

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

İBRAHİM BOZKURT DOKTORA TEZİ GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ABD 2019

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK BİLGİ VE
BELİRSİZLİK ALGISI İLE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ
VE SADAKATİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE
GÜVEN DÜZEYİNİN ILIMLAŞTIRICI ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

İBRAHİM BOZKURT

GAZİANTEP
HAZİRAN 2019

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK BİLGİ VE
BELİRSİZLİK ALGISI İLE MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ VE SADAKATI ARASINDAKİ
İLİŞKİ ÜZERİNE GÜVEN DÜZEYİNİN
İLİMLAŞTIRICI ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

İBRAHİM BOZKURT

Tez Danışmanı:

Dr. Öğretim Üyesi Ahmet TAN

GAZIANTEP
HAZİRAN 2019


T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK BİLGİ VE BELİRSİZLİK
ALGISI İLE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SADAKATI
ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE GÜVEN DÜZEYİNİN
İLİMLAŞTIRICI ETKİSİ**

İbrahim BOZKURT

Tez Savunma Tarihi: 12.06.2019

Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı


Doç. Dr. Bekiye ANTAKYALIOĞLU
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak gerekli şartları sağladığımı onaylarım.


Prof. Dr. H. Mustafa PAKSOY
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımda (tarafımızca) okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

(Unvanı, Adı ve SOYADI)
İkinci Tez Danışmanı (varsa)


Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TAN
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:
(Unvanı, Adı ve SOYADI)

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Yakup DURMAZ



Dr. Öğr. Üyesi Mehmet AYTEKİN

Dr. Öğr. Üyesi Hasan AKSOY

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TAN

İmzası




İTHAF

Hayatı boyunca birçok sağlık sorunu yaşayan ve maalesef sağlık sorunları nedeniyle uzun bir süre yoğun bakımda yattıktan sonra aramızdan ayrılan, cefakar ve fedakar, babadan çok bir arkadaş edasında, yeri doldurulamaz, eksikliğini halen hissettiğim merhum babam Halil BOZKURT ve yıllarca sabır ve sadakatle babamın yanında olan ve tüm bakımını gerçekleştiren sevgili annem Güler BOZKURT'a minnet ve saygılarımla ...

Ayrıca başta ilkokul oğretmenin merhum Mslm AKİS ve eğitim-oğretim hayatım boyunca emeği geçen oğretmen ve hocalarıma minnet ve saygılarımla ...

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK BİLGİ VE BELİRSİZLİK ALGISI İLE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE SADAKATI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE GÜVEN DÜZEYİNİN ILIMLAŞTIRICI ETKİSİ

BOZKURT, İbrahim

Doktora Tezi, İşletme A.B.D

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Ahmet TAN

Haziran 2019, 233 Sayfa

Sağlık hizmetleri; ihtiyacın doğması, farkına varılması, alternatiflerin değerlendirilmesi, ihtiyacın giderilmesi ve kullanım sonrası değerlendirme açısından hizmet sektöründe ayrı bir yere sahiptir. Hastalık veya hasta olmak sağlık hizmetine ihtiyaç duyulmasına yol açan en önemli nedenlerden biridir. İnsanlar hastalıkları ile ilgili; hastalığın kendisi, belirtileri, etkileri ve nasıl tedavi edilebileceği gibi birçok konuyu öğrenmeye ihtiyaç duyarlar. Bu çalışmada hastaların sağlık hizmetleri ve hastalıkla ilgili çeşitli konulardaki bilgi ihtiyacı (bilgi eksikliği) ile belirsizlik algısı düzeyinin müşteri (hasta) memnuniyeti ve sadakate etkisini incelemek ve bu etki üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisinin olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmaktadır. Analiz sonuçlarına göre bilgi ihtiyacı ve belirsizlik algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bilgi ihtiyacının hasta memnuniyeti ve sadakate negatif yönlü etkisi olduğu tespit edilmiştir. Belirsizlik algısının hasta memnuniyetine negatif yönlü etkisi olduğu tespit edilirken belirsizlik algısı ile sadakat arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hasta memnuniyetinin sadakate pozitif yönlü bir etkisi olduğu bulunmuştur. Ayrıca bilgi ihtiyacının belirsizlik algısına, hasta memnuniyetinin ve sadakate etkisi üzerinde güvenin ılımlaştırıcı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Belirsizlik algısının hasta memnuniyeti ve sadakate etkisi üzerinde de güvenin ılımlaştırıcı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; yazında memnuniyet ve sadakatin farklı faktörlerle ilişkilendirilmesine rağmen hastaların bilgi ihtiyaçlarının ve belirsizlik algısının da göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Asimetrik bilgi, Belirsizlik algısı, Güven, Memnuniyet, Sadakat

ABSTRACT

THE MODERATING EFFECT OF CONFIDENCE LEVEL ON THE ASYMMETRIC KNOWLEDGE AND UNCERTAINTY PERCEPTION AND RELATIONSHIP BETWEEN CUSTOMER SATISFACTION AND LOYALTY IN HEALTH CARE

BOZKURT, İbrahim

PhD Thesis, Department of Business Administration.

Supervisor: Dr. Faculty Member Ahmet TAN

June 2019, 233 pages

Health Service; it has a special place in the service sector in terms of the emergence of the need, awareness, evaluation of alternatives, meeting the need and after-use evaluation. Being a disease or a patient is one of the most important reasons that leads to the need for health care. People related to diseases; they need to learn a lot about the disease itself, its symptoms, effects and how it can be treated. In this study, it is aimed to examine the effect of knowledge need (lack of knowledge) and uncertainty perception on customer (patient) satisfaction and loyalty, and to determine whether trust level has a moderating effect on this effect. According to the results of the analysis, no significant relationship was found between the need for information and perception of uncertainty. According to the results of the analysis, no significant relationship was found between the need for information and perception of uncertainty. The need for information has been found to have a negative effect on patient satisfaction and loyalty. It was found that the perception of uncertainty had a negative effect on patient satisfaction, but there was no significant relationship between the perception of uncertainty and loyalty. Patient satisfaction was found to have a positive effect on loyalty. In addition, it was found that trust on the effect of information need on uncertainty perception, patient satisfaction and loyalty had a moderating effect. Trust has a moderating effect on the effect of uncertainty perception on patient satisfaction and loyalty. According to the results of the study; Although satisfaction and loyalty are related to different factors in the literature, it is understood that patients' information needs and perception of uncertainty should not be ignored.

Key words: Asymmetric information, Perception of Uncertainty, Trust, Satisfaction, Loyalty

ÖNSÖZ

İnsanın yaşamı boyunca kaybetmeyi istemeyeceği en önemli unsurlardan bir tanesi sağlığıdır. İnsanın bedensel ve ruhsal yapısında meydana gelebilecek olumsuz bir gelişme yapacağı tüm aktivitelerde normalin altında, düşük bir hayat standardına, mutsuzluğa ve daha ileri durumlarda umutsuzluğa ve psikolojik sorunlara yol açabilecektir. Sağlığını kaybeden birey eski sağlıklı haline kavuşmak için hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadığı veya sahip olduğu bilgi ile yaşadığı bedensel ya da ruhsal sorunları tam olarak anlamlandıramadığı bu durumdan dolayı sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Günümüzde sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kuruluşları arasında yoğun rekabetin yaşandığı bir hizmet sektörü halini almıştır. Hangi sektörde olursa olsun yoğun bir rekabet ortamında işletmelerin ayakta kalabilmesi ve faaliyetlerini devam ettirebilmesi için müşteri memnuniyeti ve sadakatini sağlaması hayati öneme sahiptir. Özel veya kamu hastanelerinin de bir tüketici veya müşteri olarak hasta ve hasta yakınlarının aldıkları sağlık hizmetinden memnun ve hastaneye sadakat gösteren bir birey olmasını sağlaması gerekmektedir. Hastanelerde sağlık hizmeti yanında otelcilik hizmetleri gibi farklı ek hizmetlerin sunulmasından dolayı, müşteri memnuniyeti ve sadakatinin sağlanması için birçok faktörün göz önüne alınması gerekmektedir. Bu çalışma hastaların hastalıkları ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi ihtiyacı (eksikliği) ve hastalık anında ve tedavi sürecinde içinde bulunabilecekleri psikolojik durumun (belirsizlik algısı) memnuniyet ve sadakat düzeyini etkileyen birer faktör olarak değerlendirilmesi gerektiği düşüncesinden ortaya çıkmıştır. Bu düşüncenin temeli de yaklaşık 26 yıllık sağlık sektöründeki hizmet sürem son 10 yılını hastanede sağlık hizmeti sunan bir çalışan olarak, hasta ve hasta yakınları ile görüşme ve gözlemlerime dayanmaktadır. Doktora eğitimimin başından sonuna kadar ve çalışmamın oluşmasında destekleri, katkıları ve yardımlarından dolayı, öncelikle saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Ahmet TAN'a, ayrıca tez izleme komitesinde bulunan diğer hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Mehmet AYTEKİN ve Dr. Öğretim Üyesi Hasan AKSOY'a özellikle uygulama ve analiz konularında eşsiz katkıları, destek ve yönlendirmelerinden dolayı teşekkür etmek istiyorum. Araştırma izninin alınması aşamasında Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ve Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu üyesi hocalarıma, Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları ile ilgilenen birimin tüm çalışanlarına, anket uygulaması yapılan tüm kamu ve özel hastanelerin yönetici ve personellerine yardım ve katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca doktora eğitimime başladığım ilk günden bugüne kadar desteğini hiç esirgemeyen, yüreklendiren ve yaşadığı tüm sağlık sorunlarına rağmen hep yanımda olduğunu hissettiren sevgili eşim Emine BOZKURT'a, oğlum Ahmet Cihat Bozkurt ve kızım Nisanur BOZKURT'a teşekkür ediyorum.

İbrahim BOZKURT
Haziran 2019, Gaziantep

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
EKLER LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR ÖZETLERİ	5
2.1. HİZMET KAVRAMI	5
2.1.1. Hizmetlerin Ortak Özellikleri	6
2.1.2. Hizmet Sektörü ve Hizmet İşletmelerinin Sınıflandırılması	6
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	7
2.2.1. Tanımı ve Özellikleri	7
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep.....	9
2.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu	10
2.3. HASTANE KAVRAMI	12
2.3.1. Tanımı ve Sınıflandırılması	13
2.3.2. Hastanelerde Hizmet Üretimi ve Sunumu	14
2.3.3. Hastanelerden Sağlık Hizmeti Alma Süreci	15
2.4. BİLGİ KAVRAMI	20
2.4.1. Bilginin Tanımı	20
2.4.2. Bilginin Özellikleri ve Sınıflandırılması	21
2.5. ASİMETRİK BİLGİ KAVRAMI	22
2.5.1. Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunlar	23
2.5.1.1. Ters seçim	23
2.5.1.2. Ahlaki tehlike	24
2.5.1.3. Vekalet (Temsilcilik) problemi	25
2.5.2. Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunların Çözüm Yolları	27
2.5.3. Asimetrik Bilgi Konusunda Yapılan Çalışmalar	29
2.6 SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK BİLGİ	33
2.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunlar	36
2.6.1.1. Sağlık hizmetlerinde ters seçim.....	36
2.6.1.2. Sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlike	37
2.6.1.3. Sağlık hizmetlerinde vekalet (temsilcilik) problemi.....	38
2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunların Çözüm Yolları	42
2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi Konusunda Yapılan Çalışmalar...44	
2.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilginin Bir Göstergesi Olarak Bilgi Eksikliği veya Bilgi İhtiyacı.....	47

2.6.4.1. Hastaların bilgi eksikliklerini giderme yolları	50
2.6.4.2. Sağlık hizmetlerinde bilgi ihtiyacı konusunda yapılan çalışmalar	53
2.7. BELİRSİZLİK KAVRAMI.....	59
2.7.1. Tanımı ve Özellikleri	60
2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Belirsizlik Kavramı	60
2.7.3. Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Teorisi	62
2.7.4. Belirsizliği Azaltma Yolları.....	66
2.7.5. Belirsizlik ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	67
2.8. GÜVEN KAVRAMI.....	70
2.8.1. Tanımı ve Özellikleri	71
2.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Güven.....	72
2.8.3. Güven Konusu ile İlgili Yapılan Çalışmalar	74
2.9. MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve SADAKAT.....	76
2.9.1 Müşteri Memnuniyeti.....	77
2.9.1.1. Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti	79
2.9.2. Müşteri Sadakati	82
2.9.2.1. Sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati	84
2.9.3. Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati İlişkisi.....	85
2.9.4. Memnuniyet ve Sadakat Konuları ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	87
3. MATERYAL VE YÖNTEM	93
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	93
3.2. ARAŞTIRMA MODELİ ve HİPOTEZLER	94
3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	97
3.3.1. Örneklem Dahil Edilen Hastaneler Hakkında Tanıtıcı Bilgiler	98
3.3.2. Örneklem Dahil Edilen Poliklinik/Klinikler Hakkında Tanıtıcı Bilgiler	102
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI	104
3.5. GÜVENİRLİK ANALİZİ	105
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	106
4. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	111
4.1. BULGULAR.....	111
4.1.1. Frekans ve Yüzde Dağılımı Sonuçları	111
4.1.2. Faktör Analizi Sonuçları.....	116
4.1.3. Merkezi Eğilim Ölçüleri (Ortalama) Analiz Sonuçları	120
4.1.4. Hipotez Testleri.....	121
4.1.4.1 T-testi analiz sonuçları.....	121
4.1.4.2. Anova (Varyans) analiz sonuçları	124
4.1.4.3. Korelasyon analizi sonuçları	133
4.1.4.4. Regresyon analizi sonuçları	134
4.2.TARTIŞMA	143
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	157
SONUÇ	157
ÖNERİLER.....	162
KAYNAKÇA.....	167
EKLER.....	193
ÖZGEÇMİŞ	221
VITAE	221

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1 Dick ve Basu Modeline göre Sadakat Düzeyleri	83
Tablo 3. 1 Kamu, Özel ve Üniversite Hastaneleri Listesi.....	97
Tablo 3. 2 Hastaneler Poliklinik/ Klinik Listesi.....	102
Tablo 3. 3 Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Güven, Memnuniyet, Sadakat Düzeyi ve Araştırma Modelinin Cronbach's Alpha Değerleri.....	106
Tablo 3. 4 Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Güven, Memnuniyet ve Sadakat Değişkenleri Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	109
Tablo 3. 5 Kolmogorov-Smirnov Testi Tablosu	110
Tablo 4. 1 Hastane, hastane türü, poliklinik/klinik türü ve tedavi şekline göre katılımcıların frekans ve yüzde dağılımı	111
Tablo 4. 2 Hastane deneyimi, araştırma yapma, eğitim programına katılma ve bilgilendirilmeye göre katılımcıların frekans ve yüzde dağılımı	112
Tablo 4. 3 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımı	113
Tablo 4. 4 Güven düzeyi ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı	114
Tablo 4. 5 Bilgi ihtiyacı ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı	115
Tablo 4. 6 Belirsizlik algısı ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı	115
Tablo 4. 7 Memnuniyet ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı	116
Tablo 4. 8 Sadakat ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı	116
Tablo 4. 9 Bilgi İhtiyacı Ölçeği Faktör Tablosu-1	117
Tablo 4. 10 KMO ve Bartlett Küresellik Testi Tablosu.....	118
Tablo 4. 11 Bilgi İhtiyacı Ölçeği Faktör Tablosu-2	118
Tablo 4. 12 Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri	119
Tablo 4. 13 Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	120
Tablo 4. 14 Tedavi Şekline Göre Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Güven, Memnuniyet ve Sadakat Düzeyinin Bağımsız Örneklemeler T-Testi Tablosu	121
Tablo 4. 15 Tedavi Şekline Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklemeler T-Testi Tablosu.....	122
Tablo 4. 16 Hastane Deneyimine Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklemeler T-Testi Tablosu	123
Tablo 4. 17 Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklemeler T-Testi Tablosu	123
Tablo 4. 18 Hastane Türüne Göre F Testi Tablosu	124
Tablo 4. 19 Hastane Türüne Göre Varyansların Homojenlik Testi Tablosu	125
Tablo 4. 20 Hastane Türüne Göre Post-hoc Testleri Tablosu	125
Tablo 4. 21 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre F Testi Tablosu	126

Tablo 4. 22 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre Varyansların Homojenlik Testi Tablosu	127
Tablo 4. 23 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre Post-hoc Testleri Tablosu	127
Tablo 4. 24 Hastane Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu	128
Tablo 4. 25 Hastane Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu	128
Tablo 4. 26 Hastane Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu	128
Tablo 4. 27 Poliklinik / Klinik Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu	129
Tablo 4. 28 Poliklinik / Klinik Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu	130
Tablo 4. 29 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu	130
Tablo 4. 30 Araştırma Yapma Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu	130
Tablo 4. 31 Araştırma Yapma Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu	131
Tablo 4. 32 Araştırma Yapma Durumuna Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu	131
Tablo 4. 33 Bilgilendirilme Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu	131
Tablo 4. 34 Bilgilendirilme Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu	132
Tablo 4. 35 Bilgilendirilme Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu	132
Tablo 4. 36 Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik Algısı, Memnuniyet ve Sadakat Düzeyi Arasındaki İlişki	133
Tablo 4. 37 Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Belirsizlik, Memnuniyet ve Sadakat Düzeyi ile İlişkisi	134
Tablo 4. 38 Bilgi İhtiyacının Belirsizlik Algısına Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Modeller Özeti Tablosu	135
Tablo 4. 39 Bilgi İhtiyacının Belirsizlik Algısına Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin F Tablosu	136
Tablo 4. 40 Bilgi İhtiyacının Belirsizlik Algısına Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu	136
Tablo 4. 41 Bilgi İhtiyacının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu	137
Tablo 4. 42 Bilgi İhtiyacının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi F Tablosu	137
Tablo 4. 43 Bilgi İhtiyacının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu	138
Tablo 4. 44 Bilgi İhtiyacının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu	138
Tablo 4. 45 Bilgi İhtiyacının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi F Tablosu	139
Tablo 4. 46 Bilgi İhtiyacının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu	139
Tablo 4. 47 Belirsizlik Algısının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu	140

Tablo 4. 48 Belirsizlik Algısının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlmlaştırıcı Etkisi F Tablosu.....	140
Tablo 4. 49 Belirsizlik Algısının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlmlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu	141
Tablo 4. 50 Belirsizlik Algısının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlmlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu	141
Tablo 4. 51 Belirsizlik Algısının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlmlaştırıcı Etkisi F Tablosu	142
Tablo 4. 52 Belirsizlik Algısının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlmlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu.....	142



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1 1967-2000 Yılları Arası Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı	11
Şekil 2. 2 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı	12
Şekil 2. 3 Tüketici Satınalma Karar Süreci Aşamaları	16
Şekil 2. 4 Sağlık Sektöründe Vekâlet İlişkisi	39
Şekil 2. 5 Hastalıkta Algılanan Belirsizlik Modeli	62
Şekil 2. 6 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	81
Şekil 3. 1 Araştırma Modeli-1	95
Şekil 3. 2 Araştırma Modeli-2	95
Şekil 3. 3 Araştırma Modeli-3	96
Şekil 3. 4 Bilgi İhtiyacına İlişkin Normal Q-Q Grafiği	107
Şekil 3. 5 Belirsizliğe İlişkin Normal Q-Q Grafiği.....	107
Şekil 3. 6 Güvene İlişkin Normal Q-Q Grafiği	108
Şekil 3. 7 Memnuniyete İlişkin Normal Q-Q Grafiği.....	108
Şekil 3. 8 Sadakat Düzeyine İlişkin Q-Q Grafiği	109

KISALTMALAR LİSTESİ

E.A.H.	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EOB	Epilepsisi Olan Bireyler
FMEA	Hata Türü Etki Analizi
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GAÜN	Gaziantep Üniversitesi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
RA	Romatoid Artrit
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
Sig.	Significant
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TDK	Türk Dil Kurumu
TTD	Türk Toraks Derneği
TÜSİAD	Türkiye Sanayici ve İş Adamları Derneği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
Vb.	Ve benzeri
Vs.	Vesaire
Yy	Yüzyıl

EKLER LİSTESİ

Ek A. 1 Anket Formu.....	194
Ek A. 2 Hipotez Testi Sonuçları Tablosu.....	197
Ek A. 3 Bilgi Talebi Cevap Yazısı	199
Ek A. 4 2015 yılı Hastane Verileri Tablosu	200
Ek A. 5 2016 yılı Hastane Verileri Tablosu	202
Ek A. 6 Kamu, Özel ve Üniversite Hastaneleri 2015-2016-2017 (Tahmini) Muayene ve Yatan Hasta Sayısı	204
Ek A. 7 Kamu, Özel ve Üniversite Hastaneleri 2015-2016-2017 (Tahmini) Muayene ve Yatan Hasta Sayısı (Acil Servis Kapsam Dışı)	205
Ek A. 8 Hastanelerin Örneklemedeki Yüzde Oranları	206
Ek A. 9 Hastanelerin Hesaplanan Anket Uygulama Sayıları.....	207
Ek A. 10 Hastanelere Göre Anket Sayıları (Güncelleme)	208
Ek A. 11 Hastanelerin Poliklinik/Kliniklere Göre Anket Sayıları	209
Ek A. 12 Aritmetik Ortalama Aralık Değerleri	210
Ek A. 13 Korelasyon Aralık Değerleri	211
Ek A. 14 İşletme Bölüm Başkanlığı Dilekçe	212
Ek A. 15 Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı	213
Ek A. 16 Sosyal Bilimler Enstitüsü Üst Yazı.....	214
Ek A. 17 Etik Kurul Kararı	215
Ek A. 18 Sağlık Müdürlüğü Anket İzin Yazısı	216
Ek A. 19 Medicalpark Hastanesi Yazısı	217
Ek A. 20 Gaün Tıp Fakültesi Hastanesi Yazısı	218
Ek A. 21 Yaşam Hastanesi Yazısı	219
Ek A. 22 Sanko Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Yazısı.....	220

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. GİRİŞ

İnsan yaşamı bir süreç olarak düşünüldüğünde doğum ile başlayıp ölüme kadar geçen bir süreyi kapsamaktadır. Aslında Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtildiği gibi hamileliğin 22. haftasından sonra canlı doğan her bebek birey sayıldığından (Şen, 2005) bu sürecin başlangıcı, doğum öncesini de kapsamaktadır. İnsan hangi ırktan, ülkeden veya toplumdansa olursa olsun ne kadar süreceğini bilemediği bir yaşam süresine sahiptir. Yaşam süresinin kısa ya da uzun olmasına bakılmaksızın sağlık ve hastalık gibi iki kavram ile iç içe yaşamak durumundadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık kavramını “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” (Özbaş ve Özkan, 2010) olarak tanımlamaktadır.

Birey sağlıklı iken kendine özgü, çevresel veya sosyal içerikli olabilecek birçok farklı etmen tarafından etkilenerek bazı belirtilerin ortaya çıkması, işlevsel olarak kapasite kaybı, dengesizlik hali ve günlük yapılan işlerde aksaklıklar yaşanması (Cockerham, 2004) gibi durumlarla kendini gösteren hastalığa yakalanabilir. Sağlık ve hastalık kavramları insanın yaşamı boyunca önemli bir yere sahiptir. Günlük yaşamı devam ettirebilmek için sağlıklı olmak gerekir.

Hastalıklar, insanların gündelik hayatlarını sekteye uğratar ve bir süreliğine veya uzun bir süre için günlük hayatın dışında tutar (Narter, 2004). Hastalık insanlar üzerinde bedensel olduğu kadar ruhsal yönden de bir takım etkiler oluşturabilir. İnsanlar bu etkileri diğer bir deyişle hastalıklarını farklı şekilde deneyimler; bilgileri, değerleri, inançları, gereksinimleri ve kişisel deneyimleri ile açıklamaya çalışırlar.

Hastalık algısı, hastalığın bilişsel bir yansımasıdır (Kocaman vd., 2007). Bu bağlamda hastalığın varlığından söz etmek bireyler ve hekimler için

farklılaşmaktadır. Hekimler tıbbi bilgiler ışığında karar verirken bireyler ise çoğunlukla hasta olduğunu belirtilerin yaşamı olumsuz yönde etkilemeye başlaması ile kabullenir ve bu durum bireyin hastalık algısı ile ilgili olup, zamanlama açısından bireyler pek tahmin edemezler yani beklenmeyen bir durumdur. Beklenmeyen bu durumun ortaya çıkması ve bireyin hasta olduğunu kabullenmesi sağlık hizmetine ihtiyaç duyulmasının başlangıcı olarak kabul edilebilir. Bireyler hasta olmadan da sağlığını korumak için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyabilirler. Dolayısıyla sağlık hizmetine talep, bireyin iradesi dâhilinde veya iradesi dışında zorunlu olarak oluşabilmektedir (Weisbrod, 1991).

Bu çalışma; zorunlu hallerde yani hastalık halinde sağlık hizmeti talebi konusunu incelemektedir. Sağlık hizmetleri; kişi ve toplumların sağlığını korumak, hastalıklarını tedavi etmek, iyileşmenin tam olmadığı sakat kalma durumlarında rehabilite etmek ve toplumun genel sağlık seviyesini artırmak için yapılan çalışmaların tamamı (Bilgili ve Ecevit, 2009) şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri; ihtiyacın doğması, farkına varılması, alternatiflerin değerlendirilmesi, ihtiyacın giderilmesi ve kullanım sonrası değerlendirme açısından hizmet sektöründe ayrı bir yere sahiptir. Bu durumun temel nedenlerinden biri sağlık hizmetleri sektöründe hizmeti talep eden ile hizmeti sunanlar arasındaki hizmete dair bilgi farklılığı, hekimin hastadan daha fazla tıbbi bilgiye sahip olması ve hekimin hizmetin miktarı ve kalitesi konusunda belirleyici güce sahip olmasıdır (Gaynor ve Vogt, 1999).

Hekim ve hasta arasındaki bilgi farklılığının bir göstergesi olarak, insanlar hastalıkları ile ilgili; hastalığın kendisi, belirtileri, etkileri ve nasıl tedavi edilebileceği gibi birçok konuyu öğrenmeye ihtiyaç duyar ya da merak ederler. Bu ihtiyacı veya merakını gidermek için çeşitli yollara başvurur, bazı bilgiler elde edebilir. Sonuçta tıp veya hastalıkla ilgili konular çok teknik bilgileri barındırdığından tatminkâr bir sonuca ulaşmak çoğunlukla olası değildir. Bazı insanlar da hiçbir şey yapmadan hizmetin miktarı, kalitesi vs. konularda tüm yetki ve inisiyatifi hekime bırakır. İnsanlar ister bilgi arayışına girsin isterse hiçbir şey yapmadan sadece hekimine güvenerek üstünlüğü ona bıraksın, hastalığın başlangıcından tedavi edilene kadar ve sonraki süreçte farklı düzeylerde yeteri kadar bilgiye sahip olamama, olayları anlamlandıramama, kontrolü sağlayamama ve hastalığın akıbeti ile ilgili bilinmezlik, bilişsel açıdan bir takım olumsuzluklara yol

açabilir. Bu olumsuzlukların engellenmesi amacıyla; hastanın hastalığının başlangıcı, tedavi süreci ve sonrasında (her aşamada) daha bilinçli davranılabilmesi, iyileştirme ve iyileşme sürecinin içine daha etkin bir şekilde dâhil olabilmesi ve karar verme aşamalarında hakkında alınacak kararlara katılabilmesi çok önemlidir. Bu önemli gelişmelerin sağlanmasına katkı sağlayabilecek olan hastaların bilgi ihtiyacı veya eksikliğinin teknik boyuttan ziyade anlaşılabilir formlarda karşılanması ve hastaların içinde bulunabilecekleri psikolojik durumlarının da göz ardı edilmeyerek, takip edilmesi, gerekirse profesyonel destek sağlanması göz ardı edilmemesi gereken bir konudur.

Bu bağlamda Gaziantep ilinde seçilen kamu, özel ve üniversite hastanelerinde herhangi bir sebepten dolayı sağlık sorunları yaşayan, hasta olduğunun farkında olan ve tedavi görmek amacıyla hastaneye başvuran kişilerin; bilgi ihtiyacı (eksikliği) ve belirsizlik algısının hizmetten memnuniyet ve sadakat düzeyine etkisi ve bu etki üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi incelenmektedir.

Hastane deneyimi, araştırma yapma, sağlık eğitim programına katılma ve bilgilendirilme durumlarına göre hastaların bilgi ihtiyacı düzeyinde oluşturabileceği farklılıklar yönüyle de incelenmektedir.

Hastaneler birbirinden farklı (mülkiyet, hasta sayısı, hizmet sunumu, iş yükü, hasta- personel iletişim yetenekleri vb.) özelliklere sahip olması, hastanelerde birçok farklı özelliğe sahip tıp uzmanlık alanında sağlık hizmeti verilmesi ve farklı tedavi şekilleri, uygulamalar ve hastane kalış sürelerine sahip olabilecek hizmet şekli (yatarak-ayakta) oldukça kompleks durumlardır. Bu farklı özellikler ve karmaşıklığın sağlık hizmetinden yararlanan hastalar üzerinde bir takım farklılıklara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmada; hastane türü, poliklinik/klinik türü ve hizmet şeklinin araştırma modeli değişkenleri üzerinde yol açabileceği farklılık boyutları da incelenmektedir.

Çalışmanın ilk bölümde; genel bir giriş ve çalışmanın kapsamı, amacı ve önemine değinilmektedir.

İkinci bölümde; hizmet ve sağlık hizmetleri kavramlarına, konunun kapsamı, genel çerçevesi ve daha iyi anlaşılması açısından kısaca değinilmektedir. Sağlık işletmeleri olarak hastanelerin sahip olduğu bazı özelliklerin tüketicilerin (hasta) sağlık hizmetlerinden yararlanırken yaşadıkları asimetric bilgi ve belirsizlik

algısı düzeyinde farklılıklara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda hastane kavramı ve hastanelerin sahip olduğu bazı özelliklere de kısaca değinilmektedir. Asimetrik bilgi, belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat kavramları ile bu çalışmanın odak noktasında yer alan ve bazı değişkenler arasında ılımlaştırıcı etkisi olduğu düşünülen güven kavramı da detaylı olarak açıklanmaktadır. Ayrıca literatür taraması yapılarak bu konularla ilgili kavramları tek veya bir arada içeren çalışmalara da yer verilmektedir.

