünün veya hizmetin kalitesi, tüketici gereksinimlerini mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan pazarlama, mühendislik, imalat ve kalitenin devamı özelliklerinin bileşkesidir(Akça, 2003: 18).

Kalite, bir markanın, fonksiyonlarını görebilme konusundaki kabiliyetinin ölçüsüdür. Belirli bir ürünün varoluş nedenine bağlı olarak, gerçekleştirmesi gereken amaçları gerçekleştirme derecesidir. Kalite, ürünün dayanıklılığı, güvenilirliği, doğruluğu, görünüşü, tamlığı ve değer verilen özelliklerin bütünüdür(Tek, 1999: 360).

Parasuraman ve arkadaşları (1985) gerçekleştirdikleri çalışmada hizmet kalitesine yönelik olarak şu noktaları özellikle vurgulamışlardır.

- Tüketicilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri fiziksel ürünlerin kalitesini değerlendirmesinden daha da zordur.
- Hizmet kalitesine yönelik tüketici algısı tüketicinin hizmete yönelik beklentisi ile hizmet performansı arasındaki karşılaştırma sonucu ortaya çıkmaktadır.
- Tüketicinin hizmete yönelik kalite değerlendirmesi, salt hizmetin sonuçlanması sırasında yapılmaz, bunun yanında hizmetin sunum sürecine göre de yapılabilir.

Bu bulgulardan hareketle, algılanan hizmet kalitesinin, tüketicilerin satın aldıkları hizmete yönelik beklentileri ile satın aldıktan veya kullandıktan sonraki algılamalarını karşılaştırmaları sonucunda ortaya çıktığı görülebilmektedir. Yani

tüketici hizmeti satın almadan veya kullanmadan önce hizmete yönelik beklentilerini ortaya koyacak, hizmeti satın aldıktan veya kullandıktan sonra da algılamalarını ortaya koyacak ve her ikisini karşılaştırdıktan sonra da işletme tarafından sunulan hizmetin kalitesinin beklentilerini karşılayıp karşılamadığına ilişkin bir değerlendirme yapacaktır(Karatepe, 2002: 27).

Buna karşın Teas (1993) tüketicilerin hizmete yönelik beklentilerinin tek bir kategori içinde tanımlanıp açıklanmasına eleştirel bir yaklaşım getirerek, tüketicilerin hizmete yönelik beklentilerinin “ideal beklentiler” mi, “endüstri normlarına uygun beklentiler” mi, “minimum düzeyde olması gereken beklentiler” mi, yoksa “hayal ürünü beklentiler” mi olduğunun açıklığa kavuşturulması gerekliliğini belirtmiştir. Buna ek olarak algılanan hizmet kalitesinin tüketicinin ideal beklentileri ile algılamalarını karşılaştırmaları sonucu meydana geldiğini ve yine algılanan hizmet kalitesinin tüketicinin global bir değerlendirmesi ve tutumu olmayıp aynı zamanda hizmet işletmesinde karşılaşılan özel bir işleme dayalı değerlendirme olduğunun altını çizmiştir.

Esasen algılanan hizmet kalitesi (perceived service quality) teorilerinin oluşum sürecinin temelleri ürün kalitesi ve müşteri memnuniyeti çalışmalarına dayanmaktadır. Hizmet kalitesi ile ilgili olarak erken kavramsallaştırmalar, fiziksel mallara yönelik olarak pazarlama literatürü içinde bulunan beklentilerin onaylanmaması modeline dayandırılmaktadır. Beklentilerin onaylanmaması kuramı ise, hizmeti almadan önceki hizmete yönelik beklentilerimiz ile hizmeti aldıktan sonraki algılamalarımızın sonuçlarının karşılaştırılması anlamına gelmektedir(Brady ve Cronin, 2001: 48).

2.2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Literatürde en çok kabul gören hizmet kalite boyutlarını içeren ölçek Parasuraman, Berry ve Zeithaml tarafından 1985’te geliştirilmiş olan Servqual’dır(Acuner, 2004: 6). Söz konusu çalışmada hizmet kalitesi önce on boyutta incelenmiştir. Bu boyutlar; fiziksel varlıklar, güvenilirlik, heveslilik (isteklilik), yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenlik, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama boyutlarıdır.

Tablo 1. Algılanan Hizmet Kalitesi Faktörleri

GÜVENİLİRLİK, performanstaki tutarlılığı ve bağlılığı içermektedir. İşletmenin hizmeti tam zamanında yerine getirdiği anlamına gelmektedir. Güvenilirlik, özel olarak

- hesap işlerinde doğruluğu
- kayıtların doğru bir şekilde tutulması
- hizmetin belirlenmiş zamanda sunulmasını kapsar.

HEVESLİLİK, iş görenlerin hizmeti sunmadaki istekliliği veya hazırlılığı ile ilgilidir. Heveslilik hizmette dakiklığı kapsar.

- işlem dökümanının hemen postalanması
- müşteriye hemen telefon edilmesi
- müşteriye anında hizmetin sunulması

YETERLİLİK, hizmetin sunulması için gerekli olan beceriye ve bilgiye sahip olunması anlamına gelir. Yeterlilik,

- müşterilerle yüz yüze iletişimde olan personelin bilgi ve becerisini
- destek personelin bilgi ve becerisini
- organizasyonun araştırmaya yönelik yeteneğini kapsar.

ULAŞILABİLİRLİK, işletme veya işletme hizmetlerine ulaşmadaki kolaylığı ve rahatlığı kapsar. Ulaşılabilirlik,

- işletme hizmetlerine telefonla kolayca ulaşılabilmesi
- hizmetin alınmasına ilişkin bekleme zamanının uzun olmaması
- uygun çalışma saatleri
- hizmet işletmesinin uygun bir yerleşim alanında olması anlamına gelir.

NEZAKET, müşterilerle yüz yüze iletişimde bulunan personelin kibar saygılı düşünceli ve insan canlısı olmasını ifade eder. Nezaket,

- çalışanların tüketicinin mülkiyetine karşı düşünceli olmasını
- personelin temiz ve düzgün olmasını ifade eder.

İLETİŞİM, müşterileri anlayabilecekleri dilde bilgilendirmeye devam etmek ve müşterilere kulak vermek anlamına gelir. İletişim,

- hizmetin tüketicilere açıklanması
- hizmetin maliyetinin ne olacağını anlatılması
- sorunun ele alınacağına dair tüketiciye güvence verilmesini ifade eder.

İNANILIRLIK, güvenilir ve dürüst olmayı içerir. Müşterilerin duygularının içten hissedilmesini kapsar. İnanılrlık,

- işletmenin unvanı,
- işletmenin ünü
- personelin kişilik özelliklerini ifade eder.

GÜVENLİK, tehlikeden, riskten veya şüpheden uzak olmaktır. Güvenlik,

- fiziki emniyeti
- finansal güvenliği
- gizliliği ifade etmektedir.

MÜŞTERİYİ ANLAMA/ MÜŞTERİYİ BİLME, müşteri ihtiyaçlarının anlaşılması için çaba sarf edilmesini içerir. Müşteriyi anlama ve bilme,

- müşterinin özel taleplerini öğrenmeyi
- müşterilere kişisel özen göstermeyi
- düzenli olarak işletmeye gelen müşteriyi tanımayı kapsamaktadır.

SOMUT UNSURLAR, hizmete ilişkin somut unsurları içerir.

- fiziki çevre
- personelin kılık ve kıyafetinin görünümü
- hizmeti sunmada kullanılan araç ve gereç
- hizmete ilişkin fiziksel olarak yapılan sunum
- hizmet işletmesindeki diğer müşterileri ifade eder.

Kaynak: (Karatepe, 2002, 41)

Yukarıda gösterilen bu 10 kriter. Daha sonra fiziki unsurlar, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olmak üzere 5'e düşürülmüştür.

Bu boyutlar aşağıda belirtilmiştir(Zeithaml ve diğerleri, 1990: 176):

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü.
- **Güvenilirlik (Reliability):** Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.
- **Heveslilik (Responsiveness):** Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilebilmesi.
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu oluşturabilme yetenekleri.
- **Empati (Empathy):** Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi

Aşağıda yer alan tabloda ise hasta hizmet kalitesi boyutlarının özeti gösterilmiştir. Bu çalışmalarda hizmet kalitesinin ölçümü farklı perspektiflerden ele alınmış ve bu konuda araştırmacı ve uygulamacılara yol gösterecek çeşitli ölçütler geliştirilmiştir.

Tablo 2. 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 Vermek, Ulaşılabilirlik
Parasuraman (1990)	ABD	Fiziksel Varlık, Güvenilirlik, Empati, Yetkinlik, Doktorun Kendine Güveni
Reidenbach&Sandifer-Smallwood (1990)	ABD	Empati, Güven, Tedavi Kalitesi, Bekleme Zamanı, Doktorun Dış Görünüşü, Destek Hizmetleri, İşletmenin Görünüşü
Cunningham (1991)	ABD	Klinik Kalitesi, Hasta Temelli Kalite, Ekonomik Temelli Kalite
TomesandNg (1995)	İngiltere	Empati, Maliyet, Hastayı Anlama, Saygıya Dayalı İlişkiler, Dini İhtiyaçlar, Yemek Servisi, Doktor Çevresi, İtibar
Andaleeb (1998)	ABD	İletişim, Tesis, Yetkinlik, Davranış
Gross ve Nirel (1998)	İrlanda	Ulaşılabilirlik, Yapı, Hastane Atmosferi
Camileri ve O'Callaghan (1998)	Malta	Profesyonel 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 hizmeti doktor hizmeti gibi), Konaklama (Yemek servisi, oda sıcaklığı, temizlik, park, gürültü, özel)
Walters ve Jones (2001)	Yeni Zelanda	Güvenlik, Performans, Ekonomi, Güvenilirlik, Estetik, Rahatlık
Hasin (2001)	Tayland	İletişim, Maliyet, Nezaket, Yetkinlik, Temizlik

Kaynak: Rose ve diğ., 2004:148.

2.2.3. SERVQUAL Ölçeği

Hizmet kalitesinin ölçümü, işletme açısından çok önemlidir. Çünkü sunulan hizmetin kalitesi ölçülmezse kalite iyileştirilemez ve ölçülmeyen kalite bir sistem değildir, slogan olmaktan öteye gidemez(Atan ve diğerleri, 2006:165).

SERVQUAL Ölçeği ile müşteri beklentileri ve algılamaları arasındaki farkı ölçebilir, farkın yönüne göre hizmet kalitesine yönelik değerlendirme yapabiliriz.

Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğinde 22 soru ve beş temel boyut yer almaktadır. Yazarlara göre hizmet kalitesi beklentiler ve algılamaların bir fonksiyonudur. Diğer bir ifadeyle SERVQUAL ölçüm modeli, beklenen kalite ile algılanan kalite arasında oluşan farklılığa dayanmaktadır. Bu nedenle veri birbirini izleyen iki ayrı anketle toplanmakta, ilkinde beklentiler ikincisinde algılamalar (performans) ölçülmektedir. Daha sonra elde edilen beklenti skorlarından algılama skorlarının çıkarılmasıyla hizmet kalitesi skoru hesaplanmaktadır(Bülbül ve Demirel, 2008: 182).

Bu ölçeğin sağlık işletmelerinde kullanımı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve bu çalışmalar SERVQUAL ölçeğinin sağlık kurumlarında da kullanılabilir ve güvenilir olduğuna işaret etmektedir(Rahman ve diğerleri, 2007: 43).

SERVQUAL hizmet kalitesini müşteri memnuniyeti ile ilişkilendirerek hizmet kalitesinin ve memnuniyetinin ölçümünü en iyi gösteren ölçektir. Özellikle sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ile ilgili literatür incelendiğinde sağlık hizmetleri müşterilerinin algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin bir standart olarak kullanıldığı görülmektedir(Demir, 2008: 29).

Beklentiler ve algılar arasındaki farka dayalı olarak hesaplanan Servqual skorları sayesinde; kalite boyutları bazında, boyutları oluşturan maddeler için ve hizmet sunan işletmenin algılanan toplam kalitesi için bir değerlendirme yapmak mümkündür(Özgül ve Devebakan, 2005: 97). Servqual Ölçeğinin boyutları Tablo 1.3’de gösterilmektedir.

Tablo 3. SERVQUAL Ölçeğinin Boyutları (Bileşenleri)

Boyutlar	Önermeler	Tanımlamalar
Fiziksel Özellikler	1-4	Fiziksel tesisler, hizmeti sunmak için kullanılan araç, gereç, donanım, personelin fiziki görünümü.
Güvenilirlik	5-9	Performansın tutarlılığını içerir. Firmanın hizmeti ilk defada doğru yapması ve verdiği sözü tutması anlamına gelir.
Heveslilik	10-13	Hizmetin sağlanmasında çalışanların istekli oluşu ile ilgilidir. Müşterilere karşı hevesli ve yardımsever olma.
Güven	14-17	Şüphe, risk ve tehlikeden uzak olma anlamına gelir. Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu oluşturma becerileridir.
Empati	18-22	Müşterinin ihtiyaçlarını anlamada çaba sarf etmeyi içerir. Firmanın müşterilere kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.

Kaynak: Parasuraman ve diğ., 1988: 23.

Bu boyutlar altında toplanan anket cümleleri şu şekildedir(Sevimli, 2006: 33).

Beklentiler Bölümü

Fiziksel Özellikler:

E-1 Mükemmelfirmalarının modern görünümlü aletleri ve donanımları vardır.

E-2 Mükemmelfirmalarının binaları görsel olarak çekicidir.

E-3 Mükemmelfirmalarının çalışanları düzgün görünüşlüdür.

E-4 Mükemmel.....firmalarının verilen hizmetin yanı sıra sundukları ek malzemeler görsel olarak çekicidir.

Güvenilirlik:

E-5 Mükemmelfirmaları söz verdikleri hizmeti yerine getirirler.

E-6 Mükemmelfirmaları müşterilerinin bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi gösterir.

E-7 Mükemmelfirmaları hizmeti ilk anda yerine getirirler.

E-8 Mükemmelfirmaları hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler.

E-9 Mükemmelfirmaları hatasız kayıt tutarlar.

Heveslilik:

E-10 Mükemmelfirmalarının çalışanları müşterilere hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylerler.

E-11 Mükemmelfirmalarının çalışanları müşterilere hızla hizmet verirler.

E-12 Mükemmelfirmalarının çalışanları her zaman müşterilere yardım etmeye isteklidirler.

E-13 Mükemmelfirmalarının çalışanları asla müşterilerin ricalarına yanıt vermeyecek kadar meşgul değildirler.

Güven:

E-14 Mükemmelfirmalarının çalışanlarının davranışları müşterilerde güven duygusu uyandırır.

E-15 Mükemmelfirmalarının müşterileri hizmete ilişkin işlemlerde güven hisseder.

E-16 Mükemmelfirmalarının çalışanları devamlı olarak müşterilere saygılıdır.

E-17 Mükemmelfirmalarının çalışanları müşterilerin sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahiptirler.

Empati:

E-18 Mükemmelfirmaları müşterilerine bireysel ilgi gösterirler.

E-19 Mükemmelfirmalarının tüm müşterileri için uygun çalışma saatleri vardır.

E-20 Mükemmelfirmalarının müşterilere özel ilgi gösteren çalışanları vardır.

E-21 Mükemmelfirmaları müşterilerin çıkarları ile candan ilgilenirler.

E-22 Mükemmelfirmalarının çalışanları müşterilerin özel ihtiyaçlarını anlar.

Algılamalar Bölümü**Fiziksel Özellikler:**

P-1 ABC firmasının modern görünümlü aletleri ve donanımları vardır.

P-2 ABC firmasının binaları görsel olarak çekicidir.

P-3 ABC firmasının çalışanları düzgün görünümlüdür.

P-4 ABC firmasının verilen hizmetin yanı sıra sundukları ek malzemeler görsel olarak çekicidir.

Güvenilirlik:

P-5 ABC firması söz verdikleri hizmeti yerine getirir.

P-6 ABC firması müşterilerinin bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgiyi gösterir.

P-7 ABC firması hizmeti ilk anda yerine getirirler.

P-8 ABC firması hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirir.

P-9 ABC firması hatasız kayıt tutar.

Heveslilik:

P-10 ABC firmasının çalışanları müşterilere hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylerler.

P-11 ABC firmasının çalışanları müşterilere hızla hizmet verirler.

P-12 ABC firmasının çalışanları her zaman müşteriye yardım etmeye isteklidir.

P-13 ABC firmasının çalışanları asla müşterilerin ricalarına yanıt vermeyecek kadar meşgul değildirler.

Güven:

P-14 ABC firmasının çalışanlarının davranışları müşterilerde güven duygusu uyandırır.

P-15 ABC firmasının müşterileri hizmete ilişkin işlemlerde güven hissederler.

P-16 ABC firmasının çalışanları devamlı olarak müşterilere saygılıdır.

P-17 ABC firmasının çalışanları müşterilerinin sorunlarını yanıtlayacak bilgiye sahiptirler.

Empati:

P-18 ABC firması müşterilere bireysel ilgi gösterir.

P-19 ABC firmasının tüm müşterileri için uygun çalışma saatleri vardır.

P-20 ABC firmasının müşterilere özel ilgi gösteren çalışanları vardır.

P-21 ABC firması müşterilerin çıkarları ile candan ilgilenir.

P-22 ABC firmasının çalışanları müşterilerin özel ihtiyaçlarını anlar.

2.3. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

Öztürk(2000a: 142) sağlık hizmetleri kavramını “sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dâhilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yükseköğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda basta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır.

Temel sağlık hizmeti, sağlık sisteminin özü ve aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesinin önemli bir parçasıdır. Temel sağlık hizmeti, halkın yaşadığı ve çalıştığı bölgelere imkânlar ölçüsünde yakın yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumun, ailelerin ve bireylerin ulusal sağlık sistemi ile karşılaştıkları ilk noktadır(Kızılcılık, 1996: 124).

Son yüzyıl içinde gelişmiş batı ülkelerinde sağlık alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiş, çok ileri teknolojiler geliştirilmiş ve ortaya gelişmiş sağlık kuruluşları içeren ulusal sağlık sistemleri çıkmıştır. Hatta globalleşen dünya kavramı içerisinde 2000'li yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanında uluslararası ilişkileri daha da geliştirerek dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık hizmetleri yönetimi gündeme gelmiştir(Toker, 1999: 12).

Sağlık hizmetleri denilince üreticilerinin ürettikleri mal ve hizmetler, hizmetlerin üreticisi durumunda olan doktorların teknik bilgi ve yetenekleri, sağlık kuruluşlarının teknolojik kapasiteleri, özel testler, ameliyat prosedürü gibi konular düşünülmektedir. Buna karşılık tüketicilerin bu terime bakış açıları daha farklıdır. Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler için tıbbi bakım yanında sağlık personeliyle etkili iletişim, sağlık hizmetinin elde edilmesindeki kolaylık, fiziki imkânlar ve hizmeti üreten kişilerin kendilerine karşı tutumu önemli faktörlerdir(Harcar, 1991: 38).

Sağlık hizmetleri sektörünün isleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir(Kurtulmuş, 1998: 44-60):

1. Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hâkimdir.
2. Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.
3. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.

4. Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki ilişim zayıftır.

5. Sağlık piyasalarında kar amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur.

Sağlık kurumları hizmet üretmektedirler; dolayısıyla mal üreten sektörden farklı birtakım özelliklere sahiptirler. Bu özellikler, sağlık işletmeciliğinin özel bir sektör olmasının nedenlerini de oluşturmaktadır. Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü ve dolayısıyla da sağlık sektörü arasındaki önemli farklılıkları şu şekilde sıralamak mümkündür(Yerebakan, 2000: 46-48):

1. Bir mal “bir nesne, bir araç, bir şey” iken; bir hizmet “bir eylem, bir performans, bir çaba”dır. Üretilen bir mal elle tutulmakta, gözle görülmektedir; ancak hizmet elle tutulmaz, gözle görülmez, duyulmaz, sergilenemez, bir ölçü birimiyle ifade edilemez özelliktedir.
2. Hizmette üretim ve tüketim eşzamanlıdır. Yani, hizmet üretildiği anda tüketilmektedir. Dolayısıyla da, hataların ve ihmallerin gözlenmesi ve giderilmesi daha zor olmaktadır. Hatta örneğin, yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması ya da ölmesi halinde hatanın veya ihmalin sonucunun düzeltilmesi mümkün olmamaktadır.
3. Bir malın üretimi sırasında fabrikada ya da atölyede, çalışanlarla tüketiciler yüz yüze gelmemektedirler. Oysa hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları vb. tüketiciyi etkilemektedir.
4. Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Şüphesiz, bina, araç-gereç ve insan gücü hizmet sunumu için hazır tutulabilir; ancak bunlar ürünün kendisini değil verimli kapasiteyi temsil ederler. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, boşa akan musluk gibidir.

5. Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlik gerektirmektedir. Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir; teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar veremeyebilir ve hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir.
6. Üretim sektöründe, tek tipte çok sayıda mal üretilmektedir. Sağlık sektöründe ise, her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir.
7. Mal üretim sektöründe daha ziyade sermaye yoğun teknoloji kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe ise, yüksek teknoloji kullanılmakla birlikte, emek yoğun bir üretim söz konusudur. Çeşitli araştırmalara göre, sağlık işletmelerinde toplam maliyetin yaklaşık üçte ikisini insan kaynakları oluşturmaktadır.

Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü arasındaki yukarıda sıralanan temel farklılıklara ek olarak; sağlık işletmelerinin birtakım ayır edici özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

• **Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur:** Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerde olduğu gibi, kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmamaktadır(Yerebakan, 2000: 48). Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısının insan olması; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını kısa bir süre içinde görme ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Bir otelde yenen yemeğin miktar ve niteliği konusunda karar vermek mümkün iken, hastanede bir ameliyatın sonuçlarını anında ve kolayca değerlendirmek mümkün değildir(Kavuncubası, 2000: 56).

• **Çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet verir:** Birbirinden çok farklı tıbbi hizmetler (poliklinikler, ameliyathane, acil servis, eczane vb.) yanında otelcilik hizmetleri (banyo, tuvalet, çamaşır, ütü vb.), teknik hizmetler (bakım, onarım, aydınlatma, havalandırma vb.), otomasyon, eğitim, araştırma,

danışmanlık/yönlendirme, taşımacılık ve diğer birtakım fonksiyonlar sınırlı mekânda bir arada bulunur(Yerebakan, 2000: 48).

• **Yapılan işler karmaşık ve değişkendir:** Sağlık kurumları, temel fonksiyonları olan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, eğitim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı arttıkça, karmaşıklık derecesi de artar. Örneğin, bir üniversite hastanesi amaçları ve görevleri açısından bir devlet hastanesinden çok daha karmaşıktır. Çünkü, üniversite hastanesinde tanı ve tedavi hizmetleri dışında, eğitim, araştırma, çok daha kompleks vakaların tedavisi gibi hizmetler verilmektedir. Yine aynı hastalığın tedavisinin kişiden kişiye yas, cinsiyet, ırk, genetik özellikler gibi faktörler nedeniyle farklılık göstermesi tıbbi bakım hizmetlerinde standardizasyon sağlanamamasına yol açmaktadır(Kavuncubası, 2000: 54-55). Hastalıkların çok etkenli oluşu ve birey hastaların farklılıkları dolayısıyla, hizmetler kişiye özgü olmakta; standardize edilememektedir(Yerebakan, 2000: 48).

• **Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir:** Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilir. Sağlık durumu bozulan kimseler diledikleri zaman sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurabilir. Başvuruların geri çevrilmesi bilimsel, hukuksal ve etik açıdan mümkün değildir. Hastaların hizmetten yararlanmasının ertelenmesi de söz konusu değildir. Örneğin kanaması olan bir hastanın tedavisinin ertelenmesi, ölüm tehlikesini beraberinde getireceğinden mümkün değildir(Kavuncubası, 2000: 55).

• **Yüksek düzeyde uzmanlaşma vardır:** Hastalıkların oluşmasında ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, bilim ve teknolojiye hızlı gelişme uzmanlaşma derecesini arttırmaktadır(Yerebakan, 2000: 49).

• **Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir:** Sağlık kurumlarında bir birey ya da bireyin çeşitli nedenlerle işlerinin aksamaması, sağlık kurumunu tümüyle olumsuz şekilde etkileyecektir. İşlevsel bağımlılığın çok olduğu sağlık kurumlarında yönetimin temel görevlerinden biri eşgüdümleme sağlamaktır. Yöneticiler eşgüdümleme fonksiyonu aracılığıyla, farklı birey ve birimlerin

faaliyetlerini uyumlaştırmak ve ortak hedefe yönlendirirler(Kavuncubası, 2000: 52-53).

• **Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır:** Hastanelerde görev yapan insan kaynaklarının büyük ölçüde profesyonel kimselerden oluşması, bu kimselerin alanlarındaki bilgi ve deneyimlerinden kaynaklanan otoriteye sahip olmalarını da beraberinde getirir(Kavuncubası, 2000: 54). Mesleki bilgi ve deneyimleri profesyonellere yönetime karşı otorite kazandırmaktadır(Yerebakan, 2000: 49).

• **İnsan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşur:** Profesyonelleşme (Melekleşme), kurum çalışanlarının eğitim düzeylerine karşılık gelir. Sağlık kurumlarında görev yapan insan kaynakları, gerek hekim ve gerekse hekim dışında kalan hemşire, eczacı, psikolog, fizyoterapist gibi profesyoneller üniversite mezunudur. Profesyonel kişiler mesleki hedefler üzerine odaklaşırlar ve onlar için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önündedir. Bir doktorun temel hedefi, maliyetini düşünmeksizin hastanın en iyi şekilde tedavi edilmesi iken sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı, kalite ve verimliliğin eşzamanlı gerçekleştirilmesidir. Zaman zaman yönetimin kalite ve verimliliği yükseltmek amacıyla koyulan kurallar profesyonel kişiler ve yönetim arasında çatışmalara neden olabilmektedir(Kavuncubası, 2000: 53-54).

• **Hizmetin ve dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir:** Sağlık kurumlarında hizmet miktarı doktorların is talebine (order) göre gerçekleşir. Örneğin doktor istemeden röntgen teknisyeni film çekemez ya da laboratuvar teknisyeni kan analizi yapamaz. Yapılan birtakım çalışmalarda sağlık harcamalarının %75'inin doktorların kararlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamak için doktorların karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal organlara ihtiyaç duyulmaktadır(Kavuncubası, 2000: 54).

• **Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır:** Teşhis ve tedavi sürecine ilişkin yapılan hatalar veya yaşanan gecikmeler doğrudan insanın yaşamını etkilemekte; geri dönüşü olmayan sorunlara neden olabilmektedir. Deneme sansı yoktur; her işlem “ilk seferde ve her zaman doğru” yapılmalıdır(Yerebakan, 2000:50). Sağlık hizmetleri yönetimi direkt olarak insan sağlığı ve hayatı ile ilgilidir. Herhangi bir sanayi kuruluşunda yönetsel kararların yanlışlığı en fazla üretim kaybına ya da parasal zarara neden olur. Sağlık yönetiminde ise yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır(Toker, 1999: 14).

• **Sağlık hizmetlerinin birincil amacı kar etmek değildir:** Diğer tüm sektörlerden farklı olarak kar amacı gütmeyen veya birinci amacı kar etmek değildir. Ancak birincil amacı kar etmek olan sağlık kuruluşları sayılarının azlığına rağmen gerek ülkemizde gerekse dünyanın diğer ülkelerinde mevcuttur(Toker, 1999: 14).

• **Sağlık hizmetleri üretim faktörleri kıt kaynaklardandır:** Sağlık hizmetlerinin sunulduğu profesyonel sektörde gerek bilimsel tıbbın uygun gördüğü koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, hizmetin sunumunda kullanılan sağlık hizmetleri yöneticisi, hekim, hemşire, ebe, teknik personel vb. profesyonel insan kaynakları, gerekse bina, araç gereç ve tıbbi malzeme son derece yüksek maliyetli olup kıt kaynaklardır(Toker, 1999: 14).

• **Sağlık sektörü diğer sektörlerle oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür:** Sektörlerin gelişim ve değişim sürecine bakıldığında sağlık sektörü diğer pek çok sektörden hızlı gelişmekte ve gelişen diğer sektörlerden hızlı ve yoğun biçimde etkilenmektedir. Örneğin uçak sanayiinin son 50 yılına bakıldığında uçakların model, konfor ve hız özelliklerinde gelişim ve değişiminin yaşandığı gözlenir. Sağlık sektöründe ise son 50 yılda devrimle nitelendirilebilecek düzeyde gelişmeler sağlanmış; özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler sağlık sektörünü çok yakından etkilemiştir(Toker, 1999: 14-15).

• **Sağlık hizmetleri endüstrisinde tüketicilerin, pazarda sunulan hizmetleri satın almak konusunda seçenekleri kısıtlıdır:** Bunun en önemli nedeni tüketicilerin satın alma arzusunda buldukları hizmetlerin niceliği ve niteliği konusunda verecekleri kararları, çoğunluğunda, hatta hemen hemen tümünde, tamimiyle satıcılara (tıbbi otoriteye) bağımlı bulunmalarındır. Bazı durumlarda tüketiciler istenilen fiyatı ödemeye hazır olmalarına karşın, hizmetlerden yararlanılması hizmet sunucusunun iznine bağlı bulunur. Örneğin; hastanın doktor uygun görmeden hastaneye yatırılmaması veya ameliyat edilememesi gibi(Toker, 1999: 15).

• **Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü:** Tüketicinin, ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması pazarın etkin biçimde çalışabilmesi için gereklidir. Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık ürünlerinin hizmete sunulması ile daha da karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın almanın getireceği riskin büyük olması hizmetlerinin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir. Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Hâlbuki aldığımız bir deterjandan hoşnut kalmaz isek, bir daha o markayı satın almayabiliriz(Odabaşı, 1994: 28).