Üçüncü bölümde araştırmanın amacı, modeli, evren ve örneklem hesaplamaları, örnekleme dâhil edilen tıp dalları hakkında kısa bilgiler, veri toplama aracı ve kullanılan ölçekler, araştırmanın hipotezleri, kullanılan istatistik yöntemleri hakkında kısa bilgiler verilmekte ve araştırmanın güvenilirlik analizi ve verilerin istatistiksel analiz sonuçları tablolar halinde sunulmaktadır. Elde edilen literatür ışığında, geliştirilen hipotezlerin sınanması için; verilerin bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans, korelasyon ve regresyon analizi ile incelemesi yapılmaktadır.

Dördüncü bölümde ise genel bir değerlendirme yapılarak önerilerde bulunmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR ÖZETLERİ

2.LİTERATÜR ÖZETLERİ

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle hizmet ve sağlık hizmeti, bilgi ve asimetrik bilgi, belirsizlik algısı ve güven kavramları ile son kısımda memnuniyet ve sadakat kavramları incelenmektedir. Ayrıca bu kavramlarla ilgili yazında bulunan çalışmalara yer verilmektedir.

2.1. HİZMET KAVRAMI

Sağlık, eğitim, toptancılık, perakendecilik, taşımacılık, bankacılık gibi birçok alt sektörü içinde barındıran gerek kurumsal gerek bireysel anlamda istek ve ihtiyaçların karşılandığı hizmet sektörü son zamanlarda büyük gelişme göstermektedir. 1950’li yıllardan başlamak üzere gelişmiş ülkelerde tarım ve sanayi sektörünü geride bırakarak ön plana çıkan hizmet sektörü, sonraki yıllarda da sadece gelişmiş ülkelerde değil gelişmekte olan ülkelerde de ön plana çıkmaya başlamıştır.

Türkiye’de 1990 ile 2010 yılları arasında hizmet sektörü çok hızlı ilerleme kaydederek milli gelir içerisindeki payı daima artış göstermiş iken sanayi sektörünün sabit kaldığı ya da düşüş gösterdiği gözlemlenmiştir (Özsağır ve Akın, 2012). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin Yıllık Sanayi ve Hizmet İstatistikleri sonuçlarına göre 2017 yılında aktif durumdaki teşebbüslerin % 43,2’si hizmet, % 36,4’ü ise ticaret sektöründe bulunurken, toplam istihdam içerisinde % 37,8 hizmet sektörünün, % 27,3 sanayi sektörünün payı olduğu belirtilmektedir (www.istib.org.tr). Bu sonuçlar hizmet sektörünün önemini daha da artırdığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Amerikan Pazarlama Derneği hizmet kavramını, “satımı yapılan ya da

malların satımı yanında temin edilen yarar, aksiyon ve tatmin” (İçöz, 2005) şeklinde tanımlanmaktadır.

Hizmet kavramı literatürde yapılan tanımlamalara göre üç farklı formatta incelenebilir. Bunlar (Sevimli, 2006);

- ✓ Meta ve hizmete bağlı olmadan satılan, işletmelerin temel etkinliği ile üretilen ürünlerle elde edilen yararlar,
- ✓ Meta kullanımını zorunlu hale getiren aksiyonlar,
- ✓ Metaya destek niteliğinde ve birlikte satın alınan eylemlerdir.

Yapılan tanımlar incelendiğinde hizmet kavramı ile ilgili bazı özellikleri görmek mümkünken, fiziksel mallardan ayıran özellikleri bir başlık altında incelemek gerekmektedir.

2.1.1. Hizmetlerin Ortak Özellikleri

Hizmetleri fiziki mallardan ayıran ortak özellikleri şu şekilde sayılabilir:

- ✓ Soyutluluk (Dokunulmaz): Hizmetlerin fiziksel varlığının olmaması; depolanamaması, patent alnamaması, teşhir ve tanıtımının zorluğu gibi sorunlara yol açmaktadır (Devabakan, 2005).

- ✓ Heterojen olma: Hizmet sektörünün emek-yoğun olmasından dolayı hizmetler homojen olmayan bir özelliktedir. Homojen özelliğe sahip olmayan hizmetin ikinci bir kez tam olarak aynı şekilde yeniden verilmesi pek kolay değildir. (Ghobadian vd., 1994).

- ✓ Dayanaksız olma: Hizmetlerin stoklanamaması, gizlenememesi, geri verilememesi ve tekrar satılamaması nedeniyle hizmetler, dayanaksız özelliğe sahiptir (İrik, 2005).

- ✓ Eş zamanlı üretim ve tüketim: Hizmetlerde üretim ile harcama senkronizedir. Bu nedenle hizmetler, sağlayıcısından ayırt edilemez bir karaktere sahiptir (Güzel, 2006).

- ✓ Sahipsiz olma: Bir ürünün satın alınması sahipliği doğururken, hizmet sektöründe ise hizmetten yararlanmak söz konusu olmaktadır. Yapılan ödemeler, hizmetlerin kullanımı ve kiralmasına yöneliktir (Odabaşı ve Oyman, 2008).

2.1.2. Hizmet Sektörü ve Hizmet İşletmelerinin Sınıflandırılması

Hizmet sektörü, hizmetten faydalananın şahsına veya onun yararına bazı değişimlere sebep olan, zaman, yer ve biçim faydası sağlayan endüstrilerdir (Irons, 1993).

Hizmet sektörü kendi içinde farklı alt boyutlara sahiptir. Bunlar; dağıtım hizmetleri, üretici hizmetleri, sosyal hizmetler, kişisel hizmetler (Midilli, 2011) olarak sınıflandırılabilir.

Ayrıca Amerikan Pazarlama Birliği de hizmetleri; “sağlık hizmetleri, finansal hizmetler, profesyonel hizmetler, konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri, spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri, kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler, fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri, telekomünikasyon hizmetleri, kişisel bakım ve onarım hizmetleri” (Kayral, 2012) olarak 10 kategoride sınıflandırmaktadır.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Çalışmanın bu bölümünde hizmet sektörünün alt başlıklarından sosyal hizmetler başlığı içerisinde yer alan ve Amerikan Pazarlama Birliğinin sınıflandırmasında ilk sırayı alan sağlık sektörü ile ilişkili kavramlar; tanımı, özellikleri, sınıflandırılması gibi ayrı başlıklar altında incelenmektedir.

2.2.1. Tanımı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri belirli sağlık kurum ve kuruluşlarında, farklı tip sağlık personelinden faydalanarak, toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımına yönelik faaliyetleri yerine getirmek üzere, ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı bir sistem (Çıraklı ve Sayım, 2009) olarak tanımlanmaktadır.

Genel anlamda hastalıkların iyileştirilmesi ve sağlığın korunması gayesiyle yapılan çalışmaları içeren sağlık hizmetleri (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012) tüketimi tesadüfi, ertelenemez ve önceden denenemeyen, boyutu ve kapsamı hekim tarafından belirlenen, ikamesi ve garantisi olmayan, içtimaî ve kamu malı vasfına sahiptir (Tengilimoğlu vd., 2011).

Sağlık piyasalarını öteki piyasalardan ayıran başlıca hususlar; baskın eksik rekabet şartları, dışsal faktörler, ikame edilememe ve ertelenememe, fiyatlar ile hakikî maliyetler arasındaki ilişkinin zayıf olması ve kar amacı taşımayan kurumların da bulunduğu birleşik bir yapı olması (Kurtulmuş, 1998) sayılabilir.

Sağlık işletmelerinin sahip olduğu bir takım ayırt edici özellikler de şöyle özetlenebilir (Kavuncubaşı, 2000);

- Çıktının tanımı ve ölçülmesi zordur. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerdeki gibi, kısa zamanda görmek ve değerlendirmek olası değildir. Sağlık kurumlarının girdi ve çıktısı insan olduğundan; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını kısa bir süre içerisinde görmek ve değerlendirmek zorlaşmaktadır.

- Çok fazla miktarda meslek grubu birlikte hizmet vermektedir. Birbirinden çok farklı medikal hizmetlerin beraberinde otelcilik hizmetleri, teknik hizmetler, otomasyon, öğrenim, inceleme, danışmanlık/ yönlendirme, transport ve diğer bir takım işlevler sınırlı bir mekânda birarada bulunmaktadır.

- Yapılan işler kompleks ve değişkendir. Sağlık kurumları, teşhis ve tedavi hizmetlerine ek olarak, öğrenim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı artıkça, karmaşıklık seviyesi de artmaktadır.

- Yüksek seviyede uzmanlaşma söz konusudur. Hastalıkların meydana gelmesinde ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, bilim ve teknolojiye süratli gelişme uzmanlaşma derecesini artırmaktadır.

- Sağlık kurumlarında fonksiyonel bağımlılık çok yüksektir. Değişik meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde koordinasyon gerekmektedir.

- Hastanelerde görev alan insan kaynaklarının büyük ölçüde uzman kimselerden oluşması, bu kimselerin alanlarındaki bilgi ve tecrübelerinden kaynaklanan bir güce sahip olmalarını da beraberinde getirmektedir.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, dört başlık halinde koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır.

- ✓ Koruyucu sağlık hizmetleri; kişinin ve toplumun sağlığının müdafaası ve geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemlerin tamamını ifade etmektedir. Bu hizmetlerin maliyeti cüzî, etkisi ise yüksek olup özgün birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler (Çıraklı ve Sayım, 2009).

- ✓ Tedavi edici sağlık hizmetleri; Hastalık ve sakatlık durumunu ortadan kaldırmak suretiyle hâlihazırdaki sağlık koşullarının yükseltilmesine yönelik sağlık hizmetlerinden meydana gelmektedir. Sağlık durumu bozulan fertlerin, eski sağlık seviyesine erişmeleri amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel de hekimin sorumluluğunda olup diğer sağlık profesyonellerinin de katkıları ile meydana gelmektedir. Ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım tedavi hizmetlerinin türleri olarak sayılabilir (Megep, 2008).

✓ Rehabilitasyon hizmetleri: Hastalık ve kazalardan dolayı oluşan kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların gündelik yaşamı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en düşük seviyeye indirmek, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamını devam ettirmek amacıyla organize edilen ve yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulan sağlık hizmetleridir (Megep, 2008).

✓ Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri: Sağlıklı fertlerin sağlık durumlarını daha üst seviyeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel görev, bireylere düşmektedir. Sağlığın geliştirilmesi; fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu, hayat kalitesi ve yaşama süresini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep

Sağlık hizmetlerinde arz, sağlık kurum ve kuruluşlarının belli bir vakitte belli bir fiyat üzerinden sağlık hizmetini satmayı kabul ettikleri miktar şeklinde ifade edilebilir (Yaşayacak, 2014).

Sağlık hizmetleri sunumu, sağlık iktisadının üretim yönünü oluştururken, sağlığa ayrılan kaynaklar, imalât maliyetleri, üretim tekniği seçenekleri, pazarın yapısı, kar amacı gütmeyen çalışmalarda bulunan sağlık kurumlarının varlığı, sağlık hizmetlerinin finansman modeli vb. etkenler (Dağlı, 2006) sağlık hizmetlerinin sunumunda temel unsurları oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti arzı diğer sektörlerden farklı şekilde oluşmaktadır. Sağlık piyasasında hizmet sunumunun sınırlı olması, fiyat ve patent konularında kanunî sınırlamalar, ulusal ve uluslararası tekellerin varlığı vb. arzın farklı oluşmasına neden olmaktadır (Işık, 2005).

Sağlık hizmetleri talebi sağlık iktisadının tüketim tarafını oluşturmaktadır. (Tıraş, 2013). Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç satın alma gücüne ve satın alma isteğine bağlı olmadan talebe dönüşmektedir (Mazgit, 1998).

Sağlık hizmetlerinde talep kavramı tanımlanırsa, bir toplumdaki bireylerin veya toplumun ihtiyaç duyduğu; sağlığın korunması, tedavisi, rehabilite edilmesi ve sürdürülmesi için bütün hizmetlerden faydalanabilmesi şeklinde ifade edilmektedir.

Talebe tesir eden en hayati unsur, sağlık hizmetlerinin zorunluluğu ve ertelenemeyişidir (Yaşayacak, 2014). Sağlık hizmeti ihtiyacı talebi düzenli ve sürekli olmaktan çok öngörülemez niteliktedir (Aktan ve Işık, 2007). Talep rastlantısal olduğundan, sağlık hizmetinin ne zaman, nerede, ne ölçüde talep oluşturacağı belirlenemez (Orhaner, 2006). Sağlık hizmetlerinin bu özelliği, insanların sağlık

hizmetlerinden faydalanabilme imkanlarının ve seçeneklerinin sorgulanmasını gerektirmektedir. Hasta olan veya başka bir sebepten dolayı sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin sağlık hizmetini hangi kurumlardan, ne gibi şartlar altında ve varolan alternatiflerin neler olduğunu bilerek talebin oluşturulması oldukça önemlidir.

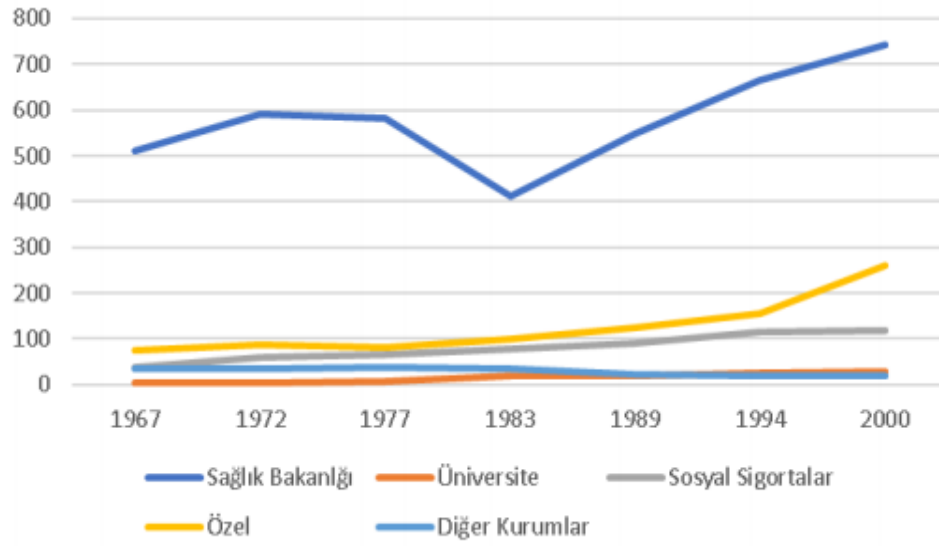
Sağlık hizmetlerinin hangi şartlarda, kimler veya hangi kurumlar tarafından sunulduğunun bilinmesi, rasyonel bir tüketici davranışının sağlanması ve farkındalığın artırılması için bu konularda bilgiye sahip olmayı gerektirmektedir. Bu doğrultuda sonraki bölümde kısaca Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumuna dair kısa açıklayıcı bilgiler verilmektedir.

2.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu

Türkiye toprakları üzerinde kurulan ilk modern hastane 1898 yılında açılan Gülhane Askeri Hastanesidir (Başustaoğlu, 2016). Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışının ardından 3 Mayıs 1920 tarihinde geçerlilik kazanan 3 sayılı Kanun kapsamında Sağlık Bakanlığı kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından ilk iş olarak; hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek amacıyla kurulmuştur. İlerleyen yıllarda Sağlık Bakanlığına bağlı numune hastaneleri Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır illerinde kurulmuştur. “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ve “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılarak, sağlık hizmetlerinin tek elden icrası, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin diğerinden ayrılması, tıp fakültelerinin kurulması ve sıtma, sifilis, tüberküloz gibi salgın hastalıklar ile mücadele ilke olarak benimsenmiştir (Akdur,1999).

1961 yılında “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu”nun kabul edilmesiyle sağlık hizmetlerinin, toplumun gereksinimlerini karşılayacak şekilde devamlı, yaygın ve bütünleşmiş bir şekilde sunulması amacıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri hizmete sunulması amacıyla sağlık hizmetleri arzında aşama aşama, il içerisinde entegre bir yapılanma gerçekleştirilmiştir (Aksakoğlu, 2008). 1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı eliyle sunulması, geliştirilerek yaygınlaştırılması ve özel hastanelerin açılmasının desteklenmesi gibi bazı hedefler belirlenmiştir (Tüsiad, 2004).

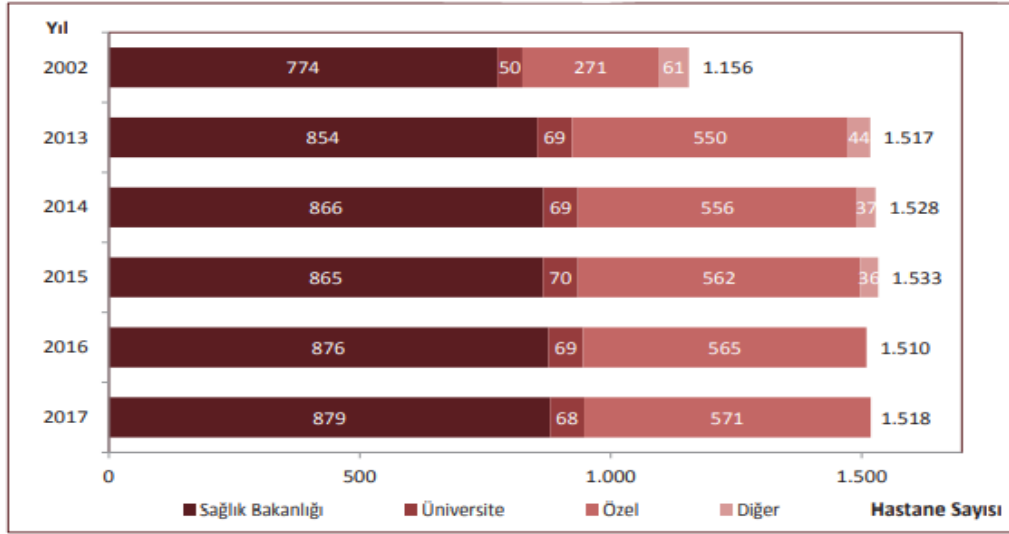


Şekil 2. 1 1967-2000 Yılları Arası Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı (Çavmak ve Çavmak, 2017)

Şekil 2.1’de görüldüğü üzere 1967- 2000 yılları arasında sağlık hizmeti sunumunda Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin sayısının diğerlerine göre oldukça fazla iken, özel hastane sayılarının da giderek arttığı görülmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de sağlık sektöründe yataklı sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversiteler, diğer kurumlar ve özel sağlık kuruluşlarından oluştuğu söylenebilir.

İkibin yılının sonrasında sağlık alanında yapılan reformlar kapsamında 2002 yılında duyurulan “Acil Eylem Planı” içerisinde “Herkesin Sağlık” başlığı altında temel kuralları belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hayata geçirilmiştir (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektörünü bütün boyutları ile ele almak üzere çeşitli bileşenler içeren üç ana ayaktan oluşmaktadır. Bu ayaklardan biri ile Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigorta Kurumu programları 2006 senesinde birleştirilerek, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri gerçekleştirilmiştir (Sülkü, 2011).



Şekil 2. 2 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (www.tuseb.gov.tr)

Şekil 2.2’de Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre 2017 yılına gelindiğinde Türkiye’de yataklı sağlık kurumları (hastane) Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık kuruluşlarından oluşmakta, Sağlık Bakanlığı ve özel hastane sayısının giderek arttığı gözlemlenebilmektedir. Bu doğrultuda tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu hastaneleri ve özel hastaneler tarafından sunulduğu söylenebilir.

Çalışmanın özellikle özel, kamu ve üniversite hastanelerinde sağlık hizmeti almakta olan hastalarla yapılması ve hastanelerin sahip olduğu özelliklerin araştırma modelini oluşturan değişkenlerle olan ilişkisinin farklı boyutlarda incelenmesi ve ayrıca konunun anlaşılmasına katkısı da göz önüne alındığında, hastane kavramının incelenmesini gerektirmektedir.

2.3. HASTANE KAVRAMI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık sistemi içerisinde bireysel sağlık hizmetlerinin sunulduğu bir alt sistem olan, bünyesinde çok farklı meslek grupları ve uzmanlık alanları ile kompleks bir yapıya sahip ve hastaların yatarak veya ayakta sağlık hizmeti alabildikleri bir sağlık işletmesi olan hastane kavramsal olarak incelenmektedir.

2.3.1. Tanımı ve Sınıflandırılması

Hizmet sektörünün kapsamında yer alan sağlık hizmetleri sektörünün genellikle tedavi edici hizmetlerinin sunulduğu fakat bunun yanında koruyucu sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma işlevlerini de yerine getiren hastaneler hakkında yazında birçok tanıma rastlamak mümkündür. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir.

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri, “Müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir olan sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlardır” şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise hastaneler; “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır.

Seçim, (2016)’e göre hastaneler verdikleri hizmetin türü, idare ve kontrolleri, malî kaynakları, yatak kapasiteleri, hastaların hastanede kaldıkları süre ve kadrolu çalışanların kompozisyonuna göre bölümlendirilebilmektedir. Ancak genellikle sınıflandırmada hizmetin türü, hastaların hastanede kalış zamanı, mali kaynakların türü ve büyüklük temel olarak alınmaktadır.

Ülkemizde kanun ve yönetmeliklerle de sağlık kurumları (hastaneler) bazı sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Buna göre; Sağlık kurumları fonksiyonlarına göre beş gruba ayrılmaktadır:

“İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır. Gün hastanesi: Birden fazla dalda, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır. Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır. Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yakalananların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır” (Y.T.K.İ.Yönetmeliği 2016).

Hastaneler tanım ve sınıflandırmalarından anlaşıldığı üzere; yerine getirdikleri farklı işlevleri, farklı iş ve işlemleri, farklı uzmanlık dallarına sahip

olması, farklı personel yapısı, farklı yatak kapasitesi ve hasta sayısı gibi birçok farklı özellikleri ile birbirinden ayrılmaktadır. Bu farklılıklar özellikle verilen hizmetin karmaşıklaşmasına, yoğun iş yüküne, farklı personellerle farklı profil ve hastalıklara sahip bireylere hizmet verilmesini gerektirmektedir. Bütün bu farklılıkların hizmetin sunulması ve sonrasında hizmetin değerlendirilmesinde farklı etkilere yol açabileceği düşüncesi ve sonuçları bu çalışmaya konu edilmiştir.

2.3.2. Hastanelerde Hizmet Üretimi ve Sunumu

Sağlık hizmetlerinin en önemli özellikleri arasında sayılabilecek olan arz ve talebin belirsiz olması; müşteri (hasta) açısından ne zaman hasta olacağı veya herhangi bir nedenden dolayı sağlığını kaybedeceğini bilmemesi ve hastalık algısının bireyler arasında farklılaşması sonucu sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğuna karar verilmesi oldukça problemlidir. Hasta olmadığı halde hasta olduğuna karar veren veya hasta olduğu halde kendini hasta olarak kabul etmeyen bireylerin bu davranışları sağlık hizmetlerinin arz yönünde sorunlara yol açmaktadır.

Aslında sağlık hizmetine ihtiyacı olmadığı halde talepte bulunan birey daha fazla iş yükü ve zaman kaybına yol açmaktadır. Öte yandan ihtiyacı olduğu halde talepte bulunmayan bireylerin rahatsızlığının daha da ilerlemesinden sonra sağlık hizmeti verilmeye başlanması ile ekstra maliyetlere, daha fazla iş yüküne, hastanede kalış süresinin uzaması ve yatak kapasitesinin azalmasına yol açmaktadır. Ayrıca arz boyutunda hastanelerin birçok farklı özelliğe (yapısı, tıbbi hizmetler yanında farklı hizmet türlerini barındırması, farklı uzmanlık alanları ve yoğun teknik bilgi, tahlil, tetkik, muayene ve tedavi işlemlerinde ileri teknolojiye sahip cihazlar kullanılması, farklı işletmecilik fonksiyonları vs) sahip olması ile hizmetin sunumu karmaşık bir hal almaktadır.

Hastanelerde hizmet üretim sürecini kompleks hale getiren faktörlerden en kayda değerisi hizmet yelpaze karmaşıklığıdır. Hastanelerin hizmet karmaşası maddeler halinde şöyle sayılabilir (Şahin, 2009);

- ✓ Birincil (temel hizmetler) süreçler: Hekimlik, hemşirelik, diyetetik, ilaç ve eczacılık ve hastabakıcı hizmetleri,
- ✓ İkincil (yardımcı hizmetler) süreçler: Biyomedikal, yemek, laboratuvar, sosyal hizmetler ve ambulans hizmetleri,
- ✓ Tüm işletmeler için paydaş (işletme fonksiyonları) süreçler: personel yönetimi, malî ve satın alma, toplumsal ilişkiler, sosyal pazarlama, bilgi işlem

hizmetleri vb. şeklindedir. Hastanede hastaların her biri için hizmet üretim süreci, verilen hizmet elemanlarından bir karma oluşturularak talebe cevap verilmektedir.

Her bir hasta için meydana getirilen hizmet karması kendine has bir işlemler serisi veya akışı gerektirmektedir. Bu işlemler dizisi örnek bir hastane iş akış şeması temelinde incelenecektir.

Yıldırım ve Bakır (2014)'a göre hastane hizmet üretimi ve sunumu süreci örnek bir hastanenin iş akış şemasına göre aşağıdaki şekilde yürütülmektedir;

“Bireyin sekreterliğe başvurması için sıramatikten sıra alması ile başlar. Sıramatikten alınan sıraya göre sekreterliğe başvurup, hangi branş ve doktora muayene olacağını belirterek hastane otomasyon sistemine kaydını yaptırıp muayene barkodu alınır. Poliklinik bölüm hostesi hastaların barkodtaki sıra numarasına göre muayeneye çağırır veya aynı zamanda hastalar sıralarını kapıda asılı elektronik sistemden sıralarını takip edebilirler. Poliklinik muayenesinde bireyin hekim tarafından şikayet sorgulanması, muayenesi yapılır ve otomasyon sisteminde kayıtlı sayfasına bilgileri kaydedilir. Muayene sonucunda tetkik gerekli değilse süreç teşhis konulması ile devam eder. Tetkik gerekli ise hekim, bireyin otomasyon kaydı üzerinden istediği tetkiklerin girişini yapar ve bireyi yönlendirir. Tetkikler uygun birimler (laboratuvar, röntgen vs.) tarafından yapılır ve sonuçlar bilgisayara düşer. Sonuç çıkma süresi tetkik çeşidine göre değişmektedir. Tetkik sonuçları çıkan birey tekrar hekimine başvurur. Hekim tetkik sonuçları ile hastayı tekrar değerlendirir, farklı ya da ileri tetkik gerekli olup olmadığına karar verir. Gerekli değil ise süreç teşhis konulması ile devam eder. Eğer yeni ya da ileri tetkik gerekli ise hekim yine sistem üzerinden isteklerinin girişini yapar ve bireyi yönlendirir. Sonuçlar ile birlikte hastayı tekrar değerlendirerek teşhis koyar. Teşhis konulan hastanın tedavi şekline karar verilir. Hastanın ayaktan tedavi imkanı var ise reçetesi düzenlenir, kontrol gerekli ise hasta bu konuda bilgilendirilir ve sistem kaydı kapatılır. Ayaktan tedavi imkanı olmayan hasta yatarak tedavi için değerlendirilir. Yatışı yapılan hastanın uygun klinikte yatış dosyasının ve odasının hazırlanması ile süreç devam eder. Yatışı yapılan hastanın hekimlerce tedavi türü belirlenir. Medikal tedavi planlanan hastaların yattığı klinikte hemşire ve hizmetli personeller yardımı ile tedavi ve takipleri yapılır. Yine hasta ve tamsına göre değişiklik gösteren zaman diliminde hekimler tarafından periyodik olarak yapılan kontrollerle tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığına karar verilir. Tedavi tamamlanmış ise hastanın taburcu edilmesi sağlanır, gerekli ise reçetesi düzenlenir ve kontrolün gerekli olup olmadığı konusunda hasta/yakınları bilgilendirilerek sistem kaydı kapatılır.”

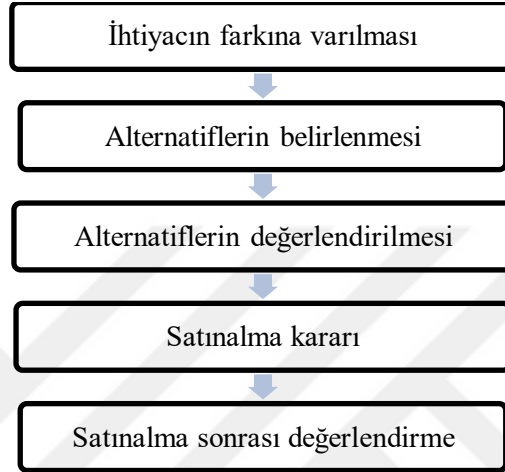
Örnek iş akış şemasında görüldüğü gibi hastanede hizmetin sunulması ya da bireyin hizmetten yararlanması karmaşık bir süreci içermektedir. Bu sürecin her aşamasında hastanın rasyonel bir tüketici olarak yerini alabilmesi ve alınan kararlara katılabilmesi için ya yeteri kadar bilgi sahibi olması ya da bilmediği konularda sahip olduğu sorulara tatmin edici cevaplar alması gerekmektedir. Hizmet sunumu açısından; hastaların sahip olduğu ve cevaplandırılmasını beklediği soruların göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

2.3.3. Hastanelerden Sağlık Hizmeti Alma Süreci

Bireyler çoğunlukla beklenmedik bir anda yaşamını olumsuz yönde etkileyen belirtilere sahip olan bedensel veya ruhsal sıkıntılar yaşayabilmektedir. Beklenmeyen bu durumların ortaya çıkması ve bireyin hasta olduğunu kabullenmesi

ile birey sağlık hizmeti almak üzere tercih yapmak veya karar vermek durumundadır. Bu bir süreç olup bu sürece etki eden sosyal, psikolojik ve kişisel faktörler bulunmaktadır.

Tüketicinin satın alma karar sürecinin pazarlama yazınında beş aşamadan oluştuğu belirtilir. İhtiyacın farkına varılmasıyla başlayan süreç satın alma sonrası tatmin veya tatminsizlikle sona ermektedir (Mucuk, 2009).



Şekil 2. 3 Tüketici Satınalma Karar Süreci Aşamaları (Mucuk,2009)

Satın almaya karar vermeden önce başlayan müşteri/hasta satın alma süreci;

- Sorunun tanımlanması,
- Bilgi toplama,
- Seçeneklerin değerlendirilmesi,
- Satın alma kararı
- Satın alma sonrası tutum aşaması (Kotler vd., 2008) şeklinde sıralanmaktadır.

Sağlık hizmetinin kullanımı yani tüketim süreci ise aşamalar halinde aşağıda değerlendirilmektedir.

✓ İhtiyacın farkına varılması (problemin tanımlanması): Bireyin bedensel veya ruhsal olarak yaşadığı olumsuz bir durumun ortaya çıkması ve bireyin bu durumda hasta olduğunu kabullenmesi sağlık hizmetine ihtiyaç duyulmasının başlangıcı olarak kabul edilebilir.

✓ Alternatiflerin belirlenmesi (bilgi toplama): Hasta olan ve hasta olduğunu kabullenen bireylerin, hastalığın ciddiyeti konusunda algıladıkları duruma göre aile hekimi veya hastane gibi iki alternatifi bulunmaktadır. Hastalık algısının

oluşmasında, hastalık hakkındaki bilgi arayışı ve ulaşılan bilgilerin zihinsel değerlendirmesi etkili olabilmektedir. Bu bağlamda bireyin bilgi arayışında birçok kaynaktan yararlanması olasıdır. Rutten vd. (2005)'nin 45 makaleyi inceleyerek oluşturdukları bilgi kaynakları sınıflandırmasına göre hastaların bilgi kaynakları 5 grup ve 19 alt kategoriden oluşmaktadır. Bunlar;

- Sağlık Profesyonelleri: Hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve sağlıkla ilişkili diğer personeller,
- Yazılı materyaller: Kitaplar, kütüphaneler, broşürler, dergi ve gazeteler, hekim materyalleri,
- Medya: Televizyon, radyo, videolar ve internet,
- Kişilerarası kaynaklar: Arkadaşlar ve/veya aile, danışmanlık, destek grupları veya destek hizmetleri, diğer hastalar ve din adamları veya ibadet yerleri,
- Örgütsel veya bilimsel kaynaklar: Telefon servisleri, hayırsever veya meslek kuruluşları, tıp dergi veya kitapları, sağlık kuruluşları.

Yararlanabilecek birçok kaynak içerisinde hangi kaynaktan yararlanılmış olursa olsun elde edilen bilgiler ve değerlendirme sonucunda hastalığın ciddi bir durumu içermediği düşüncesi bireyi aile hekimine başvurarak ayaktan tedavi alma kararına, daha ciddi durumun var olduğuna dair inanç ise hastanelerden ayakta ya da yatarak tedavi alma kararına yönlendirebilecektir.

Bu çalışma hastanelerden ayakta ya da yatarak tedavi alma durumunu incelemektedir. Hastaneler arasında seçim yapma konusunda Ülkemizde 1 Ekim 2008'den itibaren geçerli olmak üzere "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa" göre müşteri olarak hastaların SGK ile sözleşmesi olan dilediği hastanelerden sağlık hizmeti alabilmesi, hastalara hastane seçimi konusunda özgürlük sağlamaktadır (Özdemir vd., 2010). Bireylerin hastane alternatifleri bağlamında hastane türü olarak üç seçeneği mevcutken, yaşanılan yerin büyükşehir, il, ilçe veya kasaba olmasına ve faaliyet gösteren hastanelerin sayısına göre hastane türleri kendi içinde de farklı alternatiflerin seçimini gerektirebilmektedir. Diğer bir deyişle hastanelerin her türü için birden fazla hastanenin varlığı alternatif sayısını arttırmaktadır.

✓ Alternatiflerin değerlendirilmesi: Bireyler alternatiflerin değerlendirilmesi ve tercih yapılması konusunda birçok faktörden etkilenebilmektedir. Tengilimoğlu (2001)'na göre hastaların hastane tercihi yaparken aciliyet, sağlık kuruluşunun

yakınlığı, teknolojik düzeyi ve fiziksel koşullarının yeterliliği, hastane imajı, fiyat, hastaların söz konusu hastane için sosyal güvencesinin olup olmaması ve bürokratik işlemlerinin sayısı ile her çeşit uzmanın ve hizmetin bulunabilirliği etkili olmaktadır.

Wolinsky ve Kurz (1984)'a göre ise hastane seçiminde dokuz kriter kullanılmakta ve bunlar da bilgi, fiyat, kalite ve tavsiye şeklinde dört grup altında toplanmaktadır.

Leister ve Stausberg (2007)'e göre hastanede daha önce hizmet deneyimi olmayanlara göre hastaların kendi yaşadıkları hastane deneyimi hastane tercihinde önemli olmaktadır. Yaşanan hastane deneyimi hastane, hekim, sağlık hizmetleri ve diğer hizmetler hakkında bilgilenmeyi az ya da çok belli ölçüde sağlayabilir. Ancak hastane deneyimine sahip olmayan kişiler yukarıda bahsedilen tercih nedenlerinden bir veya birkaçına dayanarak seçim yapabilmek için iki seçeneğe sahiptir. Bunlar; bilgi arayışına girmek veya en basit en kolay olanı yani en yakın hastaneyi ya da rastgele birini seçmek durumundadır.

Hastane seçimi, araştırma neticesinde veya en basit şekilde yapılsın hizmet almak üzere hangi tıp uzmanlık dalının seçileceği de önemli bir konudur. Burada bireyin hastalığına dair bilgi düzeyi seçim şekline etki edebilmektedir.

Sağlık, hastalık ve sağlık hizmetleri ile ilişkili konularda bilgi kaynaklarından yararlanma, araştırma yapma, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları, gönüllü, danışmanlık veya destek kurum veya kuruluşları tarafından düzenlenen eğitim programlarına katılmak bireyin bilgi düzeyini artırmada olumlu etkiler gösterebilir. Bilgi miktarının çok düşük veya az olması rastlantısal bir seçimi, bilgi düzeyinin daha yüksek olması bireyin muayene olunacak veya hizmet alınacak tıp dalının seçiminin daha bilinçli ve rasyonel olmasını sağlayabilmektedir.

✓ Satınalma Kararı: Bireyin sağlık hizmeti almak üzere alternatifler içinden hastane ve tıp dalını seçmesi ve sonrasında önceki bölümde belirtildiği üzere iş akış diyagramına göre sağlık kurumunda gerekli prosedürlerin yerine getirilmesi

satınalma kararının kesinleştirildiğini göstermektedir. Sağlık hizmetinin satın alınması ve satınalma sonrası değerlendirme aşaması arasındaki teşhis ve tedavi süreci (hizmetten yararlanma) kendine özgü bir işlemler dizisini veya akışı gerektirmektedir.

✓ Satın alma sonrası değerlendirme (davranış): Tüketici satın alma süreci sonunda alınan sağlık hizmetinden memnun olmuş ise hekimi ya da kuruluşu diğer fertlere tavsiye edebilir, memnun olmamış ise tavsiyede bulunmayarak aksine olumsuz düşüncelerini diğer tüketiciler ile paylaşabilir (Tengilimoğlu,2011).

Hastanelerden hizmet alma süreci; sağlık hizmetine ihtiyaç duyulmasından değerlendirilmesine kadar, bazı aşamalardan oluşmaktadır. Sağlık hizmeti alınacak hastane ve hekimin tercihinde, alternatiflerin incelenmesinde ve hizmetin beklentiler doğrultusunda gerçekleşip gerçekleşmediğini değerlendirilmesinde birey az ya da çok bir takım bilgilere sahiptir. Sahip olunan bilginin düzeyi yapılacak seçimlerde ne kadar gerçekçi olunacağına bir ölçütüdür.

Hastane, hekim ve sağlık hizmeti hakkında sahip olunan bilgi düzeyi bazı durumlarda değişebilmektedir. Özellikle önceden var olan hastane deneyimi, yapılan eğitim programlarına katılmak ve çok farklı kaynaklardan yapılabilecek araştırma ve incelemeler bireyin bilgi düzeyinin artmasına katkı yapabilecek etmenlerdir.

Bilgi düzeyinin artması hastaların yapacakları tercih ve verecekleri kararlarda rasyonel tüketici vasfına bir adım daha yaklaşmasına yol açabilecektir. Ayrıca özellikle sağlık profesyonelleri tarafından sağlık hizmetleri ve hastalık ile ilgili hastaya yapılacak bilgilendirmelerle bilgi düzeyinin artması, hastaların daha bilinçli davranmasına ve hizmet sürecinin içinde daha aktif bulunmasına yol açacaktır. Tüm bu öngörüler ışığında hastaların bilgi ihtiyacının veya eksikliğinin giderilmesine etki edebileceği düşünülen hastane deneyimi, eğitim programına katılma,

araştırma yapma ve bilgilendirilme durumuna göre oluşabilecek farklılıklar çalışmaya konu edilmiştir.

2.4. BİLGİ KAVRAMI

Sahip olan bireye veya topluma her an değer katan bir kavram olarak bilginin insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi ve insanlığın gelişiminde önemli bir yeri vardır. İnsanları muvaffakiyete götüren bilinçli aksiyonlar mutlaka bilgiye göre şekillenmektedir (Öner, 2005). Tüm zamanlarda insanların yaşamını sürdürmesi, gelişimi, düşünce ve davranışlarının şekillenmesinde en önemli öge olan bilgi, gündelik hayatta çok yaygın kullanılmasına rağmen, tanımlanmaya geldiğinde, işin içinden çıkılması güç bir kavrama dönüşmektedir (Uçak, 2010).

2.4.1. Bilginin Tanımı

Bilgi kavramı ile ilgili yazın incelendiğinde başta felsefe olmak üzere psikoloji ve sosyoloji bilimlerinde bilgiye dair yapılan çalışmaların yoğunlaştığı görülmektedir. Ekonomi alanında ise bilgi kavramının incelenmesi, bu bilim dallarına göre daha yakın bir tarihe dayanmaktadır (Mokyr, 2002).

Bilgi kavramı “bir deneyim ve eğitim yoluyla birey tarafından edinilen uzmanlık ve beceriler, belirli bir alanda ya da toplamda bilinenler; gerçekler, malumat ve deneyim yoluyla edinilen uyanıklık ve tanışıklık” şeklinde ifade edilmektedir (Akpınar ve Akdoğan, 2010).

Bilgi, belli bir intizam içindeki deneyimlerin, değerlerin, hedefe yönelik enformasyonun ve uzmanlık görüşünün, yeni tecrübelerin ve enformasyonun bir araya getirilip değerlendirilmesi amacıyla bir çerçeve meydana getiren esnek bir bileşimidir (Davenport ve Prusak, 2001).

Bilgi, enformasyon ve veri ibaresi günlük kullanımlarda sıklıkla birbirlerine karıştırılan kavramlardır. Veri, kullanıma hazır işlenmemiş gerçekler, semboller, metinler, karmaşık olmayan gözlemler, toplam istatistikî değerlerdir. Enformasyonun ise çok düşük değeri vardır ve insan beyni tarafından işleme tabi tutulmadığı sürece bilgiye dönüşmez. Bilgi süreci, data ve gerçeklerle başlar ve bunlar genel enformasyonu oluşturmak için tanzim edilir ve biçimlendirilir. Sonrasında birey bu enformasyonu özümser ve bilgiye dönüştürür (Martensson, 2000).

2.4.2. Bilginin Özellikleri ve Sınıflandırılması

Martensson (2000)'a göre bilginin sahip olduğu temel özellikler şunlardır (Aktan ve Vural, 2019);

- Kolaylıkla biriktirilip saklanamaz.
- Çoğunlukla depo edilemez, kodlanamaz veya istiflenemez.
- Bilgi, insan zihni ile enformasyonun işlenmesi, oluşturulması, düzenlenmesi veya kullanılmasıdır.
- Deneyim, açıklama ve içinde bulunulan koşulları bünyesinde barındıran enformasyondur.
- Kullanılmadığı zaman herhangi bir mana ifade etmez.
- Karar vermeye ve harekete geçmeye hazır yüksek kıymete sahip enformasyondur.

Bilginin sistematik olarak ilk incelenmesini yapan Kant bilgiyi apriori ve aposteriori olarak ikiye ayırır. Deney, deneyim ve müşahedeye dayanmayan bilgiyi apriori olarak tanımlayan Kant, deney, deneyim ve müşahedeye dayanan bilgiyi de aposteriori olarak tanımlamaktadır (Fidan, 2014).

Minsky (1994) ise bilgi kavramını, pozitif bilgi “insanın ne yapacağını bilmesi”, negatif bilgi ise “insanın ne yapacağını bilmemesi” şeklinde sınıflandırmıştır.

Türk Bilişim Derneği (2006) bilgi türlerini; işaretsel bilgi, deneyimsel bilgi, girişimci bilgi, kurumsal bilgi, idealist bilgi, pragmatik bilgi ve otomatik bilgi şeklinde sınıflandırmaktadır.

Bunlara ek olarak ekonomi yazınında sıklıkla kullanılan tam bilgi ve asimetric bilgi kavramları da sayılabilir. Tam bilgi kavramı, pazarda yer alan tarafların mal ve hizmetler hakkında aynı bilgiye sahip olmasını, yani bilginin simetric olmasını anlatmaktadır. Asimetric bilgi kavramı ise piyasada bulunan taraflardan birinin diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olduğu durumu belirtmektedir.

Birçok farklı sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de var olduğu, yazında sıklıkla vurgulanan ve bu çalışmanın da temel parametrelerinden biri olan asimetric bilgi kavramı, çalışmanın sonraki bölümlerinde hem genel çerçevede hem de sağlık hizmetleri boyutunda detaylı olarak incelenmektedir.

2.5. ASİMETRİK BİLGİ KAVRAMI

Tam bilgi kuramının kurucuları ve savunucuları Ricardo, Mill ve Bentham'ın klasik ekonomiye kazandırdıkları soyutlamacı analiz geleneği, Neo-klasiklerde de devam ederek iktisadi modellerin genelini etkilemiştir (Savaş, 2007). Bilginin kusursuz olduğu kuramı altında modellerin meydana getirildiği Neoklasik dönemde, fertlerin tam bilgiye sahip oldukları kabul edilmiştir (Foray, 2004).

Neo klasik iktisat teorisinin temel kuramlarından birisi alıcı ve satıcıların pazar hakkında tam bilgiye sahip olmalarıdır. Ancak gerçek hayatta ne finansal piyasalar tam rekabet koşullarında çalışmakta ne de alıcı ve satıcılar pazar hakkında tam bilgiye sahip olmakta, hatta muhataplardan birinin diğerinden daha çok bilgiye sahip olduğu görülmektedir (Sarıkaya, 2002).

Tam bilgi, bilginin piyasada homojen bir biçimde dağılmış olması ve bilgiye ulaşma maliyetinin olmaması anlamına gelmektedir (Demir, 2003).

Simetrik bilgi ise karşılıklı tarafların anlaşma yapmadan önce ve anlaşma yaptıktan sonra, bir mal ve hizmetin vasıfları konusunda eş bilgiye sahip oldukları durumu ifade etmektedir. Tam bilgi ifadesi, simetrik bilgi kavramını yapısında barındırmaktadır (Ekiz, 2006).

Asimetrik bilgi ise, kısaca iki taraf arasında simetrik dağılmayan, eksik bilgilenme durumudur. Daha açık bir ifadeyle, bir piyasada iktisadî faaliyette bulunan bir tarafın, diğer tarafa göre daha çok bilgiye sahip olması asimetrik bilgilenmeyi ortaya çıkarır. Bir tarafın bildiğini diğer taraf aynı düzeyde bilmiyorsa, alıcının ve satıcının bilgiye ulaşım olanağı eşit değilse, bir tarafın söylediğini diğer tarafın objektif bir şekilde doğrulama veya onaylama imkânı yoksa asimetrik bilgiden bahsedilebilir (Ekiz, 2006).

Ürünlerin kaliteleri hususunda satıcılar alıcılara, işgücünün vasıfları konusunda işçiler işverenlere, işletmelerin finansal durumu hakkında yöneticiler elemanlarına göre daha fazla bilgiye sahiptirler (Pindyck ve Rubinfeld, 1998).

Bilginin toplumda benzer olmayan bir şekilde yayılmış olmasından dolayı fertlerin bilgi düzeyleri her konuda birbirinden farklıdır. Değişik insanların değişik bilgilere sahip olmaları, bilgi asimetrisinin başlıca kaynağıdır (Stiglitz, 2001, s. 488).

Bilgi üretildikten sonra paylaşımı sırasında sorunlar yaşanabilmektedir. Bunlar bilginin denetlenmesinden, saklanmasından, kısıtlanmasından ve

çarpıtılmasından kaynaklanmaktadır. Bu etmenler de asimetrik bilgi sorunun temelini oluşturmaktadır (Karakaş ve Şimşek, 2007).

Asimetrik bilgi problemi, tam rekabet şartlarını ortadan kaldırıp özel ve sosyal maliyetler (veya fayda) arasında farklılık meydana getirerek piyasa başarısızlığına neden olmaktadır (Ünsal, 2004). Asimetrik bilginin var olduğu durumda, ekonomik dinamikliğin sağlanması engellenmektedir. Kişisel fayda, sosyal faydanın önüne geçerek piyasa başarısızlığına sebep olmaktadır (Dollery ve Wallis, 2001).

Asimetrik bilgi ilk olarak ekonomi alanında incelenmiş olsa da; bu sorun kişilerarası iletişimde, gündelik hayatta, toplumsal yaşamda, medyada, siyasette, kısacası bilgi alışverişinin yaşandığı her alanda sık sık ortaya çıkmaktadır (Mishkin ve Strahan, 1999).

Literatürdeki çalışmalar asimetrik bilginin yol açtığı piyasa aksaklıkları; ters seçim (adverse selection), ahlaki tehlike (moral hazard) ve vekalet sorunu (agency problem) gibi problemlerin oluşmasına neden olmaktadır. Sonraki bölümde bu problemler incelenmektedir.

2.5.1. Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunlar

2.5.1.1. Ters seçim

Asimetrik bilgiden kaynaklanan sorunlardan birincisi ters seçimdir. Bir kişinin herhangi bir ürün özellikleri hakkında diğer kişilere göre daha fazla bilgi sahibi olması sonucu ortaya çıkmaktadır. Yeterli ölçüde bilgili olmayan kişilerin; kötü kalitede bir ürünü yüksek fiyata satın alma riskiyle karşı karşıya kalarak, kendileri için yanlış seçim yapmaları ters seçim olarak adlandırılmaktadır (Mishkin, 1996).

Taraflar arasında protokol yapılmadan önce ortaya çıkan bir asimetrik bilgi problemi olan ters seçimin temelinde bilginin ekonomik taraflardan yalnızca birinde saklı kalması yatmaktadır. Bu durumda işlem konusu araç veya faaliyet ile ilgili açıklanmamış bilginin bulunması nedeniyle değişik karar verilmesi (ters seçim) ve anlaşma sonrasında bu saklı bilginin ortaya çıkması sonucu taraflardan birinin ziyan görmesi söz konusudur (Otluoğlu, 2015).

Ters seçim üç durumun piyasada var olması halinde ortaya çıkar (Babacan, 2007). Bunlar;

1. Piyasadaki katılımcıların bir grubunun sözleşme öncesinde gizli bir bilgiye sahip olması.

2. Piyasadaki katılımcıların sözleşmeye ilişkin kararlarının bu saklı bilgiye dayanması.

3. Bilginin, piyasadaki bilgi sahibi olmayan diğer katılımcıların çıkarına aykırı bir durum yaratmasıdır.

Asimetrik bilgiden kaynaklanan piyasa başarısızlığının tipik örnekleri şunlardır (Aras, 2004);

1. İşçi istihdam etmek isteyen firmaların; iş arayanlara göre yetenekleri hakkında çok daha az bilgiye sahip olması.

2. Sigorta şirketlerinin, sigorta yaptırmak isteyen bir kişinin durumu hakkında, bu kişiye göre çok daha az bilgili olması.

3. Kullanılmış araba piyasasında araba satıcılarının potansiyel alıcılara göre arabalarının kalitesi hakkında çok daha fazla bilgiye sahip olmasıdır.

Ters seçim probleminin açıklamasını kullanılmış araba piyasası ile başlatan Akerlof (1970)'un ardından emek piyasası (Spence, 1973), finans (Broecker, 1990; Riordan, 1993; Shaffer, 1998), sigorta (Rothschild ve Stiglitz, 1976) ve sağlık (Arrow, 1963) gibi alanlarda bu problemin incelenmesi birçok bilim adamı tarafından yapılmıştır. Ters seçimin açıklanması için kullanılan en yaygın örnekler, ikinci el kullanılmış araba piyasası, etkin ücretin verilmeye çalışıldığı emek piyasası ve sağlık sigortalarının yapıldığı sigorta sektörüdür (Mankiw, 2008).

2.5.1.2. Ahlaki tehlike

Ahlaki tehlike; sözleşme sonrasında, iktisadî işlemin taraflarından birinin, yalnızca kendisinin çıkar sağlayacağı ahlak dışı faaliyetlerde bulunarak, işlemin karşı tarafını zarara uğratma tehlikesine sebep olan asimetrik bilgi sorunudur. Bu ahlaki olmayan faaliyetler veya davranışlar, ekonomik işlemin özünü tümüyle değiştirmektedir ve taraflardan yalnızca birine menfaat sağlama tehlikesine sahiptir (Diko, 2004).

Ahlaki tehlike, sözleşmeden veya başka bir deyişle seçimden sonra meydana gelen bir durumdur. Bu bakımdan, ahlaki tehlike; taraflar arasındaki sözleşmenin varlığı, birisinin tutumunu diğerinin refahına zarar verecek biçimde değiştirdiği bir durumdur (Parasız, 1999).

1. Sözleşmede asil olarak adlandıran tarafın vekilin eylemlerini doğrudan gözlemleyememesi,

2. Sözleşme sonrası vekilin sözleşmenin sonuçlarını tamamen değiştirmeyen ancak diğer tarafı yani asili zarara uğratan davranış ya da eylemlerde bulunması ile ahlaki tehlike ortaya çıkmaktadır (Babacan, 2007).

Hülsmann (2006) ahlaki tehlikeyi (moral hazard), A kişisinin, B kişisinden temin ettiği kaynağı, kendi temin ettiği duruma kıyasla farklı bir biçimde kullanması olarak tanımlamaktadır.

Varian (1993)'a göre, ahlaki tehlike probleminin kökeninde, sigorta yaptırmadan önce hırsızlığa karşı daha özenli olan bir müşterinin, sigorta yaptırdıktan sonra geçmişteki kadar dikkatli olmayacağı fikri yatmaktadır. Hırsızlara karşı bisikletini daima kilitleyen birey, bisikletini hırsızlığa karşı sigorta ettirdikten sonra, bisikletinin güvenliğiyle ilgili geçmişteki gibi tedbir almazsa, pazar işleyiş açısından problemlili bir hal alır.

Mishkin ve Strahan (1999)'a göre ahlaki tehlike, borç alan tarafın yüksek riskli projelere yönelme isteğinden kaynaklanmaktadır. Borç alan taraf, yüksek riskli projeler ile ilgilendiği takdirde, borç veren tarafı alınan borcun geri ödenmemesi gibi bir tehlikeye maruz bırakmaktadır.

Karakaş ve Şimşek (2007)'e göre kanserojen madde içeren bir oyuncağın üreticisi ürünü ile ilgili bilgiyi saklayarak oyuncağı kaliteli oyuncak fiyatına satıyor ve alıcı bu gizli bilginin farkında olmadığı için ters seçim, satıcı açısından düşünülürse zararlı olduğunu bildiği bir ürünü kaliteli fiyatına satması ahlaki tehlikeye bir örnektir. Eğer alıcı da kaliteli ve garantili bir ürün aldığı zaman, bu ürünü garantili olduğundan dolayı daha çabuk yıpratır ise bu durum da alıcı açısından ahlaki tehlike söz konusudur.

2.5.1.3. Vekalet (Temsilcilik) problemi

Günümüz modern işletme anlayışında; sahiplik ile yöneticilik kavramlarının ayrılması, ahlaki tehlikenin bir türü olan temsilcilik sorununu ortaya çıkarmaktadır (Babacan, 2007).

Firma sahiplerinin, yetkilerini bir temsilciye devretmesi sonucunda temsil edilen firma sahibinin, firma faaliyetlerini tam olarak kontrol edememesi ya da kontrol etmesi için yüksek maliyetlere katlanması temsilcilik sorunu (agency problem) olarak tanımlanmaktadır (Jensen ve Mechling, 1976: 308).

Temsilcilik probleminde asıl sorun işletme sahibi ve yöneticinin farklı olmasından ileri gelir ve bu durum literatürde asıl vekil problemi ya da diğer adıyla vekalet teorisi çerçevesinde incelenmektedir. Asıl vekil problemi, asıl ve vekillerin amaç çatışmasından ve vekilin performansını izlemenin zor ve maliyetli olmasından kaynaklanmaktadır (Amagoh, 2009).

Temsilcilik (asil-vekil) problemi, asiller tarafından istihdam edilen vekillerin, çalıştığı kurumların faydalarını düşünmekten çok kendi faydalarını maksimize etme çabasından kaynaklanır (Parkin, 2010). Bir işi yaptıran kişi vekil kadar bilgiye sahip olsaydı, bu kişi vekili çok iyi denetleyebilir ve temsilcinin kendi amacına hizmet etmesini sağlayabilirdi. Ancak gerçek hayatta temsilciler sahip oldukları uzmanlık nedeniyle işe alınırlar. İş yaptıranlar ise, temsilci kadar işi bilmemekte ya da işi takip edememektedir (Dokur, 2005).

Temsilcilik problemini ahlaki tehlikeden ayıran özellik ise, yapılan sözleşmedir. Buna göre taraflardan birinin diğer tarafa iş yaptırmasını içeren sözleşmeler temsilcilik probleminin konusudur (Jensen ve Mechling, 1976).

Asil-vekil münasebeti, farklı durumlarda değişik yönlerde gelişebilmektedir. Vekâlet verenin, vekilin faaliyetlerinden haberdar olmadığı bir durumda çatışma mecburen ortaya çıkmaktadır (Babacan ve Eriş, 2006).

Guinding vd. (2005)'ne göre asil ile vekil arasında ortaya çıkan çatışmalar dört temel nedene dayanmaktadır. Bunlar; Asilin üstün performans talebi ve vekilin bunu yapmak istememesi veya yapamaması, vekilin işletme kaynaklarını bizzat çıkarları gibi görmesi, asil ile vekil arasında değişik zaman algısı, asil ile vekil arasındaki değişik risk algılama eğilimi olarak sıralanabilir.

Hülsmann (2006)'a göre aslında ortada bir problem yoktur ve üstün asta yetki devretmesi sistematik olarak bazı suistimler doğuracaktır, dolayısıyla yönetim yetkisini devreden her yönetici veya hissedar bu suistimleri kabullenmek durumundadır. Yönetici veya hissedar yetki devrettiği vekilin özensizliği veya yetkisini kendi lehine kullanması durumunu en baştan dikkate alarak, ona vereceği ücreti de astın marjinal verimliliğine göre belirleyecektir. Her ne kadar vekilin verimsizliğinin veri olarak kabul edileceğini söylese de bu verimsizliğin önlenmesinde kovulma tehdidi, prim teşviki gibi bazı unsurların etkili olabileceğini de eklemiştir.

2.5.2. Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunların Çözüm Yolları

Asimetrik bilgi problemi eksik bilgiden kaynaklandığı için tüketici-üretici, alıcı-satıcı, işçi-işveren gibi tarafların, sahip oldukları bilgilerin mümkün olduğu kadar simetrikleştirilmesi gerekmektedir. Bilginin paylaşılması ile bilgi simetrik hale gelebilir (Erdoğan, 2008). Bilginin simetrik bir duruma getirilmesi, bir tarafın bildiğini diğer tarafın da bilebilir hale gelmesini sağlamak demektir. Bilgi simetrik bir hal aldığı zaman alıcı ve satıcının bilgileri hemen hemen aynı olacağı için kandırılma riski ortadan kalkacaktır (Acar, 2005).

Özellikle son yıllarda iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişme, tüketicilerin bilgi transferi için kullandıkları kanalları artırmıştır. Sosyal paylaşım siteleri, blog siteleri, forumlar bilgi paylaşımı amacıyla kullanılmaktadır. İnternet üzerinden firmalar ve ürünler hakkında verilen bilgiler ve yapılan yorumlar, bilginin simetrik hale gelmesine yardımcı olarak bilgi asimetrisini azaltmaktadır (Fidan, 2013).

Asimetrik bilginin önlenmesinde, en çok standartlar ve piyasaları düzenleyici kurumlar oluşturulması, markalaşmanın teşviki ve lisanslama yöntemleri kullanılmaktadır (Kuşgözoğlu, 2010).

Asimetrik bilgi sorununu engellemede kullanılan şu yöntemler de eklenebilir (Okay, 2003);

- Özel bilgi üretimi ve satışı: İşletmeler hakkında daha fazla bilgi alabilmek için bilgi satışı yapan işletmelerden para karşılığı bilgi alınır.
- Hükümet düzenlemeleri: İktidarın ülkedeki herhangi bir işletme için iyi veya kötü şeklinde bir bilgi dağıtması hatalı bir davranış olduğundan, işletmenin kendisi ile ilgili bilginin kendisi tarafından ve doğru olarak dağıtılması uygun bir çözüm olacaktır. İktidarın görevi, işletmeyi bu aksiyonu gerçekleştirmek için teşvik etmesi olacaktır.
- Malî aracılık uygulamaları: Aracı kurumlar, yatırımcıya hem cüzî işlem maliyeti hem de bilgi sağladığı için finansal aracıları kullanmak önemli bir çözüm yoludur.
- Teminat ve net değer yolu: Hem borç verenin kendisini güvence altına almasını hem de girişimcinin daha fazla bilgi almasını sağlayan iki yöntemdir. Teminat yoluyla girişimci, ödeyememesi durumunda ortaya koyacağı bir karşılığın alınmasını kabul etmiş olur.

Bilgi farklılıklarından kaynaklanan ters seçim, ahlaki tehlike ve temsilcilik (vekalet) sorunlarının literatürde yer aldığı andan günümüze kadar ki süreçte birçok çözüm modeli geliştirilmiştir.