• **Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları:** Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise, üç önemli konuda akılcı olmayan önemli davranışlara rastlanmaktadır: Birçok tüketici, hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Bu davranış, pazar mekanizmasının çalışmamasına neden olurken, hastalıkların belirlenmesine yönelik tarama hizmetlerine büyük harcamalar yapmayı zorunlu kılmaktadır.

Akıl hastaları gibi gruplar, serbest iradeleri ile seçim yapabilme yeteneğine sahip olmadıklarından, “tüketici üstünlüğü” kavramına uymamaktadır. Seçimi bunların yerine başkaları yapar ve sağlık hizmetini talep ederler. Acil sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalar tercihlerini belirtemeyecek durumdadır. Bu akılcı olmayan davranışlarda, diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalacaktır(Odabaşı, 1994: 28).

• **Tıp mesleğinin kuralları:** Tıp mesleğini yerine getirenler için uyulması Zorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar mevcuttur. Sağlık hizmetini önceden Alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Ancak, tıp hizmetini sunanlar üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır(Odabaşı, 1994: 29).

• **Ürün ve kalite belirsizliği:** Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılıklarını en aza indirmek için basta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır(Odabaşı, 1994: 29).

• **Dış etkenler:** Salgın hastalık durumlarında, hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için, kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile

sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir(Odabaşı, 1994: 29).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılabilir.

Sağlık kuruluşları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinden kaçınmak, rekabette üstünlük sağlamak, daha iyi hizmet sunmak, dış çevre ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak için diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içerisine girebilmektedirler. Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği ve bütünleşme, bütüncül sağlık hizmeti veren kuruluşların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Örneğin bir hastane, hasta potansiyelini yükseltmek, yatak kapasitesi ve teknik olanaklarının daha verimli kullanılması için özel hekimlerle, sağlık ocaklarıyla veya hemşirelik bakım merkezleriyle işbirliği yapabilmektedir. Bu işbirliği, yatay ve dikey bütünleşme şeklinde olabilir. Yatay bütünleşmede, iki hastanenin işbirliği yapması gibi benzer sağlık kurumları işbirliği yapar. Dikey bütünleşmede ise, bir hastane ve laboratuvarın işbirliği yapması gibi farklı sağlık kurumlarının işbirliğine girmesidir(Kavuncubaşı, 2000: 34).

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Günümüzde koruyucu tıp hizmetleri, hızla gelişmektedir. Sağlık hizmetinin amacı hastalığın önlenmesini sağlamaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının geliştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlere, 1963 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Yasa'yla yürürlüğe giren sosyalleştirme programında büyük önem verilmiştir(Soysal ve diğerleri, 1993: 57-74).

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri, çoğu zaman kişisel fayda bölünemediği ve tüm toplumun yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımını azaltıcı bir rol de oynamaktadır(Kurtulmuş, 1998: 86).

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi hedef alınarak verilen hizmetler ve yapılan düzenlemeler bu gruba girmektedir(Hayran ve Sur, 1998:17). Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak topluma ulaştırır. Koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlara sağlık evi, işyeri reviri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri örnek gösterilebilir(Kavuncubası, 2000: 36).

Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta inceleyebiliriz.

Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Bağışıklama, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, kişisel temizlik ve bakım, yeterli ve dengeli beslenme, aşırı doğurganlığın kontrolü, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerdir. Doğrudan bireylere yönelik olarak yapılan sağlık hizmetleri büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet birimlerinde hekim, hemşire gibi sağlık görevlilerince yürütülür(Kızıılçelik, 1996: 128).

Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, is ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, haşere gibi zararlı canlılarla mücadele, gürültü kirliliğinin kontrolü, radyolojik zararlıların kontrolü gibi hizmetlerdir. Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini engelleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler çevre sağlığı hizmetleri adını alır ve bu konuda eğitim görmüş

mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni gibi meslek mensupları tarafından verilir(Kavuncubası, 2000: 36; Fişek, 1983: 5).

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Ülkemizde devlet adına tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, 9 Haziran 1936 yılında 3017 sayılı Yasa'yla kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Fakat tedavi edici sağlık hizmetlerine diğer bakanlıklar, iktisadi kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır(Soysal vd., 1993: 63).

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır. Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır. Ancak, hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Ağır ruh hastalarının gözlem ve tedavi altına alınması da aynı şekilde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur ve bu özelliği dolayısıyla sadece kamu kurumu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır(Kurtulmuş, 1998: 90-91).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla verilir (Kavuncubası, 2000: 39). Devlet bu tedavi hizmetini ülke insanının ulaşabileceği her yere götürmekte, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan kişilere doğrudan veya sosyal yardım kuruluşları desteği ile ücretsiz tedavi hizmeti sunulmaktadır(Kızılcılık, 1996: 130).

Tedavi hizmetlerinin bir diğer özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi,

uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir(Kurtulmuş, 1998: 91).

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumlar, günübirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Ayakta tedavi ya da günübirlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsar(Kavuncubası, 2000: 39).

Tedavi edici sağlık hizmetleri yoğunluğu ve hizmet kapsamı esas alınarak sınıflandırılabilir.

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Türkiye sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalizasyon sistemi kırsal kesimlerde daha etkin olmak üzere bütün ülkeyi kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunumu, sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak doktorun çalıştığı sağlık ocakları (1. basamak sağlık hizmetleri) ve yataklı tedavi hizmetleri (2. basamak sağlık hizmetleri) şeklinde örgütlenmiştir. Basta Çalışma ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere birçok Bakanlık, 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara sahiptir. Özel kuruluşlar olarak doktor muayenahaneleri, doktor grupları ve özel hastaneler, sağlık hizmeti vermektedirler. Devlet memurları, işçiler, serbest çalışanlar, emekliler, Savunma Bakanlığı görevlileri ve silahaltında olanlar, sağlık güvence şemsiyesi altında bulunurken çoğunluğu tarım sektöründe çalışanlar ve yakınları sağlık güvencesinden mahrumdurlar. Tüm ülke nüfusunun sağlık güvencesi altına alınması için bir sağlık reformu kanun tasarısı TBMM'ne verilmiştir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve ocakları halktan beklenen ilgiyi görmemektedirler. Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneler tercih edilmektedir. Bunun düzeltilmesi gerekir(Çoruh, 1995: 24).

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilebilir(Yerebakan, 2000: 20-21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 18).

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 18).

2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini önlemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sağlamak için düzenlenen sağlık hizmetleridir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000a: 145; Hayran ve Sur, 1998: 19). Rehabilitasyon edici hizmetlerde temel amaç fertleri hem ihtiyaç içine düşmekten korumak hem de sakat kişilerin iste, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır (Kurtulmuş, 1998: 92). Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir:

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremiteler protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirilmesi çalışmaları örnek gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 21; Hayran ve Sur, 1998: 19).

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık ya da özürü olan kişilerin, günlük yaşama aktif olarak katılımının sağlanması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ve öğretim çalışmaları içerir (Yerebakan, 2000: 22; Hayran ve Sur, 1998: 19).

2.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın

geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır(Kavuncubaşı, 2000: 46).

Tedavi edici hizmetler, genelde koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçları düzeltmek amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Yani, eğer toplumdaki bireylerin sağlıkları temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, beslenme durumunun düzeltilmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi gibi önlemlerle korunamıyor ise ortaya sağlık sorunları ve hastalıklar çıkacak, sağlık kuruluşları bunların tedavisi ile uğraşacaktır. Genellikle tüm toplumlarda sağlık hizmetleri kavramının tedavi edici hizmetler kavramı ile eşanlamda kullanılmasının altında yatan anlayış budur(Hayran ve Sur, 1998: 19).

Temel sağlık hizmetleri kentsel ve kırsal kesimlere eşit şekilde sunulamamaktadır. Kırsal kesimlerde temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen mesafe, sağlık kuruluşlarının ve sağlık insan gücünün yetersizliği gibi birtakım faktörlerin yanı sıra devlet tarafından kırsal kesimlere sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin kentsel kesimlere göre az olması da önemli bir etmendir. Toplumumuzun kırsal kesimlerine sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri iken kentsel kesimlere yönelik temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir(Kızılcıçelik, 1996: 131).

3. HASTANE BİNALARINDA KULLANICI VE MEKÂN İLİŞKİSİ

3.1. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır.

Hastane yönetimi açısından bakıldığında, hastaneler, yalnızca tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekânlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir(Kurtulmuş, 1998: 233)

Antik dönemden günümüze gelinceye kadar hastaneler birçok aşamadan geçmiştir. Günümüzde son teknolojiler ve çağdaş tedavi yöntemleri uygulanırken geçmişte dogmatik dini sistemler etkiliydi. Hastanelerin yaşadığı değişim hem dünya da hem de ülkemizde incelendiği zaman mimarinin tedavi üzerindeki etkisi de görülmektedir.

3.1.1. Dünya Genelindeki Hastane Binalarının Gelişimi

Tıbbın tarihinin, insanlık tarihi ile eş anlı başladığı söylenirken (Kavuncubası, 2000: 44), tıp tarihçileri modern tıp biliminin kökenini antik Yunan ve Roma dönemlerine dayandırır(Erkal, 1999: 29).

Toplumdan topluma değişiklik göstermekle birlikte hastalıkların tedavisinde dinsel törenler, sihir, büyü, muska, kurban adama gibi önlemlerden yarar umulmuş, kimi bitkiler ilaç olarak kullanılmıştır(Dirican, 1990: 12). Antik dönemde 'hekimler' çoğunlukla din adamları ya da büyücülerdi ve tedavi dinsel esaslara dayandırılmıştı. Dolayısıyla ilk hastaneler büyük ölçüde dinsel nitelikli kurumlardı; bu hastanelerin amaçları dinsel dogmalardan türetilmiş, faaliyetleri de dini kurullarla tanımlanmış veya sınırlandırılmıştı. Bu dönem hastanelerinin

tipik bir özelliği hayır evi veya düşkünler evi niteliğinde oluşudur. İnsanlığın bilgi üretimi ve yarattığı bilgi birikiminin, dogmatik dinsel sistemlerin sınırlılıklarını aşmasıyla günümüz hastanelerinin, yani bilimsel tıp kuram ve ilkelerinin uygulandığı kurumların temelini atıldığı söylenebilir(Kavuncubası, 2000:32).

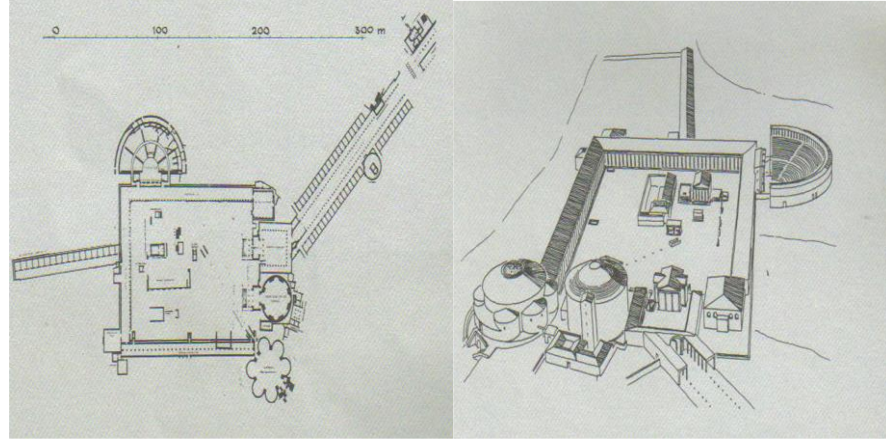
Şekil 2. Antik dönemde tıbbi tedavi ve hastaneleri simgeleyen fresk



Kaynak: <http://en.wikipedia.org/wiki/Fresco>

İlk hastane benzeri yapılar; geçmişi MÖ 1200 yılları kadar uzanan Yunan tapınaklarıdır. Hasta bakımı için seçilen yerler, genellikle mineral suları ya da sıcak şifalı su kenarlarında sakin, çok güzel doğal çevreye sahip yerlerdi. Daha sonra bu duyarlılık kaybolmuş, gimnazyum ve tapınaklara bitişik hasta odaları yapılmıştır. Eski Yunan'da hastaların tedavisi hekim evlerinde yapılmıştır. İlk olarak MÖ 5.yy da yapılan, 'Asklepios' adı verilen etrafı hasta odaları ile çevrili revaklı avlulardan oluşan yapılar, hastanelere ilk örnek olarak kabul edilir(Köse, 2003:21).

Şekil 3. Bergama Asklepiyon Tapınağı Plan Seması Ve Görünüşü



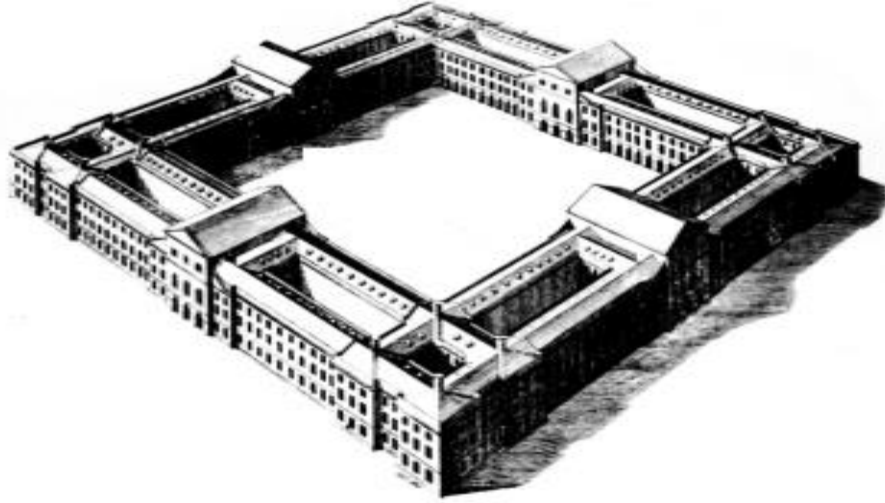
Kaynak: Erkal, 1999

Mısır'da MÖ 600 yılları civarında, rahip doktorlar tapınaklarda bazı tıbbi bakımlar yapmakta, hatta cerrahi girişimlerde bulunmaktaydılar. Bu zamanların en gelişmiş hastaneleri Hindistan'da MÖ. 273-232 yılları arasında inşa edilen çıkıştalarlardır. Buralarda Hintli doktorlar, oldukça gelişmiş tıbbi girişimler yapmakta ve etkin ilaç tedavileri yürütmektedirler. Karanlık çağlar sırasında, batıda klasik tıbbi bilgi neredeyse unutulmuş, bununla birlikte, kiliselerin yanlarında, hastalara bakmak için yeni yapılar kurulmuştur. Bu yapılarda hastalara rahipler bakmakta, tedaviler oldukça sınırlı kalmakta ve tıbbi bakım yerine, ruhsal anlamda çalışmalar yapılmaktaydı(Miller ve Swensson, 2002: 65).

18. yüzyıl ortalarından itibaren hastanelerin işlevi, tıbbi ve cerrahi uygulamalar olarak düşünölmeye başlanmıştır. Hastanelerin karakterindeki bu ana değişim, özellikle İngiltere olmak üzere, tüm Avrupa'da artan bir hastane inşa sürecini getirmiştir. 18. yüzyılda inşa edilen hastaneler, hem Avrupa'da hem de Amerika'da, 'blok' tip olarak bilinen, tekli, yoğun ströktürlerdi. Dış görünüşleri ile diğer kamu binalarına ve büyük konutlara benzeyen blok hastane binaları; ya ana kitleye takılmış iki büyük kanat, ya da dört tarafı kapalı, kare planı olan, iç avlulu, büyük ve neredeyse birbirinin aynı kitlelerden oluşmaktaydılar. Hastaların çoğu büyük koğuşlarda, aralarında bulaşıcı hastalık veya cerrahi girişim gerektiren hastalık ayrımı olmaksızın beraber kalmaktaydı.

18. yüzyılda hastanelerin tasarım veya boyutlarını belirleyen tek önemli faktör, uyumlu bir bütün sağlamak için kitleleri birbiriyle oranlı ve dengeli oluşturma çabası olmuştur(Ergenoğlu, 2006:45).

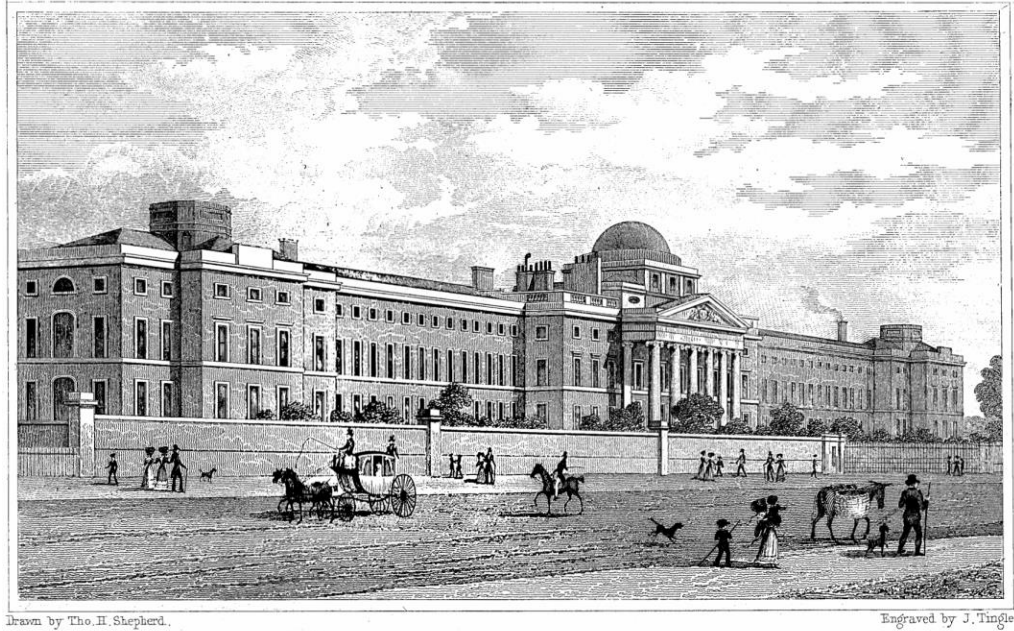
Şekil 4. 18.yy Blok tip hastane binası: Hasler Royal Naval Hastanesi- Hampshire



Kaynak: www.medicalheritage.co.uk

Önceki yüzyıllarda kilise etkisi altında inşa edilen hastane binaları, 18. yüzyılda, 'klinik anfi tiyatro' adı verilen bir mekânın hastane binasına katılmasıyla değişime uğramıştır. Bu mekân genelde hastane binalarının en üst katında yer almakta, hastanenin tıbbi ve cerrahi işlevlerini vurgulamak için inşa edilmekteydi. Hastane binalarındaki merkez kubbe ise kurumun anıtsallığını vurgulamaktaydı(Ergenoğlu, 2006: 44).

Şekil 5. Bethlem Royal Hastanesi – Klinik Amfi Tiyatro



NEW BETHLEM HOSPITAL, ST. GEORGE'S FIELDS.

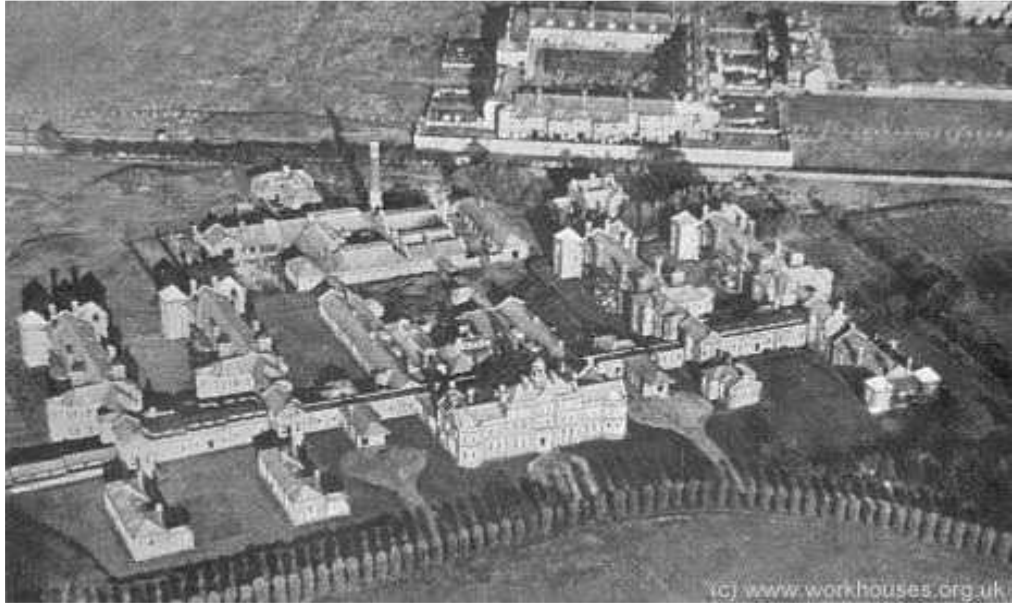
Kaynak: www.wikipedia.org/wiki/Bethlem_Royal_Hospital

18. yüzyılda Avrupa'da doktorlar, sağlık bilimini hastane tasarımına taşımak için bir girişim başlatmışlar, karşılıklı havalandırma, temiz hava, doğal ışık ve hastane binalarının güneş ve rüzgâra uygun yönlendirilmesine olan ihtiyacı vurgulamışlardır. Temiz havanın gereğinin doktorlar tarafından dile getirilmesi ve hastanın iyileşmesinde çevre koşulların etkisinin keşfedilmesi ve çapraz havalandırmanın öneminin vurgulanması sonucunda hastalar hastanedeki ayrı ünitelerde yatırılmaya başlanmıştır. Doktorlar, dört tarafı kapalı, iç avlulu, kare planlı blok hastaneyi de eleştirmiş, bu formun havalandırmaya engel olduğu, kirli havanın iç avluya dolup, tekrar o tarafa bakan pencerelerden içeri girdiği yönünde tespitler yapmışlardır. Bu tıp adamları, hastane yapılarında, hücre veya küçük odalardan oluşan bir sıranın, geniş bir galeriye açılması, böylece hava sirkülasyonunun sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir(Ergenoğlu, 2006: 23).

1850'lerden sonra Avrupa ve Amerika'da kıta savaşlarının çıkması ve hastalıkların artması, hastanelere pavyon sistemi getirmiştir(Köse, 2003: 12). Pavyon tipi hastane tasarımı, hastalık teorisi ile yakından ilgilidir. Bu teoriye

göre hasta yatakları arasındaki uzaklık, hasta bakım ünitelerindeki hava akımı ve havalandırma hastane mimarisinin temel elemanlarıdır(Aydın, 2003: 33). Pavyon sistem, koğuşlardaki pis havanın dışarıya atılabilmesi için tek katlı ve iki taraftan havalandırılabilir düzende yapılan bir sistemdir. Hasta istasyonları hastalara göre ayrı ayrı bulunmaktadır(Köse, 2003: 15). Doktorlara göre, koğuşun tavan yüksekliği, o zamanki kuramlara dayanarak insanın oksijen ihtiyacı hesaplanarak saptanmalı ve diğer hastane birimleriyle ilişkisine göre belirlenmelidir. Doktorlar hastane strüktürünün birçok bağımsız bölüme ayrılmasının, hastane binalarındaki problemi çözeceğine inanmaktaydılar. Bağımsız bölümlerde havalandırmanın ayrı ayrı yapılacak olmasının hava dolaşımını arttıracığından koğuşlar arası kirli hava akımı olmayacağını, hastaların ayrı koğuşlarda daha iyi takip edilmeleri ve tedavileri için uygun yöntemin daha doğru saptanacağını düşünmekteydiler. (Ergenoğlu, 2006: 22).

Şekil 6. Central London Akıl Hastanesi



Kaynak: users.ox.ac.uk/~peter/workhouse/CentralLondonSAD

Pavyon tipi hastane tasarımında koğuş düzeni, hasta yatakları arasında gizliliğin olmaması, gürültünün olması, her hasta için farklı olabilecek ısı kontrolünün sağlanamaması ve cross infection denilen enfeksiyon geçişi gibi dezavantajlar nedeniyle zaman içerisinde değişime uğramıştır. Yataklar arası, önce açık olarak bölünmüş ve açık bölmelere üç veya dört yatak yerleştirilmiştir.

Önceleri pencereye dik konulan yataklar, daha sonra paralel hale getirilmiştir(Aydın, 2003: 44).

Çağdaş hastanelerin gelişiminde en önemli rolü, tıbbi gelişme; anestezi ve buna bağlı olarak cerrahi tedavi yöntemlerinin bulunması oynamıştır. Bu bilimsel gelişme yanında hastalık nedeni mikropların saptanması, antiseptik ve sterilizasyon yöntemlerinin bulunması da hastanelerin gelişiminde önemli rol oynamıştır. 1800'lü yıllarda cerrahların karmaşık cerrahi müdahaleler gerçekleştirmelerine olanak tanıyabilecek anatomi ve fizyoloji konularında yeterli bilimsel bilgi mevcut değildir. Bununla birlikte, cerrahlar, ağrı çeken insanları rahatlatmak için bir dizi cerrahi işlemler yapabiliyorlardı. Ancak bu cerrahi girişimler etkili sonuçlar verememiştir. Cerrahi girişimlerde eter ilk kez Long tarafından 1842, Morton tarafından da 1846 yılında kullanılmıştır(Kavuncubaşı, 2000: 67).

1800'lü yılların sonunda tıp teknolojisi gelişmeye başlamış, ilk laboratuvar 1889 yılında açılmış, tıbbi teşhis amaçlı ilk röntgen çekimi de 1896 yılında gerçekleştirilmiştir. 1901 yılında kan gruplarının belirlenmesi, kan transfüzyonunu güvenli duruma getirmiştir. 1903 yılında elektrokardiyografi (EKG), 1929'da da elektroenselelografi (EEG) araçları kullanılmaya başlanmıştır(Kavuncubası, 2000: 68). Bütün bu gelişmeler hastanelere yeni mekânları ve yeni donanımları getirmiştir. Hastanelerde bölümler farklılaşmaya başlamış, yeni mekân oluşumları ve mekânlar arası organizasyon zaman içinde gelişmiştir(Aydın, 2003: 23).

1900'lü yıllarda pavyon sistemin çok büyük alanlara gereksinim göstermesi, aynı bina içinde izolasyon tedbirlerinin alınabilmesi, yapı teknolojisinin gelişimiyle mono blok sisteme geçilmiştir. Mono blok sistem zamanla gelişerek T tipi, H tipi, Y tipi planlarla uygulanmıştır(Köse, 2003: 22). 1937'de Kalmor Genel Hastane binası 'T' formunda tasarlanmış blok tipi hastanedir. Bina hastane içindeki fonksiyonların birbirinden ayrıldığı, modüllerden oluşmuş ilk yaklaşımdır. Bu hastanede yer alan poliklinik, teşhis, ameliyathane ve hasta yatak odalarının bulunduğu bölümler bina içinde organize edilmiş ve katlara ayrılmıştır. Mekân organizasyonu ve programlama anlamında

fonksiyonların gruplaşması açısından ilk uygulama olması önemlidir(Aydın, 2003: 46). Zamanla çeşitli planlama stratejileri oluşmuştur. Bu stratejilerin büyük bir çoğunluğu düşey ve yatay planlama olarak uygulanmıştır. Genelde düşeyde yoğun olan kütle hasta bakım ünitesi, yaygın olan kütle ise diğer servisler için ayrılmaktadır(Köse, 2003: 22).

Enfeksiyon, bulaşma ve hijyen ile ilgili temel kuramların değişmesiyle, hastanenin ilkelerindeki değişme kaçınılmaz olmuştur. İlk olarak Amerikalı cerrahlar, büyük şehirlerdeki hastaneler için tedavilerin tek katlı pavyon binalarına göre çok daha ucuza mal olacağı yüksek binalar önermişlerdir. 20. yüzyılın başlarında, özellikle Amerika'da, pavyon hastanelerin yerini, hasta koğuşları, tıbbi ve cerrahi bölümler ve hizmet alanlarının tek bir strüktürde toplandığı çok katlı yapılar almıştır(Ergenoğlu, 2006: 34).

Hastanelerdeki en büyük gelişim 1950 ve 1970'lerde meydana gelmiştir. 1950'lerde sağlık sektöründe büyük ilerlemeler vardı ve bakım felsefesi, uzmanlaşma, hiyerarşi, merkezileştirme ve üst yönetme esasına dayanmaktaydı(Jenso ve Haugen, 2005: 21). 1970'lerin başlarında, tıp tarihinde ilk kez, hasta gereksinimlerinin saptanmasının önemi dile getirilmiştir. Bu, hastanın duygusal ve psikolojik gereksinimlerine destek sağlanması yoluyla, sağlık kurumuna saygınlığını kazandırma yolunda atılmış bir adımdır. Tıp artık tıbbi bir model olmayıp, psiko-sosyal boyutu içerecek derecede bir gelişim göstermiştir. 1980'lerde, 'sağlık bakımı' terimi, teknolojik işlemler ve hastanın duygusal ve psikolojik gereksinimlerinin yerine getirilmesi ve gereksinimlerin her ikisini de birleştiren bir tıp bilimi sentezi olarak anlaşılmaya dönüşmüştür(Ergenoğlu, 2006: 32).

Günümüzde tedaviler sadece hastalığa değil, aynı zamanda hastaya da yoğunlaşmaktadır. Araştırmacılar, hastane mimarisinin hasta sağlığı üzerine etkilerini araştırmaya başlamışlar ve bir hastanın çevreyi algılamasının nasıl olup da hastalıktan kurtulmayı ve sağlıklı olmayı uyardığı sorusunu sormaya başlamışlardır. 1990'larda en son tanımlanan kavram ise, 'hasta merkezli bakım'dır(Ergenoğlu, 2006: 33). Hastaneler, etkili tedavi odaklı olmaktan, yüksek dereceli hasta odaklı olmaya gitmektedirler. Ana ilke olarak, hastanelerin

planlaması ve yapılmasında hasta odaklı olarak, sağlık ve bakım konusunda esas tutum ve davranışlar bulunmaktadır(Jenso ve Haugen, 2005: 22).