Ters seçim probleminin çözümüne yönelik geliştirilen modellerden sinyal vermede bilgi sahibi olan tarafın ilk hareketi yaptığı kabul edilir, dolayısıyla bilgi sahibi olmayan taraf bilgi sahibi olan tarafın hareketine göre tepki gösterir.

Buna örnek olarak bir malın üzerindeki etiketin veya bir otomobil satıcısının sahip olduğu büyük mağazanın tüketicide bir güven algısı yaratması verilebilir (O’Cinneide, 2007). Ayrıca işçilerin öğrenim belgesi, iş deneyimleri ve prezentabilitesi birer işaret aracı olarak ifade edilebilir (Sarıkaya, 2002).

Joseph E. Stiglitz ise asimetric bilgi ortamında nitelik bilgisi elde etmek için kullanılan ayırt etme modelini geliştirmiştir. Bilgiye sahip olan tarafın daima işaret verme eğiliminde olmayacağından hareket ederek, bîhaber tarafın karşı tarafı teşvik ederek bilgiyi sağlayacağını ve kalite ayırımını yapabileceğini belirtmektedir (Stiglitz, 1975).

Potansiyel reasürans müşterilerinin temel risk durumları hakkında yeterince bilgiye sahip olmayan ve asimetric bilgi problemi yaşayan sigorta şirketleri bu gidişi ortadan kaldırmak ve müşterinin doğru bilgiyi aktarmasını teşvik etmek için müşterilerine çeşitli sözleşmeler sunarlar (Löfgren vd., 2002).

Emek piyasasında ayırt etmede işçilere, değişik eğitim seviyelerine göre farklı ücret önerisini kapsayan bir mutabakat sunulur ve sözleşmedeki şartlar kendilerine uygun ise işi kabul eder yoksa kabul etmeyeceklerdir (Sarıkaya, 2002). Bankalarda ahlaki tehlikeyi asgari seviyeye indirmek için izleme ve gözetleme, kamusal düzenleme ve borç sözleşmeleri birer araç olarak kullanılanmaktadır (Cengiz, 2010).

Kalite belirsizliğine dayalı asimetric bilginin piyasa etkinliğine yönelik olumsuz etkilerine karşı önlem olarak garantiler de kullanılabilir. Belirli bir kaliteyi simgeleyen garantili mallar, riskin alıcı tarafından değil, satıcı tarafından üstlenilmesine sebep olur. Garanti, aslında bir sinyalleme mekanizmasıdır (Hirshleifer, 1973).

Bir diğer önlem, markalı malların yaygınlaştırılması olabilir. Her marka belli bir kalite seviyesini temsil edeceğinden, bu durum, tüketiciye piyasada karşılaştırma yapma olanağı verecektir (Akerlof, 1970).

Lisanslama uygulaması da yüksek vasıflılığı ve uzmanlığı belgelemesi açısından piyasadaki kalite belirsizliğini dolayısıyla asimetrik bilgiyi azaltıcı bir rol oynayarak etkinliği arttırabilir (Akerlof, 1970).

Asil vekil probleminin çözümü için asiller, vekillerin asilin menfaatine yönelik çalışmasını sağlayacak teşvikler oluşturmak zorundadır. Bu doğrultuda işletmeler yöneticilerini veya çalışanlarını ortak yaparak iş performansını arttırabilir ya da performansa dayalı teşvik ödemeleri ile vekilin daha iyi çalışmasını sağlayabileceği uzun dönemli sözleşmeler ile vekillerin uzun dönemde servetlerini firmanın başarısına bağlayarak asil vekil probleminin çözüme ulaşabilirler (Parkin, 2010).

2.5.3. Asimetrik Bilgi Konusunda Yapılan Çalışmalar

Asimetrik bilgi ile ilgili olarak literatürde birçok farklı sektörde asimetrik bilginin varlığı ve etkileri ile ilgili pek çok bilim adamı tarafından yapılmış birçok çalışmayı görmek mümkündür. Bu çalışmalardan bazıları çalışmanın bu bölümünde incelenmektedir.

Hayek (1945) “The Use of Knowledge in Society” isimli çalışmasında toplumda bilginin bir kişinin veya bir grubun tekelinde olmadığını, sosyal yapı içerisinde dağınık bir durumda olduğunu ve bilginin tamamına sahip olmanın mümkün olmadığı için tam bilgi yerine eksik bilginin söz konusu olduğunu belirtmiştir.

Akerlof (1970) “The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and the Market Mechanism” isimli makalesinde kullanılmış otomobil piyasalarını inceleyerek, piyasada eksik bilgiden kaynaklanan alıcılar ve satıcılar arasındaki bilgi asimetrisinin piyasayı olumsuz etkilediğini, piyasadaki ürünlerin kaliteleri ile ilgili eksik bilginin kaliteli ürün seçiminde problemler oluşturduğunu, kalitesiz ürünlerin (limonlar), piyasada kaliteli ürün (cevherler) gibi aynı değerden işlem göreceğini ve kaliteli ürünlerin piyasadandan dışlanarak, piyasaya kalitesiz ürünlerin hakim olacağını belirtmiştir.

Spence (1973) “Job Market Signalling” isimli makalesinde kaliteli yerine, kalitesiz ürün almak anlamına gelen ters seçimin, emek piyasasında kaliteli işçilerin seçimi noktasında problem oluşturduğunu ve kalifiye işçilerin seçiminde, işçilerin eğitim seviyelerinin, kalitelerini gösteren sinyaller olarak değerlendirilerek yüksek eğitimli işçilerin kaliteli işçiler olacağını belirtmiştir.

Rothschild ve Stiglitz tarafından 1978’de yayınlanan “Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information” adlı makalede sigorta firmalarının potansiyel sigorta müşterilerinin gerçek risk durumları hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıkları ve sigortacılık sektöründe asimetrik bilgi problemi yaşandığını ifade etmişlerdir.

Stingliz (1981) çalışmasında çok az kullanılmış bir arabanın yenisinden yaklaşık %20 daha ucuza satılabileceğini, arabanın az kullanıldığı için bu süre içerisinde eskimemiş olacağını ve eğer alıcı yeni bir araba almak isterse bu tercihinin bedelini ödemesi gerektiğini savunarak, asimetrik bilgi sorununu açıklamaya çalışmıştır.

Choi vd. (1997) çalışmasında e-ticarette asimetrik bilginin varlığı konusunda, elektronik ortamda arz edilen ürünlerin kalite bilgilerine ilişkin sadece resim ve satıcının koyduğu ürün bilgilerinin olmasının taraflar arasındaki bilgi farkının artmasına ve asimetrik bilginin ortaya çıkmasına sebep olduğunu vurgulamaktadır.

Abbring vd. (2003) büyük ölçüde standardize edilmiş bireysel sigorta sözleşmelerinde tipik olarak mevcut olan çeşitli veri türleri için ekonometrik testleri tartışarak, dinamik verilerin asimetrik öğrenmeye dayansa bile, ters seçimin test edilmesine izin verdiğini vurgulamışlardır.

Aras ve Müslümov (2004) çalışmasında bankaların maruz kaldığı asıl bilgi probleminin, kredi olarak verilen paranın nasıl kullanıldığını bilmemelerinden kaynaklandığını ve bu durumda, bankaların bilgi sorunu karşısında kredilerin geri dönmeme riskine katlanmamak için çoğunlukla kredi tayinlemesine gittiklerini ifade etmişlerdir.

Mishkin (2004) çalışmasında piyasada kredi talep eden ve birbirlerinden farklı borçlanma davranışları sergileyen iki firma ile kredi sağlayıcıları arasındaki asimetrik bilgi problemini incelemiştir.

Schneider (2005) asimetrik bilginin varlığı altında sonuca dayalı bir ödeme sisteminin uygulanmasını incelemiştir. Ahlaki tehlike iki farklı durum üzerinden analiz edilerek, sigorta ve ödeme sözleşmelerinin asimetrik bilginin özellikleri temelinde düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Gülcan ve Kuştepe (2006) IMF’nin hükümetlerle anlaşmalar yaparak kötü yönetime destek sağlayıp, ahlaki tehlikeye neden olup olmadığını incelemiştir.

Balkaş (2006) çalışmasında reklam piyasasında asimetrik bilginin varlığı ve yol açtığı problemleri incelemiştir.

Afzal vd. (2008) bilgi asimetrisinin ürün değerlemesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla bir gruba ürün hakkında simetrik bilgi verirken, farklı bir gruba asimetrik bilgi vermiştir. Deneklerden daha sonra bir bilgi teknolojisi ürününe değer vermeleri istenerek, iki grubun değerlendirme ifadelerinde anlamlı bir fark olduğunu tespit etmişlerdir. Simetrik bilgiye sahip olan grup, ürünü oldukça değerli ve gerçek değerine yakın bir değerle değerlendirirken, asimetrik bilgiye sahip olan grup, ürüne düşük bir değer belirlemiştir.

Tunçay (2008) yaptığı doktora tezi çalışmasında iktisat yazınında bankacılık krizlerinin nedenlerinden biri olarak asimetrik bilginin; mal ve hizmetler piyasası, finansal piyasalar ve kredi piyasası üzerindeki etkileri ile kredi piyasaları üzerine uygulanmasını ele almıştır. Asimetrik bilginin kredi piyasasına yönelik kuramsal yaklaşımlarından Stiglitz Weiss Modeli'nin öngördüğü kredi tayinlaması olgusunun Türk Bankacılık Sektörünün kurumsal kredi piyasasında teoriye uygun bir yapı gösterip göstermediğine yönelik bir tespit yapmaya çalışmıştır.

Ayrıçay ve Altıntaş (2009) yaptıkları çalışmada 1992 ve 2009 dönemi üç aylık verileri kullanılarak Türkiye'de asimetrik bilginin neden olduğu kredi tayinlamasını araştırmış ve model değişkenleri arasındaki kısa ve uzun dönem nedensellik ilişkilerini test etmiştir. Değişkenler arasında uzun dönemde ilişkinin var olduğu ve bankacılık sisteminde kredi tayinlamasının mevcut olduğunu, toplam kredilerle sorunlu krediler arasında nedensellik ilişkisinin var olduğunu belirlemişlerdir.

Güvel ve Ata (2009) tarafından yapılan çalışmada asimetrik bilginin yolsuzluk gerçeğine etkisini asil-vekil ve oyun kuramı kapsamında incelemişlerdir.

Tumay (2009) sigorta piyasalarında fertlerin sigorta yaptırılan objenin zarara uğraması veya çalınma riskine karşı daha az gayret göstermesi olarak tanımlanan etik tehlikeyi incelemiştir.

Başlar (2010) tarafından yapılan çalışmada asimetrik bilgi sorunu medya alanında incelenmiştir. Asimetrik bilginin medyada nasıl oluştuğu, neden kullanıldığını ve asimetrik bilginin varlığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Yiğitbaş (2012) tarafından yapılan doktora tezi çalışmasında bankaların kredi verme davranışı ve reel sektör üretiminde asimetric bilginin önemli etkilere sahip olduğunu belirtmiştir.

Sakal (2013) çalışmasında siyasal otorite ve bürokrasinin umum politikaları konusunda seçmenlere göre daha fazla bilgi sahibi olduğunu ve Devletin yönetiminde var olan gizli işlerden dolayı seçmenin daha az bilgiye sahip olmasının seçmen ile siyasal iktidar ve bürokrasi arasında asimetric bilgi sorununu oluşturduğunu belirtmektedir.

Fidan (2014) yaptığı doktora tezi çalışmasında ters seçim ve ahlaki tehlikenin, müşterilerin şahsi güven eğilimleri ile anlamlı ve negatif bir ilişkiye sahip olduğunu ifade etmiştir.

Esen (2015) piyasalardaki bilgi asimetrisinin kaynaklarını “etkin piyasalar hipotezi” ekseninde incelemiş ve içerideki bilginin asimetri oluşturan niteliklerine dikkat çekerek, Amerika Sermaye Piyasası Kurulu düzenlemeleri ve mahkemelere yansıyan önemli vakalara atıfta bulunmuştur.

Sayım (2015) taşıt ya da makine tamircileri ile araç sahipleri arasındaki asimetric bilginin varlığını incelemiştir.

Otluoğlu (2015) yaptığı doktora tezi çalışmasında asimetric bilginin sermaye yapısı kararları üzerindeki etkisini araştırmıştır. Borsa İstanbul’da 2003–2013 döneminde faaliyet gösteren, çeşitli endekslere dahil olan 92 firmayı panel veri analiz yöntemi kullanarak incelemiştir.

Ma (2017) yaptığı çalışmada e-ticarette lojistik hizmet kalitesinin (teslimat süresi) müşteri memnuniyeti ve satın alma niyetleri üzerindeki etkisini incelemiş, artan teslimat süresinin müşterilerin algılanan belirsizliği ve algılanan riski önemli ölçüde arttırdığını ve bunun da satın alma niyetlerini olumsuz yönde etkilemesi yanında memnuniyeti de azalttığını belirtmiştir.

Çoban (2018) Turkcell’de asil-vekil arasındaki ilişkilerin yanı sıra hissedarların da birbirleri ile ilişkileri vekâlet teorisi ile açıklamaya çalışmış ve kamu (devlet) etkisinin yönetim kurulu üzerinde hâkimiyet sağladığını tespit etmiştir.

2.6 SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK BİLGİ

Sağlık hizmetleri alanında; medyada yer alan sağlık ile ilgili iletilerde, sağlık sigortası ve hasta-hekim arasındaki ilişkide (Başlar, 2010) asimetrik bilgi sorunuyla karşılaşmaktadır.

Sağlık alanında asimetrik bilginin ortaya çıktığı alanlardan biri medyada yer alan sağlık haberleridir. Televizyon programlarında, gazetelerde ve internet sitelerinde sağlıkla ilgili pek çok haber bulunmaktadır. Medyanın görev ve sorumlulukları arasında, tıp ve sağlık alanındaki gelişmeleri topluma duyurmak ve toplumun sağlık eğitimine katkıda bulunmak da vardır. Medyanın toplum üzerindeki etkisi düşünüldüğünde bu tip sağlık bilgilerinin eksik, yanlış ya da yanıltıcı olarak verilmesi toplumsal sağlık için tehdit oluşturmaktadır. Sağlık alanındaki pek çok haber ve gelişme düşük kalitedeki bilgiler olarak aktarılmaktadır. Ciddi bir hastalık hakkında eksik ya da yanlış bilgilerin yayılması hastaların yanlış tedavilere yönelmesine sebep olabilmektedir (Çınarlı, 2008).

Sağlık alanında asimetrik bilginin ortaya çıktığı alanlardan bir diğeri sağlık sigortasıdır. Sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişiler kendi sağlık sorunları ile ilgili olarak sigorta firmalarına göre daha fazla bilgiye sahiptirler ve bunu sigorta şirketlerinden gizlemeye çalışırlar. Sağlık sorunları olan kişiler sigorta yaptırmaya daha çok meyilli olduklarından dolayı sigorta fiyatları da sağlık seviyesi ortalamasının altında olan kişilere göre belirlenmektedir. Bu durumda da ortalama düzeyde sağlık sorunları yaşayan insanlar, ödemeleri gerekenden daha yüksek sigorta bedeli ödemiş olmaktadır. Böylece birey ve sigorta şirketi arasındaki asimetrik bilgi sorunu oluşmaktadır (Mankiw, 2008).

Sağlık alanında asimetrik bilginin ortaya çıktığı alanlardan üçüncüsü ise hasta ve hekim arasındaki ilişkide yaşanan asimetrik bilgi sorunu ki, bu çalışmanın odak noktası; bu ilişki ve ilişki bağlamında ortaya çıkan asimetrik bilgi ve yol açtığı sorunlar sonraki bölümlerde detaylı şekilde incelenmektedir.

Sağlık hizmetleri pazarı, kendine has piyasa özellikleriyle diğer piyasalardan önemli ölçüde ayrılmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2009). Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu dışsallık, belirsizlik altında tercih etme, hastalık riskinin ve tüketim tutarının önceden belirlenememesi (Aktan ve Işık, 2009), asimetrik bilgi ve sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz olması farklı bir piyasa yapısı oluşturmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2009).

Sağlık hizmetleri piyasasını diğer piyasalardan ayıran temel nedenlerden biri sağlık hizmetini talep edenler ile hizmet sunucuları arasında var olan asimetrik bilgi (Arrow, 1963) yani hizmeti talep eden ile hizmeti sunanlar arasındaki hizmete dair bilgi farklılığı ve hekimin hastadan daha fazla tıbbi bilgiye sahip olmasıdır (Gaynor ve Vogt, 1999).

Hasta ve hekim arasındaki ilişki bilgi asimetrisinden dolayı hekimlerin kontrolünde gerçekleşmektedir. Bu kapsamda hastalar, aldıkları sağlık hizmeti seçenekleri ve kalitesi konusunda lâzım olan teknik bilgilere sahip değildir (Boon ve Steward, 1998).

Hizmetin sunucuları, tüketilecek hizmetin belirlenmesi hususunda en iyi bilgi sahibi ve karar verici durumundadır (Hicks, 2014: 185).

Arrow (1963)'a göre medikal bilgiler oldukça karmaşık olduğundan hasta ile hekim arasında bilgi dengesizliği kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerinin en önemli farklılıklarından bir tanesi de hizmet sunucularının hizmet hakkında yoğun teknik ve uzmanlık bilgisine sahip olması ki, bu uzmanlık belirli bir bilgi birikimi sonrasında veya belli verileri bir arada irdeleme kabiliyeti ve deneyimi sonrasında ortaya çıkmaktadır (Sayım, 2015).

Sağlık hizmeti kapsamında hastalığın teşhisi, gereken tahlil ve tetkiklerin yapılması ve yorumlanması, tedavi uygulamaları, ilaç, tıbbi araç-gereç ve diğer tüm işlemler konusunda hizmeti sunan taraf olarak gerek hekim ve sağlık personeli gerekse diğer tüm profesyoneller farklı sürelerde de olsa zorunlu mesleki eğitim almak ve yeterliğe sahip olmak zorundadır. Dolayısıyla, insanların önemli bir bölümünün, uzmanlık seviyesinde bilgi sahibi olması beklenemez (Sayım, 2015).

Uzun yıllar boyunca almış olduğu eğitimle uzmanlaşan hekim çok az kişinin ulaşabileceği bilgilerle donatılmaktadır. Ayrıca toplumda sürekli ihtiyaç duyulan bir uğraşa sahiptir. Bu niteliğe sahip hekim otoritesini sağlık kuruluşlarında rahatça sağlama imkanı bulmaktadır. Hekim otoritesini toplumsal ilişkide zıt durumlarda (sağlıklı-sağlıksız, hizmet veren-hizmet alan) bulunan hasta üzerinde kullanmakta, türlü şekillerde ona güç uygulayabilmektedir. Tekrar sağlığını eski haline getirmeye çalışan hasta birey, şahsı için en süratli ve kolay yolu tercih ederek hekimin otoritesini kabullenmektedir (Öngören, 2017).

TTD (2019)'ne göre; Hasta bilgisi olmadığı, tahmin edemediği, ölçüp değerlendiremediği bir konuda hayati öneme sahip, vazgeçilemeyen, bekletilemeyen,

ikame edilemeyen gereksinimlerini karşılamak zorundadır. Bu hâl, onu hekim karşısında bîçare, mahkûm ve boynu bükük bırakmaktadır.

Asimetrik bilgi; hizmeti talep eden elemanın, arz eden eleman karşısında tam manasıyla problemlerini anlatarak, pazarlık yapabilme potansiyelini en aza indirmektedir. Keza sistem sağlık hizmeti sunucularına endeksenerek kurulmakta, neticede hizmeti arz eden ile talep edenlerin karşılıklı olarak birbirlerini kontrol edebilme olanakları ortadan kalkmaktadır (Arrow, 1963).

Hekim ve hasta arasındaki bilgi düzeyinin farklılığı hastanın şahsına hangi tedavinin ne kadar zamanda ve ne kadar ücretle yapılacağını bilememelerine yol açmaktadır (Şekerci, 2016).

Hasta alacağı hizmet hakkında tam bilgiye sahip olmadığı halde, hastalığı ve tedavisinde ne yapılacağını bilen bir kişi olarak kabul edilmektedir. Aksine hasta sadece hastalığı ile ilgili değişiklikleri fark edebilecek durumdadır (Top ve Tarcan, 2007).

Sağlığın üretim fonksiyonu olan hizmetin sunumu, hekimin çabası ve diğer birçok faktörden etkilendiğinden bir hastanın, bir hekim hakkındaki çevreden duydukları ya da bireysel performans gözlemi, ona hekimin çabasının düzeyini kolay bir şekilde belirleme olanağı sağlamamaktadır (Frank, 2016). Asimetrik bilgi, hekime hasta adına hizmetin kalitesi, tüketim miktarı (Gaynor ve Vogt 1999) ve hizmetin koşullarını belirleme gücü vermektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda tek bir doktor davranış modeli olmadığından her birinin hizmet arzı ve tedavi yöntemi farklılık gösterebilir. Böylelikle, hem hasta hem de hastanın sağlık sigortasını karşılayan kurum veya kuruluş açısından dezavantaj oluşturabilir. Bazen hekim herhangi bir neden olmadan hastaya uygun ve onun beklentileri doğrultusunda bir tedavi önerebilir. Bununla birlikte hekim testlerden ve işlemlerden sonra gereksiz tedavi uygulanmasına (Krupat vd., 2000), gerekmediği halde bazen sağlık hizmeti talebini artırma ve aşırı tüketime de sebep olabilir (Schneider, 2004).

Örneğin kişi rahatsızlığından dolayı hastalığın sebebini ve gereken tedaviyi öğrenmek amacıyla hekime başvurur. Hekim, bazı tetkik ve tahliller isteyerek bir tanı koyar. Hastanın rahatsızlığı evinde de tedavi edilebilir olmasına rağmen doktor hastaların hastaneye ödedikleri ücretlerden pay aldığı için hastanın tedavi sürecinde sürekli kontrol altında kalması gerektiği gerekçesiyle hastaneye yatmasını

söyleyebilir. Böylelikle hasta hastalığı ile ilgili bilgiye sahip olmadığı için hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır (Savaş, 2000: 93).

Doktora hizmet başı ödeme yapılan ve döner sermaye uygulamaları kapsamında yer alan sağlık sistemlerinde, sistemin finansmanında üçüncü bir taraf ödeyicinin bulunduğu durumlarda (Çalışkan, 2008), performans kaygıları, ekonomik nedenler, yönetsel sorunlara bağlı olarak hekimler; hakim oldukları karar verme gücünden ve bilgi asimetrisinden de faydalanarak hasta için gereksiz talep oluşturabilirler.

Hastaların alacakları sağlık hizmetini hiç bilmemeleri ya da kısıtlı bilmeleri, yanlış hastane, yanlış hekim ya da sağlık hizmeti dışında hatalı tedavilere yönelmesine neden olabilmektedir. Bu durum zaman, para, işgücü kaybı, sağlık problemleri ve sosyal problemler gibi birçok olumsuzluğa sebep olmaktadır (Temel ve Aydın, 2018).

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunlar

Asimetrik bilgidен kaynaklanan problemler önceki bölümlerde incelendiği gibi bu bölümde de sağlık hizmetleri piyasası açısından ters seçim, ahlaki tehlike ve vekâlet ilişkisi (arzin talep yaratması) (Gaynor ve Vogt, 1999) şeklinde detaylı olarak incelenmektedir.

2.6.1.1. Sağlık hizmetlerinde ters seçim

Sağlık sektöründe ters seçim hastalar ile sigorta kuruluşları arasında, hastaların şahsi sağlık durumları ve risk seviyesi ile ilgili sigorta şirketinden daha çok bilgiye sahip olmaları ve bunu sigorta şirketinden gizlemeleri ile meydana çıkmaktadır (Feldstein, 2005: 127).

Sağlık sigortası kurum ve kuruluşları, potansiyel müşterilerinin risk seviyelerini bilemedikleri için orta düzeyde bir sigorta primi belirleme yoluna gitmektedirler. Bu durumda risk grubunda bulunan hastalarla risk grubunda bulunmayan hastalar aynı primi ödemektedirler. Riske bağlı primin belirlenemediği hâllerde, düşük risk grubunda yer alanlar için prim fazla olacak ve piyasadan ayrılmak durumunda kalacaklardır. Risk grubu yüksek olan hastaların sağlık hizmetlerini daha çok tüketmeleri kaçınılmazdır. Sigorta firmaları düşük risk grubunda yer alanları piyasada tutabilmek için riskli grupta yer alanların, risk seviyesine göre prim ödemelerini düzenlemek durumundadırlar (Shmanske, 1996).

Yüksek risk grubunda yer alan; yaşlılar, kronik hastalığı olanlar ve/veya kötü alışkanlıkları olan kişilerden yüksek prim talep edilmesi ya da bunların kapsam dışı bırakılması, sigorta piyasasında arz ve talep dengesinin sağlanamamasına neden olmakta ve bu dengesizlik ters seçim olarak ifade edilmektedir (Frank vd., 1997).

Özellikle ciddi sağlık problemleri olan bireylerin sağlık sigortası yaptırmaya meyilli olmaları sigorta sektöründe ters seçim problemine neden olmaktadır. Bireylerde ciddi sağlık sorunlarının varlığına dair şüpheler sonucu sigorta primlerinin yüksek belirlenmesi sağlıklı yerinde olan veya ciddi problemleri olmayanların sigorta yaptırmaya yanaşmaması sonucu, piyasada sözleşme yapılabilecek olanlar, çok büyük tutarlara ulaşan tedavi masraflarına ihtiyaç duyan bireyler olacaktır (Acar, 2005).

Ters seçime örnek olarak sigara kullanan ve kullanmayanlar verilebilir. Sigara içenlerin ciddi sağlık sorunlarına yakalanma oranı, içmeyenlere göre nispi olarak daha yüksek olduğundan, sağlık sigortası taleplerinde, sigorta şirketleri çelişki yaşayarak müşterilerine aynı prim miktarını uyguluyor ve primleri de ölüm oranına bağlıyor ise sigara kullanmayanlar prim miktarını yüksek olarak değerlendirebilir. Sigara içenler ise fiyatları bir fırsat olarak algılayacaklardır (Alunöz, 2013).

2.6.1.2. Sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlike

Sağlık sektöründe ahlaki tehlike hem arz hem de talep boyutunda oluşmaktadır (Flood, 2001).

Talep temelli ahlaki tehlike, sağlık sigortası olan bireyin hastalandığında sağlık sigortası olmayan bireylere göre sağlık hizmetlerini fazla bir şekilde tüketmesi demektir.

Talep temelli ahlaki tehlike sorunu iki şekilde oluşabilir (Ürek ve Erigüç, 2018);

- Bireyler sigortanın ödeme yapacağı konusunda herhangi bir şüphe duymadıkları için hasta olmamalarına rağmen gereksiz ya da fazla bir şekilde sağlık hizmeti kullanmaya meyilli olurlar,
- Sigortalı bireyler hastalandıklarında yine sigortanın ödeme yapacağı konusunda herhangi bir şüphe duymadıkları için sağlıklarına fazla dikkat etmeyebilirler.

Arz temelli ahlaki tehlike ise arzın talep oluşturması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hekimler ya mükemmel vekil rolü oynar ya da hastanın gereksinimi

olmamasına rağmen, var olan bilgi asimetrisi nedeniyle gelirlerini artırmak amacıyla kötüye kullanıp gereksiz talep yaratabilir. Arz kaynaklı talep olarak adlandırılan bu sorun, hekimin hastanın talep eğrisini kendi çıkarları doğrultusunda değiştirmeye yönelik hareketlerde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Nguyen, 2011).

Hasta sağlık sigortasına sahip olduğu için sağlık hizmetleri fiyatlarına daha ilgisiz hale gelerek, sağlık güvencesi olmayanlara göre sigortanın kapsamına nispeten sağlık hizmet tüketimini olabildiğince artırabilir (McPake ve Normand, 2008: 230).

Sağlık sigortası yaptıran bir bireyin sigorta yaptırdıktan sonra daha çok muayene olma ve ilaç kullanma arzusu doğabilir. Firma kişideki bu değişikliğin farkında olmadığı için daha çok maliyetlere katlanmak zorunda kalabilir. Kişinin kendisi hakkındaki özel bilgiye sahip olması fakat sigorta şirketinin bilgi sahibi olmadığından dolayı uğrayacağı zararı ifade eden ahlaki tehlike, pazarda maliyetleri artırarak piyasaların aksamasına sebep olmaktadır (Susam, 2015).

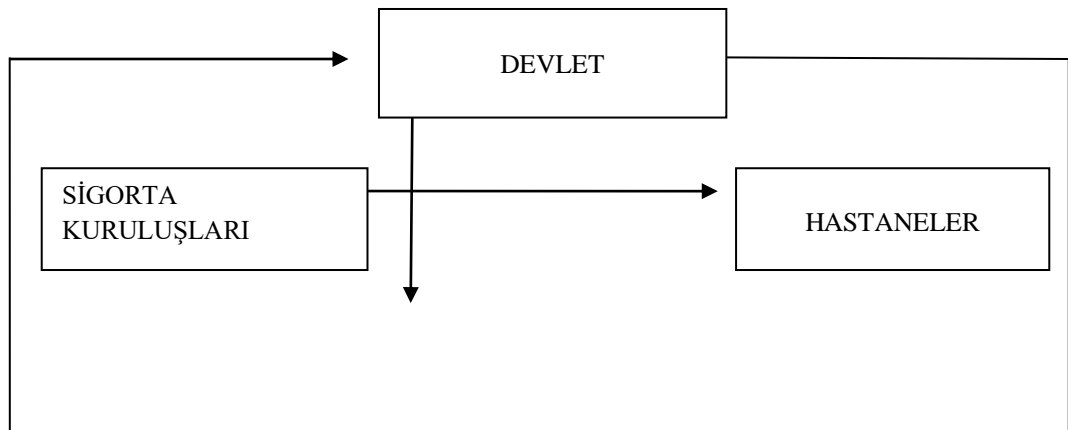
Sağlık sigortalarında ahlaki tehlike problemi, hastane masraflarının kasıtlı olarak yükseltilmesi ya da kasıtlı olarak hastalar tarafından pahalı hastanelerin seçilmesi ve gereğinden farklı tedavilerin uygulanması olarak da kendini gösterebilir (Arrow, 1963).