3.1.2. Türkiye'deki Hastane Binalarının Gelişimi

Bilinen en eski tıp çalışmaları Sümer Türklerinde görülmektedir. Rahip hekimler yılın belli gününde toplanır ve mabetlerde kaplar içinde ilaçlar dağıtırdı. Burada hastane kavramı henüz oluşmamış ve tedavi de daha çok ruhani yollarla yapılmıştır. Eti'ler ve İskitler 'de aynı zamanda rahip olan, dönemin ünlü doktorları görülmekte, yani bu uygarlıkta da tıbbın dinle birlikte yürütüldüğü görülmektedir(Ergenoğlu, 2006: 36).

Ortaçağ İslam hastanelerinin günümüze kadar ulaşan yegâne örnekleri Selçuklu ve Osmanlı dönemine ait, çoğu kez Darüşşifa veya Bimarhane diye adlandırılan Türk hastaneleridir. Eski İslam kaynaklarına göre ilk Selçuklu hastane ve medresesi Selçuklu Sultan Alp Arslan (1029- 1072) tarafından Nisabur'da tesis edilmiştir. Bugüne kadar ulaşabilen Selçuklu hastanelerinden Halep'teki ve Sam'daki Nureddin Hastaneleri (1154), Kayseri'deki Gevher Nesibe Hastanesi ve Gıyaseddin Keyhüsrev Tıp Okulu (1206), Sivas'taki Keykavus Hastanesi(1217), Divriği'deki Behram Şah'ın kızı Turan Melik'in Hastanesi (1228), Tokat'taki Gök Medrese denilen Pervane Bey Hastanesi (1275), Çankırı'da Atabey Ferruh'un Hastanesi (1235) ile Kastamonu'daki Ali Bin Pervane Hastanesi'nin (1272), ilmi olarak araştırılması ile Selçuklu Türkeri'nin eski vatanları Türkistan'dan bunların haç seklinde 4 eyvanlı planlarını ve sonradan Avrupa'da Gotik mimarisinin gelişmesine yol açan kubbe konstrüksiyon özelliklerinin yanı sıra 12 hayvanlı takvimlerinden esinlenen hayvan figürleri ile ay ve güneş motiflerini birlikte Ön Asya'ya getirdikleri görülmektedir. Sadece günümüze kadar ulaşan en eski İslam hastaneleri oldukları için değil, aynı zamanda Avrupa'da İslam kültürünün tesirlerinin en etkin olduğu haçlı seferlerinin döneminde işletme oldukları içinde dünya hastane tarihi ve hastanelerin genealojisini araştırma açısından Selçuklu Hastaneleri büyük bir öneme sahiptirler(Bolak, 1950: 54).

Şekil 7. Kayseri Gevher Nesibe Hastanesi



Kaynak: www.kultur.gov.tr

Şekil 8. Sivas Divriği Darüşşifası



Kaynak: www.kenthaber.com/IIIDetay.aspx?ID=1001

Selçuklu sağlık yapıları genellikle cami veya medrese ile yan yana yapılmıştır. Bu yapılar heybetli görünüşleriyle yanlarındaki yapılara üstün gelen bir cepheye sahiptiler. Selçuklulardaki sağlık yapıları malzeme olarak taş ve tuğladan yapılmışlardır. Bu yapılar sağır ve kalın dış duvarlara sahiptirler ve açıklıklar tonozla kapatılmıştır(Ergenoğlu, 2006: 39).

Osmanlı döneminde darüşşifalar(hastaneler), ana hatlarıyla Selçuklu dönemi avlu medrese semasını sürdürürken, devrin kendi mimari ve plan özelliklerini ortaya koyan yapılar olmuşlardır(Cantay, 1992: 21).

Osmanlı Devleti'nde sağlık mevzuatı ile ilgili çalışmalar ilk defa Sultan II. Mahmut devrinde 1838'de ilk sağlık yasamız olan 'Karantina Nizamnamesi' ile başlamıştır. 1905'te İstanbul'da Haseki, Gureba, Zeynep Kamil, Beyoğlu Zükür, Darülaceze, Hamidiye Etfal ve Cerrahpaşa hastaneleri mevcuttu. Ayrıca; askere, yabancılara, azınlıklara ait hastaneler ile tıp fakültesi klinikleri vardı. Sivil hastane bulunmayan yerlerde fakir ve kimsesiz hastaların asker hastanelerinde bakılması hakkında 1877'de bir talimatname çıkarılmıştır(Ergenoğlu, 2006: 44).

19. yüzyılda İstanbul'da yapılan en önemli sağlık binalarından biri 1826 yılında yapılan Gurabayı Müslimin Hastanesi'dir. 1899'da yapılmış olan şişli Etfal Hastanesi de bu yüzyılda yapılmış önemli hastane örneklerindedir. Bu hastane açıldığında dokuz bölümden oluşan hastaneye, daha sonraki yıllarda birçok yeni pavyon eklenmiştir. 1903 yılında yapılan Haydarpaşa Numune Hastanesi ise, pavyon tip hastane planının en güçlü örneklerindedir (Ergenoğlu, 2006: 45).

Cumhuriyet ilan edilmeden önce Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaleti kurulmuştur. Bu kuruluş daha sonra dil değişikliği sonucu alınan kararla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı adını almıştır(Köse, 2003: 21). Sağlık Bakanlığı talimatıyla ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastanelerini, 1936'da Haydarpaşa,1946'da Trabzon ve 1970 'de Adana Numune Hastanelerini açmıştır.

Cumhuriyet'in kuruluşuyla, hastane binalarında mevcut olan kargaşa durumu sona erememiş, hastane binalarında Cumhuriyet'in ilk senelerinde, özgün bir karakter ve çağa uygun özömler üretilememiştir(Bolak, 1950). Orhan Bolak (1950), alışmasında, Türkiye'deki hastane binalarının Batı'daki hastane binalarını kötü bir taklidi olduğundan bahsetmiştir. Batıda pavyon tip yaygın iken, Türkiye'de bu tip, blok sistem olduğunda, Türkiye'de blok tipin kötü taklitleri yapılmakta, 1950'li yıllarda yerel özellikler ve oranlar hastanelerde kullanılmamaktadır. Cumhuriyet sonrasında, eski birçok hastane binası restore edilerek ve eklentiler yapılarak kullanılmaya devam edilmiştir(Bolak, 1950: 58).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri (Hasta) ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti

Müşteri (hasta) memnuniyeti, pazarlama anlayışını benimseyen sağlık kuruluşlarının temel unsurlarından biridir. Çünkü sağlık işletmeleri bu yolla karlılığa ulaşmaktadırlar. Müşteri (hasta) tatmini, hizmeti tecrübe ettikten sonra tüketicinin hizmetten ne kadar hoşlandığını veya hoşlanmadığını yansıtan satın alma sonrası bir olaydır(Varinli ve Çakır, 2004: 36).

Bir müşterinin (hastanın) hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir(Berry ve diğ., 1985: 44).

Hasta memnuniyeti hastaların algıladıkları sağlık hizmetiyle ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını içeren bir kavramdır(Top ve diğ., 2010:4).

Müşteri memnuniyetinin, müşteri sadakati, olumlu kulaktan kulağa iletişim, fiyata duyarsızlık, işletmeye geri bildirim sağlama gibi birçok olumlu sonucu olduğuna dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Müşterinin işletmeden memnuniyeti arttıkça sürekli müşteri olma isteği de artmaktadır(Tüzün ve Devrani, 2008: 14-15).

Günümüzde artık sağlık kuruluşları hastaların tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra duygusal, estetik ihtiyaç ve beklentilerine de cevap vermek durumunda kalmıştır. Çünkü sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastanın tatmin olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırmasıdır. Kısaca ifade etmek gerekirse sağlık hizmetinin kalitesini hasta (müşteri) tatmini belirlemektedir(Özen ve diğ., 2011: 26).

Hasta memnuniyetinin önemini bazı açılardan ifade edecek olursak(Özer ve Çakıl, 2007: 141);

- Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir, hasta tatmini ölçüm sonuçları kuruma ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar.
- Sağlık kuruluşlarına üstünlük ve zayıflıklarını görme olanağı sağlar.
- Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir.
- Aldığı bakımdan tatmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlardan daha çok başkalarıyla paylaşmaktadırlar. Ayrıca, sağlık kuruluşlarının müşteri memnuniyetini yakalayabilmeleri için, sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir(Tükel ve diğ, 2004: 206).
- Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi.
- Hasta hak, gereksinim, istek ve beklentilerinin karşılanması.

Hastalar kişisel izlenimlerine dayanarak, beklentileriyle yaşadıkları deneyimleri karşılaştırarak yargıya ulaşırlar. Müşteri memnuniyeti, bu nedenle sağlık kuruluşları için son derece önemlidir. Hastanın hastaneyle olumlu ilişkilerini devam etmesini sağlayıp, çevresinde yer alan potansiyel hastalara tavsiye etmesini sağlar ve memnun müşteriler sadık müşterilere dönüşürler.

3.2.1. Müşteri (Hasta) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

3.2.1.1. Hastaya İlişkin Özellikler

Hastanın 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(Zaim ve Tarım, 2010: 9).

3.2.1.2. Hizmet Verene İlişkin Özellikler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire iletişim ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır(Özer ve Çakıl, 2007: 142). Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır(Yılmaz, 2001: 72).

3.2.1.3. Çevresel ve Kurumsal Faktörler

Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları, hastaların önem verdikleri tatmin boyutlarından biridir. Bakımsız bir hastane, düzensiz ve yetersiz hasta odaları, rahatsızlık veren koşullar, şikâyet nedenleri olup, hastaların yeniden tercihlerini olumsuz etkilemektedir(Tatarlı, 2007: 57).

Yapılan pek çok araştırmada, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi; bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin hasta memnuniyeti etkilediği bulunmuştur(Özer ve Çakıl, 2007: 142).

3.2.2. Müşteri (Hasta) Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteri memnuniyetinin ölçülmesi müşteri odaklı kuruluşlar için zorunludur(Odabaşı, 2010: 149).

Müşteri memnuniyetini ölçmenin en güçlü ve basit yolu, verilen sağlık hizmetinin müşterilerin beklentileriyle ne derece tutarlılık gösterdiğine bakmaktır. Algılanan hizmet beklenen hizmetten daha yüksekse müşteri memnuniyeti de yüksektir. Eğer tersi söz konusu ise memnuniyet daha düşüktür. Bu durumda beklentiler azaltılarak veya algılar yükseltilerek memnuniyet düzeyi artırılabilir(Tengilimoğlu, 2011: 325).

Müşteri memnuniyeti tanımlanabilmeli, ölçülebilmeli ve izlenebilir olmalıdır. Müşteri memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birincisi müşterinin beklentileri, ikincisi, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Müşterilerin algılamaları, kendi özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine bağlıdır(Tengilimoğlu, 2011: 326-327).

Müşteri memnuniyeti ölçümünde dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir:(Odabaşı, 2010: 151-152)

- Genel tatmin ölçümleri, sağlık hizmeti sunan kurumun, kendisini değerlendirmek üzere yaptığı ölçümlerdir. Ürünlerin ve hizmetlerin yeniden değerlendirilmesi, süreçlerin değiştirilmesi, hatta tüm şirketin yeniden yapılanması yönündeki geribildirimlere odaklanan ölçümler tercih edilmelidir.
- Ölçme konusunda çok sayıda araç kullanılabilir. Ancak bu araçların müşteri açısından ele alınıp kullanılması esastır.
- Müşterilerden gelen bilgilerin sayısal veriye dönüştürülüp değerlendirilmesi çok zor olabilir. Sayısal veriye dönüştürülsün ya da dönüştürülmesin müşterilerden gelen tüm verilerin değerlendirilmesi asıl amaç olmalıdır.
- Uygun olanın ölçülüp değerlendirilmesine özen gösterilmelidir.
- Tüm ölçümler sonucunda kabul edilebilir performans düzeyinin artırılmasına çalışılmalıdır.

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalar, kalitatif ve kantitatif araştırmalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Odak grup görüşmeleri, gözlem, video kayıtları kalitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme teknikleridir. Hastaların evlerinde veya hastanede yapılan anketler, posta ile gönderilen anketler, telefonla yapılan anketler ise kantitatif araştırmalarda kullanılan tekniklerdir(Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

Odak Grup Görüşmeleri: Sağlık kurumlarında yararlanan kişilerin deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. 8-12 hasta ile yarım saatten

iki saate kadar önceden belirlenen başlıklar hakkında tartışan bireyler odak grup olarak adlandırılmaktadır. Odak gruplar hasta tatminini etkileyen faktörleri öğrenmek açısından etkili bir ölçüm aracıdır. Ekonomik ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir. Ancak gruptaki bireylerin birbirlerinden etkilenme olasılıkları vardır. Bu da objektif bilgi edinmeyi engeller. Görüşme yapılan ortamın fiziksel koşulları, konforu, seçilen hastaların özellikleri, grup yöneticisinin davranışları, odak grup görüşmesinin başarılı bir sonuç vermesini etkileyen faktörlerdir(Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

Videoteyp kayıtları, gözlem ve görüşme teknikleri, hasta şikâyetlerini öğrenmek için kullanılan diğer kalitatif araştırma teknikleridir. Telefon Görüşmeleri: Sağlık kurumundan yararlanmış kişilere, telefonla ulaşılarak bilgi alınmaya çalışılır. Hızlı ve kolay uygulanan bir araştırma tekniğidir. Ancak telefon görüşme süresinin iyi ayarlanması, iyi bir konuşma metni ve iyi tasarlanmış anket formu hazırlanması gereklidir. Telefonla bilgi toplamanın başarısı, görüşmeyi yapan kişiye bağlıdır. Bu nedenle görüşmecileri önceden eğitilmesi, görüşme kuralları ve ilkelerinin belirlenmesi gereklidir. Telefon görüşmesi hasta sağlık kurumundan ayrıldıktan 3 gün sonra yapılmalıdır. Hastanın yaşadıklarını unutma olasılığına karşı bu süre 15 günü geçmemelidir(Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

Anket Yöntemi: Bu yöntem, hasta memnuniyeti araştırmalarında en çok kullanılan tekniktir. Daha çok kullanılmasının nedeni, kolay uygulanabilir, düşük maliyetli, geçerlilik ve güvenilirliğin kolay ölçülebilir ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olmasıdır. Anketin başarılı sonuç vermesi için geçerli ve güvenilir olması gerekir. Geçerlilik anketin ölçmek istediği şeyi ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, aynı koşullarda, aynı gruptaki hastalara uygulandığında, aynı sonuçların alınmasıdır. Anket hazırlanırken hasta tatminini etkileye hizmet boyutları belirlenmeli, bu boyutları ölçmek üzere uygun sorular hazırlanmalıdır. Sorular anlaşılır olmalı ve anket gereksiz sorularla uzatılmamalı mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır(Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

Anketler yüz yüze mülakat şeklinde uygulanabileceği gibi posta yoluyla da uygulanabilir. Bu uygulamaya posta araştırmaları denir. Ancak posta

araştırmalarındaki anketlerin geri dönüşü olmaması ihtimali, bu yöntemin en önemli zafiyetidir. Posta yoluyla yapılacak anketlerin, yüz yüze mülakat şeklinde yapılan anketlere göre daha dikkatli oluşturulması gereklidir. Anket sorularının anlaşılır, yalın ve yoruma açık olmaması gereklidir. Anketler posta ile gönderilmeden evvel araştırmacılar tarafında hasta telefonla aranarak anket tanıtılması anketlerin anlaşılır olması ve geri dönüş oranının artırılması bakımından yarar sağlamaktadır(Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 485).

3.3. Hastane Binalarında Kullanıcı ve Mekân İlişkisi

Sağlık sektöründe de, son yıllarda bütün dünyada önemli değişimler yaşanmaya başlanmış, öncelikli konular değişmiş, genel olarak hasta merkezli bir yaklaşım sağlık sektöründe her alanda egemen olmaya başlamıştır. Hastane binaları ve hizmet kalitelerinde dünya çapında bir standart yakalanması ve sağlık bakımının güvenli olması amacı ile hastanelerde akreditasyona yönelik çalışmalar hız kazanmıştır(Ergenoğlu, 2006: 56).

Hastane işletmesindeki ana amacın hasta bakımı olması nedeniyle, tüm diğer aktiviteler bundan kaynaklanarak, bunu desteklemek ve tanımlamak zorundadır. Diğer bir deyişle hasta için gerekli bir iç çevre ve bu çevreyi oluşturan koşulların temini zorunludur(Öcel, 1988: 24). Hasta bakım üniteleri için fonksiyon ve ekonomiye bağlı kriterler öncelikli olmakla birlikte; sadece bu iki faktörün tasarım için yeterli olmadığı araştırmalarla da ortaya konmuştur. Tasarım sosyal ve psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir(Çivi, 1988: 32). Günümüzde öne çıkan bu kavramları karşılayacak hastaneler tasarlamak, hastalar için daha güvenilir, sağlıklı, iyileşmeye yardımcı ortamlar yaratmak, hasta merkezli bir anlayışla yaşam ve bakım kalitesini yükseltmek, açıısından şarttır(Ergenoğlu, 2006).

Günümüzde sağlık kurumlarının temel amacı, sunduğu sağlık hizmetlerinde müşterilerinin beklentilerini en iyi şekilde karşılayabilmek için meydana gelebilecek yanlışlıklardan uzak, günün modern sağlık hizmetlerini kaliteli ve en güvenilir yolla verebilmektir. Mülkiyeti kime ait olursa olsun hasta memnuniyetinin kontrol edilmesi ve bununla ilgili çalışmalar yapılması

kurumun kendini tanımasına yardımcı olmaktadır(Çolak ve diğerleri, 2000: 123).

Sağlık kurumları daha fazla müşteri odaklı düşünce tarzını yakalamaya çalışarak sağlık hizmeti sunduğu kişilerin beklenti ve gereksinimlerini karşılayarak kullanıcıların tatmin düzeyini yükseltmeyi hedeflemiştir. Hasta tatmini her sağlık kurumunun arzuladığı en önemli bir çıktıdır(Akgün ve diğerleri, 1999: 78). Hasta tatminini etkileyen en önemli faktörlerin çıktılardan memnuniyet, hizmetin sürekliliği, hasta beklentisi ve hasta-sağlık personeli ilişkisi olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur(Kısa ve Dziegilewski, 1999: 14).

3.3.1. Kullanıcı Gereksinimleri

Hastane binalarının kullanıcıları üç ana grupta toplanabilir:

1. Yönetim: Bu grup, hastane sahibi veya sahipleri ve hastane yönetiminde çalışanlardan oluşmaktadır.
2. Tıbbi personel: Bu grupta, doktorlar, hemşireler, teknisyenler, hasta bakıcılar ve hasta bakımıyla ilgilenen diğer personel bulunmaktadır.
3. Hasta ve hasta yakınları: Bu gruba, yatılı veya ayakta bakılan hastalar ve hastaneye sağlığı ile ilgili bir konuyu danışmaya, bilgi almaya veya sağlıklı olma halinin devamını sağlamak için kontrol, eğitim ve toplantılara katılmaya gelmiş kişiler ve bu kişilerin aileleri ve yakınları dâhildir(Taşerimez, 2008).

Kullanıcıların amaçlarına ulaşmak için yapmak durumunda oldukları eylemleri gerçekleştirebilmeleri için ihtiyaç duydukları ve sağlanması gereken çevre şartlarına kullanıcı gereksinimleri denir(Çivi, 1988: 54). Bir sağlık merkezinden beklenen, hastaların temel gereksinimlerine en iyi şekilde karşılık verebilmesidir(Arcan, 1980: 42).

Kullanıcı gereksinimleri, kullanıcının bir mekân içinde yaşamını toplumsal, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara uğramadan sürdürebileceği ve yaptığı işlerde verimli olmasına yardım edecek olanakları sağlayan çevre koşulları olarak da tanımlanabilir. Kullanıcı gereksinimleri; kullanıcıların birçok

açından(fizyolojik, toplumsal, psikolojik vb.) rahatsızlık duymadan yaşamlarını sürdürmelerine ve yaptıkları işlerde verimli olmalarına yardımcı olan tüm çevresel ve toplumsal koşullardır(İnceoğlu, 1982: 44). Kullanıcı gereksinimleri; kişisel veriler ve gözlenemeyen-soyut kavramlardır, onun izlenebilen - somut görünümü insanların mekân içindeki davranışlarıdır(Erkan, 1982: 65).

Maslow,(1971) yalından karmaşığa doğru ve kişinin davranışları açısından aşamalı bir özellik gösteren gereksinimlerin belirli bir hiyerarşi içinde sıralandığını belirterek alt düzeydeki gereksinimler karşılanmadan, üst düzeydeki gereksinimden etkilenilmeyeceğini açıklamıştır.

(Maslow), bu gereksinimleri aşağıdaki biçimde sıralamıştır:

- Varlığını sürdürme, bunun için de beslenme, barınma ve neslini devam ettirme gibi fizyolojik gereksinimler,
- Kişisel güvenlik ve belirli bir düzen ve değişmezlik gereksinimi,
- Topluluk içinde yasama, topluluğun diğer bireylerinin desteğini ve sevgisini kazanma gibi, bir topluluğa ait olma gereksinimi,
- Bir statüye sahip olma, kendine saygı ve diğerlerinden saygı görme isteği ve gereksinimi,
- Kendini geliştirme, topluluk içinde farklılaşma ve başarılı olma gibi kendini gerçekleştirme gereksinimi.

Günümüzde mekânın insan davranışları ve gereksinimleri üzerinde olumlu etkisinin sağlanması, mimari tasarımda mekânın fiziksel özelliklerinin ihtiyaç ve gereksinimleri karşılayabilmesiyle gerçekleşebilmektedir(Taşerimez, 2008).

Sağlık bakımının verildiği ortamlarda, kullanıcı gereksinimlerinin karmaşıklığı, diğer bina türlerine göre en üst seviyededir. Hastane binalarında, hastalar için rahatlatıcı mekânlar tasarlarırken, bu mekânları aynı zamanda personel için de işlevsel hale getirmek, yaşanan en büyük zorluklardan birisidir(Ergenoğlu, 2006). Hasta beklenti ve gereksinimlerini etkileyen birçok değişken vardır. Ancak değişkenlerde hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin temel olan üç özellik vardır: (Atlı ve diğerleri, 2000: 44).

- Hastaya ilişkin özellikler: Hasta beklentileri, hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlerine bağlı olarak değişebilir. Ayrıca değişen değer yargıları, hizmet sunan örgütün performansı yeni beklentiler yaratabilir. Kişilerin demografik özellikleri de hasta beklentilerinin ve gereksinimlerinin karşılanması üzerinde etkili olmaktadır. Eğitim, yaş, cinsiyet, hastanın sağlık durumu gibi faktörler, kendi sağlığını algılayışının etkili faktörleri olarak göze çarpmaktadır.
- Hizmet verene ilişkin özellikler: Personelin kişilik özellikleri hastaya davranışını etkiler. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasını sağlamaktadır. Hastaya 'hasta' olarak değil de, 'birey' olarak davranılması, sorulara emin olarak cevap verilmesi, hastanın doktor ile sorunlarını paylaşabilmesi, doktorun nezaketi, kolay ulaşılabilirliği gibi özellikleri nedeniyle doktorluk hizmetlerinin hasta tarafından algılanışının çok önemli olduğu birçok kaynakta gösterilmektedir.
- Fiziksel ve çevresel faktörler ya da kurumsal özellikler: Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, yiyecek ve diyet hizmetlerinin kalitesi, kurum ödemeli ya da para ödemeli gibi kurumsal faktörler hasta beklentileri üzerinde etkili faktörlerdendir.

Birçok hastanede, teknolojinin kullanımı ve hastane organizasyonundaki hızlı ve sürekli değişim ile bağlantılı hastane binalarının kullanılabilirliğinde farklı yaklaşımlar gözlenmektedir. Var olan binalarda, yeni gereksinimler ve kullanıcı gereksinimlerine göre adapte edilmesinde zorluklar ortaya çıkmaktadır. Hastane binalarının nitelikleri, örgütsel, operasyonel ve teknik değişimleri kabul edebilmesine bağlıdır(Jenso ve Haugen, 2005: 65).

Hastane binaları, hızlı değişimler ve trendlerden etkilenmektedir. Hastane binalarının tasarım ve planlaması, toplumun görünümünü, kişiliği, her seviyedeki hastayı, tüm konsept ve kentsel planı, hasta ve personelin yakın

çevresi içinde yansıtır. Son yıllarda, hastane, oluşumu nedeniyle kültürel ve ideolojik görünümde içinde, değişen bir trend ortaya çıkmakta ve hasta, hasta hakları ve katılımları üzerine artan bir odaklanma söz konusu olmaktadır(Jenso ve Haugen, 2005: 66).

Kullanıcı gereksinmelerini aşağıda görüldüğü gibi sıralama olanağı da vardır(Beyazıt).

- Teknik Gereksinmeler
- Çevre Gereksinmeleri
- Psiko-sosyal Gereksinmeler

3.3.1.1. Kullanıcıların Teknik Gereksinmeleri

- Strüktürel
- Kullanma güvenliği
- Hırsıza karşı
- Afetlere karşı
- Yangın

Strüktürel (Taşıma) Güvenliği

Binanın ayakta durması statik ve mukavemet açısından kullanıcıların eylemleri sırasında meydana getirecekleri yükleri ve doğadan gelen yükleri karşılamakla ilgilidir(Çivi, 1988: 34).

Kullanım Güvenliği

Oturma olanaklı ve diğer tip banyolarda mutlaka tutunma çubukları bulunmalı, acele çağırma ve meşgul sinyalleri düzenlenmelidir(Çivi, 1988: 34).

- Hasta ölüm ve koleps halleri nedeniyle bütün tuvalet kapıları dışarı açılır.
- Tuvalet kapıları dışında hiçbir kapı koridora açılmamalıdır.
- Banyolarda hemşire çağırma düzeni tertiplenmelidir.

Hırsızlara Karşı Güvenlik: Hırsızlara karşı, yabancıların girmesi açısından güvenlik önlemi alınmalıdır.

Afetlere Karşı Güvenlik

Afetlere karşı güvenlik; deprem, ani şiddetli titreşim ve yüklere karşı kullanıcıların can güvenliğinin korunması amacıyla binaların taşıyıcı sistemi ve bileşenlerinin dayanıklılığı ile ilgilidir(Çivi, 1988: 34).

Yangına Karşı Önlemler

Yangına karşı önlemler; yangın, deprem gibi belirsiz zamanlarda oluşan bir afettir. Kullanıcıların, yanan binadan sağlıklı olarak uzaklaşabilmeleri için gerekli çözümler göz önünde bulundurulmalıdır(Çivi, 1988: 34).

3.3.1.2. Çevre Gereksinimleri

Çevre gereksinimleri herhangi bir eylemin çevre koşulları açısından rahatsızlık yaratılmadan yerine getirilmesi için gerekli olan şartlardır. İnsanın bulunduğu çevreden beklentilerini ifade etmektedir. Bu beklentiler bulunduğu çevrede konfor koşullarının sağlanmasıyla gerçekleşmektedir. Konfor koşullarının yanında içinde bulunan mekânın kullanıcı ile boyutsal olarak ilişkisi ve kullanılan mekânların birbiri ile olan ilişkisini kapsamaktadır. Çevre gereksinimleri fiziksel çevre ve mekânsal çevre gereksinimleri olarak iki gruba ayrılmaktadır:

- Fiziksel Çevre Gereksinimleri

- Isısal gereksinimler
- İşitsel gereksinimler
- Görsel gereksinimler
- Sağlık gereksinimleri

Fiziksel çevre gereksinimleri içinde ısısal, işitsel, görsel, sağlık gibi dokunmaya ilişkin gereklilikler ele alınmıştır. Isısal gereksinimleri belirleyen veya etkileyen çevre koşulları: hava sıcaklığı, düşey sıcaklık farklılıkları, hava hareketi, havanın değişim miktarı, rölatif nem, ısınımsa sıcaklık vb. Görsel

açından uygun çevre koşulları, yeterli aydınlık seviyesinin temini, parlaklık ve renk görüntülerinin dikkatle planlanmış olması, iyi bir modelleme ve doku çalışması, parıltı ve kamaşmanın kontrolü gibi etkenlere bağlıdır(Çivi, 1988: 27).

Sağlık gereksinimleri; çevreden beklenen koşullardan biri de çevrenin kullanıcı sağlığına zarar vermeyecek nitelikler taşımasıdır. Bu gereksinimler temiz su temini, pis suların atılması, çöp ve diğer artıkların yok edilmesi, mikroplara ve haşerelere karşı koruma olmalıdır(Çivi, 1988: 27).

İşitsel gereksinmeyi belirleyen temel öge gürültüdür. Gürültü, istenmeyen ses olarak tanımlandığına göre, psikolojik bir nitelik de taşımaktadır. Gürültü kaynakları; servisler, ekipman ve kullanıcı olarak tanımlanan iç gürültüler ve trafik, endüstri, kullanıcı olarak tanımlanan dış gürültüler olarak ayrılmaktadır. Gürültü kontrolü ise, arka plan gürültüsünün ayarlanması ve gizliliğin elde edilmesi temel prensipleriyle mümkün olmaktadır. Gürültü, her kişiye göre değişebildiği gibi; insanın sağlık durumuna, o anki psikolojik ortamına göre veya belirli bir zaman birimi içinde değişiklik gösterebilir(Çivi, 1988: 27).

- Mekânsal Çevre Gereksinimleri

Mekânsal kullanıcı gereksinimlerinde; ölçü, biçim, sayı, boyutlar açısından gereksinimler ele alınmakta, mekânlar arası ilişkiler, mekânlardaki yoğunluk sorunları, mekân üniteleri ve yardımcı araçlara ilişkin gereksinimler incelenmektedir(Taşerimez, 2008).

Eylem sayısı, eylemin yapılış biçimi, eylem sırası gibi eyleme ilişkin faktörler, antropometrik ölçüler, yas, cinsiyet, kullanıcı sayısı, zaman içinde kullanma, duygusal ve algısal boyutlar gibi kullanıcıya ilişkin faktörler ve ekipman sayısı, cinsi, boyutları, enerji kullanımı gibi ekipmana ilişkin faktörler olarak belirlenebilecek bu üç faktörün karşılaştırılmaları sonucu, kullanıcının mekân gereksinimi bulunmaktadır(Bekan, 1972: 22).

Hastane tasarımında araştırılan bir unsur, hastane departmanlarının arasındaki trafiği en aza indirecek şekilde, diğer departmanları yerleştirmektir. Farklı trafik yoğunluklarının ve ses seviyelerinin kabul edilebilirliği, mikropsuz bir ortam, hasta gizliliği ve denetim kolaylığı gibi faktörler tasarım sürecinde dönüm noktasıdır(Delon, 1970: 85).

Hastane tasarımında, kullanıcı gereksinimleri doğrultusunda, fonksiyonlara göre kat yükseklikleri tanımlanmıştır ve hastane dış ortamı fonksiyonun estetik durumu haline gelmiştir(Blumenkranz, 1966: 171). İyi bir işlevsel tasarım, hastane estetik tasarımını geliştirmelidir(Bonnet, 1966: 44). Bina, işlevler arası bağlantıda, insanların dolaşımında, kullanım ve mekânda verimli olmalıdır. Tasarım, uygun mekân standartlarını yansıtmalı, karşılanmasına ihtiyaç duyulan bütün teknik standartları içermelidir(Ergenoğlu, 2006: 63).

3.3.1.3. Psiko-Sosyal Gereksinimler

Bir eylemin psikolojik herhangi bir rahatsızlık duyulmadan yerine getirilmesi için gerekli çevre koşulları olarak tanımlanabilir. Psiko- sosyal gereksinimler, mahremiyetle ilgili, davranışsal ve estetik gereksinimler olarak gruplanabilir(Çivi, 1988: 49).

Mahremiyetle İlgili Gereksinimler: Hastane mekânlarında, hem görsel, hem akustik mahremiyetin sağlanmış olması önemlidir. Hasta oda ve yataklarının mahremiyetlerinin sağlanmış olması önemlidir(Ergenoğlu, 2006: 28). sitsel (akustik) mahremiyet arka plan gürültüsü ve komşu hacimler arasındaki ses geçişi olarak belirlenebilir. Görsel mahremiyet ise bazı eylem alanlarının, diğer eylem alanları tarafından görülmemesidir(Çivi, 1988: 75).

Davranışsal Gereksinimler: Eylemlere ilişkin davranış boyutları olarak bilinen ve kültür grupları arasında farklılık gösteren gereksinimlerdir. Bireyin çevreyi algılayışı, çevreye karşı gösterdiği davranışlar, davranış kalıpları, motivasyonları ve içgüdüleri açısından çeşitli konuları kapsamaktadır(Nigan Beyazıt, Ders Notları Bilgi Toplam ve İşleme, İTÜ, s:33).

Estetik Gereksinmeler: Yapay çevreden beklenen, estetik ve anlamsal gereksinmeleri kapsamaktadır. Estetik gereksinmeler, kullanıcının ait olduğu kültür gruplarının bina içerisinde yer alan mekân, mekân elemanları ve ekipmanın renk, form ve tekstürüne ilişkin istek ve beğenileri olarak ifade edilebilir(Nigan Beyazıt, Ders Notları Bilgi Toplam ve İşleme, İTÜ, s:34).

Psikolojinin hasta tedavisinde, bazen %50 ye yaklaşan etkisi de; bu faktörün hastanelerde ve özellikle hasta yatak odalarında ele alınması gerekir(Askun, 1971). Hastanın hem fonksiyonları hem de ruh ve vücut arasındaki uyumları tahrip olmuştur. Hastanın çevresinde doğru olarak kullanılan renkler, hastanın yeniden sağlığına kavuşmasına tek başına bir etmen değilse de, yeni bir geçişin yardımcıdır. Bugüne kadar yapılmış olan uygulamalarda, monoton renklerin hastayı üzdüğü, fazla hareketli renklerin ise hastayı rahatsız ettiği anlaşılmıştır(Çivi, 1988: 42).

3.3.2. İnsan - Mekân İlişkisi

Fiziksel olarak mekân; sınırlandırılmış bir boşluktan ibaret (Bilgi,2007) olup, içinde yaşayan kullanıcıların fizyolojik, psikolojik ve toplumsal gereksinmelerini karşılayan bir uzay parçasıdır(Schulz, 1971: 11).

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre mekân; (www.tdk.gov.tr, 2007)

1. Yer, bulunulan yer.
2. Ev, yurt olarak ifade edilmektedir.

Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü ise mekânı (www.tdkterim.gov.tr, 2007)

1. İnsanı, çevreden belli bir ölçüde ayıran ve içinde yaşam etkinliklerini ve eylemlerin sürdürmesine elverişli, toprak, hava ve sudan oluşan çevre.
2. Gözlem, gözlem simgeleri ya da çizgelerin içinde konum kazandığı üçboyutlu çerçeve biçiminde tanımlamaktadır.

Mekân, insanlar tarafından gereksinimlerini karşılamak üzere fiziksel çevreyi gerekli oranda sınırlandırıp, belirginleştirerek yaratılan ve insanlar tarafından içine girilerek kullanılan, fiziksel öğelerin yanında algısal öğeleri de

kapsayan bir uzay olarak tanımlanmaktadır. Mekân, insanın çevresi ile etkileşimini sürdürmek amacıyla oluşturduğu ortamdır ki bu ortam; ilk çağlardan beri, insanların içinde buldukları durum ya da eylem için uygun olmayan ortamların etkisinden, olanakları çerçevesinde kurtulma çabasıyla gerçekleştirilmiştir. Fizyolojik gereksinimlere göre ısı, ışık, ses, renk, koku gibi çevre etkenlerinin dengeli bir biçimde katılımıyla meydana gelen fizik ortam ile psikolojik ve toplumsal gereksinimlere yanıt verecek biçimde dengelenmesinden meydana gelen moral ortamdan oluşmaktadır(Alp, 1993: 85).

Mekânın mimarlığın temeli olduğunu söyleyen Zevi'ye göre mekân olgusu sadece mimarlıkta somut gerçekliğini bulmuş ve kendine özgü karakter oluşturmuştur. Mimarlığın tarihi öncelikle mekânsal kavramların tarihidir. Mimarlığın yargılanması yapının iç mekânının yargılanmasıdır. Mimarlık sadece bir sanat, yaşam kavramlarının yansıması veya yaşam sistemlerinin bir portresi değildir. Mimarlık çevredir, yaşamımızın ortaya çıktığı bir sahnedir. Yine Zevi'ye göre bir yapıyı anlatmak için kullanılan plan, kesit ve görünüşler mimarın üç boyutta, yükseklik, genişlik ve uzunluk için verdiği ölçülebilir değerlerden başka bir şey değildir. Bunlar bir yapıyı tanımlayan şeylerdir. Bunun yanında insanın içinde bulunduğu “mekân” vardır(Zevi, 1957: 127).

Gür'e göre mekân, ancak ürünün kendisinde anlaşılabilir. Yaşanılan bir niteliğe sahip olan mekânın kendine ait izlenimler veya ifade edilmiş oluşumlar, bitmiş nesnede anlamını bulur. Hiçbir çizim, model ya da oluşum, mekânın bitmiş halinin verdiği izlenim ve etkiye sahip olamaz. Çünkü mekânı oluşturan çeşitli bileşen ve öğeler, mekânsal oluşumda çok farklı roller üstlenmekte, mekânın bütün etkisi üzerinde önemli olmaktadırlar. Mekân bileşen ve öğeleri mekânsal oluşumda sınırlayıcı, belirleyici, yönlendirici, odaklayıcı, süreklilik sağlayıcı, anlam taşıyıcı, birleştirici, ayırıcı roller üstlenir. Bu roller gözlemciye o mekânın kavranabilmesi için gerekli ipuçlarını verir(Gür, 1996: 53).

Roth insanın mekân anlayışının diğer varlıklarınkinden farkını şu şekilde ifade etmektedir. Yapı yapan diğer varlıkların aksine insanlar, yapı yaparken düşünürler. Bu nedenle insanın yapı eylemi bilinçli ve düşünsel, sayısız kararları ve seçimleri cisimlendiren bir eylemdir. Bunlar insanın yapılarını diğer

varlıklarından ayıran özelliklerdir, çünkü insan haricindekiler bunları genetik programlarının sonucu olarak yaparlar. İnsanlar ise bir gereksinimi karşılamak için yaparlar, ama bunu yaparken bile, değerlere ve duygulara anlatım kazandırır. Bu hem müşteri hem de mimar tarafından bilinçli olarak yapının içine katılmış ve açıkça anlaşılan bir mesaj olabildiği gibi, şifresi ancak daha sonraki bir gözlemci tarafından çözülebilen bilinçdışı ya da bilinçaltı bildiri de olabilir(Roth,2002: 96).

Kahvecioğlu, farklı tariflerin sentezinden mekânla ilgili olarak su tespitlere ulaşmaktadır.

1. Mekân, boşluk içinde sınırlama ile tanımlanabilen boşluktur. Algılanabilir sınırları vardır. Bu sınır her zaman maddesel çeperlerden oluşmak zorunda değildir. Mekân, çevresinden, duyularla fark edilebilirliği ile tanımlanan ortamdır. Buna göre madde olarak var olan çeperlerin yanında, insanın duyuları yolu ile algılayabileceği ışık, renk, hava akımı, vb. özelliklerin oluşturduğu, çevresel mekândan ayrılan ortamlar da “mekân” olarak tanımlanabilir(Kahvecioğlu, 1998: 96).

2. Mekânın varlığı, insanın varlığı ile mümkündür. Bunun en temel gerekliliği, mekânın insan gereksinimlerinden dolayı var olmasının yanında, algılayıcı konumundaki insana ihtiyaç duymasıdır. İnsanın varlığı mekânın ön koşulu olunca, mekân insan yaşamına ait özelliklerle bütünleşik olarak var olmaktadır(Kahvecioğlu, 1998: 96).

3. İnsan tarafından algılanan ve içinde yaşanan “mekân”, var oluş nedeni ile sınırlı bir fonksiyonelliğin ötesinde, insan yaşamından yansıttıkları ve kuşaktan kuşağa aktardıkları ile insan kültürünün bir parçasıdır(Kahvecioğlu, 1998: 96).

3.3.2.1. İnsan, Mekân ve Davranış İlişkisi

Mekân içindeki insanın, mekân ile arasında bazı etkileşimler oluşacaktır. Sullivan, insanın mekân ile etkileşiminin ara kesitinde bulunan mimarlığın görevinin, mekâna bu etkileşim sonucu oluşan insansı özellikleri kazandırmak olduğunu anlatmıştır. “Mimarlığın görevi, bina malzemelerine canlılık getirmek;

düşünce ve duygu ile bir arada onlara hayat vermek ve sonuçta öznel bir değer kazandırmaktır” (L.Sullivan).

Schulz da bu ara kesitte yer alan mimarlığın tanımını yaparken insanın mekânda bulunmasının, bu sonucu oluşturduğunu ifade etmiştir. “Mimarının devamını, sürekliliğini sağlayan mekân; bina içinde kişi tarafından algılanan mimarlıktır. Statik ve durağan bir kavram olarak mimarlık, zamana ve mekâna bağlı olarak değişebilmekte, canlılık ve hareket kazanmaktadır. Mimarlık, insan ile dünya arasında var olan çevrenin ötesine uzanan bir imgenin somutluk kazanmasıdır” (Schulz, 1971: 85).

Füeg insan-mekân etkileşiminde, insanı mekânsız düşünemeyeceğini, mekânı etkileyen en önemli etken olduğunu belirtmektedir. İnsan, bir birey olarak dünyaya gelmiş ve ona bu bireysellik bağlamında bir yaşam biçimi sunulmuştur; bununla birlikte insan, toplumsallaşmak, çevresi, kültürü ve çağı ile bütünleşmek dürtüsünü taşıyan dinamik bir varlıktır. Bu çevre içerisinde, insanın toplumsal bir varlık olarak kendisini ifade edeceği, iletişim içerisine gireceği çevresi mekândır. İnsan mekânın etkenidir. Bir yapı, mimarlığı insanlarca algılanmaksızın var olabilir; oysa mimarlık ancak yapı ve algılayabilen insan ile var olabilir(Füeg, 1980: 67).

Göka, basta insan için bir şey ifade etmeyen mekânın, sonradan insan ile etkileşime girerek, insanda farklı duyguları ortaya çıkaran bir nesne haline dönüşebileceğini anlatmıştır. İnsanın taşıdığı mekân duygusu, yani insanla mekân algılama yeteneği cansız birçok varlığı da canlı organizmalar gibi yasayan varlıklara dönüştürüyor. Sözgelimi, ilk bakışta ev veya onun bir bölümü insan için cansızlardan herhangi bir cansızken, bir süre sonra tavan şefkatle insanın üzerini örten bir anneyi, duvarlar da insanı koruyan, kollayan bir kardeşi çağrıştırarak canlanıyor(Göka, 2001: 21).

Eylemleri gerçekleştirecek insanın var olmasıyla mekân anlam kazanmaktadır. Mekânın yaşanılabilir olmasıyla birlikte, kullanıcının eylemlerinin yerine getirilebilmesi söz konusu olmaktadır. Mimari mekânın amacı, kişilerin gereksinimlerini karşılamaktır. Kişiler, gereksinimlerini

karşlamak amacıyla bir takım davranışlarda bulunurlar. Mekânın kullanıcı gereksinimlerinden doğan eylemlere göre uzmanlaşması gerektiği düşünülebilir. Gereksinimlerin belirlediği eylem ve eylem grupları, mekânın nicel ve nitel karakterini saptamaktadır. Belirli eylemlerin, belirli mekânlarda yerine getirilmesi için mekânın bu eylem ve eylem gruplarına göre düzenlenmesi gerekmektedir(Alp, 1993: 88).

Canter ise, insan ve mekân arasında oluşan, birbirini şekillendirme eyleminde iki farklı sürecin önemli olduğunu ifade etmektedir. İnsan-mekân etkileşim sistemi, birbirini dengeleyen iki süreçten oluşmaktadır. Birinci süreç mekândan etkilenen insanın davranışlarındaki değişiklikleri ölçmek, ikinci süreç ise davranışlarla ortaya çıkan yeni gereksinimlere göre yapının özelliklerini değiştirmektir. Bu iki süreç arasındaki denge insan mekân ilişkisinin niteliğini belirlemektedir(Canter, 1974: 55).

İnsan, mekân ile etkileşiminde hem bir fiziksel obje hem de yasayan bir organizmadır. Bir taraftan kendi gereksinim değer ve isteklerine göre mekânını değiştirmekte, diğer taraftan da mekândan kaynaklanan kişilik ve ruhsal yapısını etkileyen yeni gereksinimlere sahip olmaktadır(Aydınlı, 1986: 47).

İnsan gereksinimleri, mekân içinde yasayan kullanıcının toplumsal ve davranışsal rahatsızlıklara uğramadan, belli bir hoşlanma duyarak, eylemlerini verimli bir biçimde sürdürebileceği ortamı sağlayan çevre koşullarıdır(Balkan, 1976). Çoğu kez gereksinim ile istek kavramları birbirine karıştırılmaktadır. Aynı anlamı veriyormuş gibi kullanılmaktadır. Hal bu ki gereksinme bir gereği, bir zorunluluğu belirtmekte, bir mekânın taşıyacağı en az nitelikleri tanımlamaktadır. Bu niteliklerden verilecek bir ödün, bir rahatsızlığın nedeni olacaktır. Öte yandan istek kavramı daha çok öznel bir değer olup kullanıcının sınırsız nitelikte ve nicelikte olabilecek amaçlarını tanımlamaktadır(Ertürk, 1977: 41).

Birey ve toplulukların eylemlerini etkin bir biçimde yerine getirebilmeleri için gerekli minimum koşullara gereksinim denir. Bir şey için duyulan gereklilik gereksinimdir. İstek ise bir şeye duyulan eğilim, arzudur.

Kullanıcı gereksinimlerinde hareket noktası insanların istekleridir(Bolak, 1988: 74).

Gerek çevrenin insanlar üzerindeki etkinliği, gerekse insanın çevresi üzerindeki etkinliği kapsamında ele alınan, ikili bir etkileşim sistemi olan, insan-çevre etkileşim sistemi, psikolog ve mimarlar tarafından değişik açılardan ele alınmaktadır. Herhangi bir çevre içinde insan, yasayan bir organizma olmakla beraber aynı zamanda fiziksel bir objedir. İçinde bulunduğu çevrenin bir elemanı olarak ona karşı tepkide bulunmakta ve o çevre tarafından yönlendirilmektedir. Kendi gereksinmesinde, değer yargısına ve isteklerine göre çevresini değişime sokarken değişmiş çevrenin kişilik ve ruhsal yapısını etkilemesi ile yeni gereksinmelere sahip olur(Aydınlı, 1986: 77).

Davranış basit anlamda organizmanın yaptığı şeydir. Yalnız yapılanların tümü davranış olmadığı için (büyüme gibi) sinirsel ve kassal faaliyetlerin eşgüdümlü bir dizisi biçiminde de tanımlanabilir. Bu faaliyetler çevredeki değişikliklere tepki olarak ortaya çıkmakta ve bütün vücut ya da vücudun bir parçası olarak görülmektedir. Davranış bir organizmanın değişik çevre şartlarına ve bir çevredeki değişmelere kendisini uydurabilme yollarından biridir(Baysal, Tekarslan, 1987: 140).

Araştırmalar davranışın gereksinimlerden kaynaklandığı düşüncesini ortaya koymaktadır. İnsan gereksinimlerinin anlaşılabilmesi için, mekânı kullanan insanların davranışlarının ve bu davranışları oluşturan nedenlerin bilinmesi gerekmektedir(Arcan, Evcı, 1999: 45). Günümüzde mekânın insan üzerinde etkisini anlamaya çalışan davranış bilimci mimarlar, insan davranışındaki farklılıkları, mekânın büyüklüğü, yapısı, aydınlatması ve mekânın diğer kullanıcıları birlikteliğinde anlamaya çalışmaktadırlar(Başkaya ve diğerleri, 2005). Esigök de davranışın gereksinimlerden kaynaklandığı düşüncesine katılmıştır. Davranışın kaynağı gereksinimdir. Gereksinimin eksikliğini gidermek için organizmada beliren güce dürtü, gereksinimi gidermek için belirli yönde etkinlik göstermeye güdü, güdülenme neticesi ortaya çıkan sonuca davranış denir(Esigök, 1986). İnsanlar, aslında yaşamlarının büyük bir bölümünü yapılar içerisinde geçirmek durumundadırlar. Fakat tasarlanan

yapılanmış çevrelerin insan davranışlarını etkilediğine yönelik çalışmalar yok denecek kadar azdır(Başkaya ve diğerleri, 2005: 65).

Balkan, gereksinimlerin insan davranışları üzerindeki etkisini vurgularken, mimarların insan davranışlarında meydana gelen değişimlere önem vermesi gerektiğini anlatmıştır. Mekân içindeki davranış biçimlerinin insan gereksinimlerini karşılamaktan kaynaklanması, araştırmaların büyük bir kısmının insan gereksinimlerinin üzerinde toplanmasına neden olmuştur. Mekân düzenlemesi ve davranışlar arasındaki ilişkiler de unutulmamalıdır ki; bu ilişki kapalı ve bitmiş değil, aksine insan gereksinimlerinin karşılanması etrafında dinamik bir ilişkidir. Öte yandan, binalar geleceğe yönelik işlevlidirler; o halde, mimara düşen görev davranış değişmelerini dikkate almak olacaktır. Hatta bazı durumlarda, mimari tasarım sonucu oluşan mekân ve çevreler toplumdaki sosyal davranışlar üzerinde değiştirici nitelik gösterir(Balkan, 1976: 75).

Mimarlıkta insan davranışının anlaşılabilmesi için faydalanılması gereken bilim dalları, Cüceloğlu tarafından sıralanmıştır. “İnsan davranışını oluşturan biyolojik temelleri, tıp biliminin değişik dallarındaki gelişmelerle anlama imkânımız olmaktadır. Tıp biliminin, fizyoloji, nöroloji gibi dalları ile psikoloji ve davranış bilimleri arasında sıkı bir bilgi alışverişi vardır. Sinir sistemi ve iç salgı bezlerinin yapı ve işleyişinin davranışı nasıl etkilediğine bakmak yararlı olacaktır” (Cüceloğlu, 2004: 25).

Lang, insan davranışının çeşitli çevresel etkenlere bağlı bulunduğunu ve bu konuda ortaya koyulan teorik yaklaşımları anlatmıştır. “İnsan davranışı, zihinsel ve mekânsal, niyet ve alışkanlıklarımızla olduğu kadar içinde bulunduğumuz fiziksel ve sosyal dünyadaki imkânlarımıza da bağlıdır. Niyetler, bir davranışın arzulanması, algılanan sonuçları ve kişinin altında bulunduğu toplumsal baskı gibi sahip olduğumuz semaların karışık fonksiyonlarıdır”(Lang, 1987: 110).

Balkan’a göre bir mekânın temel karakteri, yüzeylerin, fiziksel özelliklerin ve içindeki elemanların nitelikleri ile açıklanabilir. Bunların karakter

ve durumu doğrudan insanın kontrolüne bağlıdır; bunların oluşumu, kişilerin sezgilerinde ve onunla ilişkili davranışları üzerinde etkilidir(Balkan, 1976: 47).

Mekân insanı yalnızca sosyal ve psikolojik yönden değil, fiziksel yönden de etkiler. Solunan havadan, içilen suya kadar her şey içinde bulunulan mekânın insanın üzerindeki etkisini hissettirmektedir. İnsan mekânın bütün fiziksel özelliklerini bünyesinde taşıdığına göre, mekânla arasındaki etkileşimi eksik algıladığında bünyesinde rahatsızlıklar bas göstermektedir. Dahası, mekânda oluşan derin yaralar insanda tedavisi mümkün olmayan rahatsızlıklara yol açmaktadır(Göka, 2001: 61).

3.3.3. Hastane Binalarında Müşteri (Hasta) ve Mekân İlişkisi

İnsanlar, içinde buldukları çevre ile etkileşime girerek; hareket, düşünce veya amaçlarının, çevre tarafından nasıl etkilendiğini kendi deneyimleriyle bilmek isterler(Gehl, 1987). Çevre; bireyin psikolojisini etkileyerek, engeller yaratabilir, dikkat dağıtıcı olabilir, kişiyi rahatsız edebilir, mutluluk veya zarar verebilir. Bu, bireyin özellikle duygusal stres veya hassasiyet içinde olduğu ortamlarda daha da belirleyici olabilir(Ergenoğlu, 2006: 47). Her bireyin yaşamını sağlıklı ve mutlu sürdürebilmesi için fizyolojik ve duygusal temel gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Bu temel gereksinimlerin karşılanabilmesi için organizmanın, sürekli ilişkide bulunduğu dinamik bir ortam olan güvenli bir çevre gereksinimi vardır. Çevre ile insan arasındaki etkileşim sürekli, karşılıklı ve kendiliğinden olup; aydınlatma, ısı, nem, havalandırma gibi ögeler fiziki çevreyi oluşturur ve insan sağlığını olumlu yönde etkiler (Sabuncu ve arkadaşları, 1991: 22).

Toplum sağlığı açısından sağlık yapılarının birincil önceliği; doğru teşhis ve bakımın yapılabileceği fiziksel ve mekânsal özellikleri taşıyor olmasıdır(Dalke ve diğerleri, 2005). Sağlık yapıları, yaşamın başlayıp sona erdiği, yaşamın iyileştirildiği son derece gizemli mekânlardır. Bu bilgiler ışığında bakıldığında; sağlık yapılarının, farklı fonksiyonlara (teşhis tedavi) hizmet etmesi, kullanıcıların farklı yaş gruplarından oluşması ve mekânın psikolojik olarak huzursuzluk veren bir ortam olarak bilinmesi kullanıcı

gereksinimlerini belirleme çalışmalarını, diğer mekân kullanımlarından (alışveriş, okul, v.b.) daha zor ve karmaşık bir hale getirmektedir(Lemprecht, 1996: 50).

Sağlık sistemleri içinde en karmaşık fiziksel yapıya sahip olan tesisler hastanelerdir. Bu karmaşıklık çeşitli fiziksel ihtiyaçlara gereksinim gösterir. Fiziksel ihtiyaçlar; kullanıcı eylemlerinin etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için sağlanması gereken koşullardır ve hastane içerisindeki bölümler arasında farklılık gösterirler. Bu farklılıklar hijyen kuralları, havalandırma sistemi, aydınlatma ve nemlilik oranı, yapı malzemelerinin özellikleri, donatılar vb. gibi birçok alanda kendini gösterir(Topçu, 1994: 47). Hastaneler kişinin çevresindeki ortamla olan etkileşiminin özellikle çok önemli olduğu bir örnektir(Ergenoğlu, 2006: 36).

Shepley (1995), hastanın ruhsal durumu, birbirleriyle olan etkileşim, iletişim ve davranışlarıyla, fiziksel çevrelerinin ve donatıların düzenlenmesinin bağlantılı olduğu yolunda çalışmalar yapmıştır. Glod ve arkadaşları (1994), hasta odalarının rengi ve bitirme malzemelerinin, saldırganlık (sözel, fiziksel, kendine veya başkalarına yönelik) ve motor becerilerde karışıklık gibi sorunlarla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır.

Holahan'ın (1972), mekânlardaki oturma birimlerinin düzenlerinin, hasta davranışlarına sosyal veya asosyal, agresif veya agresif olmayan biçimlerde yansıdığı, hastaların mekânlarda kalış süreleri ile bağlantılı olduğu ve hatta mekânda tüketilen kahve miktarını etkilediği yönünde bir çalışması bulunmaktadır. Yine Holahan'ın, 1973'te yaptığı bir çalışmada ise hasta koşullarının fiziksel ortamının, sosyalleşme ve olumlu davranış biçimlerine yansıdığını tespit etmiştir. Leather ve arkadaşları (2003), bekleme alanlarının fiziksel yapısının, psikolojik durum ve memnuniyet düzeyi ile ilintili olduğunu vurgulamaktadırlar:

Hastane yapısının karşılaması gereken, sosyal, manevi, estetik, hayatın kalitesini arttırmaya yönelik, iyileştirici, rahatlatıcı, ölçü ve armoniye sahip, uyaran, tutarlı gibi kavramlar ve çizgi, biçim, ışık, malzemeler, renk ve dokuyla

ilgili istekler, tanımlanması zor olan isteklerdir. Hastane binalarının nesnel faktörlere (aydınlatma, ısısal, akustik gibi) göre tasarlanmasına olan eğilim yanında, yaşam kalitesi açısından istekler, umutlar ve hayaller gibi psikolojik kavramlar da önem kazanmaktadır. Amaç, insanların daha uzun yaşamasına ek olarak kendilerini daha iyi hissetmeleri ve yaşamlarından zevk almaları olmalıdır (Ergenoğlu, 2006: 25).

Hastane yapıları; hem sağlıklı hem de hasta olan, yani farklı fizyolojik yapıdaki insanların, farklı görsel konfor gereksinimlerini cevaplandırmalıdır(Bayar, 1994). İnsan sağlığı ile doğrudan bağlantılı olan sağlık yapılarında; aydınlatmanın önemi bir o kadar daha fazladır.

Sağlık yapılarında aydınlatma üç açıdan önem taşımaktadır:

- Uygun görme koşullarını sağlar
- Bulaşıcı hastalıkların yayılımını önler
- Psikolojik etki(Bayar, 1994).

Beauchemin ve Hays (1996, 1998), güneş alan ve almayan hasta odalarıyla, hastanede kalış süreleri ve ölüm oranları arasında belirgin bir ilişki olduğunu savunan çalışmalar yürütmüşlerdir. Benedetti ve arkadaşları(2001), doğuya bakan hasta odaları (direk alınan sabah güneşi) ve batıya bakan hasta odalarında kalan psikiyatri hastalarının, hastanede kalış sürelerini incelemiş ve doğuya bakan odalarda iyileşme süresinin daha kısa olduğunu tespit etmişlerdir. Eastman ve arkadaşları(1998), kıs depresyonunun, büyük oranda sabah ve akşam ışığı alan odalarla iyileştirildiği bir çalışma yürütmüşlerdir. Yoğun bakım ünitelerinde yürütülen bazı çalışmalar da, ünitelerde pencere bulunmamasının, hastalarda oryantasyon, uyku kalitesi, depresyon ve halüsinasyon görülmesi konularıyla bağlantılı olduğunu belirtmektedirler(Ergenoğlu, 2006). Aydınlatma, sadece görsel konfor koşullarını değil, bazı durumlarda mimari yapıyı da belirlerler. Örneğin, fazla gün ışığı almak için, hasta odalarının güney yönüne yerleştirilmesi, ya da boyutları büyük olan pencerelerin oluşturulması gibi(Bayar, 1994: 77).

Bir diğerk fiziksel etmen olan renk, yapıdaki işlevin, konstrüksiyonun ve estetiğinin bir parçasıdır ve kullanılan mekânlarda çalışmayı kolaylaştırıcı olarak rol oynamaktadır. Psikolojik etkileri sonucunda mekândaki işlevlere yardımcı olan bir öge olarak yapının karakterine göre değışmelidir. İnşa edilmiş yapay çevrenin işlevi, toplumsal gereksinmelerine dayalıdır. Birey ve çevresindeki yapısal ilişkiler, faydalanma işlevi, estetik işlev ve bilgilendirme işlevi gibi üç işlev türünden oluşan karmaşık işlevler tarafından tanımlanır. Rengin psiko-fiziksel etkileri kan basıncını arttırabilir, kanın ve mide salgılarının düzenini bozabilir. Tercih ettiği renklerin içinde olduğu bir çevrede birey, daha sağlıklı ve daha iyi bir durumda olur, istekle çalışır, arzu ile üretir. Bazı renkler dikkat yeteneğini arttırdığı gibi bazıları azaltır ve dağıtır(Kıran, 1987: 38).