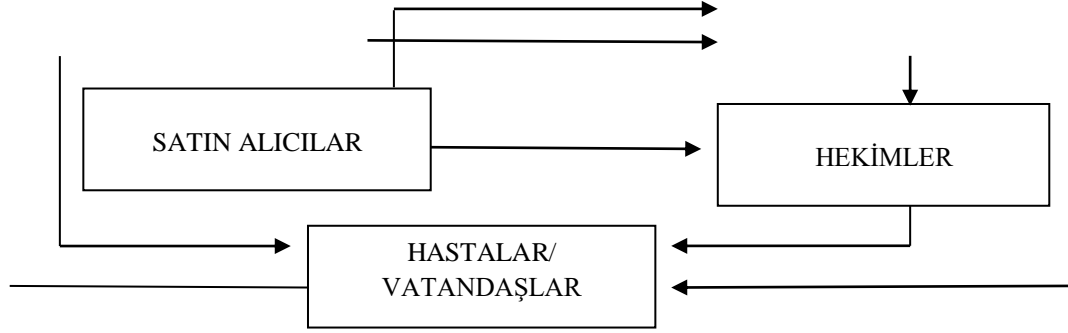
2.6.1.3. Sağlık hizmetlerinde vekalet (temsilcilik) problemi

Sağlık hizmetlerinde vekâlet ilişkisi genellikle sağlık hizmetini talep eden hastaların bilgi asimetrisi nedeniyle hangi hizmetten ne kadar kullanması gerektiğini bilmemesinden dolayı kendilerine vekil tayin ettiği sağlık hizmeti sunanların, tüketilecek hizmeti belirlemesi ve hastaları namına hareket etmesi olarak tanımlanmaktadır (Vick ve Scott, 1998).

Sağlık sistemlerinin her aşaması en temel haliyle hasta ve hekim ilişkisi olmak üzere asil-vekil ilişkisinden oluşmaktadır (Tepecik ve Yazıcı, 2012).

Jones ve Zanola (2001)'a göre sağlık sektöründe fazla sayıda aktör arasında, hekim ile hasta arasındaki ilişki de dahil olmak üzere 12 farklı vekâlet ilişkisi bulunmaktadır.





Şekil 2. 4 Sağlık Sektöründe Vekâlet İlişkisi (Jones ve Zanola, 2001)

Şekil 2. 4'te görüldüğü gibi sağlık sektöründeki vekalet ilişkileri;

- Hekim ile hastalar,
- Sigorta şirketi (kamu veya özel) ile hastalar,
- Sigorta şirketi (kamu veya özel) ile hekimler,
- Sigorta şirketi (kamu veya özel) ile hastaneler,
- Devlet ile sağlık hizmeti satın alıcıları (özel sigorta şirketleri, hastalık fonları veya bölge sağlık otoriteleri),
- Devlet ile sigorta (kamu veya özel) şirketleri,
- Sağlık hizmeti satın alıcıları (özel sigorta şirketleri, hastalık fonları veya bölge sağlık otoriteleri) ile hekimler,
- Sağlık hizmeti satın alıcıları (özel sigorta şirketleri, hastalık fonları veya bölge sağlık otoriteleri) ile hastaneler,
- Devlet ile hastaneler,
- Hastaneler ile hekimler,
- Hastalar ile devlet,
- Devlet ile hastalar arasındaki ilişkiler (Jones ve Zanola, 2001) olarak sıralanabilir.

Ayrıca hastane veya hastane yöneticileri ile diğer sağlık personelleri (ebe, hemşire, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni vd.) arasında da tahlil, tetkik, tedavi vs. gibi gerekli tüm uygulamalarda asil vekil ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık kurumları hekimlerin daha çok hastaya bakmasını ve sigorta fonlarını daha fazla hastane yararına kullanılmasını (Tepecik ve Yazıcı, 2012) ve diğer sağlık personellerinin de gereken tüm uygulamalarda istenilen kalitede, zamanında ve mümkün olduğu ölçüde düşük maliyetle sonuç elde etmesini beklemektedir.

Vekalet verenin amacı hastalandığında en ekonomik ve en iyi bakım hizmetini almaktır. Vekilin gayesi en iyi bakımı olası en yüksek fiyatta sağlamaktır.

Hekimin hastanın ihtiyaç duyduğu bilgilerin tamamını hastasına anlattığı ve hastanın da bu bilgilere dayanarak tedavi sürecine katılması “mükemmel vekâlet ilişkisi” olarak adlandırılmaktadır. Bu ilişkide doktor hastanın bilgi açığını kapatma rolünü üstlenir. Dolayısıyla hekim kendi çıkarları yönünde sağlık hizmetlerini gereğinden çok kullanmamaktadır (Eggleston ve Hsieh, 2004).

Sağlık hizmetleri arzında hekimlerin hem hizmeti arz eden hem de hizmeti talep eden konumunda olması nedeniyle hekim ve hasta arasındaki bilgi farklılığı, arzın talep yaratması problemine yol açmaktadır. Hekimlerin iki rolü de üstlenmesi, öncelikle sağlıkta gereksiz hizmet kullanımını olmak üzere birçok problemi de beraberinde getirmektedir (Durmaz ve Erdem, 2017).

Sağlık hizmeti sunanların kârını artırmak amacıyla bilgi farkını kullanmaları da arzın talep yaratması sorununu ortaya çıkarmaktadır (Guinness and Wiseman, 2011: 129).

Hekimler performans kaygıları, ekonomik nedenler, yönetsel sorunlara bağlı olarak sahip oldukları karar verme gücünü bilgi asimetrisinden de faydalanarak hasta için gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanılmasını teşvik ederek talep oluşturabilirler (Temel ve Aydın, 2018).

Durmaz ve Erdem (2017)’e göre hizmet talep edenin, sunan tarafı kendine vekil tayin etmesi ile başlayan bu süreç vekâlet münasebeti içerisinde işlemektedir. Hekimler vekâlet ilişkisi içerisinde daima kendilerinden beklenen ahlâklı davranışı sergileyemeyebilir. Bu durum, hasta tarafından müşahede edilemeyeceğinden etik boyutta ilişkiyi çıkmaza sürüklemektedir. Menfaatçi çıkar güdüsüyle davranış gösteren hekimler gereksiz sağlık hizmeti kullanımına konum hazırlamaktadır.

Akkaş (2012)’a göre hekimlerin sahip oldukları tıp bilgisi, hasta adına karar vermeye yetkin kılmaktadır. Kötüye kullanılan bu yetkinlik etik ihlallere dolayısıyla ahlaki tehlikeye yol açmaktadır.

Schneider ve Ulrich (2008)’e göre kuramsal modellerin çoğunda, sağlık hizmetleri piyasasında yalnızca doktorun hastasıyla olan yaklaşım ve davranışlarına yer verilirken, piyasada kaynakların paylaşımında hastanın ne tip davranış sergilediği konusu yeterli miktarda göz önüne alınmamıştır. Aslında, doktor ve hasta arasındaki

münasebetin belirlenmesinde tarafların karşılıklı olarak analize dahil edilmesi daha realist bir yaklaşım olarak kabul edilebilir (Bilgili ve Ecevit, 2009).

Schneider (2004)'e göre sağlık hizmeti üretimi yalnızca hekim tarafından sağlanan tıbbi hizmetlere bağlı değildir, aynı zamanda hastanın uyumundan da etkilenir. Hekim hastanın tedaviye eşlik eden davranışları hakkında tam bir bilgiye sahip değildir ve bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin etkilerini değerlendirememektedir.

Hekim ve hastanın karşılıklı olarak, diğer tarafın davranışını gözlemleyemediği durumda çifte ahlaki tehlikenin varlığından söz edilebilir. Her ikisi de, etkileşimleri hesaba katmadan, kendi beklenen faydalarını maksimuma çıkarmaya çalışırlar. Hasta, sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili bir sonucu, doktor ise hastanın sağlık durumunda ki uyumluluk seviyesini çıkaramayabilir (Schneider, 2004).

Hasta sağlığına kavuşmak umuduyla vekil tayin edip, sağlık hizmeti aldığı hekimin teşhis ve tedavi amacıyla yapmış ve/veya yaptırmış olduğu tıbbi işlemler ve uygulamaların hangi ölçüde gerekli, yerinde ve ulusal/uluslararası standartlarda bir kaliteye sahip olduğu konusunda çoğunlukla bir fikre sahip değildir ve net bir değerlendirme yapması da olanaksızdır.

Hekim ise sağlık hizmeti talebinde bulunan hastasının eğer varsa kayıtlı bilgileri haricinde hastalık geçmişi, beslenme, aile yapısı, psikolojik durumu, zararlı alışkanlıkları vs. gibi konularda eksik bilgiye sahip olmaktadır. Ayrıca hastanın almış olduğu hizmetin şekli (ayakta-yatarak) ne olursa olsun hekimin, hastanın hastane dışında sürdürülecek olan tedavisi için vermiş olduğu ilaçlar, tavsiyeler, diyet, egzersiz programı vs. gibi konularda göstereceği özen veya ihmali takip etmesi, gerektiğinde düzeltici müdahalelerde bulunması pek mümkün değildir.

Hekimin hastası ile ilgili içinde bulunduğu durum asimetrik bilginin bir sonucu ve nihayetinde hasta verilen ilaçları düzgün kullanmıyor, tavsiyelere uymuyor ve zararlı alışkanlıklarından vazgeçmiyor ve iyileşmenin gecikmesine veya imkânsızlaşmasına yol açıyor ise bu bir asimetrik bilgi problemi olarak değerlendirilebilir. Hastanın sağlığına kavuşamayıp tekrar kendisine veya başka bir hekime başvurarak sağlık hizmeti talebinde bulunması hekim açısından hem fazladan iş yükü hem de hekimlik kariyeri veya şöhreti açısından olumsuz bir etki oluşturabilecektir.

2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilginin Neden Olduğu Sorunların Çözüm Yolları

Sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi asimetrik bilgi probleminde kaynaklanan ters seçim, ahlaki tehlike ve temsilcilik (vekalet) problemlerine çözüm sağlamak üzere yazında çeşitli uygulama ve önerilerde bulunulmuştur.

Sağlık sigortası piyasalarının işleyişini ele alan çalışmaların çoğunda iki varsayım kullanılmaktadır. Bunlar;

- Sağlık sigortası olan hastaların tamamı aynı primi ödemekte ve pazar fiyatı herkes için sabittir yani bireylerin risk durumu göz ardı edilmektedir.
- Sigortacılar üye kaydı yaparken riskli hasta ayırımı yapmamaktadırlar (Pauly, 1968).

Sigorta firmaları düşük risk grubunda bulunanları piyasada tutabilmek için riskli grupta bulunanların, risk düzeylerine göre prim ödemelerini yerine getirmek durumundadırlar (Shmanske, 1996).

Bilgili ve Ecevit (2009) tarafından asimetrik bilgi probleminde kaynaklanan, arzın talep yaratmasına çözüm olarak arz ve talep boyutlu maliyet paylaşımı ve karma ödeme sistemi önerilmektedir.

Talep yanlı maliyet paylaşımı; sigortalı hastaların faydalandıkları sağlık hizmetleri karşılığında sağlık otoritesince kanunlarla zorunlu kılınan oranda harcamalara katlanmasıdır. Aşırı biçimde tüketim taleplerine sınırlandırma getirmek için kullanılan en etkili metot, kullanılan her bir sağlık hizmeti karşılığında belli oranda katkı payı ödemesinin sağlanmasıdır.

Arz yanlı maliyet paylaşımı; sağlık hizmetleri piyasasında sağlık güvencesini sağlayan ve/veya tedarikçinin toplam tedavi maliyetinin belirli bir kısmına katlanmasıdır. Bu yöntem, sigortacı veya tedarikçinin olağanüstü harcamaları kontrol etmelerine neden olmaktadır (Eggleston ve Hsieh, 2004).

Karma ödeme sistemi; hastanın yararlandığı hizmet karşılığında yapmış olduğu ödemeler dışında, maliyetin bir kısmının da mensubu olduğu sağlık sigortası şirketi ve hizmet aldığı sağlık kurum veya kuruluş tarafından ödenmesi ile birbirini tamamlayan arz ve talep boyutlu maliyet paylaşımının senkronize olarak yer almasıdır (Eggleston, 2004).

Tüm ülke insanların sağlık sigortası kapsamına alınması, maliyetlere katılım payı adıyla destek sağlanması, yasal olarak zorunlu hale getirilmesi, sağlık

hizmetlerinde aşırı tüketimin önüne geçilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca arz ve talep tarafındaki fertlerin tüm işlemlerin kaydı ve elektronik ortamda takip edilmesi, harcamaların azaltılmasında kayda değer bir rol oynamaktadır.

Belirsizlik ve asimetrik bilgiden kaynaklanan sorunları engellemek amacıyla tüm ülke sağlık hizmetleri alanlarında otomasyon sistemi yaygınlaştırıldığında hem kamunun hem de özel sektörün etkinlikleri denetim altına alınmış olacaktır. Böylece hastalar geçmişe dönük bilgilerine kolaylıkla erişilebilir ve hastanın sağlık hizmetleri tüketimine ait kontrolü sağlanabilir (Bilgili ve Ecevit, 2009).

Karakaş ve Şimşek (2007)'e göre kontrol mekanizmaları, üst kurullar, ilgili talimatlar ve mevzuatlar gibi düzenlemeler ile asimetrik bilgi sorunu ahlaki tehlike yönünden minimize edilebilecektir.

Mankiw (2008)'e göre hasta sağlık hizmetini kaliteli bir şekilde alacağını garanti altına almak için sözleşme talebinde bulunur. Eğer hekim sözleşmeye olumsuz şekilde yaklaşırsa hasta açısından kalitesiz sağlık hizmeti anlamına gelmektedir.

Asimetrik bilgi temelinde hizmet alıcılar, doğru hizmeti aldıklarından asla emin olamazlar. Sağlık sektöründe asimetrik bilgiden kaynaklanan sorunların çözümü bilgiyi toplamak, işlemek ve kullanmaktır. Sektörün ekonomi açısından etkin çalışabilmesi için SB ve SGK tarafından hasta ve doktorların bilgi açığını kapatacak biçimde danışmanlık hizmeti verilmesi faydalı olacaktır (Tepecik ve Yazıcı, 2012).

Lim (2007)'e göre hızla gelişen bilgi teknolojileri hastanın sağlık bilgisine erişimini artırsa bile, bir hasta bunu anlamak, yorumlamak ve değerlendirmek için yeterli yeteneğe sahip değildir. Bu nedenle, doktorun hastaya içtenlikle yardımcı olma çabası, hastayla etkili iletişim kurarak sağlık bilgilerini anlama ve kullanmasını sağlaması, hastanın asimetrik bilgi problemini iyileştirebilir ve hastanın doktora olan güveninin bir kaynağı olması nedeniyle, tıbbi bakımın kullanılmasını etkileyebilir.

Boon ve Steward (1998)'a göre hastaların hekimlerden aldıkları sağlık hizmetleri hususunda; değerlendirme yaparken karşı karşıya oldukları ortamı, hekimlerin davranışlarını, kendilerine gösterdikleri alâkayı ve ortaya çıkan tedavi neticelerini kriter olarak kullanmakta ve almış oldukları sağlık hizmetlerinden bu kriterler oranında memnun olmaktadır. Bu durumda hekimin tutumu ve hastaları ile

kurduğu iletişimin şekli, hastalara verilen sağlık hizmeti ve hekimlerden duyulan memnuniyeti oluşturan en önemli unsurlardır.

Hall vd. (1981) hastaların hekim ile geçirdikleri süre, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili soru sorabilmeleri, ilaçların kullanım biçimi ve yan etkileri konusunda tatminkâr bilgi alabilmeleri, hekimin hastaları dinlemesi ve empatik davranarak, müsait ses tonu ve bilindik kelimeler kullanarak iletişime geçmeleri hastaların iletişimden memnuniyetini artıran önemli unsurlar olduğunu belirtmektedir.

2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi Konusunda Yapılan Çalışmalar

Literatürde sağlık hizmetleri alanında ilk çalışma Arrow (1963)'un asimetrik bilgi ve belirsizlik üzerine inşa ettiği ve daha sonraki çalışmalara yol göstererek sağlık ekonomisi alanında dönüm noktası halini almıştır.

Arrow (1963) "Uncertainty And The Welfare Economics of Medical Care" isimli makalesinde sağlık sektöründeki belirsizlik konusunu ele almış ve piyasa işleyişi açısından diğer piyasalardan farklı olduğunu belirterek sağlık sektöründeki hizmet kalitesinin tam olarak bilinemeyeceğini belirtmiştir. Tıp bilgisinin karmaşıklığı sebebiyle hasta ve doktor arasındaki ilişki eksik bilgi ile şekillenmektedir. Temel sorunun hastanın, kaliteli tedavi hizmeti alıp almayacağı konusunda yaşadığı belirsizlik olduğunu belirtmiştir.

Fuchs (1978) yaptığı çalışmada 1963-1970 yılları arasında Amerikada cerrah/nüfus oranındaki % 10'luk bir artışın kişi başına kullanımda takriben %3'lük bir artışa neden olduğunu bunun da cerrah arzındaki artışın gereğinden fazla cerrahi operasyon talebi yarattığını vurgulamıştır.

Chiappori vd. (1998) yaptıkları çalışmada iki yıl boyunca takip ettikleri 4578 kişi üzerinde tıbbi bakım nedeniyle talepte oluşan ahlaki tehlikenin ampirik sonuçlarını incelemişlerdir.

Moscoso ve Tohme (2001) sağlık güvencesi olan ve olmayan hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmak için özel veya kamu hastanelerini seçme nedenleri ile özel veya kamu hastaneleri arasındaki farklılıkları incelerken, tıbbi personellerin davranışlarının farklılık gösterdiğini buna da doktorlar ile hastalar arasındaki asimetrik bilginin neden olduğunu belirtmiştir.

Savage ve Wright (2003) yaptıkları çalışmada özel hastane hizmetlerinin ve sigorta arzında ahlaki tehlikenin derecesini ve ters seçimin varlığını ortaya koymayı amaçlamışlardır.

Doran vd. (2005) reçete tutarlarının Avusturalyalıların ilaç kullanımı üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu araştırmış fakat ahlaki tehlikenin ilaç kullanımında anlamlı bir etkisinin olmadığını belirlemişlerdir.

Schneider (2005) asimetrik bilginin varlığı altında sonuca dayalı bir ödeme sisteminin uygulanmasını incelemiştir. Ahlaki tehlike iki farklı durum üzerinden analiz edilerek, sigorta ve ödeme sözleşmelerinin asimetrik bilginin özellikleri temelinde düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Eisenhauer (2006) yaptığı çalışmada sağlık ve hastalık durumunu ahlaki tehlike yönünden incelemiştir. Ciddi bir hastalığa yakalanmış kişilerde daha sağlıklı olanlara göre daha fazla ahlaki tehlikenin söz konusu olduğunu belirtmiştir.

Lim (2007) yaptığı çalışmada, doktorun çaba düzeyinin tıbbi bakımın yaşlı kullanımı üzerinde istatistikî olarak anlamlı ve olumlu bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Doktorun hasta ile etkili bir şekilde iletişim kurma çabasının, hastanın bilgi problemini iyileştireceğini ve hastanın doktora olan güveninin bir kaynağı olabileceğini ifade etmişlerdir. Güven duyulması hastanın daha fazla tıbbi bakım kullanmasına yol açacaktır.

Schneider ve Ulrich (2008) çalışmasında hasta ve doktor arasında karşılıklı olarak asimetrik bilgiye bağlı çift yönlü ahlaki tehlikeyi incelemiştir.

Langer vd. (2009) hekim-hasta karşılaşmasında etik zorlukların üstesinden gelmek için yeni bir bakış açısı sunmak üzere ekonomi teorisi ve tıp etiği arasında bir köprü kurmaya çalışmışlardır. Hastaların tıbbi eksiklikleri konusunda kendilerini bilgilendirmeleri için elde edilecek fırsatlar, doktor ve hasta arasında daha az asimetrik bilgi dağılımına yol açacağını ifade etmişlerdir.

Neuman ve Neuman (2009) hastaların beş doğum odasının niteliklerine göre tercihlerini, bakım verenlerin inançlarına göre öne çıkarmak ve karşılaştırmak için doğum yapan kadınlar ile doktor ve hemşirelere aynı anda kesikli seçim deneyleri uygulamışlardır. Doktor ve hemşireler, hastaların tercihleri konusunda önyargılı bir algıya sahiptir ve bu nedenle tam bir vekalet ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Tıbbi bakım verenlerin hastaların tercihleri hakkında bilgilendirme yapmasının hasta memnuniyetini artıracığını vurgulamışlardır.

Hall ve Hartman (2010) yaptıkları çalışmada İsveç'teki hastalık sigortası ve işsizlik sigortası arasındaki karşılıklı etkileşimde ortaya çıkan belirli bir tür ahlaki

tehlikeyi incelemektedir. Yapılan analizlerden elde edilen sonuçlara göre hastaların yararı arttıkça, hasta raporlama olasılığının da arttığını vurgulamışlardır.

Nguyen (2011) çalışmasında özel kesim hizmet sağlayıcılarının, benzer bir hastalık ve hasta profili için kamudan daha fazla ilaç yazarak talep uyandırdıklarını ve hastalar arasında güveni tesis etmek için enjeksiyon ilaçlarını reçete etmelerinin oldukça manidar olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalara bilgi ve güçlendirme amacıyla eğitim verilmesinin, sağlayıcıların talep yaratma etkisini hafifleteceğini belirtmiştir.

Tepecik ve Yazıcı (2012) yaptığı çalışmada sağlık sektöründeki asimetrik bilgiden kaynaklı problemlerin bilgi toplama, işleme ve kullanma ile çözülebileceğini belirtmiştir. Sağlık sektörünün ekonomik yönden etkin çalışabilmesi için SB ve SGK'nun hekim ve hasta arasındaki bilgi açığını kapatmak amacıyla danışma hizmeti verilmesini sağlaması ve bunun maliyete bağlı sorunların giderilmesinde faydalı olacağını belirtmişlerdir.

Özcan vd. (2013) yaptıkları çalışmada hekim ve hasta arasındaki bilgi farklılığının hastalara etkisini ve asimetrik bilginin ne gibi etkileri olduğunu araştırmışlardır. Yapılacak tedavi ile ilgili hastalarını daha fazla bilgilendirmeleri ve böylece hastaların bir sonraki gelişte yapılan tedavi ile alakalı daha az soru işaretine sahip olacakları ve bu durumun memnuniyeti artıracığı sonucuna varmışlardır.

Sunil (2015)'in yaptığı araştırmada, doktorların Hindistan'da, her zaman hasta üzerinde orantısız bir güce sahip olduğunu belirtmiştir. Hindistan'da doktorların sayısal olarak düşük bir orana sahip olmasının mevcut tıbbi tesisler üzerinde büyük bir baskı yarattığını ve doktorların hastalarla etkileşime girmesi için gereken zamanın böylece kısıtlandığını belirtmişlerdir. Tüm sağlık tesislerinde hasta sözleşme formülü oluşturulmasına ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

Durmaz ve Erdem (2017) arzdan kaynaklanan gereksiz sağlık hizmeti kullanımının, hastanın algısı üzerindeki etkisini incelenmiş ve eğitim düzeyinin lüzumsuz sağlık hizmeti kullanımını algısını etkilediği bulunmuştur.

Literatürde asimetrik bilgi konusu ile ilgili yapılan çalışmalarda; hasta ve hekim arasında eksik bilgi ve bilgi farklılığı, sağlık ve hastalık durumunda ahlaki tehlike ve etkileri, hasta ve hekim arasındaki vekalet problemi, sağlık sigortasında ahlaki tehlike ve hasta hekim arasındaki çift yönlü asimetrik bilgi ve sonuçları konularında inceleme yapıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilginin varlığının tespiti ve memnuniyet ve sadakate etkisine ilişkin bir çalışmaya

literatürde rastlanmamıştır. Yapılan bu çalışma literatürde yer alan diğer çalışmalarla bu yönüyle farklılık göstermektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet talebinde bulunan hasta ile hizmeti sunanlar (hekim, sağlık personeli) arasında tam bilgi varsayımının geçerli olmadığı gibi, asimetric bilginin yani hasta ile hekim ve diğer sağlık profesyonelleri arasında bilgi farklılığının varlığı çalışmanın önceki bölümlerinde yazındaki birçok çalışmaya atıf yapılarak incelenmiştir. Bu bölümde asimetric bilginin varlığının bir göstergesi olarak hastaların bilgi ihtiyacının veya bilgi eksikliğinin incelenmesi yerinde olacaktır.

2.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Asimetric Bilginin Bir Göstergesi Olarak Bilgi Eksikliği veya Bilgi İhtiyacı

Asimetric bilgi kavramı, yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere herhangi bir ticari faaliyet kapsamında alıcı ve satıcı konumunda bulunan iki taraf arasındaki bilgi farkını, bilginin eksik veya fazla olma durumunu ve karar verebilmek için bilgiye duyulan ihtiyacı belirtmektedir.

Bu bağlamda çalışmanın bu bölümünde eksiklik ve ihtiyaç kavramlarına kısaca değinmek, iki kavram arasındaki ilişkinin anlaşılması açısından faydalı olacaktır.

TDK sözlüğünde eksiklik kavramı “eksik olma durumu, eksik olan miktar, noksan, nakisa, fıkdan” şeklinde tanımlanmaktadır.

Eksik bilgi ise karar vermek için lâzım olan ürün özelliklerinden bir veya birkaçının olmaması olarak tanımlanırken, eksikliğin artan miktarı yapılacak değerlendirmeleri olumsuz yönde etkilemektedir.

TDK sözlüğünde ihtiyaç kavramı ise “herhangi bir şey için gerekli olma, gereklilik, lüzum, gereksinim, güçlü istek, yoksulluk, yokluk, gerekli şey” şeklinde tanımlanmaktadır.

İhtiyaç, somutlaştırılması ve tanımlanması güç bir kavram olup ekonomi, psikoloji, sosyoloji, siyaset ve felsefe gibi birçok alan ve disiplinin farklı bakış açıları ile çeşitli tanımları yapılmıştır (Bannock vd., 1992).

İktisadi bakış açısı ile bir genelleme yapılarak, kuramlar ve tartışmalar arasındaki ayrımın zorluğundan ve kavramın bulanıklığından dolayı ihtiyaç kavramının tanımlanmasından kaçınıldığı ileri sürülmektedir (Jackson vd., 2004).

Sosyolojik bakış açısı ile ihtiyaç hem bireyleri motive eden bir faktör hem de işlevsel bir ön şart olarak görülmektedir (Abercrombie vd., 1994).

Psikolojik bakış açısından ihtiyaç, giderilmesi halinde bir organizmanın iyilik ve refah seviyesini geliştirecek durumlar ve ilişkiler hali ve bir organizmanın belirli bir durum veya ilişki gereksinimi içinde olduğu dâhilî bir durum olarak iki şekilde tanımlanmaktadır. İkinci tanım belli bir eksikliği veya boşluğu giderecek bir çözüme ilişkindir (Reber, 1994).

Felsefi bakış açısına göre ise ihtiyaç bir organizmanın kendi türünün hayatta kalmaktan çok, gelişim ve ilerleme göstermesi için gerek duyduğu her şey şeklinde tanımlanmaktadır (Sarıpek, 2017).

İhtiyaç kavramının birçok alan ve disiplin tarafından farklı bakış açılarıyla tanımlanması sonucu tanımlarla ilgili çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır.

- Hissedilen ihtiyaç; kişi veya kişiler için bir gerekliliktir. İhtiyaç, bireyin durumu bir ihtiyaç olarak hissettiği veya gördüğü zaman ihtiyaç şeklini almakta ve tatmin yoluna gidilmektedir (Monette, 1977). Bradshaw (1974)'a göre hissedilen ihtiyacın eyleme dönüştürülmesine ifade edilmiş ihtiyaç denilmektedir.

- İfade edilen ihtiyaç: algılanan ihtiyacın talebe dönüşmüş şeklidir. Sosyal yaşamda karşılaşılan veya hissedilen engelleyici durumlar nedeniyle her çeşit algılanan ihtiyacın talebe dönüşmesi yani “söylenebilir olması” olası değildir (Şahin, 2006).

- Semptomatik ihtiyaçlar; hissedilen ihtiyaçla yakından ilişkili, gerçek olarak algılanan fakat gerçek ihtiyacın sadece bir septomu olan şeyi tanımlamak için kullanılır (Atwood ve Ellis, 1971).

- Gerçek ihtiyaçlar; bireyin kendisinden ziyade dışarıdan bir gözlemcinin kıstas koyabileceği bilgi, beceri ve tutum eksikliğidir (Monette, 1977)

- Eğitim ihtiyaçları; bireyin veya dışarıdan birinin bakış açısıyla bilgi, beceri ve tutumlardaki eksikliğin belirlenmesi ile tanımlanabilir (Monette, 1977).

- Normatif ihtiyaçlar; İstenilen ideal bir standarta göre gerçekte var olan standartlar kıyaslandığında bir grup ya da kişi arzu edilen standardı karşılayamıyorsa, bu durumda kişi ya da grubun sahip olduğu ihtiyaçtır (Barusch, 2009)

- Temel ihtiyaçlar; insanların saygın bir hayat sürdürebilmek için gerekli temel ve asgari maddi ihtiyaçlar ile besin, yerleşim, sağlık hizmetleri, öğrenim gibi mal ve hizmetler bütünü (Sarıpek, 2017) şeklinde ifade edilmektedir.

Hastalık seviyesi ve hastalığın algılanması temel ihtiyaçlar arasında yer alan sağlık hizmetleri kullanımının doğrudan doğruya sebebi veya yönlendiricisidir (Mooney, 2003).

İnsanlar bazı septomların ortaya çıkması ile bedensel veya ruhsal olarak yaşadıkları ve kendi kendilerine baş edemeyeceklerini düşündükleri veya hastalık olarak algıladıkları bir durumda sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilirler.