Tablo 4. Renk Türlerinin Mekâni Meydana Getiren Ögelerdeki Psikolojik Etkileri

RENK	DÖŞEMEDE	DUVARDA	TAVANDA
Kırmızı	Kudretli, yarııcı	Yaklaşırıcı, huzursuzluk	Kasvetli
Turuncu	Hareketli	Sıcak	Tahrik edici
Sarı	Huzursuzluk verici	Tahrik edici	Aydınlatıcı
Yeşil	Sakinleştirici	Sarıcı çevreleyici	Koruyucu
Mavi	Davetkâr kurtarıcı	Uzaklaşırıcı, itici	Hayal verici
Kahverengi	Sağlam, durdurucu	Sabit	Sıkıntı verici
Mor	Kararsızlık rahatsız edici	Aşağılayıcı	Bunaltıcı
Siyah	Düşündürücü	Sakin, huzursuz	Ezici
Beyaz	Dokunma yabancılığı	Rahatlaticı, genişletici	Hafif, yükseltici

Kaynak: Kıran, 1987: 39

Doğru renk kullanımı yol ve yön bulma gibi konularda alan işareti oluşturmaktadır(Dalke ve diğerleri, 2005: 45). Hastane binası, kullanıcı dostu ve iyileştirici bir çevre yaratmalı, dışarıdaki manzaraları gören ve aydınlatma sisteminde estetik çözümler sunan iç mekânlara sahip olmalıdır(Ergenoğlu, 2006: 66).

Hastanelerde uygulanan renk stratejileri yol ve yön bulmada da kullanılmaktadır. Mimari çevrenin tanımını geliştirmektedir. Renk, mekânsal boşlukların, nirengi noktaları olarak kullanılan alanların, gidilecek yerleri tanımlayarak etkilerini güçlendirmektedir. Çalışmalar hastaların çevrelerindeki işaretlere takip ederek yollarını bulduklarını ortaya çıkarmıştır(Dalke ve diğerleri, 2005: 55).

Yön bulma kolaylığının nasıl sağlandığının ortaya konulması için yapılabilecek çalışmalar, mekân içerisinde insanın hareketinin irdelendiği davranış çalışmaları olmaktadır. Bu nedenle tasarım aşamasında mimar, kullanıcıların hastane yapılarında nasıl algıladıklarını ve davrandıklarını gösteren çalışmalara dikkat etmelidir, bu çalışmalar dış çevreden başlayarak, mekân dizilimlerine, mekânlar arası ilişkilere, uygun form, doku, renk gibi mekânsal uyarım elemanlarının kullanımına ve işaretleme sistemlerinin oluşumuna kadar her türlü tasarım parametreleri bakımından incelenebilmektedir. Hastane yapılarının tasarımında dikkat edilmesi gereken temel unsurlar yapıların algılanabilir yalınlıkta olmaları, fonksiyonların bir arada çözümlenmeleri, ortak kullanım elemanlarının ve mekânların kolay ulaşılabilir noktalarda konumlandırılmaları, bazı dikkat çekilmek istenen noktalarda özel tasarlanmış elemanların kullanımı ve renk, form, doku gibi ögeler aracılığıyla farklı işlevlerdeki mekânlarda çeşitliliğin sağlanarak görsel algılamının güçlendirilmesi şeklinde özetlenebilmektedir(Ünver, 2006: 46).

Gelişmiş ölkelerde hastane mimarisi başlı başına bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. Ölkemizde hastane mimarisi henüz gelişmiş değildir. Bunun sonucu olarak hastane binaları birer verimsizlik abideleri gibi karsımıza çıkar. Bu durum özel sektör hastanelerinin de çözümsüz bıraktığı en önemli sorunlarından biridir. Binanın güzelliği, iç açıcılığı, geniş ve ferah olması vb.

özellikleri yanında verilecek hizmete yetecek kadar alan ve hacim işgal etmesi ve hizmet sunmaya elverişli yani kullanışlı olması gerekmektedir. Ülkemizde resmi hastanelerin bilinen handikabı yanında özel sektör hastanelerinin birçoğunun da önceleri başka amaçla yapılmış binalardan bozma hastane oldukları gözlenmektedir. Hastane gibi son derece karmaşık bir hizmetin verildiği binaların başka amaçlı binalarda tadilat yapılarak verimli bir sekle sokulması mümkün değildir(Sur, 2001: 110).

Hastane binaları, iç ve dış mekânların düzenlenmesi, bina kabuğundaki mimari varlığı ile güvenilirlik, temizlik ve profesyonellik mesajı iletebilmelidir. Bina hastaya tasarım yoluyla konfor ve güvenlik gibi olumlu duygular iletebilirse, iyileşme sürecine katkıda bulunacaktır. Hastane binalarına, sağlıklı mimari örnekleri olarak bakmak doğal bir yaklaşımdır. Tanımları gereği, hastane binaları, kullanıcıların sağlıklarının iyi olmasını sağlamayı amaçlayan yapılar olmalıdırlar(Ergenoğlu, 2006: 35).

Hastane yapılarına yönelik sorunları proje aşamasında çözmeyi hedefleyen, yapı teknolojisinde en son yenilikleri uygulayabilen, günümüz insanların gereksinimlerini karşılayabilecek konfor ve donanımına sahip çağdaş sağlık yapılarının elde edilmesi ve ortaya çıkan yeni modellerin yeni yaptırılacak sağlık yapılarında kullanılması yanı sıra bu projelerin mevcut sağlık yapılarının iyileştirilmesi çalışmalarında da kullanılması sağlamalıdır(Çetik ve Oğulata, 2010: 55).

Giriş kapıları otomatik açılıp kapanabilir tarzda olmalı, hastalar açmak için uğraşmamalıdır. Uzun koridorlarda veya büyük bekleme salonlarında ortopedik özürli kişilerin olabileceğini düşünerek duvarlara yürürken tutunabilecekleri parmaklıklar koyulmalıdır. Tekerlekli sandalye kullanan hastalar için özel tuvaletler yapılmalıdır. Hastaneye gelen hastaların gidecekleri yeri bulabilmeleri veya o anda nerede olduklarını anlayabilmeleri, tuvalet, laboratuvar ve çıkış gibi noktaları bulmalarına yardımcı olacak Türkçe ve İngilizce yönlendirici levhalar bulundurulmalıdır. Hastanelerin ışıklandırma ve havalandırması (sıcak-soğuk) iyi ayarlanmalıdır(Çetik ve Oğulata, 2010: 55).

Poliklinikler hastanelerin en yoğun kullanılan bölümleri olduklarından, hastane binalarının zemin katlarında yer almalı ve dışarıyla direk bağlantılı olmalıdır. Isı, ışık, havalandırma, medikal donanımlar ve iç dekorasyon gibi faktörler kullanıma uygun olmalıdır. Kullanılacak gereç ve malzemede bakım olgusu da dikkate alınmalı, kaliteli, dayanıklı ve kolay temizlenebilir malzeme seçilmelidir(Topçu, 1994: 85). Hastane polikliniklerinin merkezi bir yerinde girişe yakın bir yerde tıbbi danışma ünitesinin kurularak, hastanın doğru birime yönlendirilmesi, sevklerin bu birimce yapılarak randevu verilmesi sağlanabilir. Hastane binalarının zeminlerine renkli bantlarla yön gösterilmesi, hastaların muayene olmak için bekledikleri bekleme salonlarının yeterli büyüklükte olması gerekmektedir(Çetik ve Ogulata, 2010: 55). Bütün kapılar tekerlekli sandalye geçişine uygun olmalı, esas işlevlere ulaşabilir olmalılar. Sıhhi banyo düzenlemelerinde, gerekli toleransın tanınarak, tasarımların, kullanabilecekleri şekilde yapılması gerekmektedir(Chamberlain ve Stowe, 1982: 74).

Hastane binası, genel ulaşılabilirlik ilkelerinin yanında, sosyal anlamda da herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Tasarımın dostça, rahatlatıcı ve insani boyutlarda oluşturulması gerekmektedir(Ergenoğlu, 2007: 33). Hastaların aile ve arkadaşlarıyla rahatça oturabilecekleri mekânlar tasarlanmış olmalı ve oturma birimleri farklı amaçlara uygun olarak farklılaşmış olmalıdır(Çivi, 1988: 88).

3.3.4. Hasta Odaklılık Kavramı ve ‘İyileşme’ de Hastane Etkisi

Tıbbi bilginin sınırlı olduğu devirlerde, sağlık bakımı ‘iyi olma’ hissine odaklanmıştır. Batıdaki tıp pratiği gelişimi bir kere daha, önceki yüzyıllardan çok farklı nedenlerle de olsa, ‘hasta-merkezli’ olmaya dönmektedir. Teknoloji ve zenginliğin sağlık için yeterli olmadığı, iyi çevresel koşullar ve yasadığımız ortamın, iyi sağlık için temel olduğu fikri yaygınlaşmış, sağlıklı bir yaşam sürdürmek için yapay çevrenin önemi anlaşılmıştır. Geleceğin tedavi merkezi olarak, ev hissi veren sağlık kurumlarına dönme konusunda giderek artan bir eğilim gözlenmektedir. Batı toplumlarında ve ülkemizde, ‘hasta-merkezli’ sağlık bakımı kavramının önemi kabul edilmekte ve bu eğilim hastane tasarımına da yansımaktadır. Hastanın gereksinim ve istekleri tasarımda dikkate alınmaya başlanmıştır (Taşerimez, 2008).

Hasta odaklı düşünce, farklı profesyonel disiplinler arasında iletişim ve ortaklığın artmasına neden olacak ve kullanıcılar sağlık bakımı hizmetlerinin gelecekteki biçimini belirlemekte söz sahibi olabileceklerdir(Jenso ve Haugen, 2005: 87).

‘Bakım-merkezli’ bir sağlık sisteminden, ‘hasta-merkezli’ bir sağlık sistemine dönüşüm, günümüzde geçerli olan, sosyal ve teknolojik ortamı biçimlendiren, birbiriyle bağlantılı birçok paradigma değişiminden sadece birisidir.(Ergenoğlu, 2006: 45).

Zaman içinde, Hastaneler etkili tedavi odaklı olmaktan, yüksek dereceli hasta odaklı olmaya doğru gitmektedirler. Hastalara artık sabitlenen ürün olarak değil, günümüz hastanelerinde yüksek seviyede hasta saygısı sağlanarak bakılmaktadır. Çınar ağacı (planetree) felsefesine göre yapılan birçok proje tasarımı ve organizasyonunda, özellikle hasta odaklı ve hastanın görüş noktasından medikal tedavi gelişimini araştırması sağlamaktadır. Felsefenin vurguladığı, hastane tedavisini kişiselleştirme ve insancılaştırma, hastalar ve yakınları için aile ortamı olmasını sağlamaktır(Jenso ve Haugen, 2005: 88).

Hasta odaklılık, aynı zamanda modern hastane tasarımındaki temel noktadır. Hasta odaklılık, kurumun fiziki tasarımından organizasyonel yapısına ve kültürüne kadar, hastanın ihtiyaç, hedef, konfor ve korkularını adresleyen bir şekilde tanımlanmıştır. Modern hastane tasarımı kaliteli olmak zorundadır. Bu kalite ise, hasta odaklılık, verimlilik, etkinlik, güvenlik, tarafsızlık ile sağlanabilecektir(Özberk, 2007: 38).

Tıpta bugün, anahtar kelimeler, ‘iyi olmak’, ‘korunma’, ‘ayakta tedavi’, ‘teşhis’ ve ‘hizmetler’dir. Modern tıp sadece hastalığı iyileştirmek yerine, ‘iyi/sağlıklı olma’ kavramına doğru kesin ve hızlı bir geçiş içine girmiştir. ‘Hasta olmak’ tan ‘iyi olma’ haline geçiş; dünyadaki sağlık politikalarının koruyucu bakım kavramına doğru kaydığını anlatmaktadır. Bu kurumlarda, hasta seçimlerine saygı, hasta mahremiyeti, personel etkileşimi ve doğal ortamlara oldukça önem verilmeye; hasta eğitim odaları ve toplumun kullanımına açık

mekânlar gibi sağlıklı olmayı ve sosyal iletişimi geliştirecek mekânlar eklenmeye başlanmıştır(Ergenoğlu, 2006: 46).

Psikolojik olarak destekleyici tasarımlar, hastanın hastalığa eşlik ettiği bilinen stresle basa çıkmasına yardımcı olmak yoluyla, iyileşme sürecini geliştiren ilaçlar ve diğer tıbbi teknolojiye yardımcı olmaktadır. Hastaların hoş ve rahatlatıcı bulduğu hastane mekânları tasarlamak yoluyla stresi azaltmak ve iyileşme duygusu vermek, bu amaca hizmet etmektedir(Ergenoğlu, 2007: 74).

Hastanenin hasta ve ziyaretçi üzerinde ilk etkiyi meydana getirecek olan giriş mahalleri bugün daha da fazla önem kazanmıştır. Eskiden kapıcının bulunduğu yer artık bir otel giriş holüne benzemektedir. Buna eklenen bekleme alanları itinayla düzenlenmektedir(Sürmen, 1991: 78). Leather ve arkadaşları (2003), bekleme alanlarının fiziksel yapısının, psikolojik durum ve memnuniyet düzeyi ile ilintili olduğunu vurgulamaktadırlar.

Hastane tasarımında yol bulma, çok önemli bir noktadır. Malkin'e göre (1991), planın okunaklılığı ve yol bulma kolaylığı, hasta için hayati bir öneme sahiptir(Tanrıöver, 1997: 45). Sağlık kurumlarında yön bulma ile ilgili özelliklerin ve işaretleme sistemlerinin, hastaların ortalama bekleme sürelerini, yollarını ararken ve işaretleri incelerken geçirdikleri zamanı, personelle iletişim sıklığını, kaygı, stres ve gerginlik düzeyini ve hastane içindeki kalabalıklığı etkiledikleri tespit edilmiştir(Taşerimez, 2008: 74).

Winston Churchill, 'Önce binalarımızı şekillendiririz, ardından binalarımız bizi şekillendirir..' demiştir. Doğru projelendirilmiş ve tasarlanmış, hasta odaklı ve hasta güvenliğini ön planda tutan, insan faktörünü göz önüne alan, standardizasyonu ve esnekliği bir arada kurgulayabilen sağlık kuruluşları, hem hasta ve çalışma güvenliğini hem de yaşam ve tedavi kalitesine katkıda bulunacaktır(Tavşancıl, 2007: 36).

Sağlık kurumunun tasarımının iyileşme sürecinin hızlanmasına, ağrıların ve enfeksiyonların azalmasına, hasta memnuniyetinin artmasına, çalışan stres seviyesinin azalmasına ve kaliteli personelin kurumda daha uzun süre

çalışmasına olumlu katkıda bulunduğu kanıtlar ile ispatlanmıştır(Tavşancıl, 2007: 33).

Hastaneler sadece hastalık halinde değil, iyi olma durumunun korunması amacıyla da her gün başvuru alan kurumlar haline gelmeleri ve hastalık halinde ise, iyileşmeye fiziksel yapılarıyla katkı sağlayan birer yapı olmaları için sahip olmaları gereken özellikler ortaya konmuştur. Bu bağlamda, hastanelerde kalite ve 'iyileştiren hastane' kavramları, kullanıcı katılımının nasıl olması gerektiği ve günümüzde oldukça önemli bir kavram olan hasta merkezli tasarımın özellikleri irdelenmiştir(Ergenoğlu, 2006: 18).

Yakın gelecekte 'sağlıklı olma' kavramının yayılması, hastanelerin, herkes tarafından her gün başvuru alan kurumlar olmalarını gerektirecektir. Hastane binalarının hasta ve hastalık üzerindeki etkilerinin gücü de göz önüne alındığında, bu binaların, iyileşme sürecini hızlandırıp, hastaları hem fiziksel, hem de ruhsal yönden destekleyecek ortamlar haline gelmelerinin önemi büyüktür(Taşerimez, 2008: 46).

İyileştiren hastane kavramının temelinde, hasta-merkezli olması yatmaktadır. Bu kavram, kısaca, hastanenin, tasarım ve kullanımında, kullanıcı katılımına imkân vermesi ve hastayı sağlık bakımının odak noktası haline getirmesi olarak açıklanabilir(Ergenoğlu, 2007: 63)

İyileştiren hastane tasarımında, çevresel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır; doğa manzarası bulunmalı, mekân, evi andırır biçimde olmalı ve rahatlatmalıdır. Dış mekânla bağlantılarda; kentsel bağlam, giriş/yaklaşım, ulaşım bağlantıları iyi düşünülmüş ve çözülmüş olmalıdır. Sağlık yapılarının elde etmek için uğraşması gereken 'hoşa gitme' faktörü ile ilgili düşünmek ve tasarlamak için çaba göstermek, başarılı bir tasarım süreci için başlangıç noktasıdır(Ergenoğlu, 2006: 66).

Hasta merkezli, iyileştiren hastane tasarımları için vazgeçilmez bir özellik; kullanıcı katılımlı tasarımdır. Uygun tasarımın yapılması ve insan faktörünün anlaşılması isten kaynaklanan sağlık sorunlarının azaltılmasına

yarayabilir. İyi tasarlanmış bir bina, diğer personel için de birçok fayda sağlayabilmektedir. Bu faydalar; stresi azaltmak, rahat ve hoş bir çalışma ortamı sağlamak ve ise gelmeme sürelerini kısaltıp personel devir oranlarını azaltmak gibi konulardır. Sağlık bakım merkezleri, yönetmesi ve işletmesi olabildiğince basit, hasta ve hasta yakınlarına yüksek kalitede hizmet sunabilmek için planlanmış ve tasarlanmış olmalıdır. Hastalar ve yakınları endişeli olabilir, bina tasarımı hastanın stresini yatıştırmaya yardım etmelidir. (Ergenoğlu, 2006: 67)

3.3.5. Hastane Genel Kullanım Alanlarında Kullanıcı Mekân İlişkisi

Hastanın psikolojik ve fiziksel sağlığı, sağlık yapısının tasarımı ile oldukça etkilenmektedir. Bu durum, psikolojik ve fiziksel rahatı sağlamak her bir sağlık kurumunun temel görevidir. Bu nedenle, iyileşme sürecinin tedavi ve ameliyatla gerçekleştirilen iyileşme sürecinden ayrı tutulması gerekir. Stres; kalabalıklaşma, gürültü, mahremiyet eksikliği, göz kamaştırıcı ışıklar (özellikle zevksiz kullanılmış malzeme renkleri ve dokusuyla birleştiğinde) hastalar ve sağlık görevlileri arasındaki konuşmalar ve son olarak tedavi için kullanılan değişik görünüşlü araçlar birlikteliğinde artacaktır(Winkel, 1986: 28).

Hastane planlaması ile ilgili yapılan çalışmalarda; hastanenin mimari özelliklerinin bilimsel gelişmeler ve insan ihtiyaçları kapsamında genel kurallar aynı kalsa da her tasarlanan sağlık kurumunda bugünün değil de geleceğin koşullarının düşünülmesi gerekir, ancak bu şekilde günün insanına ait gereksinimlerin karşılanabilir ve yaşanılan çağa ayak uydurulabilecektir (Yolcu, 1997: 85). Hasta, konuk ve diğer kullanıcılar için kaliteli tasarım ölçütleri, net bir planlama, denetim altına alınmış fiziksel değişkenler, hasta ve ziyaretçilerin ilişkilerinde denetim ve iç mekân tasarımının hastanın moral düzeyini destekleyen noktaya gelmesi gerekir (Tüker, 1996: 36). Sağlık kuruluşlarının fiziksel koşullarının ve genel görünümünün rahat ve çekici hale getirilmesi, görevli personelin hasta ve yakınlarına karşı daha yakın, ilgili ve nazik davranması, bekleme süresinin azaltılması ve bu beklentilere paralel olarak hizmet sunum sisteminde gerekli değişikliklerin gerçekleştirilmesi gerekir (Çerekçi, 1998: 25). Hastanelerde fiziksel çevre koşullarının olumlu hale getirilmesine yönelik gerekli politikaların acil olarak saptanması ve yürütülmesi, birey-çevre-sağlık

arasındaki etkileşimin öneminin sağlık ekibine kavratılmasına yönelik tutum ve davranışlara yönelik eğitimsel faaliyetlerin planlanıp yürütülmesi gerektiğini belirtmiştir(Karan, 1999: 69).

Hastane binasının açık ve bulunması kolay girişlere, hoş karşılayan, davetkar bir giriş ve resepsiyon alanına sahip olması, hasta ve yakınlarının bina hakkındaki ilk izlenim ve duygularının olumlu olması açısından çok önemlidir(Ergenoğlu, 2006: 68). İyileşme sürecini hızlandırmak için mekânlarda ferahlık, renk etkisi uyandıran, doku, ışık, manzara ve sanat eserleri, donatı bulunmalıdır.(Ergenoğlu, 2006: 68)

Ulaşılabilirlik konusunda görsel işaretler ve yol bulma kolaylığı, gelenlere yardım etmekte ve ilk geldiklerinde stres olmamaktadırlar. (Dalke ve diğerleri, 2005: 55) Bina plan semasının anlaşılabilir olması, girişe yakın bir bilgi danışma kaynağı bulunması, yön bulma konusunda başlıca gerekliliklerdendir. İşaretler açıkça görülebilmelidir. Sağlık çevrelerinde dikkatli renk seçimi ve ışık kullanımı hem yol göstermede rahatlığı sağlaması hem de kişinin kendini güvende hissetmesine neden olduğundan, kişinin psikolojik olarak rahatlamasını da sağlamaktadır(Taşerimez, 2008).

Hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda, hastaların dış dünyayla bağlantılarının olmasının kendilerini daha pozitif hissettiklerini sağladığı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle yapılacak düzenlemelerde hastanın dış dünyayla bağlantısı kopmayacak şekilde tasarımlara gidilmelidir. Hasta odalarında yataklar pencere kenarlarına yerleştirilerek hastanın dışarıyı görmesi sağlanmalıdır. Hastanın doğal manzarayı görmesinin zor olduğu durumlarda, doğanın hastane içine alınmasını sağlayan tasarımlara gidilmelidir(Taşerimez, 2008).

Personel, çalışma sürecinde dinlenme gereksinimlerini kendilerine ayrılmış iç mekânlarda gerçekleştirirler. Bu ortamların kendi morallerini ve çalışma üretkenliğini arttırmaları için fiziksel özellikleri açısından iyi tasarlanmış olmaları gerekmektedir. Bu mekânların en önemli özelliği kısa sürede optimum rahatlamayı sağlayacak ve görsel uyarı değişimini sağlayacak özellikte olmalarıdır(Dalke ve diğerleri, 2005: 56).

İnsanlar hastaneye gelirken, içinde buldukları ruhsal durum ve endişenin yapılan tasarım uygulamalarıyla azaltılması gereklidir. Gelen her hastanın hastaneden beklentisi farklıdır. Kimi otel konforunda olmasını, kimi çevreyle iç içe olmasını, kimi ise sadece sağlık hizmeti veren profesyonel bir sağlık merkezi olmasını istemektedir. Bu dengenin sağlanması tasarımda uygun fiziksel koşulların sağlanmasıyla ilgilidir(Dalke ve diğerleri, 2005: 56).

Kullanıcıların, hastaneye geldiklerinde, hastanede buldukları süre içinde en çok kullandıkları mekânlar;

- Giriş-resepsiyon alanları
- Bekleme alanları
- Koridorlar
- Hasta odaları

3.3.5.1. Giriş ve Resepsiyon Alanları

Hastane giriş mekânları, hastaların hastaneye geldiklerinde onları ilk karşılayan mekânlardır. Resepsiyon alanları, hastaların ilgili birimlere ya da servislere, polikliniklere yönlendirilmesinde yardımcı olmaları açısından büyük öneme sahiptirler. Bu nedenle giriş ve resepsiyon alanlarının fiziksel mekân tasarımlarının, hastaların kolayca ulaşabilecekleri ve rahatça yönlerini bulacak şekilde olmaları gerekmektedir(Taşerimez, 2008).

Giriş hastalar, doktorlar, sedyelerin rahatlıkla hareket edebilecekleri kadar geniş, doğru aydınlatılmış olmalı, etrafta lüzumsuz eşyalar bulundurulmamalıdır(Çetik, Oğulata). Tasarım bütün ulaşılabilirlik şartlarıyla uyumlu olmalıdır. Hastane binasına her türlü yaya ulaşımının ve tekerlekli sandalye ulaşımının rahatça sağlanabildiği tasarımlar olmalıdır. Giriş alanları geniş tutulmalıdır(Taşerimez, 2008).

Şekil 9. Resepsiyon Alanları



Kaynak: www.bastroptexas.net/.../lakeside_hospital.htm

Hastane girişleri uzaktan görülebilecek şekilde aydınlatma ve renk uygulamalarıyla tasarlanmış, yol açık ve kolay ulaşılabilir nitelikte olmalıdır. Personel çalışma birimleri (danışma, müracaat,..) kolay ulaşılabilir, doğru aydınlatılmış ve kullanıcılarla iletişim içinde olmalıdır. Resepsiyon bölümündeki aydınlatma ve renk seçimi, algılanma ve insanların kendilerini güvende hissetmeleri duygusu açısından çok önemlidir(Dalke ve diğerleri, 2005: 58).

3.3.5.2. Bekleme Alanları

Bekleme alanları resepsiyon bankolarının yanında, koridor boyunca çeşitli ünitelere ve koşullara uzanan yol boyunca yer almaktadırlar. Oturma düzeni ve renk konusunda bu bölümler gelen kullanıcılar için dinlendirici etkiye sahip olmalıdır. Bitkilerin ve rahat koltukların bulunduğu alanlar ise daha çok evde olma hissini uyandırmaktadır(Dalke ve diğerleri, 2005:59).

Hastane ve ziyaretçiler, sağlık durumu, içinde buldukları psikolojik durum ne olursa olsun, binaya ne kadar alışık olurlarsa olsunlar, doktoru görmek veya test sonuçlarını almak gibi nedenlerle klinik ve destek birimleri bekleme hollerinde (röntgen, kan ve idrar tahlil) zamanlarının bir kısmını geçirmek

durumunda kalabilirler. Bu bekleme aktivitesi, klinik veya destek ünitelerinin önünde gerçekleşebilir. Hastane mekânları farklı aydınlatma uygulamalarıyla, tefriş elemanlarının hasta psikolojisini olumlu yönde etkileyecek şekilde düzenlenmesi, büyük kalabalıkların gereksinimlerini karşılayabilecek ölçekte mekânlar oluşturulması gibi önlemlerle psikolojik ve fiziksel rahatlama ya da başka bir deyişle psikolojik konfor sağlanabilir(Başkaya ve diğerleri, 2005: 42).

Konforun anlamı iyi çözülmüş resepsiyon alanları, işaret sistemi ve insanlara yön bulmalarında yardımcı olabilecek elektronik göstergeler ve danışma masalarıdır. Ayrıca ortamın havalandırılmasını ve temizliğini sağlayacak sistemler oluşturulmalı, aydınlık düzeyleri mekânların ferahlığı açısından ayarlanmalı ve gürültü faktörü engellenmelidir. Plan çözümleri istendiğinde mahremiyet, gerektiğinde de sosyalleşmeye olanak tanıyacak biçimde düzenlenmelidir. Kısa süreli de olsa bekleyen hastalar fiziksel olarak rahat hissetmeli, unutulmadıklarını bilmeli, telefon, tuvalet, su gibi temel gereksinimlere yakın olmalı, bir şeyler okuyabilmeli, istediğinde başkalarıyla konuşup, gerektiğinde yalnız kalabilmelidir(Başkaya ve diğerleri, 2005: 42).

Bekleme alanları, endişe giderici, korku dağıtıcı ve oyalayıcı özelliklere sahip olmalıdır. Bu mekânlarda, renklerin bir yandan sakinleştirici ve yatıştırıcı etkisi istenirken, diğer yandan hastayı bilinçlendirmeden kendine getirici etkisi olmayan renklerle bir düzenlemeye gidilmelidir. Aynı zamanda bu düzenlemeye hasta acı ve korkuyu itici etkisi olan renklerle de sakinleştirilebilir(Kıran, 1987: 90).

3.3.5.2. Koridorlar

Koridorlar (dolasım alanları) genel kullanımlı binalarda büyük alanlar kaplamaktadır. Bu alanlar binaların işleyişini sağlayan omurgaları durumundadırlar. Hastanelerde de kullanıcıyı girişten itibaren yönlendiren, gideceği yere ulaştıran kesintisiz kanallardır. Fiziksel sürekliliğin yanı sıra, görsel ilgi ve çeşitliliğinde koridorlar boyunca sürdürülmesi önemlidir. Bu ilgi ve çeşitliliği aydınlatma ve renk tasarımı ile yapmak sorunu çözecektir(Dalke ve diğerleri, 2005: 73).

İlgi çeşitliliği sağlamada, koridorlar, hareketli yönlendirici, değişiklik sağlayıcı; tavan ve duvarlar her katta farklı renklerle boyanabilir. Bu farklılık ve değişkenlik bir hayatîyet, yeni bir yasama arzusu doğurabilir(Kıran, 1987: 91).

Hastanelerin bütün katlarında koridor genişlikleri en az iki metre olur. Koridorlarda, banyolarda ve lavabolarda, hastaların kolay hareketine imkân verecek şekilde tutunma yerleri bulunur. Yapının taşıyıcı sistemi itibari ile kolon ve benzeri çıkıntılar sebebiyle koridorlardaki genişlik iki metrenin altına düşmesi halinde, sedye trafiğinin rahat sağlanması şartı ile iki metre genişlik şartı bu bölümlerde aranmayabilir(Özel Hastaneler Yönetmeliği).

3.3.5.3. Hasta Odaları

Hastalar üzerindeki etkisi yönünden, hasta yatak odaları; hastanın içinde bulunduğu koşullar nedeniyle hastanenin en önemli mekânıdır(Çivi, 1988: 81). Hasta odaları, çok amaçlı alan olarak kullanımları ve hasta tedavisinde en etkin çevre faktörlerini ortaya koymaları açısından hastane planlamasında başlangıç noktası niteliğindedir.