Yazında genel görüş olarak belirtilen hekim ve hasta arasındaki asimetrik bilginin (bilgi farklılığı) (Arrow,1963; Gaynor ve Vogt, 1999; Hicks, 2014) bir göstergesi olarak; hasta sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anın öncesinde, içinde bulunduğu durumu değerlendirip belirtilere göre hasta olup olmadığına karar vermek durumundadır. Ayrıca hastane ve hekim seçimi yapabilecek, hastalığın belirtileri, tedavisi, iyileşme süreci ile sağlık hizmetinden yararlanırken maruz kaldığı iş ve işlemleri anlamlandırma ve değerlendirme yapabilecek tam bir bilgiye sahip değildir. Bu bağlamda düşünülürse hastalar birçok konuda eksik bilgiye sahiptir ve rasyonel davranmaları ve karar verebilmeleri için tam ya da yeterli miktarda bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Tüm süreç içerisinde varlığını hissettiren bilgi eksikliği ve bilinmezlik, bilişsel açıdan bir takım olumsuzluklara yol açabilmektedir.

Itoga (1992)'ya göre her insan bilgiyi farklı algılar ve içeriğinden farklı anlamlar çıkarabilir. Şahıs, içinde bulunduğu belirsiz veya şüpheli durumu sahip olduğu bilgisiyile aşamadığı zaman bilgiye gereksinim duyar (Uçak, 1997).

Bilgi gereksinimi (ihtiyaç); kişinin bulunduğu konum ile olmak istediği konum arasındaki başkalığın anlaşılmasıyla ortaya çıkan bir durum olup var olan sorunla başa çıkmada yetersizlik hissedilmesiyle, bilgi ile ilgili güçlüklerin bir dürtüye dönüşmesidir (Krikelas, 1983).

Bilgi ihtiyacı, zihinsel olarak bulunulan konumu etkileyen bir eksikliği ifade eder. Bilgi ihtiyacı algısı, sorunları algılama, karar verme yeteneği ve sorunlarla başetme özellikleriyle yakından ilgilidir. Bazı bireyler içinde bulunduğu belirsizliği veya sorunu kabul etmez iken, kimi de sorununu çözebilmek için bilgilenmek isteyebilir. Bundan dolayı bilgi ihtiyacının, bireye özgü bir kavram olduğu söylenebilir (Rohde, 1986).

Birey sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu ana kadar çoğunlukla hastalık veya sağlık hizmetleri ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi ya da bilgi eksikliğinin farkında değil iken, hasta olduktan sonra bilgi eksikliğinin farkına varılmasıyla hissedilen

ihtiyaç, bilgi eksikliğinin kabullenilmesi ve dile getirilmesi ile ifade edilen bilgi ihtiyacı şekline dönüşmektedir. Böylece hastanın yaşamış olduğu bilgi eksikliği diğer bir deyişle hekimle arasındaki bilgi farklılığı (asimetrik bilgi) tam olarak anlaşılır ve ölçülebilir duruma gelmektedir. Çünkü hekim uzmanlık ve/veya mesleki bilgisinin sayesinde tam bilgiye sahipken hasta ifade edilmiş bilgi ihtiyacı ile bilgi eksikliğini açığa vurmuş olmaktadır.

Sonuçta literatürde genel bir görüş olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinde asimetrik bilginin varlığı ve derecesi; açığa vurulan veya ifade edilen bilgi ihtiyacı ile bireysel olarak tespit edilmiş olacak ve asimetrik bilginin yol açtığı sorunlara çözüm yolları geliştirebilme imkanı sağlanmış olacaktır. Bu bağlamda daha önceden bilgi eksikliğinin tespiti ve giderilmesine yönelik yapılan çalışmaları ve getirilen önerileri de incelemek faydalı olacaktır.

2.6.4.1. Hastaların bilgi eksikliklerini giderme yolları

Sağlık hizmetleri ve hastalıklar ile ilgili taraflar arasındaki bilgi farklılığı ve hastaların yaşadığı bilgi eksikliğinin giderilmesi için rasyonel bir tüketici (hasta) davranışı olarak; bireyin öncelikle hastalığı, hastane ve hekim seçimi konusunda, sonrasında diğer konularda bazı bilgi kaynaklarından yararlanarak bilgi ihtiyacını karşılamak amacıyla bilgi arayışına girmesi beklenir. Geçmişe kıyasla günümüz toplumlarında sağlık bilincinin nispeten gelişmiş olması kişileri sağlıklıla alâkadar daha fazla araştırma yapmaya yöneltmektedir (Tengilimoğlu vd., 2008).

Teknolojideki gelişmelere bağlı olarak günümüzde bireyler sağlık sorunları ve bunların çözümlerine yönelik tedavi alternatiflerinin daha fazla farkında olmakta ve sağlık kuruluşları/hastaneleri araştırmaktadırlar (Sanchez, 2002).

✓ Bilgi ararken insanlar öncelikle kendi tecrübe ve belleklerine başvurma eğilimindedir (Krikelas, 1983).

Deneyim; müşterilerin satın alma öncesinde ve sonrasında karşı karşıya kaldığı türlü uyarılara verdiği tepkilerden oluşan özel olaylar (Schmitt, 1999) olarak tanımlanmaktadır.

Deneyim; belli bir sürede ortaya çıkan, tüketiciyi fiziksel, duygusal, zihinsel ve ruhsal olarak etkileyen, ürün ve hizmetten farklı olarak akılda kalıcı, içsel ve kişisel edinimler (Aksoy ve Akbulut, 2016) şeklinde de tanımlanmaktadır. Deneyim içsel ve kişiseldir (Pine ve Gilmore, 2012).

Bu tanımlamalar doğrultusunda hastaların önceden elde ettikleri olumlu ya da olumsuz hastane deneyimleri beklentilerini aynı yönde etkilerken geçmiş deneyimler, beklentileri ve dolayısıyla bilgi ihtiyaçlarını da etkileyebilmektedir (Yılmaz, 2001).

Hastane deneyimi olmayan bireylerin hastalık ve tedavi sürecine dair herhangi bir tecrübelerinin olmamasından dolayı tedavi sonrası dönemde komplikasyonlara ilişkin endişe duymaları ve farkındalıklarının daha az olması nedeniyle bilgi ihtiyaçları daha fazla olabilmektedir (Dursun ve Yılmaz, 2015). Hastaların deneyimleri ve bilgileri hekimlerin, sağlık profesyonellerinin ve araştırmacıların tamamlayıcısı olarak kabul edilebilir (Goodare ve Lockwood,1999).

Hastaların daha önce yaşamış oldukları hastalık, hastane ve hekim deneyimi; bilgi düzeyini arttıran bir unsur olarak hastane ve hekim seçiminde daha rasyonel ve ayrıca hastalıkla ilgili konularda da daha bilinçli davranmasına katkı sağlayacaktır.

✓ Bireyler tehdit edici bir durum karşısında yeniden uyum sağlama, olayı objektif yorumlama ve etkili başa çıkma davranışları geliştirmek amacıyla bilgi arayışı içine girerler (Tan vd. 2013). Bilgi arama davranışı, sahip olunan bilgideki bir eksik veya sıradışılığı ile başlayan, eksiklik giderilinceye ve konu anlaşılincaya kadar devam eden bir durumdur. İnsanların psikolojik yapıları, bilgi birikimi, bireysel özellikleri aldıkları bilgiyi farklı şekilde değerlendirmelerine neden olmaktadır (Westbrook, 1993).

Bilgi arama; bilgi kaynakları içerisinde, gereksinimlere en uygun olan bilgiyi adlandırma ve seçme işlemidir. Bilgi arama davranışı karar verme, problemin çözümü veya kaynak bulma gibi bir sürecin parçası olacağı gibi, bizzatıhi tek bir işlem de (Rouse ve Rouse, 1984) olabilmektedir.

Bireyler harici bir bilgi kaynağı gerekli olduğunda, çoğunlukla insanları ve yüz yüze görüşmeyi tercih etmektedirler. Bilgi kaynağının tanınan ve kabul gören biri olması önemlidir. Yazılı kaynaklarda en kolay ulaşılabilen kaynaklar tercih edilmektedir. İnsanlar en iyi kaynağı değil, ulaşılması en kolay olan kaynağı tercih etmektedir (Krikelas, 1983).

✓ Hasta eğitimi, hastalığın teşhisi ve tedavinin anlaşılmasına, hastanın yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesine, kendi bakımına aktif katılmasına, sağlık bakımıyla ilgili karar alma yeteneklerinin arttırılmasına, hastalığı

ile ilgili güçsüzlük duygusundan kurtulmasına, hastalığa uyum sağlamasına, hastalıklarla başa çıkmasına, sağlığını tekrar kazanmasına, kısa dönemde iyileşmesine, komplikasyonların engellenmesi ve evde bakımının sürdürülmesine yardım eder (Öztürk vd., 2011).

Hasta eğitimi, ayrıca hastalıklarla baş edebilmek, hastalığın kontrolünü sağlamak, sağlığı pozitif yönde geliştirmek amacıyla diyet, egzersiz, düzenli ilaç kullanımı gibi yaklaşım ve davranışların alışkanlık haline getirilmesinde sorumluluk duygusunun geliştirilmesini amaçlamaktadır (Atmaca vd., 2015).

Miller vd. (1990)'ne göre bireyin hastaneye kabulünü takiben, hizmeti sunanların uygulama ve hastalıkla ilgili eğitim programına başlaması gerekmektedir. Uygun olan dönemde hastanın tespit edilen bilgi düzeyi eksikliklerine göre programlanmış, kişiye özel ve yazılı materyal kullanılarak eğitim verilmesi uyumun sağlanması için önemlidir.

Hoving vd. (2010)'ne göre yapılan çalışmalarda hasta eğitiminin anksiyetenin azaltılmasına, memnuniyetinin artırılmasına, hastalıklara uyum sağlanmasına, masrafların düşürülmesine, hastalık ve ölüm oranlarının azaltılmasına ve hastanede kalış süresinin kısalmasına olumlu etki yapmaktadır.

Huber ve Blanco (2010)'ya göre hasta eğitiminin programlı şekilde verilmesi hastaların alınacak kararlara uygun şekilde katılmasını sağlamak, sağlıkla ilgili tutumlarını geliştirmek ve tekrar hastaneye yatışları önlemek için oldukça önemlidir. Hastaneye yatmadan önce eğitim alan hastaların eğitim ihtiyaçları yattıktan sonra eğitim alanlardan daha düşüktür. Hastaneye yatış öncesindeki eğitim ile aldıkları bilginin hastalara daha faydalı olduğu ve bilgi açığını kapatabileceği (Dursun ve Yılmaz, 2015) belirtilmektedir.

Hastalara eğitim verilirken hasta merkezli bir yaklaşım kullanmak ve hastaların kişisel özellikleri, değerleri, ailesi ve çevresi, hastalığı algısı, hastalığa bakış açısı, hastalık ve hastane deneyimleri önem oluşturmaktadır (Lamiani ve Furey, 2009).

✓ Sağlık hizmetlerinde kişilerarası ilişkiler çok yoğun yaşanmaktadır. Sağlık sektöründe iletişimin yeterli olması hizmetin kalitesini ve hastanın uygun tanı ve tedavi almasının sağlanmasında büyük öneme sahiptir (Karsavuran vd., 2011). İyi bir ilişki tedavi önerilerine uyumu artırır, devam eden bakımı artırır ve hasta memnuniyetini artırır (Sunil, 2015).

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun ayrılmaz bir parçası, hastaların ihtiyaçlarını gideren bilgi verilmesidir (Executive, 2000). Hastaların hekimleri ile kurdukları iletişimden bazı yönlerden memnun olmamaları, genelde ihtiyaç duyduklarında kendileri ile ilgili tıbbi konularda doktorlarından tatmin edici bilgi alamadıklarından kaynaklanmaktadır.

Kutlu vd. (2010)'ne göre hasta ve hekim arasında verimli bir iletişimin kurulması hekime güveni artırırken hastanın tanı koyma amaçlı sorulara cevap vermesine olumlu etki yapmaktadır. Kötü iletişim, başarısız bir tanı ve tedavi sonucu hasta memnuniyetsizliğini doğurur ve hekim de mesleki yönden başarısızlıklar yaşar.

Izumi vd. (2006)'ne göre hastalarla iyi iletişim kurmak, hastaları bilgilendirme yeteneğine sahip olmak ve sorulara doyurucu yanıtlar vermek hasta memnuniyetinin sağlanması önemli olmaktadır. Hasta doktor ilişkisi, sağlık hizmetlerinde hayati bir kavramdır (Sunil, 2015).

Ha vd., (2010)'ne göre hekim ile hasta iletişiminde kişilerarası iyi bir ilişki, kolay bir bilgi alişverişi ve hastanın karar verme sürecine katılımının sağlanması temel hedeflerdir. Ayrıca tıbbi bilgilerin anlaşılmasında, hastaların ihtiyaç, istek ve algıladıklarını daha iyi tanımlamada iyi bir hekim hasta iletişiminin yardımcı olma potansiyeli vardır. Daha iyi iletişim, daha iyi sağlık hizmeti sunumu demektir. Hekim ile hasta arasında hastanın bilgilendirmesi ve olumlu davranışlar memnuniyet üzerinde etkili olmaktadır (Kırılmaz, 2013; Kısa 2007).

2.6.4.2. Sağlık hizmetlerinde bilgi ihtiyacı konusunda yapılan alışmalar

Sağlık hizmetlerinde hastaların yaşamış olduğu bilgi eksikliği ve bilgi ihtiyacını konu alan birçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Bu çalışmalardan bazıları çalışmanın bu bölümünde incelenmektedir.

Cassileth vd. (1980) yaptıkları çalışmada; Radyasyon terapisi ile ilgili deneyimin hastanın bilgisini artırmasına rağmen, bilgi alma arzusunu ancak azaltığı belirtilmiştir. Deneyimli hastaların çoğu doğru bilgiye sahip ancak çoğu iyi bilgi sahibi değildir. Bilgili hastalar arasında daha fazla bilgi edinme isteği, hastaların inançlarını doğrulama ve destekleme konusundaki belirsizlik ve karşılanmamış ihtiyaçlarını dile getireceklerini ifade etmişlerdir.

Grabow ve Buse (1990) yaptıkları çalışmada hastaların anestezi ile ilgili bilgileri anestezi doktorundan almak istediklerini tespit etmiş ve hastaya

anksiyetesini artırmayacak şekilde hastalığı, ameliyatta ne yapılacağı, oluşabilecek komplikasyonları ve hastanın kendi rolü ve katkısının ne olacağının açıklanmasının yararlı olacağını belirtmişlerdir. Bilgilendirilen hastanın hem bilgisi hem de memnuniyeti artacaktır.

Hynes (1997) çalışmasında, kronik ağrı çeken hastaların evdeki bakımlarında algıladıkları bilgi ihtiyaçlarını Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ile ölçmüştür. Tedavi, komplikasyon, ilaçlar ve yaşam kalitesinin artırılmasında bilgi ihtiyaçlarının önemli olduğunu bulmuştur.

Jickling ve Graydon (1997) ilk kez koroner arter bypass operasyonu geçiren erkek ve kadın hastaların hastanede taburcu edilmesinden 24 ila 48 saat önce bilgi ihtiyaçlarını karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada; benzer bilgi ihtiyaçlarına sahip ve her ikisinin de tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitelerini artırmak ve ilaçlar hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Rich-vanderbij (1999) sekonder yaralanmanın eşlik ettiği kafa travmalı hastaların en fazla komplikasyonlar ve semptomlara ilişkin bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

Tokem (1999) yaptığı çalışmada akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalara verilen eğitimin bakım sonuçlarına etkisini incelemiştir. Deney ve kontrol grubuna hastanede bireysel ve taburcu olduktan sonra programlı grup eğitimi yapılması sonucu deney ve kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Pautler vd. (2001)'nin yaptığı çalışmada, prostat kanseri hastalarının % 29'unun hastalıkları ile ilgili bilgi edinmek amacı ile interneti kullandığı, interneti kullanan hastaların % 8'inin elde ettikleri bilgiler sonucunda tedavi kararına etkin şekilde katkı sağladıkları tespit edilmiştir.

Lock ve Willson (2002) kemoterapi alan hastaların yaygın olarak tedavinin yan etkisi, ilaç bilgisi ve hastalıkla baş etme stratejisi konularında bilgiye ihtiyaç duyduğu, bilgi alma konusunda birebir hemşire ve doktorla görüşmeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Iconomou, vd. (2002) yaptıkları çalışmada kanser hastalarının genel olarak bilgi için büyük bir istek gösterirken, özellikle kemoterapi, prognoz, kemoterapi kalitesi, tanı ve kemoterapi sonucu ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olma ihtiyaçlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Kutsal vd. (2002) osteoporoz hastalığı olan bireylerin eğitim düzeylerini belirlemek; osteoporozla alakalı bilgilerini ve bu bilgileri hangi tür kaynaklardan edindiklerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada bilgi kaynağı olarak en çok % 56.8'i doktorların en önemli bilgi kaynağı olduğunu tespit etmişlerdir.

Rutten vd. (2004) çalışmasında 1980-2003 yılları arasında 112 makale incelemiş kanser hastalarının bilgi ihtiyaçları ve bilgi kaynaklarını özetlemiştir. Hasta bilgi ihtiyaçlarını 10 alt başlık halinde (kansere özgü bilgi, tedavi ilişkili bilgi, prognoz bilgisi, rehabilitasyon bilgisi, sürveyans ve sağlık bilgisi, hastalıkla baş etme bilgisi, kişilerarası/ toplumsal bilgi, finans/ yasal bilgi, tıbbi sistem bilgisi, vücut imajı ve cinsellik bilgisi) belirtmişler. En yaygın bilgi ihtiyacı % 38.1 tedavi ile ilişkili iken en yaygın bilgi kaynağının % 27.3 sağlık uzmanları olduğu görülmüştür. Tedavi sonrasında hastaların tedaviye ilişkin bilgilere ihtiyaç duymaya devam ettiği ve iyileşme ile ilgili bilginin de önem arz ettiği belirtilmiştir.

Dale vd. (2004) hastaların prostat kanseri ile ilgili hangi bilgi konularına ve ne derecede ihtiyaç duyduklarını incelemiştir. Bilgi ihtiyacını “Prostat kanseri bakımının temelleri”, “hastalık yönetimi”, “fiziksel sağlık” ve “kendi kendine yardım” olarak adlandırılan alt boyutlarda incelemiştir. Prostat kanserli hastaların bilgi ihtiyaçlarını belirleyebilecek bir aracın; hekimlere, hastaların bilgi ihtiyaçlarının tespiti için bir yol sunabileceği ve böylece hizmetin kalitesini potansiyel olarak artırabileceğini belirtmişlerdir.

Hyland vd. (2006) yaptıkları çalışmada kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların % 21'nin hastalıklarının adını bilmediklerini, % 3'ü ilacın uygunsuz olduğunu ve % 8'inin ilaçları karıştırdığını, % 55'nin yetersiz egzersiz yaptığını, % 8'inin nefes alıp verdiğinde ne yapacağını bilmediğini ve % 36'sının ise ambulansı ne zaman arayacağını bilmediğini tespit etmişlerdir. Sonuçta bilgi ihtiyaçlarının hastalar arasında değişiklik gösterdiğini vurgulamışlardır.

Demir vd. (2009) ameliyat veya sedasyon için anestezi polikliniğine müracaat eden hastaların anestezi doktorunun görevleri, görev yerleri, anestezi metotları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, endişelerin kadın ve genç hasta grubunda yoğunlaştığı saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun anestezi bilimi ile alakalı eksik bilgiye sahip olduğu, hastalara daha fazla zaman ayırarak sözlü veya yazılı bilgilendirme yapılmasının doğru olacağı vurgulanmıştır.

Dolgun ve Dönmez (2010) hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla; bir devlet hastanesi cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastaların % 66,7'sine yapılan operasyon hakkında bilgi verildiği, % 42'sinin verilen bilgileri hem hekim hem de hemşireden aldığı ve % 52,2'sinin verilen eğitimi tatminkâr bulduğu saptanmıştır. Hastaların ameliyat öncesi dönemle ilgili bilgi ihtiyaçlarına göre eğitim planlanması ve uygun eğitim gereçleri ile desteklenerek bilgi verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Aziznezhad vd. (2010) yaptığı çalışmada hasta eğitiminin hastanın temel bakımının güçlendirilmesine, hastaların özerkliğinin artırılmasına, hayat kalitesinin yükseltilmesine olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmektedir.

Güngör vd. (2010)'nin yaptığı çalışmada şeker hastalığı olan kişilerin eğitim öncesi bilgi seviyelerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Aydemir vd. (2011) çalışmalarında epilepsisi olan bireylerin (EOB), epilepsiyle alâkalı tutum, bilgi ve bilgi kaynaklarını bir denetim grubu ile karşılaştırarak incelemeyi amaçlamıştır. Her ne kadar EOB, kontrol grubuna oranla epilepsiyle alâkalı sahip oldukları bilgi miktarını daha çok olarak değerlendirse de, her iki grup için de genel olarak epilepsi bilgileri yetersiz görülmüştür.

Majidi vd. (2012) yaptıkları çalışmada hastaların büyük çoğunluğu hastalık, tedavi, tedavi süresi, tedavi bilgisi ve laboratuvar testleri hakkında bilgi sahibi olma eğiliminde olduğunu tespit etmişlerdir. Hastalık hakkında bazı bilgilere sahip olmanın hastalıkları tanımaya yardımcı olmakla kalmayıp, hastalıkları için iyi bir karar vermelerine de yardımcı olacağını vurgulamışlardır.

Demirkıran ve Uzun (2012) yaptıkları çalışmada taburculuk eğitimi alan hastaların daha hızlı iyileştiği, özgüveninin arttığı, hastane ya da polikliniklere yeniden başvurusunun azaldığı, bakım maliyetlerinin düştüğü, hayat kalitesi ve hasta memnuniyetini kayda değer şekilde artırdığı belirtilmiştir.

Doğu (2013) cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastaların bilgi kaynağı olarak sırasıyla doktor, hem doktor hem de hemşire ve hemşirenin tercih edildiği tespit edilmiştir. Hastalara verilen eğitimin ameliyat korkusu ve endişe ile anlamlı bir ilişkisi olduğu ve korku ve endişeyi azalttığı saptanmıştır.

Tan vd. (2013) hastane deneyimi olmayan hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt boyutuna ait puan ortalamalarının hastane deneyimi olanlardan daha yüksek olduğunu saptamışlar. Dolayısıyla hastane deneyimi olmayanların

hastalık ve tedavi sürecine ilişkin herhangi bir tecrübelerinin bulunmamasının tedavi sonrası dönemde komplikasyonlara ilişkin daha fazla kaygı yaşamalarına neden olabileceğini belirtmişlerdir.

Bol vd. (2013) çalışmalarında hasta ile hekim iletişimindeki eksikliklerin hastanın evdeki sağaltma sürecine uyumunda istenmeyen hâllere yol açabildiği gibi hastanın hastaneye yeniden başvurusunu da artırdığını belirtmişlerdir. Hekimin bilgi ve deneyimi ne kadar iyi olursa olsun iletişimdeki sorunların, hasta bakım kalitesini düşürdüğünü ifade etmişlerdir.

Tan vd. (2013) yaptıkları çalışmada hastaların eğitim gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu ve en yüksek önemlilik düzeyine sahip olan alt boyutların ilaçlar ve yaşam kalitesi olduğunu belirlemiştir.

Karahan vd. (2014) yaptıkları çalışmada hastaların hastalıkları konusunda bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. RA (Romatoid Artrit) vakalarının hastalıkları konusunda daha çok eğitim ve bilgilendirmeye ihtiyaç duyduğu sonucuna varılmıştır.

Atmaca vd. (2015) yaptıkları çalışmada hastaların diyabete dair farkındalık ve bilgi düzeyinin yeterli olmadığını tespit etmişlerdir.

Win vd. tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada online sağlık eğitiminin daha iyi sağlık sonuçları elde etmeye yardımcı olacağı belirtilmiştir.

Dursun ve Yılmaz (2015) batın cerrahisi yapılan hastaların taburcu olmadan önce ilaçlar, yaşayış aktiviteleri, toplum ve izlem, durumuna dair duygular, tedavi ve komplikasyonlar, hayat kalitesi, cilt bakımı gibi konularda taburculuk öncesi eğitim ihtiyaçlarının yüksek olduğu ve cerrahi hemşirelerinin hastaların bizihi bakımlarını sağlayabilmeleri için kişisel özelliklerine ve öğrenim gereksinimlerine koşut olarak planlı taburculuk eğitim programı düzenlemeleri gerektiği vurgulanmıştır.

Şahin vd. (2015) preoperatif dönemde hastalar için bilgi sağlama durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi işlemler ve preoperatif hazırlıklar hakkında % 47,2'sinin bilgi aldığını ve % 7,6'sının hemşireler tarafından verildiğini tespit etmişlerdir. Hekimlerin ve hemşirelerin hastalara preoperatif bilgi sağlamada daha proaktif olmaları gerektiği ve unutkanlık faktörünün de göz önüne alındığında bu bilgilerin yazılı olarak verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Yılmaz ve Özkan (2015) cerrahi operasyon geçiren hastaların ameliyat sonrası taburculuk öncesinde ilaçlar ve yaşam kalitesine yönelik bilgi ihtiyaçları olduğunu tespit etmişler ve cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası hastaların şahsi

bakımlarını sağlayabilmesi için ihtiyaçlarına göre bireysel eğitim programları düzenlemeleri gerektiğini belirtmişlerdir.

Şahin vd. (2015) kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların taburculuktan önce, sırasıyla tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi konusunda bilgi almaya ihtiyaç duydukları tespit etmiştir. Kolorektal cerrahi uygulanan hastaların taburculuğa dair yüksek düzeyde bilgi ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Hastaların ihtiyaçlarının doğru şekilde belirlenmesi ve bu doğrultuda eğitim verilmesinin hastanın yaşam kalitesini artıracakını vurgulamışlardır.

Başkale vd. (2015) yaptıkları çalışmada hastaların % 82,5'inin hastalıkla alakalı bilgiyi doktordan, % 70,8'inin ise internetten aldığını ve hastaların % 97,5'inin doktordan, % 39,2'sinin hemşireden bilgi almak istediklerini tespit etmişlerdir. Ayrıca hastalar sağlık personelinden tedavi ve onun yan etkileri, hastalığın yinleme ihtimali, hastalığın psikolojik durum üzerine etkileri, hastalığın seyri, tedavinin ne kadar süreceği ve hastalığın ne olduğu ve nedenleri gibi konularda bilgi almak istemektedir. Sağlık personelinin hastalığın ve tedavinin her evresinde hastayı bilgilendirmesi, dinlemesi, öngörülü olması ve desteklemesinin önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Mekuria vd. (2016) yaptıkları çalışmada, temel bilgiler, spesifik kanser türü, kemoterapinin yan etkileri ve yönetimi, prognoz ile ilgili bilgileri ihtiyaç duyulan bilgiler olarak tespit etmiştir. Bilgi kaynağı olarak en çok doktorlar ve hemşireler olmuştur. Kanser hastalarının bilgi ihtiyaçlarının periyodik olarak değerlendirilmesi, bu tür arzuların önceliklerinin göz önüne alınmasının önemli olduğunu belirlemişlerdir.

Ladd (2016) çalışmasında nadir görülen kanser vakalarının özellikle hastalık, tıbbi testler ve tedavi hakkında bilgi almak için yüksek gereksinim duydukları tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmeti sunucularından bilgi almayı tercih ettikleri fakat çoğunlukla diğerlerinden daha fazla internette araştırma yaptıkları anlaşılmaktadır.

Uzun vd. (2017) yaptıkları çalışmada, gebelik sürecine ilişkin bilgi düzeyinin doktora/kontrole gitme ve doktorla iletişime geçme sıklığıyla ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Düzenli ve sık kontrole giden olguların hamilelik sürecine ilişkin bilgi düzeyi puanı gitmeyenlerden daha yüksek ve istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur.

Temel ve Aydın (2018) yaptıkları çalışmada hizmet kullanımında, eğitim düzeyinin yanı sıra bilgi düzeyinin de etkili olduğu ve hasta ile hekim arasındaki ilişkide, iletişim ve güvenin tanı ve tedavi sürecini etkilediği belirtilmiştir.

Literatürde yapılan çalışmaların büyük çoğunlu su sağlık hizmetleri ve hastalık konularında hastaların bilgi ihtiyacının yüksek düzeylerde olduğunu bildirmektedir. Ayrıca hastaların bilgi düzeyinin artırılmasında veya ihtiyacının giderilmesinde deneyim, bilgi arayışı, eğitim ve bilgilendirmenin farklılık yarattığı ve bilgi düzeyi artışının da sağlık hizmeti ve yaşam kalitesine, memnuniyete olumlu etkileri olduğu ve belirsizlik, endişe, kaygı ve korkuyu azalttığı vurgulanmaktadır.

Yapılan çalışmaların çoğunlukla kanser gibi kronik ve ağır hastalıklara sahip bireyler üzerinde ve bilgi ihtiyacı düzeyinin belirlenmesine yönelik yapıldığı görülmektedir. Ayrıca hastanın bilgi ihtiyacı ile memnuniyet düzeyini birlikte inceleyen çok fazla çalışmaya rastlanmazken, sadakat düzeyini inceleyen çalışmaya ise hiç rastlanmamıştır.

Bu çalışma literatürdeki çalışmaların bazılarında olduğu gibi hastaların bilgi ihtiyacı düzeyini alt boyutları ile birlikte ölçmektedir. Bu çalışma bazı noktalarda literatürdeki diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bunlar;

- Çalışma kronik ve ağır hastalıklardan ziyade akut hastalıklara sahip hastaları kapsamaktadır.
- Bilgi ihtiyacının memnuniyet ve sadakate etkisini birlikte incelemektedir.
- Deneyim, bilgi arayışı, eğitim ve bilgilendirilme durumunun bilgi ihtiyacında oluşturacağı farklılıkları birlikte değerlendirmektedir.
- Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik/ klinik türüne göre hastaların bilgi ihtiyacı düzeyini incelemektedir.

2.7. BELİRSİZLİK KAVRAMI

Belirsizlik tüm insanlar için geçerli olan ve kaçınılması da pek mümkün görünmeyen bir durumdur. Aslında insan daha doğmadan ailesi ve yakın çevresi için bir belirsizlik kaynağıdır. Anne karnındaki sağlık durumu, cinsiyeti, zamanında ve sağlıklı bir şekilde doğup doğmayacağı gibi konular hep birer belirsizlik kaynağıdır. Doğum ile ölüm arasındaki yaşam sürecinde ve günlük yaşantı içerisinde insanlar için ne, ne zaman, nasıl, nerede gibi soru kelimeleri ile başlayan tüm aktiviteler az ya

da çok içinde belirsizliği barındırmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde belirsizlik kavramsal olarak incelenerek, yapılan çalışmalara yer verilmektedir.

2.7.1. Tanımı ve Özellikleri

Belirsizlik aniden ve beklenmedik bir anda gelişen, farklı şekillerde günlük yaşantıyı kesintiye uğratma ve bireysel ve toplumsal olarak var olan işleyişi bozma potansiyeline sahip olay veya olaylar dizisini içeren bir durum olup, bireyin tutumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Ersanlı ve Uysal, 2015: 48).

Belirsizlik, bir olayla ilgili bilgi eksikliği olarak tanımlanmış ve insanların azaltmaya motive edildiği rahatsız edici bir durum olarak tanımlanmıştır (Bar-Anan vd. 2009).

Fidan (2013)'a göre belirsizlik tam bilgi esnasında değil, tersine tam bilginin olmadığı durumları tanımlamaktadır. Tam bilgide yaşanan süreçlere belirlilik, olmadığında ise belirsizlik hâkim olmaktadır. Belirsizlik insanlarda gerilim ve strese yol açabilirken, bilgi belirsizliği yok etmeye yarayan en önemli araçtır.

Belirsizlik, şüphe ve endişe ile ilişkilendirilebilecek bilmek ile bilmemek arasındaki bir alanı ifade etmektedir (Gabe vd., 2005). Bilmek ise daha az endişe ve daha az belirsizlik demektir (Ersanlı ve Uysal, 2015).

Belirsizlik, gelecekte beklenenin ya da geleceğin net olmaması şeklinde de ifade edilmektedir (Sarıçam vd., 2014).

Belirsizlik bir olay ya da durumdan ziyade bireyin algısındadır. Belirsizlik herhangi bir durumun kontrolünü sağlamadaki ya da anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durumdur (Crigger, 1996).

Belirsizlik, ipucu olmayan yeni, birçok ipucu olan karmaşık veya farklı ipuçları ile farklı bilgiler önerilen karmaşık bir durum olarak 3 nedenden ortaya çıkmaktadır (Budner, 1962).

Belirsizlik kavramı literatürde iktisat, psikoloji, sosyoloji, psikiyatri, tıp gibi birçok bilim dalında yer bulmuş, çalışmalara konu olmuştur. Çalışmanın sonraki bölümünde belirsizlik kavramı tıp ve sağlık hizmetleri yönüyle incelenmektedir.

2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Belirsizlik Kavramı

Sağlık ve hastalık kavramları insanın yaşam süresi boyunca önemli bir yere sahiptir. Sağlığın herhangi bir nedenden dolayı kaybedilmesi sonucu oluşan hastalık; insanlar üzerinde bedensel olduğu kadar ruhsal yönden de bir takım etkiler oluşturabilir.

Hastalıklar, bireylerin durumu ve sonuçları ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmadığı ve hekimler tarafından yeteri kadar bilgilendirme yapılmamasından dolayı psikolojik gerginlik yaratan özel durumlardır (Skipper vd, 1964).

Sağlık hizmetlerinde belirsizlik talebin ne zaman, nerede, ne şekilde ve ne ölçüde gerçekleşeceğinin bilinmemesini ifade etmektedir (Weisbrod, 1991).

Bireylerin hastalıkları ile ilgili bilemediği olaylar, tahmin edememe, süregelen farklı durumları ve olayları anlamlandırmakta güçlük yaşaması, bilgiye sahip olmaması, tedavi ve hastalığın seyrinin belli olmaması veya kontrolü sağlayamaması ile ilgili yaşanan bilinmezlik psikolojik olarak bazı sıkıntılar doğurabilmektedir. Bu sıkıntıların yol açtığı hastalıkla ilgili belirsizlik bireysel ve kişiye özeldir (Santacroce, 2002).

Bristowe vd. (2015)'e göre klinik belirsizlik hastalar ve bakıcılar için duygusal olarak zorluklar oluştururken, en önemli nedeni eksik veya tutarsız bilgilerdir.

Mishel (2006)'e göre belirsizlik zamanla azalır, ancak hastalık tekrarı veya alevlenmesi ile birlikte tekrar artabilir. Tanı konulmasını beklerken belirsizlik en yüksek veya en fazla sıkıntı verici durumdadır.

Teknolojideki gelişmeler ile beraber teşhis ve tedavi yöntemlerinin farklılaşması ve sayılarının artışı da tıbbi ve yaşamsal belirsizlikleri artırmaktadır.

Belirsizlik kanser hastaları için hastalığın her evresinde yaşadığından kansere özgü bir özellik olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle, kanser hastalarının hastalığın tanısı ve tedavi esnasında ve tedavi başarılı olsa bile sonrasında belirsizlik yaşanmaktadır. Örneğin; “Acaba kanser miyim?”, “İyileşebilir miyim?”, “Hastalığım tekrarlar mı?”, “Ne zaman öleceğim?” (Galloway ve Graydon, 1996) gibi ifadeler belirsizlik yaşandığını göstermektedir.

Hafif ve orta düzeyde hastalıklar için kişinin kendisi ve başkalarının tecrübelerinden yararlanması güçlü bir şekilde olası ve yeterli iken, ciddi ve ağır hastalıklar için hastalıkla ilgili öngörülerin paylaşımı çok daha zor olduğundan belirsizlik artmaktadır. Bu durum ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar arasında belirsizlik algısı açısından farklılıklar olabileceğine işaret etmektedir (Weisbrod, 1991).

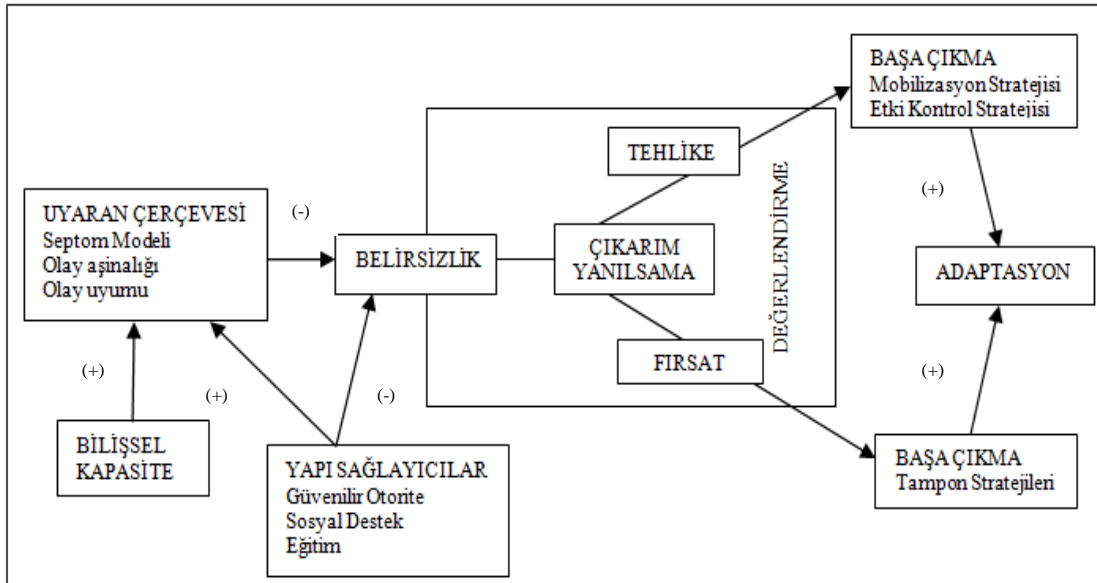
Hastalığın tedavi süresinin uzadıkça daha yoğun belirsizlik; duygusal bozukluk, anksiyete ve devamında ümitsizlik yaşanmasına neden olacağı, böylece bireyin depresyona girebileceği belirtilmektedir (Öz, 2001).

Small ve Graydson (1993)'a göre belirsizlik stres, psiko-sosyal oryantasyon sorunları ve olumsuz duygu durumları ile direkt ilişkili iken; ümit, beklenti, gaye, başa çıkma becerisi ve hayat kalitesiyle de negatif ilişkisi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hastalıkla ilgili belirsizlik kavramını inceleyen ve bu çalışmanın boyutlarından birini oluşturan Mishel (1988)'in Hastalıkta Belirsizlik Teorisi sonraki bölümde kısaca incelenmektedir.

2.7.3. Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Teorisi

Mishel (1988) tarafından geliştirilen belirsizlik teorisi; hastaların hastalıkla ilgili uyarınları bilişsel olarak nasıl işleme aldıklarını ve bu olayları anlamlandırdıklarını açıklamaktadır. Hasta, hastalıkla ilgili oluşan olaylar için bilişsel bir şema oluşturamaz ise belirsizlik veya anlamın yapılandırılmaması ile gelişebilmektedir.



Şekil 2. 5 Hastalıkta Algılanan Belirsizlik Modeli (Mishel, 1988)

Şekil 2.5' de görüldüğü gibi uyarın çerçevesi (stimuli frame), bilişsel kapasite (cognitive capacities) ve yapı sağlayıcıları (structure providers) belirsizlikten önce gelir ve hasta tarafından işlenen bilgileri arz etmektedir.

Modelin birincil öncül değişkeni olan uyaranlar çerçevesi, kişinin algıladığı uyaranların şekli, bileşimi ve yapısı anlamına gelmektedir. Uyaranlar çerçevesi semptom modeli (symptom pattern), olaya aşına olma (event familiarity) ve olay uyumu (event congruency) olarak üç bileşene sahiptir. Bu üç bileşen, hasta tarafından daha az belirsizlik yaratan bilişsel bir şemaya göre yapılandırılan uyaranları sağlamaktadır.

Bir bilişsel şema oluşturulmadığında belirsizlik ortaya çıkmaktadır. Hastalık deneyiminde belirsizliğin dört şekli vardır. Bunlar (Mishel, 1988);

- a) Hastalığın durumuna ilişkin belirsizlik,
- b) Tedavi ve bakım sistemine ilişkin karmaşıklık,
- c) Hastalığın teşhisi ve ciddiyeti hakkında bilgi eksikliği,
- d) Hastalığın seyri ve prognozunun tahmin edilemezliği şeklindedir.

Uyaranlar çerçevesinin bileşenleri aşağıda kısaca açıklanmaktadır;

✓ Semptom modeli; belirtilerin bir model veya konfigürasyona sahip olarak algılanması için yeterli tutarlılıkta mevcut olduğu dereceyi belirtmektedir. Semptomları değerlendirmek için hastalar onların sayısını, yoğunluğunu, sıklığını, süresini ve yerini değerlendirir. Tutarsız belirtiler hastalığın durumunu güvenilir bir şekilde ölçmek için kullanılamaz, böylece belirsizlik yaratırlar. Semptom modeline dayanılarak semptomların anlamı belirlenebilir. Semptomların tekrar ortaya çıkmasına ve önceki semptom modelinin bozulma işaretlerini gösteren hafifleme ve alevlenmeler ile karakterize olan hastalıklar, artan belirsizlik düzeyleriyle ilişkilidir. Levanthal vd. (1984)'ne göre eğer bir kişi bir hastalık yüzünden depresyona girerse veya tehdit altındaysa, gerçek veya varsayılan hastalık semptomlarının gerçekte olduğundan daha şiddetli olduğu yorumlanabilir.

✓ Olaya aşına olma; Durumun alışılmış, tekrarlayan veya tanınmış ipuçlarını içerme derecesini belirlemektedir. Olayların aşinalığı zaman içinde ve bir ortamda deneyim yoluyla geliştirilmektedir. Aşinalık, çevre ile ilgili deneyime dayanan bilişsel bir plan aracılığıyla üretilir. Bilişsel planlar kişisel deneyimlerden, kültürel girdilerden, sosyal kaynaklardan ve sağlık profesyonellerinden elde edilir (Levanthal vd.,1984). Olaya aşına olunduğunda bellekten gelen olaylarla ilişkilendirilebilir ve anlamları belirlenebilir. Olay tanıdıklığı ile belirsizlik önlenir.

✓ Olay uyumu; hastalıkla ilgili olaylarda beklenen ile deneyimler arasındaki tutarlılığı ifade eder. Uyum eksikliği nedeniyle belirsizlik, tedavi beklentilerinin

öngörülemeyen bir hastalığın tekrar ortaya çıkması ile bozulduğu zaman ortaya çıkabilir. Belirsizliğe yol açan bir başka uyumsuzluk kaynağı, tedavinin bir kişinin hislerinde bir değişiklik üretmediği zaman ortaya çıkabilir. Tutarlılık, güvenilirlik ve istikrar anlamına gelir, böylece yorum ve anlayışı kolaylaştırır. Uyarın çerçevesinin bu bileşenleri, belirsizlikle ters orantılıdır ve belirsizliği azaltır. Uyarın çerçevesinin üç bileşeni, bilişsel kapasite ve yapı sağlayıcıları gibi iki değişken tarafından etkilenir.

✓ Bilişsel kapasite, kişinin bilgi işlem yeteneklerini ifade etmektedir. Bilişsel kapasite, kişilerin bilgi işleme yeteneklerini ifade ettiğinden, herhangi bir fizyolojik arıza bu yetenekleri azaltacak ve biliş üzerinde bir etkiye sahip olacaktır. Fiziksel hastalığın kendisi dikkat dağıtıcı ve bireylerin bilişsel bir göreve harcayabileceği toplam dikkat miktarını azaltabilir. Bu kapasite aşıldığında bilgi aşırı yükü oluşacak ve sınırlı bilişsel kapasite, semptom modelini, olaya aşinalığı ve olayların uygunluğunu algılama yeteneğini azaltacaktır.

✓ Yapı sağlayıcıları; eğitim düzeyi (education), sosyal destek (social support) ve güvenilir otorite (credible authority)'dir. Yapı sağlayıcılarının belirsizlik durumunu hem doğrudan hem de dolaylı olarak düşürdüğü ileri sürülmektedir.

- Eğitim, belirsizlikle hem dolaylı hem de doğrudan bir ilişki içindedir. Dolaylı ilişkide eğitim, bir hastanın bu olayları bir araya getirerek bilgi tabanını genişletme, anlam ve bağlam sağlama, uyarıcı çerçevesindeki olaylara bir yapı oluşturmaya yardımcı olabilir. Doğrudan etkisi ise; liseden daha az eğitim görenlerin karmaşıklık ve tedavi sistemini anlamada daha fazla zorluk yaşayarak belirsizliği daha fazla yaşamaktadırlar (King ve Mishel, 1986). Daha fazla eğitim almış insanlardan daha uzun süre belirsizliğe maruz kalmaktadırlar.

- Sosyal destek sistemlerinin belirsizlik üzerinde, hem direkt hem de dolaylı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Doğrudan etki hastalığın durumuna ilişkin belirsizliği, tedavide algılanan karmaşıklığı ve geleceğin öngörülemezliğini değiştirmektedir (Hilton, 1986). Dolaylı etkisi ise semptomun netliğini güçlendirmek üzerine olmaktadır. Bilgiyi sosyal ağdaki kişilerle paylaşmak, hastalara semptomların değerlendirilmesinde yardımcı olmaktadır (Patterson vd., 1986). Sosyal destek bilgi sağlamanın yanı sıra, her üyenin çeşitli tehdit edici olaylarla başa çıkmak için diğer üyelerin uzmanlığını paylaştığı bir ağı, belirsizlikten kaçınmanın bir aracı olarak da kullanılmaktadır.

- Güvenilir otorite, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına duyduğu güven ve güven derecesini ifade eder. Uyarılar çerçevesi ile pozitif bir ilişki kurmasından dolayı belirsizliği etkilemektedir. Hemşire ve doktor olarak güvenilir bir otorite, semptomların nedenleri ve sonuçları hakkında bilgi vererek uyarın çerçevesini güçlendirir. Hastalar genelde semptom değerlendirmelerinden şüphe ederek doktor ve hemşirelerden onay beklerler (Levanthal vd., 1984).

Güvenilir bir sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak hemşireler, hastalara yaşadıkları deneyimleri yorumlamaları için bir çerçeve sağlayarak olay uyumunu arttırmaktadır. Genellikle hastalar hastalıklarını azaltan teknik mekanizmaları anlamaya çalışmaz, ancak olaylara mantıklı bir yapı sağlamak için sağlık hizmeti sağlayıcılarına güvenmeyi tercih ederler. Otorite son derece güvenilir olarak değerlendirildiğinde belirsizliği azaltacaktır.

Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilişkinin, belirsizliğin önlenmesinde temel araç olduğu bildirilmiştir (Mishel ve Braden, 1988). Sağlık hizmeti sağlayıcısına güven ve inanç, daha düşük bir genel belirsizlik seviyesine, hastalığın durumu hakkında daha az belirsizliğe ve tedaviyle ilgili daha az algılanan karmaşıklığa yol açmaktadır (Mishel ve Braden, 1987).

Belirsizlik mevcut olduğunda, algılama ve sınıflandırma ile ilgili algısal görevler tamamlanmaz ve bilişsel bir şema oluşumu engellenir (Bower, 1978). Hastalıkla ilgili olayların tanınması ve sınıflandırılması için, uyarıların spesifik, tanıdık, tutarlı, eksiksiz, sayıca sınırlı ve sınırları da açık olması gerekir. Bir olayın belirsiz olduğu algılandığında,

- Olay tanınmıyor,
- Olayın tanınmasına rağmen sınıflandırılmaması,
- Olayın tanınmasına rağmen yanlış sınıflandırılması gibi üç durumdan biri etkindir.

Belirsiz bir durumda değerlendirme iki ana süreci içerir: çıkarım (inference) ve yanılsama (illusion).

Çıkarım, kişinin yeniden kazanabileceği ve kişilik eğilimleri, genel deneyim, bilgi ve bağlamsal ipuçları üzerine kurulu olduğu, ilgili örnekler kullanılarak belirsizliğin değerlendirilmesi anlamına gelir. Kişilik eğilimlerine dayanan çıkarımlar, kendisiyle ve kişinin çevre ile olan ilişkisiyle ilgili genel inançları ifade eder.

Çıkarım aynı zamanda genel tecrübe ve bilgiye de dayanabilir. Değerlendirmeye (appraisal) dayanarak belirsizlik ya bir tehlike (danger) ya da bir fırsat (opportunity) olarak görülür. Belirsizlik bir tehlike olarak kabul edildiğinde, zararlı bir olasılık olarak çıkarım değerlendirmesinin bir sonucudur. Kapsamlı kanıtlar belirsizliklerin bir tehlike olarak değerlendirilmesini desteklemektedir.

Yanılsama, belirsizlikten kaynaklanan inançların oluşturulmasını veya genel olarak olumlu bir görünüme sahip olan inancı ifade etmektedir. Yanılsamalar belirsizlik ortaya çıktığı zaman belirsizliği bir fırsat olarak değerlendirir.

Tehlike değerlendirmesiyle başa çıkma yöntemleri, mümkünse belirsizliği azaltmaya ve tehlike değerlendirmesi tarafından oluşturulan duyguları yönetmeye yöneliktir. Bu açıdan iki çeşit başa çıkma yöntemi vardır. Bunlar;

- ✓ Harekete geçme stratejileri; doğrudan eylem, dikkat ve bilgi arama stratejileri,
- ✓ Etki kontrol stratejileri; inanç, ayrılma ve bilişsel destek yöntemlerini içerir.

Belirsizlik bir fırsat olarak değerlendirildiğinde, olumlu bir sonucun olasılığının değerlendirilmesidir. Bu olasılık çıkarım veya yanılsamadan kaynaklanabilir, ancak daha büyük olasılıkla yanılsama oluşturma sürecinden kaynaklanmaktadır. Bu açıdan tamponlama stratejileri başa çıkma yöntemi olarak kullanılır. Bu stratejiler; kaçınma, seçici olarak göz ardı etme, öncelikleri yeniden düzenleme ve nötralize etmeyi içine almaktadır. Başa çıkma stratejileri belirsiz bir olayın tehlike veya fırsat olarak değerlendirilmesinde etkili oluyorsa uyum oluşacaktır. (Mishel, 1988).

Bu çalışmada hastaların yaşadığı belirsizliğin bir fırsattan ziyade bir tehlike olarak algılanması ve bu algının hastanın psikolojisi üzerinde oluşturacağı olumsuz etkilerin, hastaların hastanede almakta oldukları sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi yani memnuniyet ve sadakat düzeyine etkileri incelenmektedir.

2.7.4. Belirsizliği Azaltma Yolları

İnsan yaşamının her anı ve alanında karşılaşılabileceği belirsizlikle olan ilişkiler sonucu birçok gelişme ortaya çıkmıştır. Belirsizlik yaratan duruma dair merak duygusu ve belirliliğe nasıl ulaşılacağına yönelik inceleme ve çabalar sonucu yeni çözümler üretilmiştir (Kökdemir, 2003).

Belirsizlikle baş etmede kullanılan yöntemler;

✓ Belirsizlik yaratan uyarana ilişkin bilgi toplamak; birey belirsizlik yaratan duruma dair derinlemesine veya yüzeysel bilgileri inceleyerek ve değerlendirerek belirsizliği daha belirgin hale getirebilir (Sorrentino vd., 1988).

✓ Kişisel özellikler veya belirsizliğin kaynağına dair özellikler sebebiyle yeteri kadar ve net bilgi elde etmek mümkün olmayabilir. Böylesi bir durumda tecrübelerle dayanan çıkarımlar kullanılması (Festinger, 1954) ile herhangi bir gruba girme veya ait olduğunu kabullenme aracılığıyla belirlilik sağlanabilir (Hogg, 2007).

✓ Yanılsamalar diğer bir belirsizlikle başa çıkma yöntemidir ki; insanın içinde var olduğu gerçek dünyanın ve olayların algısal ya da bilişsel olarak farklı şekilde değerlendirilmesine dayanmaktadır. Örnek olarak, adil dünya inancı ile birey karşılaşacağı olumsuz durumlara karşı zihnen bir belirlilik elde etmiş olmaktadır (Küçükömrler, 2017).

Mishel (2006)'e göre hastaların belirsizliği yönetmesi ve azaltması için mevcut kaynaklar olarak sosyal destek ve sağlık hizmeti sağlayıcısı ile olan ilişkileri gösterilebilir.

Bazı çalışmalarda da belirsizliğin olumlu yanları olarak; faydalı ve gerekli olabileceği (Hogg vd., 2010), bir problemden ziyade yeni fırsatlar, keşifler ve yaratıcılığın kaynağı olabileceği (Bammer ve Smithson, 2012) vurgulanmaktadır.

2.7.5. Belirsizlik ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Belirsizlik kavramına ilk olarak analizlerde yer veren ve tam bilgi kuramının analizlere sınırlama getirdiğini savunan Karl Menger 1871 yılında yayınladığı “Principles of Economics” adlı eserinde bir üretim sürecinin kalite ve miktar belirsizliğini içerdiğini belirtmektedir (Menger, 2004).

Keynes (1921) “A Treatise on Probability” isimli eserinde geleceğin bilgisinin kimsede olmadığı için iktisadi işlemlere belirsizliğin hakim olduğunu, belirsizlikten dolayı yatırımların beklentiler çerçevesinde şekilleneceğini ve belirsizliğin sayısal olarak hesaplanamayacağını belirtmiştir.

Knight (1921) “Risk, Uncertainty and Profit” isimli eserinde belirsizlik ve risk ayrımını yaparken, belirsizliğin ölçülemeyeceğini ancak sayısal olarak olasılık hesabı ile miktarı belirlenebilecek olan belirsizliğin risk olarak adlandırılacağını belirtmiştir.

Stigler (1961) “The Economics of Information” isimli çalışmasında belirsizlikten kaçınmak isteyen tüketicinin fiyat araştırması ile ürünlerin fiyatları ile

ilgili bilgi edinmeye çalıştığı ve ticari işlemlerde belirsizlik altında karar vermenin fiyata göre yapıldığını belirtmiştir.

Sağlık hizmetleri alanında Arrow (1963)'un çalışması belirsizlik konusu üzerine inşa edilmiş ve sağlık sektöründe hizmet kalitesinin tam olarak bilinemeyeceği ve medikal bilgilerin oldukça karmaşık olduğu için hasta ile hekim arasında bilgi dengesizliğine yol açacağı ve hekim ile hasta arasındaki bilgi farkının talep eden açısından belirsizliği artırdığını belirtmektedir.

Nelson (1970) Information and Consumer Behavior isimli makalesinde belirsizlik anında tüketicilerin ürünün fiyatının yanı sıra ürün kalitesini de araştırdıklarını ancak kalite belirsizliğinin fiyat belirsizliğinden farklı olduğunu belirtmiştir.

Mishel (1981) belirsizliği ölçmek için Mishel'in Hastalığıdaki Belirsizlik Ölçeğini (MUIS) kullanarak kanserdeki belirsizlik kavramını geniş çapta araştırmıştır.

Wong ve Bramwell (1992) mastektomiden sonra, kadınlarda belirsizlik ve kaygı arasında olumlu bir ilişkinin olduğu saptanmış ve kaygının yüksek olmasının öğrenmeyi engellediği belirtilmiştir.

Payment'in (1993) çalışma sonuçlarına göre uzun süre hastanede yatış, karmaşık veya deneysel tedavi uygulamaları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından gelen karışık mesajlar nedeniyle hastalığın daha ciddi veya karmaşık hale gelmesiyle belirsizliğin daha belirgin yaşanacağı belirtilmiştir.

Galloway ve Graydon (1996) yaptıkları çalışmada; tedavi, komplikasyonlar ve yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgilerin oldukça önemli olduğunu ve belirsizlikteki bir artışın, bilgi gereksinimlerindeki bir artışla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Taburcu sırasında bilgi gereksinimlerine daha fazla dikkat edilmesi, bireyin belirsizlik seviyesini azaltabilir ve hastaneden eve geçişi kolaylaştırabilecektir.

Germino vd. (1998) üç farklı tedavi grubundaki prostat kanseri hastaları ve ailelerinin yaşam kalitesini belirlemede belirsizliğin rolünü değerlendirip, gruplar arasında belirsizlik düzeyinde bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir.

Johnson vd. (1988) klinik belirsizliğin hastalara açıklanması ve doktor tarafından çözülmesinin hasta memnuniyetini etkilediğini tespit etmişlerdir.

Gordon vd. (2000)'e göre tedavi alternatifleri ve sonuçları ile ilgili olarak, doktorun belirsizliği açığa vurması ile ilgili yapılan araştırmalar, yüksek gelirli bir ortamdaki bir sağlık kliniğinde verilen bakımdan daha yüksek hasta memnuniyetine yol açmaktadır.

Akalın ve Dilek (2012) alışmasında belirsizlik altında tüketicilerin karar verme mekanizmaları ve araştırma süreçlerini incelemiştir. Malların fiyatları ve kaliteleri ilişkin yeterli bilgiye sahip olmayan tüketicilerin, harcama kararı verirken gerekli bilgiyi elde etmek amacıyla araştırma yaptığını tespit etmiştir.

Wood (2008) alışmasında hem iç hem de dış evre hakkındaki belirsizliğin hizmet alıcıları için belirsizlik yarattığını ve her iki ilişkinin de memnuniyeti ve sadakati doğrudan etkilediğini belirtmiştir.

Vera (2009) tarafından yapılan çalışmada, farklı türden kanser hastalarında belirsizlik algısı ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiş, belirsizlik ile anksiyete arasında pozitif ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.

Bailey vd. (2009) Mishel'in Hastalık Belirsizliği Ölçeği alt skalaları (belirsizlik, karmaşıklık, tutarsızlık, öngörülemezlik) ile yorgunluk, ağrı, depresif semptomlar, komorbidite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelemek için kullanılmıştır. Belirsizlik alt ölçeği ile depresif belirtiler, yaşam kalitesi ve yorgunluk arasında güçlü ilişkiler mevcutken, diğer üç alt ölçek ise ağrı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

Kazer vd. (2011) yaptıkları çalışmada belirsizliği azaltan ve tehlike algılarını yöneten müdahalelerin tedavi sonucu hem yaşam kalitesini hem de memnuniyeti potansiyel olarak iyileştirebileceğini belirtmişlerdir.

Tai-Seale vd. (2012) yaptıkları çalışmada ruhsal sağlık sorunları konusunda hastaların hekimlerden daha fazla belirsizlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların tıptaki doğal belirsizlikleri anlamasının hekime yardımcı olacağını vurgulamaktadır.

Kazer vd. (2013) alışmasında prostat kanseri hastalarda artan belirsizlikle memnuniyetin düşüş eğilimi gösterdiğini belirtmişlerdir.

Colagreco vd. (2013) yaptıkları çalışmada Hepatit C hastalarında dikkatli bekleme süresi boyunca, hastaların yüksek hastalık belirsizliği ve depresyon oranlarına sahip olduklarını tespit etmiştir. Hastalığın belirsizliği depresif belirtilerle anlamlı olarak ilişkili ve katılımcıların yarısından fazlası (% 54) orta düzeyde belirsizlik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Rains (2014) bireylerin sağlık konularında bilgi edinmek amacıyla interneti nasıl kullandıkları, kanseri önleme ve bilgi arayışı ile ilgili belirsizlik düzeylerini ölçmek amacıyla anket uygulamış, web kullanımı ile kanser bilgilerini araştırmanın katılımcıların belirsizlik seviyesinin bilgi aramayan katılımcılardan daha iyi olduğunu kanıtladığını belirtmiştir.

Yıldız (2015)'ın yaptığı çalışmaya göre cerrahi girişimin hastalarda oluşturduğu stres nedeniyle korku, endişe, anksiyete ve depresyona sebep olduğu, ameliyata karar verildiği andan itibaren bilinmeyen korkusu yaşamaya neden olmaktadır. Ameliyatın her aşamasında hastada yoğun bir anksiyete mevcuttur. Hastaya eğitim verilmesi hizmet kalitesini artırmak ve hastayı rahatlatmada önemli bir yere sahiptir.

Alexandria vd. (2017) yaptıkları çalışmada; astım veya alerji dışında kronik hastalığı olan öğrenciler en yüksek endişe düzeylerini ortaya koymuşlardır. Hastalık belirsizliği ve müdahaleci olmamak, hastalık ne olursa olsun psikolojik sıkıntıların belirleyicileri olarak tespit edilmiştir.