Hasta odaları; kullanıcıya ve planlamaya göre iki ayrı grupta ele alınabilir. Kullanıcıya göre ele alındığında;

- 1- kullanıcının yaşı
- 2- kullanıcının cinsiyeti
- 3- hastalık türü
- 4- kullanıcının fizyolojik ve psikolojik yapısı esas belirleyici kriter olarak hasta odalarında tip oluşumunda etkin olmaktadır(Öcel, 1988: 32).

Hasta yatak odalarında, pencerenin bulunduğu duvarı doğa ile kapıları dış dünya ile ilgili kılarak, tüm algıyı mekâna bağlayıcı olmaktan çok, dışa yönlendirmek daha mantıklıdır(Kıran, 1987). Hasta odalarının, doğrudan ve yeterli gün ışığı ile aydınlanabilecek konumda, taban ve duvarlarının düzgün ve kolay temizlenebilecek nitelikte ve dezenfeksiyona elverişli olmaları şarttır(Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002).

Şekil 10. Hasta Odalarında Gün Işığı ve Nitelikli Tasarımı



Kaynak: www.ohealthsystem.org/gallery/index.php

Hasta odaları hastaların aynı zamanda çevrelerini kontrol edebilecekleri duygusunu verebilecek, güven veren yerler olmalıdır. Dış mekânın görünmesi, yataktaki hastanın dış dünyayla olan bağlantısını kuvvetlendirir. Bu nedenle odalardaki pencereler çok yüksek seviyede yapılmazlar(Dalke ve diğerleri, 2005). Manzaranın ve bahçenin kullanıcılar üzerindeki etkisi hasta yatak odasının penceresinden, dışarı bakan kişinin görüş alanına giren genel bir manzaranın yanından küçük bir ağaç topluluğunun veya deniz parçasının psiko fizyolojik etkisi önemlidir. Önemli olan bahçenin odadan görünüşüdür(Çivi, 1988: 33).

Şekil 11. Hasta Odasında Dış Mekân Algısı



Kaynak: www.geisinger.org/locations/hh_gwv.html

Yatak odalarında kullanılan diğer malzemelerin seçiminde ise renk tercihi içinde aksi bir etki yaratacak resimler, çiçekler, renkli masa yüzeyleri ve renkli yatak konstrüksiyonlarının kullanımına özen göstermek gerekir(Kıran, 1987: 73).

Şekil 12. Hasta Odasında Donatı-Konfor İlişkisi



Kaynak: www.wvhospital.com/photo_gallery.shtml

Hastalık türüne göre malzeme seçilmelidir. Kolay temizlenen, zor bozulan, onarılabilen, dayanıklı malzeme kullanılmalıdır(Çivi, 1988: 36). Mobilyada ahşap tercih edilmeli ve klasik hastane mobilyası görüntüsünü asmamalıdır. Koltuk ve benzeri eşyalar, görüntüyü yumuşatmak açısından kumaşla kaplanmalıdır(Erol, 1985: 71).

Hasta odalarının kapı genişliği, en az bir metre on santimetre olarak; hasta odalarındaki tuvalet ve banyo kapıları dışa açılacak şekilde düzenlenir. İki hasta yatağı bulunan odaların, hasta yatağı basına düşen asgarî alan ölçülerine uygun olmak kaydıyla, gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayrılabilir olmaları gerekir. Bir odada ikiden fazla hasta yatağı bulunamaz. Hasta odalarında hasta yatağı basına ayrılması gereken asgarî alan ölçüleri aşağıda gösterilmiştir:

- a) Tek yataklı hasta odaları en az dokuz metrekare,
- b) İki yataklı odalar, hasta yatağı basına en az yedi metrekare olmalıdır.

Doğrudan gün ışığı almayan, ziyaretçilerin ve hastane personelinin yoğun kullandığı, hastanın sıhhat ve istirahatini olumsuz tarzda etkileyecek mekânlar da hasta odası olamaz(Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002).

4. UYGULAMA

4.1. Araştırmaya İlişkin Ön Bilgiler

4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu çalışmanın amacı; hastane binalarında kullanıcı ve mekân ilişkisinin, hizmetleri aldıkları hastane türlerine göre ve hizmet alış şekillerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğinin; hasta profilleriyle ilişkilerinin karşılaştırmalı olarak ölçülmesidir. Ayrıca, hastaneye gelen hastaların demografik özelliklerini tespit ederek, hastaların demografik özellikleri ile hastaneyi genel olarak değerlendirmeleri arasında ilişkinin olup olmadığını; hizmetlerle ilgili algılamalar ve hastaneye ilgili genel değerlendirmeler için farklılık gösterip göstermediğini saptamaktır.

Araştırma kapsamında kamu ve özel hastanelerde hizmet alan hasta ve yakınlarının sunulan hizmetlerin kalitesini bir bütün olarak nasıl algıladıkları, kalite algılarının alt parametrelerinin nasıl farklılıklar gösterdiği ve değişik hasta profillerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı konuları ele alınmaktadır.

Hastanelerin yapısal amaç ve örgütlenmeleriyle ortaya çıkan farklı türlerine göre; (i) hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının farklılaşıp farklılaşmadığı, (ii) farklılıklar var ise, farkların hangi boyutlarda ön plana çıktığı ve (iii) algılanan kalite farklılıklarının hasta profillerine göre karşılaştırılması bu tezin özgün tarafı olacaktır.

4.1.2. Araştırma Türü

Bu çalışma hastane binalarını kullanan hastaların, mekân ile ilişkilerinin algılanan hizmet kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek için hazırlanmıştır. Elde edilen sonuçlar hastane türlerine göre ve hizmet alış şekillerine göre değişiklik gösterip göstermediği de inceleme konusu yapılmıştır.

4.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özel ve kamu hastanelerine gelen hastaların yalnızca örneklem büyüklüğü kadarlık kısmına ulaşmış olması araştırmanın, birinci sınırlılığı olarak belirlenmektedir. Uygulama, maliyet ve zaman faktörleri göz önüne alındığından sadece İstanbul ilinde gerçekleştirilmesi de bir diğer sınırlılığımızdır.

4.2. Araştırmanın Yöntemi ve Uygulama

4.2.1. Örneklem

İstanbul'da yer alan kamu ve özel hastanelere gelen 400 hasta örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem, kolay ulaşılabilir örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Anket formu elden katılımcılara ulaştırılmıştır. Örneklemi oluşturan katılımcılara ait bilgiler aşağıda analizler kısmında detaylı olarak sunulmaktadır.

4.2.2. Ölçüm Aleti

Araştırmada ölçüm aleti olarak anket kullanılmıştır. Anketin ön kısmında katılımcılara çalışmanın amacını belirten katılımlarını sağlamaya yönelik bir açıklama bölümü bulunmaktadır. Anket 3 kısımdan meydana gelmiştir:

1. Bölümde hastaları tanımaya yönelik kişisel bilgi formu bulunmaktadır. Bu bölümde hastalardan cinsiyet, yaş, hastaneye daha önce gelme, tedavi olunan klinik, tedavi ücretlerini karşılayan kurum, eğitim durumu, anketi dolduran kişi ve hastanede kalış süresi gibi sorulara cevap vermeleri istenmiştir.

2. Bölümde hastanenin verdiği hizmetlerin derecesini ölçmeye yönelik sorular sorularak genel bir değerlendirme yapmaları istenmiştir. Bu amaçla SERQUAL ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek İbrahim H. Kayral'ın 'Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma' isimli

doktora tezinden alınmıştır. Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaları eşit şekilde incelemek için araştırmanın amacına uygun olacak şekilde her bazı sorular anket formundan çıkartılmıştır. Bu sorular yemeklerin kalitesi çok iyidir, hastaya verilen yiyeceklerin sıcaklığı iyidir, otopark imkânları yeterlidir, yemekler vaktinde verilir, taburcu işlemleri kolaylıkla yapılmaktadır, taburcu işlemlerinin nasıl olacağı hasta yakınlarına ayrıntılı olarak açıklanır.

3. Bölüm ikiye ayrılmıştır. Yatarak tedavi gören hastalara ve poliklinik hastalarına kurumun mimarisini değerlendirmeye yönelik farklı sorular hazırlanmıştır.

4.2.3. Puanlama

Anketin ilk kısmında yer alan sorular, ankete cevap veren kişi hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla oluşturulmuş olup, nominal ölçekli sorularda veriler kodlanarak frekans dağılımına tabi tutulmuştur.

Anketin ikinci kısmında yer alan hastanelerin verdiği hizmetlerin derecesini ölçmeye yönelik 37, üçüncü kısmında yer alan yatarak tedavi gören hastalara ve poliklinik hastalarına kurumun mimarisini değerlendirmeye yönelik hazırlanan 12’şer soru sorulmuş olup bu sorular da “tamamen katılıyorum” dan “hiç katılmıyorum” a uzanacak şekilde 5’li likert ölçek şeklinde oluşturulmuştur.

Tüm değerlendirmelerde;

- Tamamen katılıyorum “5” ve
- Hiç katılmıyorum “1” olarak puanlandırılmıştır.

4.2.4. Uygulama

Toplam 400 adet anket formu katılımcılara elden uygulanmıştır. Katılımcılara gittikleri hastanelerde kısaca bilgi verilmiş ve gönüllü katılım gösterenlere anket uygulanmıştır.

Katılımcılar tüm soruların cevaplandırılması, boş soru bırakılmaması ve kimliklerini ortaya çıkartacak herhangi bir işaretlemede bulunmamaları konusunda uyarılmışlardır. Anketlerin uygulanmasına Mart ayı içerisinde başlanmış ve Mayıs ayının son haftasına kadar devam edilmiştir.

4.2.5. Kullanılan İstatistikler

Araştırma sonucu elde edilen cevaplar veri olarak bilgisayara girildikten sonra çeşitli istatistik yöntemler kullanılarak yorumlanmıştır. Anketin birinci kısmında bulunan veriler frekans dağılımına tabi tutulmuştur. Anketin diğer ikinci ve üçüncü bölümleri öncelikle kendi içlerinde güvenilirlik analizine tabi tutulmuş, daha sonra faktör analizi ve regresyon gibi istatistiklerle ne derece anlamlılık kazandıkları test edilmeye çalışılmıştır. Analizler SPSS paket programı ile yapılmış, anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edilmiş, 0,01 düzeyinde anlamlı çıkan sonuçlar ayrıca belirtilmiştir.

4.3. Araştırma Bulguları

4.3.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Analizler

Anket formunun 1. Bölümde hastaları tanımaya yönelik olarak hazırlanan kişisel bilgi formundaki cinsiyet, yaş, eğitim durumu, hastaneye daha önce gelme, tedavi ücretlerini karşılayan kurum, anketi dolduran kişi, hastanede kalış süresi ve tedavi olunan bölüm gibi sorulara verilen yanıtlar frekans analizine tabi tutulmuştur. Elde edilen veriler aşağıda tablolar halinde sunulmaktadır.

Tablo.1’de katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır. Tablo.1 incelendiğinde ayakta ve yatarak hizmet alan katılımcıların dağılım açısından birbirine yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılım

DEĞİŞKENLER		AYAKTA HASTA		YATAN HASTA	
		Sıklık	%	Sıklık	%
Cinsiyet	KADIN	132	66	144	72
	ERKEK	68	34	56	28
Yaş	17 - 25	64	32	55	27,5
	26 - 35	68	34	70	35
	36 - 45	35	17,5	37	18,5
	46 - 55	23	11,5	24	12
	56 +	10	5	14	7
Eğitiminiz	Okur – Yazar Değil	3	1,5	2	1
	Okur - Yazar	7	3,5	9	4,5
	İlköğretim	41	20,5	50	25
	Lise ve Dengi	97	48,5	99	49,5
	Fakülte / Yüksekokul	45	22,5	37	18,5
	Lisansüstü	7	3,5	3	1,5

Yukarıdaki Tablo.1’den de anlaşıldığı gibi cinsiyet açısından örneklemin büyük çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların genel olarak 17-25 ve 26-35 yaş aralığında yoğunlaştığı anlaşılmaktadır. Eğitim durumları açısından bakıldığında ise katılımcıların ağırlıklı lise ve dengi okullardan mezun oldukları görülmektedir.

Tablo.2’den de görüldüğü gibi toplam dağıtılan 400 adet devlet ve özel hastanelerden yatarak ya da ayakta hizmet alan katılımcılara eşit olarak dağıtılmıştır. Bu bölümde katılımcıların büyük çoğunluğunun, anketi cevaplarken hizmet aldıkları hastaneden daha önce de hizmet aldıklarını ortaya çıkmıştır. Analizlerde katılımcıların tedavi ücretlerinin çok büyük bir kısmının devlet tarafından karşılandığı anlaşılmaktadır.

Katılımcılardan ayakta hizmet alanların hepsinin, yatarak hizmet alanların ise ağırlıklı kendisinin anketleri cevaplandığı görülmektedir. Hastanelerde yatarak hizmet alan katılımcıların büyük çoğunlukla 1-5 gün aralığında, kısa süreli olarak hastaneden hizmet aldıkları ortaya çıkmıştır.

Tablo 6. Hizmet Aldıkları Hastane ve Tedavi Ücretlerinin Karşılanmasına İlişkin Dağılım

DEĞİŞKENLER		AYAKTA HASTA		YATAN HASTA	
		Sıklık	%	Sıklık	%
Hastane Tipi	Özel Hastane	100	50	100	50
	Devlet Hastanesi	100	50	100	50
Bu hastaneye daha önce geldiniz mi?	Evet	140	70	162	81
	Hayır	60	30	38	19
Tedavi ücretlerini kim karşılıyor?	Devlet Kurumu	139	69,5	133	66,5
	Özel Sigorta Şirketi	20	10	36	18
	Kendim	41	20,5	31	15,5
Anketi dolduran	Hasta	200	100	146	73
	Refakatçi			54	27
Hastanede kalış süreniz	1 – 5 Gün			180	90
	6 – 10 Gün			15	7,5
	10 +			5	2,5

Hastaların hizmet aldıkları bölümler incelendiğinde ayakta ve yatan hastalar için ortak bir bölümün olmadığı (sadece kulak burun boğazda çok az sayıda kesişim olmuştur) anlaşılmaktadır. Ayakta hizmet alan hastaların; kulak burun boğaz, cildiye, dâhiliye, göz gibi bölümlerde yoğunlaştıkları; yatarak hizmet alan hastaların ise genel cerrahi, kardiyoloji, kadın doğum bölümlerine giden hastalarda yoğunlaştıkları görülmektedir. Elde edilen sonuçlara ilişkin detaylar Tablo.3’de sunulmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Hastaneden hizmet Aldıkları Bölümlere İlişkin Dağılım

DEĞİŞKENLER		AYAKTA HASTA		YATAN HASTA	
		Sıklık	%	Sıklık	%
Tedavi olduğunuz bölüm?	Beyin Cerrahi	1	0,5	25	12,5
	Genel Cerrahi			76	38
	Göğüs Hastalıkları			9	4,5
	Kadın Doğum			32	16
	Kardiyoloji			48	24
	Plastik Cerrahi			3	1,5
	Ortopedi			5	2,5
	Kulak Burun Boğaz	38	19	2	1
	Ağız ve Diş	14	7		
	Cildiye	30	15		
	Dâhiliye	35	17,5		
	Kadın Doğum	16	8		
	Göz	25	12,5		
	Kardiyoloji	11	5,5		
	Nöroloji	2	1		
	Onkoloji	10	5		
	Ortopedi	18	9		

4.3.2. Hizmet Kalitesine İlişkin Analizler

Bu bölümde katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları anket formunun 2. Bölümünde yer alan SERQUAL ölçeğinde yer alan sorularla belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla anket formu, orijinal boyutları içerisinde ele alınarak, her boyut altında yer alan ifadeler frekans analizine tabi tutulmuş ve ayrıca tanımlayıcı istatistiklerle desteklenmiştir. Analizlerde ölçek formundaki orijinal boyutlara ait olarak da ortalama değerleri, güvenilirlik analizi sonuçları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

Ayakta hizmet alan katılımcılar ile yatarak hizmet alan katılımcıların hizmet kalitesi algısının farklı olabileceği düşüncesinden hareketle, bu iki grup ayrı ayrı ele alınarak incelenmiştir.

Analizlerin son kısmında, katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği dışında aldıkları hizmete ilişkin genel değerlendirmeleri de frekans analizine tabi tutularak tablolandırılmıştır.

4.3.2.1. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesine İlişkin Değerlendirmeleri

Ayakta hizmet alan hastaların hizmet kalitesine ilişkin frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiksel bilgileri aşağıda Tablo 8’de toplu olarak sunulmaktadır.

Tablo incelendiğinde hizmet kalitesi boyutlarının aritmetik ortalamalarının birbirine yakın olduğu, bunlar arasında “Duyarlılık - Hassasiyet” boyutunun biraz daha yüksek değer aldığı görülmektedir.

Tablodaki boyutlar ayrı ayrı ele alınarak incelendiğinde ise,

- Fiziksel boyutta,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire ve diğer.) hasta mahremiyetine saygı göstermeleri (ortalama: 4,10) kullanılan araç-gereçlerin ve

- teknolojiye ve çağa uygunluğuna (ortalama:4) biraz daha yüksek değer verdikleri;
- En düşük ortalamanın ise, tuvalet temizliğine (ortalama: 3,55) verdikleri;
 - Güvenilirlik boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Hasta kayıtları doğru tutulur (ortalama: 4,12) ile en yüksek ortalamaı aldığı;
 - En düşük ortalamanın ise, çıkarılan fatura gerçeği yansıtır (ortalama: 3,59) verdikleri;
 - Duyarlılık - Hassasiyet boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir (ortalama: 4.09) çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) taburcu işlemleriyle ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler (ortalama: 4.02) biraz daha yüksek değer verdikleri;
 - En düşük ortalamanın ise ihtiyaç duyulduğunda çalışanlar (doktor, hemşire vd.) kolayca ulaşılır (ortalama: 3,95) verdikleri;
 - Güven boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire vd.) işinin ehli olduğuna inanıyorum (ortalama: 3,97) çalışanlar (doktor, hemşire vd.) ile ilişkilerde kendimi güvende hissediyorum (ortalama: 3,96) biraz daha yüksek değer verdikleri;
 - En düşük ortalamanın ise çıkan faturaya güveniyorum (ortalama: 3.57) verdikleri;

- Nezaket boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire vd.) hastaya kibar davranırlar (ortalama: 3,97) ile en yüksek değeri verdikleri;
 - En düşük değeri ise kaldığım süre içinde görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür (ortalama: 3,82) verdikleri;

- Bireysel ihtimam boyutunda
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire vd.) hastanın ihtiyacını anlamaktadır (ortalama: 3,98) ile en yüksek değeri verdikleri
 - En düşük değeri ise hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler (ortalama: 3,95) verdikleri gözlenmiştir.

Tablo 8. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım

	Ölçek İfadeleri	Ölçek Sıklığı					Tanımlayıcı İstatistikler			
		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Medyan	Mod	Standart sapma
Fiziksel Ortalama: 3,84 σ:0,83 Standart Sapma: 0,68	... kullanılan araç-gereç ve teknoloji çağa uygundur.	2	9	35	95	59	4	4	4	0,86
	... fiziksel görünümü güzeldir.	4	11	52	83	50	3,82	4	4	0,93
	... tuvaletler çok temizdir.	7	19	71	63	40	3,55	4	3	1,02
	... odalar çok temizdir.	2	17	54	87	40	3,73	4	4	0,91
	... çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) hasta mahremiyetine saygı gösterirler.		12	29	85	74	4,10	4	4	0,86
	... odaları sessizdir.	6	13	35	94	52	3,86	4	4	0,97
Güvenilirlik Ortalama: 3,89 σ:0,70 Standart Sapma: 0,73	... çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) önceden söz verdiği hizmetleri zamanında yerine getirirler.	3	21	43	63	70	3,88	4	5	1,05
	... hasta kayıtları doğru tutulur.		13	29	79	79	4,12	4	4	0,88
	... çıkarılan fatura gerçeği yansıtır.	13	16	56	70	45	3,59	4	4	1,11
	... hastalara yapılacak işlemlerin kesin olarak ne zaman gerçekleşeceği açıkça söylenir.	5	13	28	89	65	3,98	4	4	0,97
Duyarlılık Hassasiyet Ortalama: 4,00 σ: 0,85 Standart Sapma: 0,67	... ihtiyaç duyulduğunda çalışanlar (doktor, hemşire vd.) kolayca ulaşılır.	4	5	62	54	75	3,95	4	5	0,98
	... kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir.	3	6	44	84	63	3,99	4	4	0,89
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya yardımcı olma konusunda isteklidirler.	3	12	47	63	75	3,97	4	5	0,99
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) taburcu işlemleriyle ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler.		5	41	98	56	4,02	4	4	0,76
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) herhangi bir işlem ve prosedür ile ilgili hasta tarafından sorulan soruları yanıtlarlar.		11	35	100	54	3,98	4	4	0,81
	... uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir.		8	37	83	72	4,09	4	4	0,83
Güven Ortalama: 3,82 σ:0,82 Standart Sapma: 0,76	... çalışanlara (doktor, hemşire vd.) güveniyorum.	6	7	52	82	53	3,84	4	4	0,95
	... uygulanan tedavi sonucunda iyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	6	8	67	58	61	3,80	4	3	1,01
	... çıkan faturaya güveniyorum.	13	18	54	72	43	3,57	4	4	1,11
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) ile ilişkilerde kendimi güvende hissediyorum.	3	8	50	71	68	3,96	4	4	0,94
	... çalışanların (doktor, hemşire vd.) işinin ehli olduğuna inanıyorum.	1	4	52	86	57	3,97	4	4	0,82
Nezaket Ortalama: 3,87 σ:0,89 Standart Sapma: 0,82	... kayıt işlemleri süresince görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	5	18	37	78	62	3,87	4	4	1,03
	... kaldığım süre içinde görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	8	10	42	89	51	3,82	4	4	0,99
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya kibar davranırlar.	2	11	37	91	59	3,97	4	4	0,89
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) güler yüzlüdür.	2	20	40	74	64	3,89	4	4	1,00
	... ziyaretçilere iyi davranılır.	3	20	41	80	56	3,83	4	4	0,99
Bireysel İhtimam Ortalama: 3,97 σ:0,73 Standart Sapma: 0,82	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastanın ihtiyacını anlamaktadır.	1	11	44	78	66	3,98	4	4	0,90
	hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler.		15	48	68	69	3,95	4	5	0,94

4.3.2.2. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesine İlişkin Değerlendirmeleri

Yatarak hizmet alan hastaların hizmet kalitesine ilişkin frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiksel bilgileri yukarıda Tablo 9’da toplu olarak sunulmaktadır.

Tablo incelendiğinde hizmet kalitesi boyutlarının aritmetik ortalamalarının birbirine yakın olduğu, bunlar arasında “Nezaket” boyutunun biraz daha yüksek değer aldığı görülmektedir.

Tablodaki boyutlar ayrı ayrı ele alınarak incelendiğinde ise,

- Fiziksel boyutta,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire ve diğer.) hasta mahremiyetine saygı göstermeleri (ortalama: 4,03) en yüksek değeri verdikleri;
 - En düşük ortalamanın ise odaların temizliğine (ortalama: 3,76) verdikleri;
- Güvenilirlik boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Hastalara yapılacak işlemlerin kesin olarak ne zaman gerçekleşeceği açıkça söylenir (ortalama: 4,05) hasta kayıtları doğru tutulur (ortalama: 4,03) biraz daha yüksek değer verdikleri;
 - En düşük ortalamanın ise, çıkarılan fatura gerçeği yansıtır (ortalama: 3,43) verdikleri;

- Duyarlılık - Hassasiyet boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir (ortalama: 3,95) en yüksek değeri verdikleri;
 - En düşük ortalamanın ise ihtiyaç duyulduğunda çalışanlar (doktor, hemşire vd.) kolayca ulaşılır (ortalama: 3,72) verdikleri;

- Güven boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire vd.) ile ilişkilerde kendimi güvende hissediyorum (ortalama: 4,15) en yüksek değeri verdikleri;
 - En düşük ortalamanın ise çıkan faturaya güveniyorum (ortalama: 3.50) verdikleri;

- Nezaket boyutunda,
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Ziyaretçilere iyi davranılır (ortalama: 3,98) ile en yüksek değeri verdikleri;
 - En düşük değeri ise kaldığım süre içinde görevliler nazık, kibar ve güler yüzlüdür (ortalama: 3,88) verdikleri;

- Bireysel ihtimam boyutunda
 - Katılımcıların ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
 - Çalışanların (doktor, hemşire vd.) hastanın ihtiyacını anlamaktadır (ortalama: 3,94) ile en yüksek değeri verdikleri
 - En düşük değeri ise hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler (ortalama: 3,87) verdikleri gözlenmiştir.

Tablo 9. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım

	Ölçek İfadeleri	Ölçek Sıklığı					Tanımlayıcı İstatistikler			
		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Medyan	Mod	Standart sapma
Fiziksel Ortalama: 3,87 ∞: 0,82 Standart Sapma: 0,74	...kullanılan araç-gereç ve teknoloji çağa uygundur.	5	10	52	77	56	3,84	4	4	0,97
	...fiziksel görünümü güzeldir.	6	20	32	86	56	3,83	4	4	1,04
	...tuvaletler çok temizdir.	7	19	45	70	59	3,77	4	4	1,04
	...odalar çok temizdir.	3	17	57	70	53	3,76	4	4	0,98
	...çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) hasta mahremiyetine saygı gösterirler.	5	11	35	70	79	4,03	4	5	1
	...odaları sessizdir.	8	10	35	90	57	3,89	4	4	1
Güvenilirlik Ortalama: 3,84 ∞:0,63 Standart Sapma: 0,68	...çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) önceden söz verdiği hizmetleri zamanında yerine getirirler.	2	17	46	76	59	3,86	4	4	0,97
	... hasta kayıtları doğru tutulur.	3	8	40	78	71	4,03	4	4	0,92
	... çıkarılan fatura gerçeği yansıtır.	14	18	67	70	31	3,43	4	4	1,07
	... hastalara yapılacak işlemlerin kesin olarak ne zaman gerçekleşeceği açıkça söylenir.	8	7	22	93	70	4,05	4	4	0,98
Duyarlılık Hassasiyet Ortalama: 3,85 ∞:0,84 Standart Sapma: 0,76	... ihtiyaç duyulduğunda çalışanlar (doktor, hemşire vd.) kolayca ulaşılır.	9	12	59	66	54	3,72	4	4	1,07
	... kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir.	6	9	31	97	57	3,95	4	4	0,94
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya yardımcı olma konusunda isteklidirler.	9	11	51	70	59	3,79	4	4	1,06
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) taburcu işlemleriyle ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler.	5	13	55	69	58	3,81	4	4	1
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) herhangi bir işlem ve prosedür ile ilgili hasta tarafından sorulan soruları yanıtlarlar.	3	8	53	70	66	3,94	4	4	0,94
Güven Ortalama: 3,76 ∞:0,80 Standart Sapma: 0,76	... uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir.	12	5	43	63	77	3,94	4	5	1,11
	... çalışanlara (doktor, hemşire vd.) güveniyorum.		8	51	96	45	3,89	4	4	0,79
	... uygulanan tedavi sonucunda iyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	7	44	85	63	4,01	4	4	0,85
	... çıkan faturaya güveniyorum.	15	17	61	66	41	3,50	4	4	1,13
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) ile ilişkilerde kendimi güvende hissediyorum.	5	8	26	74	87	4,15	4	5	0,96
Nezaket Ortalama: 3,93 ∞:0,87 Standart Sapma: 0,79	... çalışanların (doktor, hemşire vd.) işinin ehli olduğuna inanıyorum.	3	13	41	79	64	3,94	4	4	0,95
	... kayıt işlemleri süresince görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	6	16	42	61	75	3,91	4	5	1,08
	... kaldığım süre içinde görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	9	5	46	80	60	3,88	4	4	1,01
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya kibar davranırlar.	2	10	49	80	59	3,92	4	4	0,90
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) güler yüzlüdür.		13	38	94	55	3,95	4	4	0,85
Bireysel İhtimam Ortalama: 3,90 ∞:0,69 Standart Sapma: 0,84	... ziyaretçilere iyi davranılır.	6	9	35	82	68	3,98	4	4	0,98
	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastanın ihtiyacını anlamaktadır.	5	3	48	87	57	3,94	4	4	0,90
	hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler.	6	12	46	73	63	3,87	4	4	1,02

4.3.2.3 Ayakta Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesine İlişkin Genel Değerlendirmeleri

Ayakta hizmet alan hastaların hizmet kalitesine ilişkin genel değerlendirmelerinin yer aldığı frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiksel bilgileri yukarıda Tablo 10’da toplu olarak sunulmaktadır.

- Tablo incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı olarak “karamsar” ve “katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
- Eğer ihtiyaç duyarsam XYZ Hastanesini tekrar tercih etmek isterim (ortalama: 3,92) ile en yüksek değeri verdikleri;
- En düşük değeri ise verilen hizmetlerden memnunum (ortalama: 3,72) verdikleri gözlenmiştir.

Tablo 10. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Genel Değerlendirme Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım

Ölçek İfadeleri	Ölçek Sıklığı					Tanımlayıcı İstatistikler			
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Ortalama	Medyan	Mod	Standart sapma
Eğer ihtiyaç duyarsam XYZ Hastanesini tekrar tercih etmek isterim...	2	7	54	78	59	3,92	4	4	0,89
Verilen hizmetlerden memnuniyetim...	1	11	77	64	47	3,72	4	3	0,90
Hastanenin genel kalitesi...		6	73	69	52	3,83	4	3	0,84
Genel Toplam	Ortalama: 3,82		∞ :0,84			Standart Sapma:0,76			

4.3.2.4.Yatarak Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesine İlişkin Genel Değerlendirmeleri

Yatarak hizmet alan hastaların hizmet kalitesine ilişkin genel değerlendirmelerinin yer aldığı frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiksel bilgileri yukarıda Tablo 11’de toplu olarak sunulmaktadır.

- Tablo incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı olarak “karamsar” ve “katılıyorum” şeklinde cevaplamalarda buldukları;
- Eğer ihtiyaç duyarsam XYZ Hastanesini tekrar tercih etmek isterim (ortalama: 3,95) ile en yüksek değeri verdikleri;
- En düşük değeri ise verilen hizmetlerden memnunum (ortalama: 3,66) verdikleri gözlenmiştir.

Tablo 11. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Genel Değerlendirme Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım

Ölçek İfadeleri	Ölçek Sıklığı					Tanımlayıcı İstatistikler			
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Ortalama	Medyan	Mod	Standart sapma
Eğer ihtiyaç duyarsam XYZ Hastanesini tekrar tercih etmek isterim...	2	4	38	113	43	3,95	4	4	0,75
Verilen hizmetlerden memnuniyetim...	3	14	76	62	45	3,66	4	3	0,95
Hastanenin genel kalitesi...	3	15	68	70	44	3,68	4	4	0,90
Genel Toplam	Ortalama: 3,76		σ: 0,82			Standart Sapma:0,76			

Hastaların hizmet aldıkları hastanenin fiziksel koşullarına ilişkin değerlendirmeleri anketin 3.bölümünde yer alan ifadelerle ölçülmeye çalışılmıştır. Yatan hastalar ile ayakta hizmet alan hastaların yararlandıkları fiziki koşulların farklı olmasından dolayı, iki ayrı ölçek hazırlanarak gruplara yöneltilmiştir. Aşağıda yatan hastalar ve ayakta hizmet alan hastalar için yapılan değerlendirmeler ayrı ayrı sunulmaktadır. Bu sorular literatür taraması sonucunda hastanenin fiziki koşullarının değerlendirilmesi için hazırlanmıştır.

4.3.3. Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesine İlişkin Analizler

4.3.3.1. Ayakta Hastalar için Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesine İlişkin Analizler

Ayakta hizmet alan hastaların fiziksel koşullarının değerlendirilmesine ilişkin genel değerlendirmelerinin yer aldığı frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiksel bilgileri aşağıda Tablo 12’de toplu olarak sunulmaktadır.

- Tablo incelendiğinde hastaların; muayene odası hasta mahremiyetine özen gösterecek şekilde düzenlenmiştir (ortalama: 4,06), muayene odasının büyüklüğü yeterlidir (ortalama: 4,04), hastane içerisinde kolayca yön bulunmasını sağlayacak işaretler vardır (ortalama: 4,03) ile en yüksek değerleri verdikleri görülmüştür.
- Bekleme alanlarından dışarıya rahatça görülür (ortalama: 3,60), bekleme alanlarında kullanılan renkler rahat hissetmeme katkı sağlamaktadır (ortalama: 3,68), koridorlar yeterince gün ışığı almaktadır (ortalama: 3,73) soruları en düşük değeri almıştır.

Tablo 12. Ayakta Hizmet Alan Hastaların Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım

Ölçek İfadeleri	Ölçek Sıklığı					Tanımlayıcı İstatistikler			
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Ortalama	Medyan	Mod	Standart sapma
Muayene odası hasta mahremiyetine özen gösterecek şekilde düzenlenmiştir.		9	47	66	78	4,06	4	5	0,89
Muayene odasının büyüklüğü yeterlidir.	2	10	46	61	81	4,04	4	5	0,96
Hastane içerisinde kolayca yön bulunmasını sağlayacak işaretler vardır.		7	47	78	68	4,03	4	4	0,84
Hastane girişinden itibaren gitmek istediğim polikliniğe rahatça ulaşabiliyorum.	1	13	46	69	71	3,98	4	5	0,94
Muayene odasında rahat ve güvende hissediyorum.		7	62	61	70	3,97	4	5	0,89
Bekleme alanlarının havalandırılması yeterlidir.	6	20	46	63	65	3,80	4	5	1,09
Bekleme alanları yeterince gün ışığı alır.	1	18	52	78	51	3,80	4	4	0,94
Engelli, yaşlı ve çocuklar için genel düzenlemenin yeterli olduğunu düşünüyorum.	5	13	53	76	53	3,79	4	4	0,98
Koridorlarda kullanılan renkler rahat hissetmeme katkı sağlamaktadır.	3	14	67	63	53	3,74	4	3	0,97
Koridorlar yeterince gün ışığı almaktadır.	4	6	80	60	50	3,73	4	3	0,93
Bekleme alanlarında kullanılan renkler rahat hissetmeme katkı sağlamaktadır.	4	19	66	59	52	3,68	4	3	1,02
Bekleme alanlarından dışarıya rahatça görülür.	2	22	75	55	46	3,60	4	3	0,99
Genel Toplam		Ortalama: 3,85			σ:0,92		Standart Sapma:0,70		

4.3.3.2. Yatan Hastalar için Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesine İlişkin Analizler

Yatarak hizmet alan hastaların fiziksel koşullarının değerlendirilmesine ilişkin genel değerlendirmelerinin yer aldığı frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiksel bilgileri aşağıda Tablo 13’de toplu olarak sunulmaktadır.

- Tablo incelendiğinde hastaların; Hasta odalarının ev konforunu yansıtacak biçimde düzenlenmesi iyileşmem üzerinde olumlu etkisi olacağına inanıyorum (ortalama: 4,17), yatağın tuvalete olan uzaklığı idealdir (ortalama: 4,13), hasta odasındaki gün ışığının iyileşmeye olumlu katkı sağladığını düşünüyorum. (ortalama: 4,12) ile en yüksek değerleri verdikleri görülmüştür.
- Hasta odasında refakatçinin rahatı ve konforu düşünülmüştür (ortalama: 3,72), hasta odasının ısıtma-soğutma sisteminin iyi çalıştığını düşünüyorum (ortalama: 3,94), Hasta odasında kullanılan renkler rahat hissetmeme neden oluyor (ortalama: 3.95) soruları en düşük değeri almıştır.

Tablo 13. Yatarak Hizmet Alan Hastaların Fiziksel Koşulların Değerlendirilmesi Sorularına Verdikleri Yanıtlara İlişkin Dağılım

Ölçek İfadeleri	Ölçek Sıklığı					Tanımlayıcı İstatistikler			
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Medyan	Mod	Standart Sapma
Hasta odalarının ev konforunu yansıtacak biçimde düzenlenmesi iyileşmem üzerinde olumlu etkisi olacağına inanmıyorum.	1	9	38	60	92	4,17	4	5	0,93
Yatağın tuvalete olan uzaklığı idealdir.	3	3	33	88	73	4,13	4	4	0,84
Hasta odasındaki gün ışığının iyileşmeye olumlu katkı sağladığını düşünüyorum.	4	4	38	73	81	4,12	4	5	0,92
Tek kişilik hasta odasının iyileşmem üzerinde olumlu etkisi olacağına inanmıyorum.	3	7	40	70	80	4,09	4	5	0,93
Pencere büyüklükleri dışarıyı rahatça görebilmek için yeterlidir.	1	5	53	64	77	4,06	4	5	0,89
Hasta odasının tavan yüksekliği idealdir.	3	10	49	52	86	4,04	4	5	1
Hasta odasının havalandırması yeterlidir.	3	11	44	65	77	4,01	4	5	0,98
Gün ışığının hasta odasını yeterince aydınlattığını düşünüyorum.	2	7	45	81	65	4	4	4	0,88
Hasta odasının büyüklüğü yeterlidir.	4	9	49	68	70	3,96	4	5	0,97
Hasta odasında kullanılan renkler rahat hissetmeme neden oluyor.	2	9	47	82	60	3,95	4	4	0,89
Hasta odasının ısıtma-soğutma sisteminin iyi çalıştığını düşünüyorum.	6	7	50	67	70	3,94	4	5	1
Hasta odasında refakatçinin rahatı ve konforu düşünülmüştür.	15	17	44	58	66	3,72	4	5	1,22
Genel Toplam	Ortalama: 4,01			σ:0,89		Standart Sapma:0,65			

4.3.4. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Regresyon Analizleri

Bu bölümde çalışmanın modelini test etmek üzere regresyon analizi yapılmıştır. Ayakta ve yatan hastaların fiziksel koşullara ilişkin algılarını ölçmeye yönelik ifadeler birbirinden farklı olduğundan, fiziksel koşullara ilişkin algılarının hizmet kalitesi algısına etkisi ayakta ve yatan hastalar için ayrı ayrı yapılmıştır. Çalışmada ayrıca ayakta ve yatan hasta grubu için kamu ve özel hastaneleri bakımından da değerlendirmelerde bulunulmuştur. Elde edilen sonuçlar aşağıda tablolar halinde detaylı olarak sunulmaktadır.

İlk aşamada ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel algılarının hizmet kalitesi faktörlerinden fiziksel özellikler üzerindeki açıklayıcılığına bakılmıştır. Bu aşamada analizler ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri düzeyinde de tekrarlanarak tablolaştırılmıştır (Tablo. 14).

Tablo 14 Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Fiziksel Özellikler Açısından Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenler	B	Std.Beta	t	p	R	R²	F	p
Ayakta Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,659	0,676	12,921	0,000	0,676	0,457	166,942	0,000
Ayakta Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,534	0,620	6,960	0,000	0,620	0,384	61,179	0,000
Ayakta Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,740	0,712	10,034	0,000	0,712	0,384	100,684	0,000
Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,717	0,627	11,326	0,000	0,627	0,393	128,280	0,000
Yatarak Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,748	0,617	7,755	0,000	0,617	0,380	60,143	0,000
Yatarak Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,511	0,482	5,447	0,000	0,482	0,232	29,673	0,000

Bağımlı değişken: Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Fiziksel Özellikler

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hem ayakta tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilişkin algılarının, hastanenin hizmet kalitesi algısında fiziksel özellikler boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı birbirine yakın ve yüksek düzeyde olup, yatarak tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,717) ayakta tedavi gören hastaların algısına göre biraz daha yüksek olduğu (Beta: 0,659) görülmektedir.

Ayakta Tedavi gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısının fiziksel özellikler boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığın yüksek düzeyde olup, devlet hastanede tedavi gören hastalarının modele olan katkılarının (Beta: 0,740), özel hastanede tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yatarak gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında ise, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısında fiziksel özellikler boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, özel hastanede yatan hastalara ilişkin modelin yüksek ve devlet hastanelerinde yatan hastalara ilişkin modelin ise orta seviyede olduğu anlaşılmaktadır. Değerlendirmelerde aynı zamanda Özel hastanelerde yatarak tedavi olan hastaların modele olan katkısının daha yüksek olduğu (Beta: 0,748) dikkat çekmektedir.

Tablo 14'deki veriler özel hastaneden hizmet alanların ayakta ya da yatarak tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde, her iki değişken açısından anlamlı olan modelde, yatarak tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,748) ayakta tedavi gören hastaların algısına göre biraz daha yüksek olduğu (Beta: 0,534) görülmektedir. Aynı duruma devlet hastanelerinden hizmet alan ayakta ya da yatarak durumları açısından bakıldığında ise, devlet hastanelerinde ayakta tedavi olanların modelin ve modele olan katkılarının yatarak hizmet alanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

İlk önce ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel algılarının hizmet kalitesi faktörlerinden güvenilirlik özellikleri üzerindeki açıklayıcılığına bakılmıştır. Bu aşamada analizler ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri düzeyinde de tekrarlanarak tablolaştırılmıştır(Tablo. 15).

Tablo 15. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Güvenilirlik Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenler	B	Std.Beta	t	p	R	R²	F	p
Ayakta Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,732	0,705	13,987	0,000	0,705	0,497	195,634	0,000
Ayakta Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,729	0,730	10,582	0,000	0,730	0,533	111,986	0,000
Ayakta Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,699	0,646	8,373	0,000	0,646	0,417	111,986	0,000
Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,621	0,593	10,352	0,000	0,593	0,351	107,173	0,000
Yatarak Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,486	0,409	4,435	0,000	0,409	0,167	19,672	0,000
Yatarak Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,634	0,601	7,436	0,000	0,601	0,361	55,294	0,000

Bağımlı değişken: Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Güvenilirlik Özellikleri

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hem ayakta tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilişkin algılarının, hastanenin hizmet kalitesi algısında güvenilirlik boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı birbirine yakın ve yüksek düzeyde olup, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,732) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,621) görülmektedir.

Ayakta Tedavi gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısının güvenilirlik özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığın yüksek düzeyde olup, özel hastanede tedavi gören hastalarının modele olan katkılarının (Beta: 0,729), devlet hastanesinde tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yatarak gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında ise, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısında güvenilirlik özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, devlet hastanesinde yatan hastalara ilişkin modelin yüksek ve özel hastanelerinde yatan hastalara ilişkin modelin ise orta seviyede olduğu anlaşılmaktadır. Değerlendirmelerde aynı zamanda devlet hastanelerinde yatarak tedavi olan hastaların modele olan katkısının daha yüksek olduğu (Beta: 0,634) dikkat çekmektedir.

Tablo 15'deki veriler özel hastaneden hizmet alanların ayakta ya da yatarak tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde, her iki değişken açısından anlamlı olan modelde, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,729) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,486) görülmektedir. Aynı duruma devlet hastanelerinden hizmet alan ayakta ya da yatarak durumları açısından bakıldığında ise, devlet hastanelerinde ayakta tedavi alanların modelin ve modele olan katkılarının yatarak hizmet alanlara göre biraz daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

İlk aşamada ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel algılarının hizmet kalitesi faktörlerinden duyarlılık hassasiyet özellikleri üzerindeki açıklayıcılığına bakılmıştır. Bu aşamada analizler ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri düzeyinde de tekrarlanarak tablolaştırılmıştır(Tablo. 16).

Tablo 16. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Duyarlılık - Hassasiyet Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenler	B	Std.Beta	t	p	R	R²	F	p
Ayakta Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,682	0,712	14,269	0,000	0,712	0,507	203,610	0,000
Ayakta Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,628	0,754	11,351	0,000	0,754	0,568	128,852	0,000
Ayakta Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,706	0,653	8,531	0,000	0,653	0,426	72,784	0,000
Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,817	0,696	13,656	0,000	0,696	0,485	186,474	0,000
Yatarak Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,691	0,598	7,388	0,000	0,598	0,358	54,576	0,000
Yatarak Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,795	0,652	8,524	0,000	0,652	0,426	72,654	0,000

Bağımlı değişken: Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Duyarlılık - Hassasiyet Özellikleri

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hem ayakta tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilişkin algılarının, hastanenin hizmet kalitesi algısında duyarlılık - hassasiyet boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı birbirine yakın ve yüksek düzeyde olup, yatarak tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,817) ayakta tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,682) görülmektedir.

Ayakta Tedavi gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısının duyarlılık - hassasiyet özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığın yüksek düzeyde olup, devlet hastanede tedavi gören hastalarının modele olan katkılarının (Beta: 0,706), özel hastanede tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yatarak gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında ise, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısında duyarlılık - hassasiyet özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, devlet hastanesinde yatan hastalara ilişkin modelin özel hastanelerde yatan hastalara ilişkin modelden yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Değerlendirmelerde aynı zamanda devlet hastanelerinde yatarak tedavi olan hastaların modele olan katkısının daha yüksek olduğu (Beta: 0,795) dikkat çekmektedir.

Tablo 16'daki veriler özel hastaneden hizmet alanların ayakta ya da yatarak tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde, her iki değişken açısından anlamlı olan modelde, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,706) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,691) görülmektedir. Aynı duruma devlet hastanelerinden hizmet alan ayakta ya da yatarak durumları açısından bakıldığında ise, devlet hastanelerinde yatarak tedavi olanların modelin ve modele olan katkılarının ayakta hizmet alanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

İlk aşamada ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel algılarının hizmet kalitesi faktörlerinden güven özellikleri üzerindeki açıklayıcılığına bakılmıştır. Bu aşamada analizler ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri düzeyinde de tekrarlanarak tablolaştırılmıştır(Tablo. 17).

Tablo 17. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Güven Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenler	B	Std.Beta	t	p	R	R²	F	p
Ayakta Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,771	0,731	15,081	0,000	0,731	0,535	227,442	0,000
Ayakta Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,865	0,782	12,412	0,000	0,782	0,611	154,050	0,000
Ayakta Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,647	0,643	8,318	0,000	0,643	0,414	69,197	0,000
Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,591	0,541	9,061	0,000	0,541	0,293	82,107	0,000
Yatarak Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,583	0,464	5,189	0,000	0,464	0,216	26,927	0,000
Yatarak Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,563	0,503	5,761	0,000	0,503	0,253	33,187	0,000

Bağımlı değişken: Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Güven Özellikleri

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hem ayakta tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilişkin algılarının, hastanenin hizmet kalitesi algısında güven boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı birbirine yakın ve yüksek düzeyde olup, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,771) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,591) görülmektedir.

Ayakta Tedavi gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısının güven özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığın yüksek düzeyde olup, özel hastanede tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,865), devlet hastanesinde tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yatarak gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında ise, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısında güven özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, özel hastanede yatan hastalara ilişkin modelin devlet hastanesinde yatan hastalara ilişkin modelden biraz yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Değerlendirmelerde aynı zamanda özel hastanede yatarak tedavi olan hastaların modele olan katkısının daha yüksek olduğu (Beta: 0,583) dikkat çekmektedir.

Tablo 17'deki veriler özel hastaneden hizmet alanların ayakta ya da yatarak tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde, her iki değişken açısından anlamlı olan modelde, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,865) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,583) görülmektedir. Aynı duruma devlet hastanelerinden hizmet alan ayakta ya da yatarak durumları açısından bakıldığında ise, devlet hastanelerinde ayakta tedavi alanların modelin ve modele olan katkılarının yatarak hizmet alanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

İlk aşamada ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel algılarının hizmet kalitesi faktörlerinden nezaket özellikleri üzerindeki açıklayıcılığına bakılmıştır. Bu aşamada analizler ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri düzeyinde de tekrarlanarak tablolaştırılmıştır(Tablo. 18).

Tablo 18. Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Nezaket Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenler	B	Std.Beta	t	p	R	R²	F	p
Ayakta Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,796	0,681	13,078	0,000	0,681	0,463	171,022	0,000
Ayakta Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,706	0,659	8,673	0,000	0,659	0,434	75,227	0,000
Ayakta Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,870	0,681	9,199	0,000	0,681	0,463	84,613	0,000
Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,627	0,516	8,471	0,000	0,516	0,266	71,750	0,000
Yatarak Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,637	0,454	5,044	0,000	0,454	0,206	25,445	0,000
Yatarak Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,523	0,433	0,749	0,000	0,433	0,187	22,551	0,000

Bağımlı değişken: Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Nezaket Özellikleri

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hem ayakta tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilişkin algılarının, hastanenin hizmet kalitesi algısında nezaket boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı birbirine yakın ve yüksek düzeyde olup, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,796) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,627) görülmektedir.

Ayakta Tedavi gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısının nezaket özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığın yüksek düzeyde olup, devlet hastanesinde tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,870), özel hastanede tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yatarak gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında ise, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısında nezaket özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, özel hastanede yatan hastalara ilişkin modelin devlet hastanesinde yatan hastalara ilişkin modelden biraz yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Değerlendirmelerde aynı zamanda özel hastanede yatarak tedavi olan hastaların modele olan katkısının daha yüksek olduğu (Beta: 0,637) dikkat çekmektedir.

Tablo 18'deki veriler özel hastaneden hizmet alanların ayakta ya da yatarak tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde, her iki değişken açısından anlamlı olan modelde, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,706) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,637) görülmektedir. Aynı duruma devlet hastanelerinden hizmet alan ayakta ya da yatarak durumları açısından bakıldığında ise, devlet hastanelerinde ayakta tedavi alanların modelin ve modele olan katkılarının yatarak hizmet alanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

İlk aşamada ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel algılarının hizmet kalitesi faktörlerinden bireysel ihtimam özellikleri üzerindeki açıklayıcılığına bakılmıştır. Bu aşamada analizler ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri düzeyinde de tekrarlanarak tablolaştırılmıştır(Tablo. 19).

Tablo 19 Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Bireysel İhtimam Özellikleri Açısından Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenler	B	Std.Beta	t	p	R	R²	F	p
Ayakta Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,790	0,681	13,084	0,000	0,681	0,464	171,196	0,000
Ayakta Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,635	0,665	9,423	0,000	0,665	0,442	77,636	0,000
Ayakta Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,949	0,689	9,423	0,000	0,689	0,475	88,797	0,000
Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,771	0,597	10,481	0,000	0,597	0,357	109,845	0,000
Yatarak Tedavi Gören Özel Hastane Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,803	0,571	6,887	0,000	0,571	0,326	47,431	0,000
Yatarak Tedavi Gören Devlet Hastanesi Hastalarının Hastaneye İlişkin Fiziksel Algıları	0,670	0,509	5,851	0,000	0,509	0,259	34,235	0,000

Bağımlı değişken: Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin Bireysel İhtimam Özellikleri

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hem ayakta tedavi gören hem de yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilişkin algılarının, hastanenin hizmet kalitesi algısında bireysel ihtimam boyutu üzerinde anlamlı katkısının olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı birbirine yakın ve yüksek düzeyde olup, ayakta tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,790) yatarak tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,771) görülmektedir.

Ayakta Tedavi gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısının bireysel ihtimam özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığın yüksek düzeyde olup, devlet hastanesinde tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,949), özel hastanede tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yatarak gören hastaların tedavi gördükleri hastanenin devlet ve özel hastane olma durumuna göre algılarını ayrı ayrı değerlendirmeye alındığında ise, her iki değişkenin de hastanenin hizmet kalitesi algısında bireysel ihtimam özellikleri üzerinde anlamlı katkısının olduğu görülmektedir. Her iki değişken açısından da modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, özel hastanede yatan hastalara ilişkin modelin devlet hastanesinde yatan hastalara ilişkin modelden yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Değerlendirmelerde aynı zamanda özel hastanede yatarak tedavi olan hastaların modele olan katkısının daha yüksek olduğu (Beta: 0,803) dikkat çekmektedir.

Tablo 19'daki veriler özel hastaneden hizmet alanların ayakta ya da yatarak tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde, her iki değişken açısından anlamlı olan modelde, yatarak tedavi gören hastaların modele olan katkılarının (Beta: 0,803) ayakta tedavi gören hastaların algısına göre daha yüksek olduğu (Beta: 0,635) görülmektedir. Aynı duruma devlet hastanelerinden hizmet alan ayakta ya da yatarak durumları açısından bakıldığında ise, devlet hastanelerinde ayakta tedavi alanların modelin ve modele olan katkılarının yatarak hizmet alanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bütün sektörler için önemli olan müşteri memnuniyeti, sağlık sektöründe hizmet veren kuruluşlar için de çok önemlidir. Hastanın almış olduğu hizmetin kalitesi arttıkça, memnuniyet düzeyi de olumlu bir şekilde bu artıştan etkilenmektedir. Hastanın olumlu bir durum karşısında hizmet aldığı sağlık kuruluşunu tekrar tercih etme ve önerme eğilimini arttıracaktır.

Hastane binalarında kullanıcı ve mekân ilişkisinin algılanan hizmet kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği bu çalışmada literatür araştırmasının yanında anket uygulamasına da yer verilmiştir. Kapsamlı ve karşılaştırmalı yapılmış bir araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüş ve bu çalışma yapılmıştır. Çalışmada, ele alınan bakış açısıyla; kamu ve özel hastanelerde hizmet alan hastaların hizmet kalite algılarının hastanenin fiziki yapısına göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği ve yatan hasta, ayakta hasta ayırımında nasıl değişiklik gösterdiği araştırılmıştır.

Çalışmada ilk olarak hizmet ve hizmet sektöründe kalite kavramları incelenmiştir. Daha sonra hastane binaları ve sağlık sistemiyle ilgili bilgi verilerek hastane binalarında kullanıcı mekân ilişkisi incelenmiştir. Yapılan literatür çalışmasının ardından anket uygulamasıyla elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Yapılan frekans dağılımları sonucunda anketi cevaplayan kişilerin büyük çoğunluğunun kadın, 26-35 yaş aralığında lise ve dengi okullardan mezun olmuş kişilerin oluşturduğu gözlenmiştir.

Anketi cevaplayanların büyük çoğunluğunun hizmet aldıkları hastaneden daha önce de hizmet aldıkları, tedavi ücretlerinin genellikle devlet tarafından karşılandığı görülmüştür. Anket sorularının ayakta tedavi gören hastaların hepsine birebir uygulandığı, yatan hastalarda da çoğunlukla hastanın kendisi tarafından cevaplandırıldığı görülmüş, yatan hastaların çoğunlukla 1-5 gün aralığında hastanede kaldıkları ortaya çıkmıştır.

Hastaların hizmet aldıkları bölümler incelendiğinde ise ayakta ve yatan hastalar için ortak bir bölümün olmadığı (sadece kulak burun boğazda çok az sayıda kesişim olmuştur) anlaşılmaktadır. Ayakta hizmet alan hastaların; kulak burun boğaz, cildiye, dâhiliye, göz gibi bölümlerde yoğunlaştıkları; yatarak hizmet alan hastaların ise genel cerrahi, kardiyoloji, kadın doğum bölümlerine giden hastalarda yoğunlaştıkları görülmektedir.

Ayakta hizmet alan hastaların hizmet kalitesi sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde genel olarak alınan hizmetten memnun oldukları gözlenmiştir. Tuvalet temizliği, çıkarılan faturaların gerçeği yansıtmaması ve çıkan faturaya güveniyorum ayakta tedavi gören hastaların memnun kalmadığı hususlar olarak öne çıkmaktadır. Yatarak hizmet alan hastaların hizmet kalitesi sorularına verdikleri cevaplar da ayakta tedavi gören hastalarda olduğu gibi genel algının alınan hizmetten memnun oldukları yönünde olmuştur. Çıkarılan fatura gerçeği yansıtır ve çıkarılan faturaya güveniyorum en düşük ortalamaya sahip unsurlar olmuştur.

Ayakta ve yatarak hizmet alan hastaların hizmet kalitesi genel değerlendirme sorularına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım incelendiğinde kullanıcıların hastaneyi tekrar tercih etme ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Yatarak hizmet alan hastaların hizmetlerden memnuniyet düzeyi ve genel kalite algısının ayakta tedavi gören hastalara göre daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Ayakta hizmet alan hastaların fiziksel koşulların değerlendirilmesi sorularına verdikleri yanıtlara bakıldığında genel olarak muayene odalarının ortalama değeri yüksek iken bekleme alanlarının ortalamasının düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Yatarak hizmet alan hastaların fiziksel koşulların değerlendirilmesi sorularına verdikleri yanıtlarda ise genel olarak fiziksel koşullardan memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Hasta odasında refakatçinin rahatı ve konforu düşünülmüştür ise en düşük ortalamayı (3,72) almıştır.

Hizmet kalitesi algısına ilişkin regresyon analizi yapılmıştır. Ayakta ve yatan hastaların fiziksel koşullara ilişkin algılarını ölçmeye yönelik ifadeler

birbirinden farklı olduğundan, fiziksel koşullara ilişkin algılarının hizmet kalitesi algısına etkisi ayakta ve yatan hastalar için ayrı ayrı yapılmıştır. Çalışmada ayrıca ayakta ve yatan hasta grubu için kamu ve özel hastaneleri bakımından da değerlendirmelerde bulunulmuştur. Analizler sonucunda ayakta ve yatan hasta için özel ve kamu hastaneleri açısından incelendiğinde regresyon modellerinin genel olarak yüksek olduğu gözlenmiştir.

Hizmet kalitesi alanında yapılan birçok araştırma, hizmet kalitesinin işletmenin performansı ile (Zeithaml vd.,1996; Boulding vd.,1993) ve müşteri tatmini ile (Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993; Taylor ve Baker,1994) ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı şekilde hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların, sunulan hizmetlerin kalitesiyle ilgili algılarının tatmin düzeyleri ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Varinli vd., 1999; Güllülü vd. 2000; ve Williams ve Calnan, 1991).

Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi ile ilgili olarak literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, hastaların algıladıkları kaliteyi değerlendirmede SERVQUAL ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda da yine SERVQUAL ölçeğinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Ortaya konulan tüm çalışmalar birlikte ele alındığında, kullanılan ölçek ne olursa olsun, sağlık hizmetlerinde algılanan kalite ve hasta tatmini ile ilgili, farklı hastane türlerine göre ne tür farkların ortaya çıktığı oldukça sınırlı araştırılmış bir konudur (Engin ve Sevinç, 2005; Yağcı ve Duman 2006; Yıldız ve Erdoğan, 2004).

Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, sağlık alanında kullanılan hizmet kalitesi boyutları genellikle fiziksel olanaklar, kaynaklar, kabul, maliyet, güven, empati, güvenilirlik, sorumluluk, yiyecek, süreklilik gibi boyutlardan oluşmaktadır (Clemes ve diğ.,2001). Görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirleyen en önemli faktör insandır. Fiziki yapının yanında güvenilirlik, duyarlılık – hassasiyet, güven, nezaket, bireysel ihtimam gibi özelliklerde insan faktörünün etkisi gözlenmiştir. Bu grupta bulunanlar; doktorlar, hemşireler ve destek hizmeti veren diğer personellerdir.

6. ÖNERİLER

Sağlık sektöründe çok sayıda kurum olması ve bu kurumlar arasında rekabet şartlarının zorlaşması gibi faktörlere bakıldığında, hastanın beklentilerini yeterince karşılayamayan kurumların rekabet avantajlarını ve imaj değerlerini kaybetmeleri de dikkate alındığında, algılanan hizmet kalitesinin önemi iyice artmaktadır.

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen anketlerden elde edilen verilere dayanılarak hastane yönetimi tarafından etkin ve kaliteli sağlık hizmetleri sunulması için şu önerilerde bulunulabilir:

Ayakta tedavi gören hastaların sağlığı gerekse hastane ortamının hijyenik olması açısından tuvaletlerin temizliğine dikkat edilmelidir. Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların ortak sıkıntısı olan çıkarılan faturaya karşı olan güven probleminin önüne geçilmeli, daha şeffaf bir ücretlendirme uygulamasına gidilmelidir.

Ayakta tedavi gören ve yatarak tedavi gören hastaların hastane hakkındaki genel değerlendirmelerine bakıldığında tekrar tercih etme isteklerinin yüksek ancak memnuniyet oranlarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum hastaların memnun kalmasalar da aynı hastaneye gittiklerini hatırlatıyor. Bu bağlamda sağlık idarecilerinin genel kalite algısını yükseltmeye yönelik çalışmalar yapması gerekir.

Bekleme alanları ve koridorlar kullanıcıların kendilerini rahat hissetmelerine olanak sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Engelli, yaşlı ve çocuklar için genel düzenlemelerde iyileştirme yapılmalıdır. Hasta odalarında refakatçinin rahatı ve konforu düşünülmelidir. Hasta odalarında ısıtma – soğutma sistemlerinin çalıştırılmasında daha hassas davranılmalıdır. Hasta odalarının fiziki yapısı tasarlanırken hasta memnuniyeti düşünülmelidir.

KAYNAKÇA

Acuner, S. Akın, Bir Hizmet Kalitesi Ölçüm Metodu Olarak Servqual, Anahtar, Ağustos, 2004 S.6-7.

Akça, E. (2003). *Hizmet Sektöründe Kalite Ve Müşterilerin Algılanan Hizmet Kalitesi Yargılarının Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Alp, F.A. (1993), Mekân Düzenlemesi İle Davranışlar Arasındaki İlişkiler Açısından Tiyatro Binalarında Kullanıcıya Ait Mekânların İrdelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ytü Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Arcan, E. Ve Evcı, F. Mimari Tasarıma Yaklaşım, Tasarım Yayın Grubu, İstanbul, 1999.

Arcan, E.F. , (1980), Sağlık Merkezlerinin Planlamasına Esas Olacak Verilerin Belirlenmesi İçin Bir Yöntem Ve Bu Konuda Bilgi Bankası Oluşturulması, M.S.Ü. Doktora Tezi, İstanbul.

Aslan, M.H. (1998): Hizmet Ekonomisi, 'İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım A.S.

Atan, M., Baş, M. Ve Tolon, M. (2006). Servqual Analizi İle Süpermarketlerde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. *Gazi Üniversitesi İibf Dergisi*, 2, 159-180.

Atlı, H. , Sur, H. , Sahin, T.K. , Söylemez, D. Ve Hayran, O. ,(2000), 'Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Beklenti Ve İhtiyaçları Yönünden Özel Bir Hastane İle Bir Üniversite Hastanesinin Karşılaştırılması', 11. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 28-29 Eylül 2000, Ankara.

Aydın, D. , (2003), ‘Tıbbi Teknolojideki Değişimlerin Bina Programına Etkileri’, *Tasarım Dergisi* 133:60-63.

Aydınlı, S., (1986), *Mekânsal Değerlendirmede Algısal Yargılara Dayalı Bir Model*, Doktora Tezi, İtü Mimarlık Fakültesi, İstanbul.

Balkan, E.A., (1976), *Mekân Ve Mekân Düzenlemesine Yeni Boyutlar*, Doçentlik Tezi, D.M.M.A., İstanbul.

Başkaya, A., Yıldırım, K., Muslu, M.S., “Poliklinik Bekleme Alanlarında Fonksiyonel Ve Algı-Davranışsal Kalite; İbn-İ Sina Hastanesi Örneği”, *G.Ü. Müh. Mim. Fak. Dergisi*, Cilt: 20 (1), 53-55, (2005).

Bayar, M. , (1994), *Hasta Ve Muayene Odalarının Görsel Konfor Koşulları Açısından İncelenmesi Ve Değerlendirilmesi*, Y.T.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Baysal, C., Tekarslan, E., (1987), *Davranış Bilimleri*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Beauchemin, K. M., & Hays, P., (1996), ‘Sunny Hospital Rooms Expedite Recovery From Severe And Refractory Depressions’ *Journal Of Affective Disorders*, 40(1), 49-51., Royal Society Of Medicine, Uk.

Bekan, G. , (1972), *Konutlarda Performans Ölçülmesi*, T.B.T.A.K. Mg 204, Araştırma Projesi İ.T.Ü. İstanbul.

Benedetti, F., Colombo, C., Barbini, B., Campori, E., & Smeraldi, E., (2001), ‘Morning Sunlight Reduces Length Of Hospitalization İn Bipolar Depression’ *Journal Of Affective Disorders*, 62(3), 221-223

Berry, L.L.,Zeithaml, V.A. Ve Parasuraman, A. (1985). *Qualitycounts İn Services, Too. Business Horizons*, 1, 44-52.

- Beyazıt, N. , Ders Notları Bilgi Toplama Ve İşleme, İ.T.Ü. İstanbul.
- Bolak, O. , (1950), 'Türk Hastaneciliği', Archi Scope, Mimarlık Tasarım Teknoloji Dergisi 5: 92-94.
- Bolak, O., (1950) 'Hastanelerimiz: Eski Zamanlardan Bugüne Kadar Yapılan Hastanelerimiz Tarihi Ve Mimari Etüdü', İstanbul Matbaacılık; İstanbul.
- Bolak, O., (1988), Bina Bilgisi Ders Notları, İ.T.Ü. Mimarlık Fakültesi, İstanbul.
- Boone, L.E.; Kurtz, D.L. (1992): Contemporary Marketing, Orlando: The Dryden Pres, Seventh Edition.
- Brady, K. B., Cronin Jr. J. J. (2001). Some New Thoughts On Conceptualizing Perceived Service Quality : A Hierarchical Approach, *Journal Of Marketing*, Vol. 65, S. 34-49
- Bülbül, H. ve Demirer, Ö. (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual ve Serperf'in Karşılaştırmalı Analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, 181-198.
- Cantay, G. , (1992), 'Anadolu Selçuklu Ve Osmanlı Darüşşifaları', Archiscope, Mimarlık Tasarım Teknoloji Dergisi 5: 95.
- Canter, D., (1974), Psychology For Architects, Applied Science, London
- Carman, J. M. (1990), Consumer Perceptions of Service Quality : An Assessment of the SERVQUAL Dimensions, University of California, 66:33.
- Cemalcılar, ' . (1999): Pazarlama Kavramlar-Kararlar, Beta Basım Yayım Dağıtım A.S. İstanbul
- Chamberlain, A. ve Stowe, J. , (1982), 'Bathing İn Hospital', British Medical Journal, Volume 284, 6330: 1693-1694.

Cowell, D., The Marketing Of Services, William Heinemann Ltd., London, (1984), S.21'den : Ayşe Öztürk, Hizmet Pazarlaması, Birlik Ofset, Eskişehir, 2000, S.2

Cüceloğlu, D., (2004), İnsan Ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Çerekçi, S., (1998), "Ankara Gazinosundaki Kullanıcıların GATA Hastanesinden Beklentileri Analizi", Y.Lisans Tezi, GATA., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Ankara, vi-vii.

Çetik, O. M. Ve Ogulata, N.S., Hastane Hizmet Birimleri Arasında İş Akışının Ergonomik Açıdan Düzenlenmesi, Çukurova Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü, Adana.

Çivi, Ç. , (1988), Çocuk Hastanesi, Hasta Bakım Üniteleri Kullanıcı Gereksinmelerinin Saptanması Üzerine Bir Araştırma, Y.T.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çolak, M. , Kısa, A. , Alap, N. , Demirezen, H. Ve İnceoğlu, Y. , (2000), 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Eryaman 2 No'lu Sağlık Ocağı'nda Bir Uygulama', III. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 28-29 Eylül, Ankara.

Çoruh, M. (1996): "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1-2 Kasım, S.3-8.

Dalke, H. , Little, J. , Niemann, E. , Camgöz, N. , Steadman, G. , Hill, S. Ve Stott, L. , (2005), 'Colour And Ligthing İn Hospital Design', Optic And Laser Technology, 38:343-365.

Delon, G.L. , (1970), 'A Methodology For Total Hospital Design', Health Services Research, Volume 5, 3:210-223.

Demir, S. (2008). *Hastane Hizmet Kalitesi Algularında Farklılaşmaya Yol Açan Sebeplerin İncelenmesi*. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Dinçer, Ö. (2003): *Stratejik Yönetim Ve İşletme Politikası*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.S., Genişletilmiş Ve Yenilenmiş Altıncı Baskı.

Dirican, Rahmi (1990), 'Toplum Hekimliği', Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.

Doğan, Ö. İ. & Tütüncü, Ö, *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 Ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*, D.E.Ü. Rektörlük Matbaası: İzmir, 2003.

Eastman, C. I., Young, M. A., Fogg, L. F., Liu, L., & Meaden, P. M., (1998), 'Bright Light Treatment Of Winter Depression', Archives Of General Psychiatry, 55(10), 883.

Engin, O. ve Sevinç, (2005) A., *Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya'da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama*, Verimlilik Dergisi, s.145-159

Ergenoglu, A.S. , (2006), *Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı Ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı Ve Değerlendirilmesi*, Y.T.Ü. Doktora Tezi, İstanbul.

Ergenoglu, A.S. , (2006), *Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı Ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı Ve Değerlendirilmesi*, Y.T.Ü. Doktora Tezi, İstanbul.

Erkal, N. , (1999), 'Asklepion-Bergama: Antik Dünya'da Bir Sağlık Kurumu', Archiscopo, Mimarlık Tasarım Teknoloji Dergisi 5:88.

Erkan, U. (1982), Çevre Analizi, İTÜ, İstanbul.

Erol, G. , (1985), Yetişkin Hasta Odalarında İç Mekan Düzenlemesi Ve Hastaların Yatırıldığı Yatakların Değişik Tür Ve Nitelikleri, M.S.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ertürk, D.Z., (1977), Kullanıcı Konforu Açısından Boyutsal Gereksinmelerin Saptanması İçin Bir Yöntem, Doktora Tezi, İ.T.Ü. Mimarlık Fakültesi Yayını, İstanbul.

Esigök, N., (1986), Psikolojiye Giriş Ders Notları, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Ferman, M. (1988): “Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Bir Değerlendirme”, Pazarlama Dünyası, Yıl:2, Sayı:7, Ocak/Şubat, S.25-31.

Fişek, N. (1983): Halk Sağlığına Giriş, Ankara: Çağ Matbaası.

Fitzgerald, T.J. (1988): “Understanding The Differences And Similarities Between Services And Products To Exploit Your Competitive Advantage”, The Journal of Services Marketing, Cilt: 2, Sayı: 1, s.25-30.

Füeg, F., (1980), Mimarinin Temelleri, DGS Akademisi tarafından “Mimari Nedir?” seminerinde sunulan bildiri.

Gehl, J., (1987), Life Between Buildings: Using Public Space, Vnr Company, New York.

Glod, C. A., Teicher, M. H., Butler, M., Savino, M., Harper, D., Magnus, E., Et Al. (1994), ‘Modifying Quiet Room Design Enhances Calming Of Children And Adolescents’, Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, 33(4), 558-566.

Göka, S., (2001), İnsan Ve Mekân, Pınar Yayınları, İstanbul.

Gür, S., (1996), Mekân Örgütlenmesi, Gür Yayıncılık, Trabzon.

Harcar, T. (1991): “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl:5, Sayı:25, Ocak-Şubat, S. 38-40.

Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 4, 205-214.

Hayran, O.; Sur, H. (1998): Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul: Yüce Yayın A.S.

Hoffman, K.D. Ve Bateson, J.E., Essential Of Service Marketing, The Dryden Press, Usa,1997.

Holahan, C. J., (1972), ‘Seating Patterns And Patient Behavior İn An Experimental Dayroom’, Journal Of Abnormal Psychology, 80(2), 115-124, American Psychological Association, Usa.

İnceoglu, N. , (1982), Mimarlıkta Bina Programlama Olgusu, İ.T.Ü. , İstanbul.

İslamoglu, A.H.; Candan, B.; Efendioğlu, S.H.; Aydın, K. (2006): Hizmet Pazarlaması, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.S.

İzmir İli Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği. *Akademik Bakış Dergisi*, 22, 1-29.

Jenso, M. Ve Haugen, T. , (2005), ‘Usability Of Hospital Buildings:Is Patient Focus Leading To Usability İn Hospital Buildings’, Faculty Of Architecture And Fine Art, Department Of Architectural Design And Management, Ntnu, Trondheim.

Kahvecioğlu, H., (1998), Mimarlıkta İmaj: Mekânsal İmajın Oluşumu Ve Yapısı Üzerine Bir Model, Doktora Tezi, İ.T.Ü. Mimarlık Fakültesi, İstanbul

Karahan, K. (2000): Hizmet Pazarlaması, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.S.

Karan, İ., “Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması” Y.Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İstanbul, 77-81, (1999).

Karatepe, O. M. (2002). Algılanan Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini Ve Müşteri Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişki: K.K.T.C Gazimagusa İlçesinde Banka Müşterileri Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Şubat, Ankara.

Kavuncubası, S. (2000): Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı Ş. Ve Yıldırım S. (2010), Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kıran, A. , (1987), Rengin Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi Ve Deneysel Psikoloji Yöntemi İle Ülkemiz İçin 18-25 Yas Arası Renk Tercihinin Saptanması, Y.T.Ü. Doktora Tezi, İstanbul.

Kısa, A. Ve Dziegielewski, S.F. ,(1999), ‘Student Utilization Of Health Services:By A University Hospital İn Turkey’, Health Services Management Research.

Kızılçelik, S. (1996): Türkiye’nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, İzmir: Saray Kitabevleri.

Kotler, Philip, Armstrong Gary; The Principles Of Marketing, New Jersey, Prentice Hall, 2001

Köse, E. , (2003), Hastanelerdeki Hasta Odalarının Tedavi Gören Çocuklar Üzerindeki Etkileri, Y.T.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kurtulmuş, S. (1998): Sağlık Ekonomisi Ve Hastane Yönetimi, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Lang, J.T., (1987), Creating Architectural Theory: The Role Of The Behavioral Sciences İn Enviromental Design, Van Nostrand Reinhold, New York.

Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L., (2003), ‘Outcomes Of Environmental Appraisal Of Different Hospital Waiting Areas’, Environment & Behavior, 35(6), 842-869.

Lemprecht, B., (1996), “The Gap Between Desing And Healing”, Metropolis, Cilt:77, 123.

Malkin, J. 1991. *Hospital Interior Architecture*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Maslow, A.H., (1970), “The Theory Of The Hierarchy Of Needs”, Motivation And Personality, Harper&Row, New York.

Mei, A. W. O., Dean, A. M. & White, C. J. (1999), Analysing Service Quality İn The Hospitality Industry, Managing Service Quality, 9 (2), S.136-143.

Miller, R. L., Swensson E. S., (2002), “Hospital And Healthcare Facility Design”, W. W. Norton & Company, New York.

Neal, T.Garland; Naoko, Oyabu Ve Genevieve, A. Gipson, Job Satisfaction Among Nurse Assistants Employed In Nursing Homes: An Analysis Of Selected Job Characteristics, Journal Of Aging Studies, Vol.3, No.4, 1994, S.369-370.

Norberg-Schulz, C., (1971), Existence, Space & Architecture, Studio Vista, London.

Odabaşı, Y. (1994): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:409.

Odabaşı Y. (2010), Müşteri İlişkileri Yönetimi, (8. Baskı). İstanbul: Sistem

Öcel, N. , (1988), Hasta Odalarında Enerji Tasarrufu Öngörülerek Aydınlatma Sisteminin Belirlenmesi, İ.T.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özberk, K. , (2007), ‘Hastalara Ve Çalışanlara 21. Yüzyılda Hizmet Vermek, Kanıta Dayalı Tasarım, Modern Hastane Tasarımı’, Mimarlık Dekorasyon Dergisi, 162:74-75.

Özen, Ü., Çam, H. Ve Aslay, F. (2011). Kalite Boyutları Ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde Örnek Uygulama. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 1, 25-43.

Özer, A. Ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 3, 140-143.

Özgül, E. Ve Devebakan, N. (2005). Üniversitelerde Servqual Tekniği İle Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2, 93-116.

Öztürk, M.: (2000). Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar Ve Yaklaşımlar, İstanbul: Mtm Yayın No:6.

Öztürk, S.A. (2003): Hizmet Pazarlaması, Bursa: Ekin Kitabevi, Dördüncü Baskı.

Parasuraman, A., Zeithaml V., Berry, L. (1985). A Conceptual Model Of Service Quality And It's Implications For Future Research, *Journal Of Marketing*, Vol. 49, S. 41-50.

Parasuraman, A.,Zeithaml, V.A. Ve Berry, L.L. (1988). Sevqual: A Multiple-Item Scalefor Measuring Consumer Perceptions Of Service Quality. *Journal Of Retailing*, 1, 12-40.

Rahman, S., Erdem, R. Ve Devebakan, N. (2007). Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,3, 37-55.

Rose, R. C.,Uli, J., Abdul, M. Ve Ng, K. L. (2004). Hospital Service Quality: A Managerial Challenge. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 3, 146-159.

Roth, Leland M., (2002), (Çev., E., Akça), Mimarlığın Öyküsü, Kabalcı Yayınevi, İstanbul.

Sabuncu, N., Babadağ, K., Tasocak, G., Atabek, T., “Hemşirelik Esasları” A.Ö.F. Yayınları, No:225, Etam A.S., Web-Ofset, Eskişehir, (1991).

Seçim H., Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması Ve İşlevleri, [Http://Www.Merih.Net/M1/Hastmod1.Htm](http://www.Merih.Net/M1/Hastmod1.Htm), Erişim Tarihi: 06 Haziran 2011.

Services And Products To Exploit Your Competitive Advantage”, *The Journal Of Services Marketing*, Cilt: 2, Sayı: 1, S.25-30.

Sevimli, S. (2006). *Hizmet Sektöründe Kalite Ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Araştırma*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Ve Endüstri İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Shepley-Mccuskey, M., 1996, “Health Facilities Lifeline: Integrating Research Into The Design, Proceedings Of The 1996 International Conference On Health Facility Planning Design And Construction, American Hospital Association/ American Society For Hospital Engineering, Chicago.

Soysal, M.; Kenanoğlu, G.T.; Emre, A.; Haşemoğlu, S. (1993): Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 486.

Sullivan, L., (1947), Ornament In Architecture, New York, 187. Füeg, F., (1980), Mimarinin Temelleri, _Dgs Akademisi Tarafından “Mimari Nedir?” Seminerinde Sunulan Bildiri.

Sur, O., Hastanelerde Kaynak İsrafı: Nasıl Önüne Geçilmeli <http://www.merih.net/m1/whaysur18.htm>

Sürmen, S. , (1991), Hastaneler, Rehabilitasyon Merkezleri, Sağlık İstasyonları, İ.T.Ü. Çevre Ve Şehircilik Uygulama Ve Araştırma Merkezi, İstanbul.

T.C Sağlık Bakanlığı, (2002), Özel Hastaneler Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Taşerimez M.B. ,(2008). Hastane Genel Kullanım Alanları Ve Hasta Yatak Odalarında Kullanıcı Mekân İlişkisi İzmit Seka Devlet Hastanesi Ve İzmit Özel Konak Hastanesi Örneği. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi

Tanrıöver, S. , (1997), ‘Hospital Design’, Commentary Bibliography Series, Bilkent University, Ankara.

Tatarlı, N. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi

Tavşancıl,, E. , (2007), ‘Sağlık Yapılarında Mimari Tasarımın, Hasta Güvenliğine Olan

Teas, K. (1993). Expectations, Performance Evolution, And Consumers Perceptions Of Quality, *Journal Of Marketing*, 57, Ekim, S. 18-34

Tek, Ö. B. (1999). *Pazarlama İlkeleri: Global Yönetimsel Yaklaşım*, Türkiye Uygulamaları. 8. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım

Tek, Ö.B.; Özgül, E. (2005): Modern Pazarlama İlkeleri Uygulamalı Yönetimsel Yaklaşım, İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Tengilimoğlu D. (2011), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Toker, F. (1999): “Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler”, *Modern Hastane Yönetimi*, Cilt: 3, Sayı: 6, Ağustos-Eylül, S. 10-15.

Top, M., Tarcan, M., Güler H. Ve Tekingündüz, S. (2010). Hastane Sektöründe Yatan Hastaların Hasta Tatmini Ve Hastane Kalitesi Algılamalarının Değerlendirilmesi: İzmir İli Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği. *Akademik Bakış Dergisi*, 22, 1-29.

Topçu, S. , (1994), Türkiye’de Yataklı Sağlık Kuruluşlarının Bakım Sorunları Ve Çözümüne Yönelik Bir Yöntem Araştırması, Y.T.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tükel, B., Acuner, A., Önder, Ö. Ve Üzgül A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 4, 205-214.

Tüker, Ç. (1996), "An Analysis Of General Hospitals And Developments Affecting Change İn Desing" Master Of Thesis, The Middle East Technical University, The Department Of Architecture, Ankara, V-Vi.

Tüzün, İ. Ve Devrani, T. (2008). Müşteri Memnuniyeti Ve Müşteri-Çalışan Etkileşimi Üzerine Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2, 13-24.

Üner, M. (1994): "Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir Mi?", *Pazarlama Dünyası*, Yıl: 8, Sayı: 43, Ocak/Şubat, S. 2-11.

Üner, M. Mithat, Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir Mi?, *Pazarlama Dünyası*, Yıl:8, Sayı:43 (Ocak-Şubat), 1994, S. 2-11.

Ünver, R.E. , (2006), Hastanelerde Yön Bulma Davranışının Özne Ve Nesnel Açısından İrdelenmesi, İ.T.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Varinli, İ. Ve Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki- Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 33-52.

Winkel, G.H. (1986), "The Environmental Psychology Of The Hospital: Is The Cure Worse Than The Illness?", *Prevention İn Human Services*, Cilt:4, 11-33.

Yağcı, M. İ. Ve Duman, T., Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması, Doğu Üniversitesi Dergisi, C.7, 2006, S.218- 238

Yerebakan, M. (2000): Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar Ve Çözüm Önerileri, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.

Yıldız, Z. (2004), Erdoğan, Şenol: Measuring Patient Satisfaction Of The Quality Of Health Care: A Study Of Hospitals In Turkey, Journal Of Medical Systems, Vol. 28, No. 6.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 69-74.

Yolcu, E., “Hastanelerde Hacim Tasarımı Ve Donatımında İnsan, Hasta Ve Mobilya Bağlantısı” Y. Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Güzel Sanatlar Enstitüsü, İç Mimarlık Ana Sanat Dalı, İstanbul, 119-122, 1997.

Zaim, H. Ve Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 59,1-24.

Zeithaml V. A. Ve Bitner M. J. (1996), Services Marketing. New York: The McGraw-Hill.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L. & Parasuraman, A., Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions And Expectations. Free Press: Usa, 1990

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A. Ve Berry, L. L. (1990). *Delivering quality Service: Balancing customer perceptions and expectation*. Usa: Free Press.

Zevi, B., (1957), Architecture As Space, Horizon Press, New York.

EKLER

Değerli Katılımcı;

Bu anket İstanbul Arel Üniversitesinde yüksek lisans yapmakta olan Emre ÖZKAN'ın: "Hastane binalarında kullanıcı ve mekân ilişkisinin algılanan hizmet kalitesi üzerindeki etkisi" konulu çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Kimlik bilgileriniz ile ilgili gizlilik ilkelerine uyulacağını belirtir, katkılarınız için teşekkür ederiz.

A) Genel Bilgiler

1	Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2	Yaşınız
3	Bu hastaneye daha önce geldiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4	Tedavi olduğunuz bölüm (Servis/Klinik)
5	Tedavi ücretlerini kim karşılıyor?	<input type="checkbox"/> Devlet Kurumu (SGK, Yeşil Kart..) <input type="checkbox"/> Özel Sigorta Şirketi <input type="checkbox"/> Kendim
6	Eğitiminiz	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise ve dengi <input type="checkbox"/> Fakülte / Yüksekokul <input type="checkbox"/> Lisansüstü
* Yatan hastaysanız lütfen ankete devam ediniz. Poliklinik hastaları bir sonra ki sayfaya geçebilir.		
7	Anketi Dolduran	<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Refakatçi
8	Hastanede Kalış Süreniz

B) Hizmetler ile İlgili Kanaatler						
	XYZ Hastanesinde aldığımız hizmetler ile ilgili olarak lütfen aşağıdaki ifadelere katılma durumunuzu belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	XYZ Hastanesinde / Hastanesinin					
1	... kullanılan araç-gereç ve teknoloji çağa uygundur.	1	2	3	4	5
2	... fiziksel görünümü güzeldir.	1	2	3	4	5
3	... tuvaletler çok temizdir.	1	2	3	4	5
4	... odalar çok temizdir.	1	2	3	4	5
5	... çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) hasta mahremiyetine saygı gösterirler.	1	2	3	4	5
6	... odaları sessizdir.	1	2	3	4	5
7	... çalışanlar (doktor, hemşire ve diğer.) önceden söz verdiği hizmetleri zamanında yerine getirirler.	1	2	3	4	5
8	... hasta kayıtları doğru tutulur.	1	2	3	4	5
9	... çıkarılan fatura gerçeği yansıtır.	1	2	3	4	5
10	... hastalara yapılacak işlemlerin kesin olarak ne zaman gerçekleşeceği açıkça söylenir.	1	2	3	4	5
11	... ihtiyaç duyulduğunda çalışanlar (doktor, hemşire vd.) kolayca ulaşılır.	1	2	3	4	5
12	... kayıt işlemleri kolay ve hızlı gerçekleşir.	1	2	3	4	5
13	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya yardımcı olma konusunda isteklidirler.	1	2	3	4	5
14	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) taburcu işlemleriyle ilgili sorulara ayrıntılı cevap verirler.	1	2	3	4	5
15	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) herhangi bir işlem ve prosedür ile ilgili hasta tarafından sorulan soruları yanıtlarlar.	1	2	3	4	5
16	... uygulanan tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalık hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilir.	1	2	3	4	5
17	... çalışanlara (doktor, hemşire vd.) güveniyorum.	1	2	3	4	5
18	... uygulanan tedavi sonucunda iyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4	5
19	... çıkan faturaya güveniyorum.	1	2	3	4	5
20	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) ile ilişkilerde kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
21	... çalışanların (doktor, hemşire vd.) işinin ehli olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
22	... kayıt işlemleri süresince görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
23	... kaldığım süre içinde görevliler nazik, kibar ve güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
24	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastaya kibar davranırlar.	1	2	3	4	5
25	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
26	... ziyaretçilere iyi davranılır.	1	2	3	4	5
27	... çalışanlar (doktor, hemşire vd.) hastanın ihtiyacını anlamaktadır.	1	2	3	4	5
28	hemşireler hastalarına özel ihtimam ve bakım gösterirler.	1	2	3	4	5
	Genel Değerlendirme	En Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En Yüksek
1	Eğer ihtiyaç duyarsam XYZ Hastanesini tekrar tercih etmek isterim...	1	2	3	4	5
2	... verilen hizmetlerden memnuniyetim...	1	2	3	4	5
3	Hastanenin genel kalitesi...	1	2	3	4	5

C) Fiziksel Koşullar ile İlgili Kanaatler						
Ayaktan Hasta Anket Formu		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastane girişinden itibaren gitmek istediğim polikliniğe rahatça ulaşabiliyorum.	1	2	3	4	5
2	Hastane içerisinde kolayca yön bulunmasını sağlayacak işaretler vardır.	1	2	3	4	5
3	Bekleme alanları yeterince gün ışığı alır.	1	2	3	4	5
4	Bekleme alanlarından dışarıya rahatça görülür.	1	2	3	4	5
5	Bekleme alanlarında kullanılan renkler rahat hissetmeme katkı sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
6	Bekleme alanlarının havalandırılması yeterlidir.	1	2	3	4	5
7	Koridorlarda kullanılan renkler rahat hissetmeme katkı sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
8	Koridorlar yeterince gün ışığı almaktadır.	1	2	3	4	5
9	Engelli, yaşlı ve çocuklar için genel düzenlemenin yeterli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
10	Muayene odasında rahat ve güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
11	Muayene odası hasta mahremiyetine özen gösterecek şekilde düzenlenmiştir.	1	2	3	4	5
12	Muayene odasının büyüklüğü yeterlidir.	1	2	3	4	5
Yatan Hasta Anket Formu		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Gün ışığının hasta odasını yeterince aydınlattığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2	Hasta odasındaki gün ışığının iyileşmeye olumlu katkı sağladığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3	Pencere büyüklükleri dışarıya rahatça görebilmek için yeterlidir.	1	2	3	4	5
4	Hasta odasında kullanılan renkler rahat hissetmeme neden oluyor.	1	2	3	4	5
5	Hasta odasının büyüklüğü yeterlidir.	1	2	3	4	5
6	Tek kişilik hasta odasının iyileşmem üzerinde olumlu etkisi olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
7	Hasta odalarının ev konforunu yansıtacak biçimde düzenlenmesi iyileşmem üzerinde olumlu etkisi olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
8	Yatağın tuvalete olan uzaklığı idealdir.	1	2	3	4	5
9	Hasta odasının havalandırması yeterlidir.	1	2	3	4	5
10	Hasta odasının ısıtma-soğutma sisteminin iyi çalıştığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11	Hasta odasının tavan yüksekliği idealdir.	1	2	3	4	5
12	Hasta odasında refaketchinin rahatı ve konforu düşünülmüştür.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI : Emre ÖZKAN
DOĞUM YERİ : Bakırköy
DOĞUM TARİHİ : 12.12.1990
MEDENİ HALİ : Bekar
E-MAIL : emre_ozkan@hotmail.com
ADRES (EV) : Gülbahar mah. Mecidiyeköy Şişli
ADRES (İŞ) : Vatan Caddesi No:6, 34080
TELEFON (Cep) : 5362701010

EĞİTİM DURUMU

2010 – 2014 : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Kurumları Yöneticiliği
2010 – 2014 : Anadolu Üniversitesi
İşletme

YABANCI DİL : İngilizce

İŞ TECRUBESİ : İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sanat ve Meslek
Eğitim Kursları 04.03.2014 – Devam Ediyor