Literatürde çoğunlukla belirsizliğin kaygı, endişe, anksiyete ve depresyon ile ilişkisi incelenirken, bu çalışma literatürdeki çalışmaların bazılarında olduğu gibi hasta-hekim arasındaki bilgi farklılığı ve hastaların bilgi ihtiyacı ile belirsizlik düzeyinin ilişkisini ve hasta memnuniyeti ve sadakat üzerindeki etkilerini incelemektedir. Bu çalışma bazı noktalarda literatürdeki diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bunlar;

- Çalışma kronik ve ağır hastalıklardan ziyade akut hastalıklara sahip hastaları kapsamaktadır.
- Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik/ klinik türüne göre hastaların belirsizlik algısı düzeyini incelemektedir.

2.8. GÜVEN KAVRAMI

Gıda, giyim, otomotiv, elektronik sektörü vs. gibi gözle görülür elle tutulur bir ürün alırken veya eğitim, danışmanlık, sağlık sektörü vs. gibi daha soyut ve değerlendirilmesi daha zor hizmetleri satın alırken de alıcı satıcı arasında güven kavramı anahtar bir unsurdur.

Mal veya hizmet satın alırken alıcı ve satıcı arasında bir bilgi farklılığı olması olasıdır. Satın alınacak olan ürün veya hizmetin beyan edilen özelliklere, kaliteye, standartlara sahip olup olmadığını tam anlamıyla bilmek zor bir ihtimaldir.

Örneğin alınan bir paketlenmiş gıda maddesinin içeriğinin, bir elbisenin kumaşının veya bir elektronik cihazın standartlara uygun üretildiğinin veya beyan edilen özellikleri içerdiğinin, hizmet sektöründe de alınan bir danışmanlık, eğitim veya sağlık hizmetinde vaat edilen veya yapılması gereken şeylerin ne kadarının yapıldığının değerlendirilmesi veya ölçülmesi çok zordur. İşte bu bilgi eksikliği ve bunun sonucu oluşan bilememekten kaynaklanan belirsizlik algısı ve şüpheli davranışlara çözüm olarak gösterilebilecek kilit nokta güven kavramıdır.

2.8.1. Tanımı ve Özellikleri

Güven kavramı sosyoloji, sosyal psikoloji, pazarlama ve ekonomi alanlarında ticari ve kişisel boyutlarda araştırmalara konu olmuştur (Papadopoulou vd., 2001). Ayrıca sağlık ve tıp alanında da, 1995-2003 yılları arasında güven konusu 1612 makalede yer almıştır (Meyer vd., 2008).

Literatürde güvene dair birçok tanımlamaya rastlamak mümkündür. Güven kavramı TDK tarafından “çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu” olarak tanımlanmıştır.

Güven, bir kişinin başkasının sözleri, davranışları ve kararlarından emin olduğu ve bu doğrultuda davranma arzusu şeklinde de tanımlanmaktadır (McAllister, 1995). Güven, yapılması gereken her şeyin yapıldığı duygusunu sağlamaktadır. (McKinstry vd., 2009).

Mayer vd. (1995)’ne göre güven duyan kişi, karşısındakinin kendisi için önemli olan davranışlar sergileyeceği beklentisi içinde ve denetim ya da takip etmeyi düşünmeksizin yapacaklarına karşı savunmasız kalmaya gönüllü olmaktadır.

Güven olmadan günlük hayatta yaşanan ilişkiler sürdürülemez ve güven sosyal hayatın teminatıdır (Ertong, 2011).

Güven, belirsizlik ve karmaşa durumlarının çözümlenmesinde önemli bir gerekliliktir. Ayrıca belirsizlik ve karmaşa durumlarında güvenlik hissi sağlayarak ve risk olarak varlığını sürdürmeyi sağlamaktadır (Özel Pelenk, 2011).

Solomon ve Flores (2001)’e göre güven bir savunmasızlık ya da zayıflık olarak görülmemelidir. Güven yeni kapılar açma kapasitesine sahiptir. İnsanlar

güven sayesinde daha önce tanımadıkları kişilerle ilişkiler kurarak bu ilişkiler üzerinden birçok fayda elde edebilirler.

Literatürde güvenin fonksiyonları üç başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

- Yüksek düzeyde kararsızlık, belirsizlik ve karmaşıklık durumlarında gerekliliği kaçınılmaz (Lewis and Weigert, 1985; Nooteboom, 1996; Deering and Murphy, 1998; Nahapiet and Ghoshal,1998; Sako, 1998; Costa, 2000),
- Yüksek derecede kararsızlık, belirsizlik ve karmaşıklık durumlarında güvenlik hissi sağlayarak mevcudiyetini sürdürme (McAllister, 1995; Ellinor and Gerard, 1998; Ryan and Oestreich, 1998; Reina and Reina, 1999; Overlaet, 2000),
- Yüksek derecede kararsızlık, belirsizlik ve karmaşıklık durumlarında risk alarak mevcudiyetini sürdürme (Shaw, 1997; Lewis, 1999; Reina and Reina, 1999; Costa, 2000; Overlaet, 2000).

2.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Güven

Belirsizliğin en çok yaşandığı alanlardan biri olarak sağlık sektöründe, hekim-hasta ilişkisinin temel özelliklerinden biri güvendir. Güven, hekimin belirli bir şekilde davranacağına olan inanç ve beklentilerdir (Pearson ve Raeke,2000).

Arrow (1963) güven kavramını, bilgisel eşitsizlik problemlerinin ortadan kaldırılması için oluşturulan bir kurum olarak tanımlamaktadır. Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin temelini güven oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründe hekim ile hasta arasındaki kişilerarası güven duygusu bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar (Gülcemal ve Keklik, 2016);

- Medya
- Sosyal çevre
- Mahremiyetin korunması
- Hatalı teşhis ve tedavinin yapılabileceği algısı
- Teşhis ve tedavi sürecinde bilgilendirme
- Bilgi karmaşıklığı
- Hekimin performans ödemesi almak niyetiyle hastaya yaklaşımı
- Hekimin iletişim becerisi
- Hekimin mesleki tecrübesi şeklinde sayılabilir.

Hastanın öğrenim seviyesi, davranışları, değerleri, bireysel özellikleri, inanç öğeleri, kültürel olarak benimsediği yaklaşımlar, sağlığı ile alâkalı belirsizlik,

bilinmezlik ve arzu ettikleri de doğrudan veya dolaylı olarak hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi etkilemektedir (Gülcemal ve Keklik, 2016).

Güzeldemir (2006)'e göre hastalıktan dolayı içinde bulunulan çaresizlik ve kaygı ile birlikte tıp eğitimine dair bilgi sahibi olunamaması, tıbbi ve teknik tabirlere yabancı olunması hastaların tanı sürecinde durumunu anlamasını zorlaştırmaktadır.

Hekimle hasta arasındaki ilişkide hekim lehine olan güç farkı yüzünden, hasta güvenmek durumundadır ve hastanın sosyo-ekonomik düzeyi düşük ise başka şansı olmadığını düşünebilir. Güven, uygulanan tüm tedavilerin yanında psikolojik olarak rahatlama sağlayan bir placebo (ilaç görünümünde olup aslında tedavi etkisi olmayan, hastayı psikolojik olarak rahatlatmak için verilen ilaç (Ertong, 2011)) olarak kabul edilmelidir. Alınan hizmetten memnuniyet güven ile paralellik göstermektedir. Hekime duyulan güven artışı daha fazla memnuniyet, tedaviye bağlılık ve ilişkinin sürdürülmesine neden olabilmektedir (Ertong, 2011).

Güvene bu derece önem verilmesinin nedeni güvenin hasta kişinin mutluluğunu etkileyen, tedavinin de bir bileşeni olmasından kaynaklanmaktadır (Frank 2016).

Güven düzeyinin düşük olması, verilen hizmetin yetersiz olmasından kaynaklanabilir. Sonuçta hastanın yaşadığı tatminsizlik tedavinin başarıya ulaşma şansı düşürmektedir (Thom vd., 2002).

Thom vd., (2002)'ne göre hastanın güven düzeyinin düşük olması fazla sayıda test, sevk ve/veya ek tıbbi bilgi talep etmesine yol açabilir. Bu gibi durumlarda hastalar hekimin yazdığı reçeteden ve verdiği tedaviden şüphe duymaktadırlar. Bu hastalar hastanelerden aldıkları fayda esasına dayanan hizmetleri sorgulamakta ve hep daha iyisini aramakta, güvенеbileceği hizmetleri talep etmektedir. Sağlık sektöründe kamu veya özel hastane farketmeksizin beğenilen olmak yetmeyip, kurum olarak itibarı ve güvenilir olmayı sürdürebilir olmak gerekmektedir (Dizman, 2018).

Mainous (2001)'a göre hekime duyulan güven azaldıkça, aynı hekimi veya sağlık kurumunu tercih etme düzeyi de düşmektedir. Yüksek dereceli güven daha fazla bağlılığa yol açar (Asunakutlu, 2002).

Rowe ve Calnan (2006)'a göre kuruma duyulan güvenin kişilerarası münasebette güven duygusunu büyük ölçüde etkilemektedir. Kişisel olarak hekime

duyulan güven yüksek iken, sağlık hizmetleri idarecilerine duyulan güven düzeyi benzer şekilde yüksek değildir.

Skirbekk vd. (2011)'ne göre genellikle hekimlerin hastalarla özel olarak ilgilendiklerinde ya da hastalar bunu hissettiklerinde, hekime güven duymaktadırlar.

Hekim-hasta ilişkisinde iletişim ortamının katılım sağlanmasına uygun olması, hastaların hekimlere duyduğu güveni artırmakta ve hastanın tedaviye uyum sağlamasını olumlu şekilde etkilemektedir. Oluşan güven duygusu ile kişisel bilgi ve hastalığa dair belirtilerin paylaşımı daha rahat gerçekleştirilmektedir. Böylelikle daha etkin bir tedavi ve süreç içerisinde olası istenmeyen durumların önüne geçilebilmektedir (Gülcemal ve Keklik, 2016).

Belirsizlik yönetiminde kişiler arası güven önemli bir unsurdur ve insanlar birbirlerine duydukları güven oranında bilgi paylaşımında bulunurlar (Bakioğlu ve Demiral, 2013).

2.8.3. Güven Konusu ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Thom vd. (2002) çalışmalarında hasta memnuniyeti ve güven düzeyinin paralel hareket ettiğini belirtmiştir.

Gezergün vd. (2006) yaptığı çalışmada hekime duyulan güvenin; davranış biçimi, bilgilendirme, kullanılan dil, iletişim ve hekimin genel izlenim alt boyutlarında hekimin özelliklerine göre farklılıklar bulmuştur.

Lim (2007) çalışmasında doktorun hasta ile etkili bir şekilde iletişim kurma çabasının, hastanın bilgi problemini iyileştireceğini ve hastanın doktora olan güveninin bir kaynağı olabileceğini ifade etmiştir. Güven duyulması hastanın daha fazla tıbbi bakım kullanmasına yol açacaktır.

Özdoğan ve Tüzün (2007) çalışmasında yaş, gelir durumu, cinsiyet, sınıf parametrelerine göre algılanan güven değerlerinin farklılık gösterdiğini tespit etmiştir.

Çabuk ve Demirci (2008) çalışmalarında tüketicilerin markaya duyduğu güven ve marka bağlılığı arasında olumlu bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Kim vd. (2008) çalışmalarında güvenin doğrudan ve dolaylı olarak bir tüketicinin algılanan riski, algılanan fayda ile birlikte satın alma kararını etkilediğini ve aynı zamanda güvenin tüketici e-sadakatinin memnuniyet yoluyla uzun vadede etkilediğini ortaya koymuşlardır.

Cyr (2008) web sitesi tasarımında güven ve memnuniyetin müşteri sadakati üzerine etkisi araştırmıştır.

Yılmaz ve Akkaya (2009) yaptıkları çalışmada hastaların hekimlerine orta derecenin üzerinde bir güvene sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Hasta ile hekim ilişkisinde güven düzeyi ve hastanın yaş, cinsiyet ve gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını ve güven ile memnuniyet arasında pozitif yönde ve güçlü bir ilişkinin var olduğunu belirtmişlerdir.

Shabbir vd. (2010) kamu ve özel hastanelerinde sunulan hizmetlerin unsurlarını ve hizmet sağlayıcılarına güven konusunun hasta memnuniyetine katkılarını değerlendirmiştir.

Li (2011) çalışmasında güven, bağlılık, fiyat davranışı ve algılanan kalitenin müşteri sadakati, fiyat duyarsızlığı, satın alma niyeti ve ağızdan ağza iletişim üzerinde anlamlı ve olumlu bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca müşteri memnuniyetinin sadece satın alma niyeti için anlamlı bir faktör olduğunu öne sürmüştür.

Karsavuran vd. (2011) yaptıkları çalışmada hastaların hekimler ile olan iletişimde güven düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni duruma göre değiştiğini tespit etmişlerdir.

Gürbüz ve Doğan (2013) çalışmasında markaya duyulan güven ile marka bağlılığı arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Loureiro vd. (2014) yaptıkları çalışmada memnuniyet, güven ve algılanan değerlerin müşteri zevklerinden ziyade davranışsal çıktılar üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğunu öne sürmüştür.

Dölarıslan ve Özer (2014) yaptıkları çalışmada hizmet kalitesi, tatmin ve güvenin düzeyinin yüksek olması, hastaların daha fazla ödeme eğilimini pozitif yönde etkilediğini tespit etmişlerdir.

Oneto vd. (2015) çalışmalarında güven ve diğer ele alınan yapılar arasında, özellikle de turizmle ilgili hizmetleri veya ürünleri çevrimiçi satın alma niyetini önemli ölçüde etkilediği, özellikle güvenlik ve memnuniyet arasındaki anlamlı ilişkiler tespit etmiştir.

Demirgüneş (2015) çalışmasında etik satış davranışının satış elemanı ve işletmeye duyulan güven üstünde güçlü bir etkisi olduğu ve satış elemanının etik

davranışının, işletmeye duyulan güvenin aracı etkisi ile tekrar satın alma davranışını etkilediğini belirtmiştir.

Gülcemal ve Keklik (2016) yaptıkları çalışmada hastaların hastaneyi tercih nedenleri arasında ilk sırayı önceden alınan hizmetten memnuniyet duyulması ve hekime duyulan güven unsurunun geldiğini belirtmektedir.

Jimenez ve San-Martin (2016) mobil ticarete güven ve memnuniyetin sadakati arttırdığına ve mobil cihazlar aracılığıyla satın alımları motive edebileceğine dair kanıtlar ortaya koymuştur. Ayrıca oportünizmin güvenin aracı etkisi ile ve bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma eğiliminin sadakat üzerine dolaylı etkisi konusunda kanıt olduğunu belirtmiştir.

Demir (2016) yaptığı çalışmada bilişsel güven ve duygusal güven parametrelerinin etik liderlik ve sadakat arasındaki ilişki üzerine tam aracılık etkisine sahip olduğunu tespit etmiştir.

Ertong (2018) yaptığı çalışmada, yaş, cinsiyet, medeni hâl, eğitim ve ekonomik durum gibi demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık sistemine duyulan güven ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Daha yüksek düzeyde kişilerarası güven ve memnuniyetin, sağlık sistemine daha yüksek güven yol açtığını belirlemiştir. Hemşireler ve hekimlere duyulan kişilerarası güven, hastanelere ve Sağlık Bakanlığına duyulan güven ile güçlü ve pozitif bir ilişki içerisinde.

Temel ve Aydın (2018) yaptıkları çalışmada hizmet kullanımında, eğitim düzeyinin yanı sıra bilgi düzeyinin de etkili olduğu ve hasta ile hekim arasındaki ilişkide, iletişim ve güvenin tanı ve tedavi sürecini etkilediğini belirtmiştir.

Literatürde çoğunlukla güvenin memnuniyet ve sadakate doğrudan ve dolaylı etkisi, iletişim ve güven ilişkisi incelenirken, bazı çalışmalarda da güvenin aracı etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada ise güven düzeyinin hasta memnuniyeti ve sadakat üzerine doğrudan veya dolaylı etkisinden ziyade bilgi ihtiyacı ve belirsizlik algının memnuniyet ve sadakate etkisi üzerindeki ılımlaştırıcı etkisi incelenmekte, bu noktada çalışma literatürdeki diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir.

2.9. MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve SADAKAT

Günümüzde teknolojinin hız kesmeden gelişmesini sürdürmesi, internet ve sosyal medya kullanımının artması, insanların birbiriyle farklı ortamlarda bilgi paylaşımında bulunmaya başlaması; hangi sektörde olursa olsun ürün veya

hizmetlerin kullanım öncesinde değerlendirilebilmesini, alternatiflerin karşılaştırılabilmesini sağlarken, kişilerin var olan beklenti düzeylerinin daha yüksek bir seviyeye çıkmasına yol açmaktadır. Ürün veya hizmet sunucularının böyle bir ortamda rakiplerinin karşısında ayakta kalabilmesi ve aktivitelerini sürdürebilmesi için bu gelişmeleri göz önüne alarak başta müşteri odaklılık olmak üzere müşterilerini memnun etmeye ve yeni müşteri bulmaya ve var olan müşterilerini de elden kaçırmamaya ve onların desteğini almaya daha fazla ihtiyaç duymaktadır.

2.9.1 Müşteri Memnuniyeti

Günümüz çağdaş pazarlama anlayışında her işletmenin varlığının ve başarısının temeli, işletme faaliyetlerinin merkezine müşteriye yerleştirmekten geçmektedir.

Müşteri, işletme çalışanlarının gerçek patronu ve işletmenin geliri, geleceği ve güvencesini sağlayan, tüm giderleri, çalışan ücretlerini ödeyen ve yatırımları finanse eden kişidir (Barutçugil, 2009).

Odabaşı (2005) müşteriye, işletmenin varlığının önkoşulu, belli bir kuruluş veya mağazadan alışveriş yapan, belirli bir markayı tercih eden kişi ya da kuruluş şeklinde tanımlamaktadır.

Müşteri kavramı literatürde dış ve iç müşteriler olarak değerlendirilmektedir (Barlow, 1998: 10-11).

- İç müşteri; Bir işletme veya kurum içerisinde bir bölüm veya sürece ait çıktılarını girdi olarak kullanan kişi veya bölümdür (Yılmaz, 2005). Başka bir deyişle üretilen ürün ve hizmetin son tüketiciye ulaşmasını sağlayan tüm basamaklarda yer alan tüm kullanıcılar ifade edilmektedir (Orçunus,1996).

- Dış müşteri; Bir işletmede imal edilen mal ve/veya hizmeti satın alan ve işletmenin varlık nedeni olan bireyler dış müşteri şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2005).

Müşteri işletme için hem son kullanıcı hem de işletmenin gelir kaynağı olduğu için önemsenmesi ve memnun edilmesi gerekmektedir. Mal veya hizmetin üretiminden çok müşteriye nasıl yansıdığına, mükemmel ve kusursuz olmasına, tatmin sağlayıp sağlamadığına, ihtiyaç ve beklentileri ne ölçüde karşıladığına, verilen taahhüdün ne kadarının yerine getirildiğine dikkat etmek önemlidir (Demirbağ, 2004).

Ürün veya hizmet sunan işletme veya kurumlar için son derece önem arz eden memnuniyet kavramı ile ilgili olarak yazında birçok tanımlama yapılmıştır.

Memnuniyet, bir mal ya da hizmetin satın alınması veya kullanılması öncesi beklentiler ile sonrasında sonuçların karşılaştırılması ve müşteride oluşan izlenim olarak tanımlanabilir (Atalay, 2006).

Müşteri memnuniyeti bir olayın kişiye özel ve subjektif olarak değerlendirilmesi ve kişilerarası bir etkileşimdir (Lin, 2012).

Müşterilerin ürün veya hizmet ile ilgili önceki tecrübeleri beklentilerinin şekillenmesine katkı sağlamakta ve memnuniyet ürün veya hizmet sağlayana karşı tepkileri etkilemektedir (Futrell, 2006).

Zaim ve Tarım (2010)'a göre memnuniyet, hayat tarzı, geçmiş tecrübeler, gelecekte beklenenler ve kişisel ve toplumsal değerleri kapsayan pek çok faktör ile alakalı karmaşık bir kavramdır.

Genel olarak memnun bir müşteri; uzun süre işletmeye bağlılık gösteren, çıkarılan yeni ürünleri satın alan, işletmenin kendisi ve ürünleri hakkında olumlu şeyler söyleyen, rakip firmaların marka veya ürünlerine daha az önem veren, ürünlerin fiyatına daha az duyarlılık gösteren ve işletmenin ürünleri hakkında fikirler sunan kişidir (Kotler ve Keller, 2012).

İnan ve Doğan, (2006) müşteri memnuniyetinin ortaya çıkardığı sonuçları bazı istatistiksel verilere göre şu şekilde açıklamaktadır;

- Müşteri sadakatindeki yüzde 5 'lik bir artış kâr % 25-80'lik bir artış yapabilir.
- Yüksek memnuniyet düzeyine sahip bir müşteri, orta düzeyde memnun bir müşteriden 6 kez daha fazla sadakate sahiptir.
- Memnun olmayanların % 4'ü şikâyetlerini işletmeye iletmektedir.
- Memnun olmayan müşteri 9 kişiyi etkilerken, memnun müşteri 5 kişiyi etkilemektedir.
- Memnun olmayan müşterilerin % 90'ı bir daha o işletmenin mal ve hizmetlerini satın almamaktadır.
- Memnun müşterilerin işletmeler için kazanım olarak sağladığı avantajlar bulunmaktadır. Memnun olan bir müşteri (Kotler vd., 1996) ;

- Sadık müşteri olma yolunda aşama kaydederek daha fazla ürün satın almaya başlar.
- İşletmenin üretmiş olduğu diğer ürünlerden de satın alır.
- İşletmenin ürettiği ürünlerle ilgili olumlu düşüncelere sahip olduğundan işletmenin olumlu bir imaja sahip olmasına katkı sağlar.
- Rakip işletmelerin markalarına, ürünlerine karşı duyarsızdır.

Müşteri memnuniyetsizliği işletmelerin büyük kayıplar yaşamasına yol açarken, müşteri memnuniyeti sadakatin oluşmasına katkı sağlamaktadır (Gronroos, 1996).

2.9.1.1. Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti

Müşteri (hasta) memnuniyeti kavramı ilk kez 1956 yılında ABD’de hemşirelik alanında değerlendirmeye alınmıştır (Merkouris vd., 1999). 1980’lerde başlamak üzere sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti tartışılmaya başlanmış ve konu ile ilgili çalışmalar popülerlik kazanmıştır (Williams, 1994).

Sağlık işletmeleri müşterileri fazlasıyla karma bir yapıya sahiptir. Hasta, bir sağlık kuruluşunun üretmiş olduğu ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberi olan ve bu hizmetlerden faydalanma olanağı bulunan veya daha önce bu hizmetlerden faydalanmış bireylerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Yaşa, 2012).

Sağlık işletmelerinin müşterisinin sadece hastalar olduğu görüşü geçerliliğini kaybetmektedir. Daha önce sağlık işletmelerinde müşteri olarak sadece hastalar akla gelirken, şimdilerde sağlık hizmetlerinin üretim sürecine katılan tüm kişi ve kurumlar müşteri olarak kabul edilmektedir (Tengilimoğlu, 2011).

Sağlık kurumlarında müşteriler, iç ve dış müşteriler olarak iki çeşit olarak ayrılabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

- İç müşteriler, sağlık kurum/kuruluşunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik bağı bulunan kişi ve grupları belirtmektedir. Teknik personel ve destek personeli, sağlık profesyonelleri, üst ve orta kademe yöneticiler, pay sahipleri ve danışmanlardır.

- Dış müşteriler ise sağlık kurumunun hizmetlerinden direkt veya dolaylı olarak faydalanan kişi ve kurumları içermektedir. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler ve ziyaretçiler, Devlet, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, çamaşırhane işletmeleri ve çiçek satıcılarıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri sektörü önemli gelişmeler göstermektedir. Özel sağlık kurumları sayısı artarken rekabet yoğunlaşmakta; yapılan düzenlemeler ile hastaların hem özel hastaneleri hem de kamu sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almalarının yolu açılmış bulunmaktadır. Böylece sağlık hizmeti sağlayıcıları için hizmetin kalitesi ve hasta memnuniyeti kritik bir konuma gelmektedir.

Sağlık kurumlarının, hizmetin kalitesi ve performansını artırmak için hastaların arzu ve istekleri, hizmetin algılanma şekli ve sunulan hizmetten memnuniyet düzeyinin araştırılması ve gerekli değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir (İzci ve Saydan, 2013).

Tedavi öncesi ve tedavi sonrasında beklenti ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki (Kumar vd., 2007);

- Beklentiler olumsuz fakat deneyim olumlu ise en yüksek seviyede memnuniyet derecesi,
- Beklentiler olumlu ve deneyim de olumlu ise, yüksek düzeyde bir memnuniyet derecesi,
- Beklentiler olumsuz yanı sıra deneyim de olumsuz ise düşük seviyede bir memnuniyet derecesi,
- Beklentiler olumlu fakat deneyim olumsuz ise en yüksek düzeyde memnuniyetsizlik söz konusudur.

Hasta memnuniyeti hizmetin varlığı, ulaşılabilirliği, sunumu, sürekliliği, hizmet verenlerin nicel ve mesleki yeterliliği, hasta ile iletişimleri; hizmet verilen yerin fiziksel özellikleri gibi unsurları içinde barındıran, hizmetin değerlendirilmesi ve beklentilerin karşılanması konusunda bilgiler veren temel ölçüt olarak kabul edilmektedir (Carr-Hill, 1992).

Engiz (1997)'e göre hastaların sadece medikal ihtiyaçlar değil ayrıca başka ihtiyaç ve beklentilere de sahip olduğundan asıl işi tıbbi hizmetler olan sağlık kuruluşlarında yeniden bir yapılanmaya gidilmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşları bundan sonra hastalarının tıbbi ihtiyaçları haricinde estetik, duygusal ve kültürel gereksinimlerine de cevap verebilir duruma gelmek zorundadır.

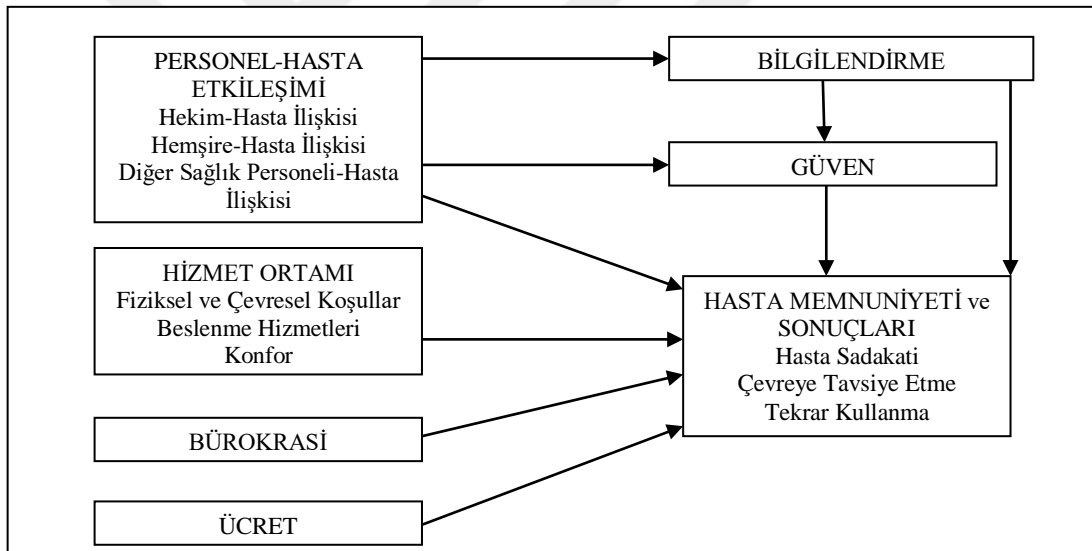
Atilla vd. (2013)'ne göre hasta iyileşmeyi bekleyen ve sağlığı yerinde olmayan kişidir. Hasta duygusaldır, etkiler ve etkilenir. Hasta, bir bütün olarak fiziksel parçalarının bütününden daha fazlasını ifade etmektedir. Hastaya bu yönden bakmak, memnuniyet için kayda değer bir ön koşuldur.

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti Leebov ve Scott (1994)'a göre 4 sebepten dolayı önemlidir. Bunlar;

- İnsancıl nedenler
- Ekonomik nedenler
- Pazarlama
- Etkililik

Şengül (2008)'e göre alınan hizmetten doyumun ölçülmesinde, tüketicilerin bilişsel ve duygusal davranışları ile alakalı bilgi edinilmeye çalışılmakta ise de bu tür davranışlar soyut nitelik taşıdıklarından somut nitelikteki özelliklere göre ölçülmesi o kadar kolay olmamaktadır.

Eroğlu (2005)'na göre müşteri memnuniyeti doğrudan ölçülebilecek ve tek boyutlu bir kavram olmadığı gibi kökeninde birçok etkeni barındırmaktadır.



Şekil 2. 6 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Milutinovic vd., 2010)

Yazında yer alan araştırmalarda hastaların memnuniyetlerini değerlendirirken sıklıkla kullanılan boyutları 9 başlık altında sıralanmaktadır (Milutinovic vd., 2010);

- Hasta-doktor ilişkisi: Hastalar hizmetin kalitesini yorumlarken, hekimin uzmanlık bilgisinden ziyade daha çok hastayı dinleme, duyarlı olma, yeterince zaman ayırma, nezaket gösterme, güler yüzlü olma ve saygı gösterme gibi tutumlarına dikkat etmektedirler.

- Hasta-hemşire ilişkisi: Hemşire davranışları hasta tatmininde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin, güler yüzlü olması, nezaketle ve saygı çerçevesinde davranması hasta memnuniyetini pozitif yönde etkilemektedir.
- Hasta-diğer hastane personeli ilişkisi: Hastaların diğer sağlık personelleri ile olan ilişkilerinin kalitesi memnuniyet düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Nazik davranış, şefkatli olma, alakadar ve anlayışlı olma, bireylerin profesyonel tutumları hastada rahatlatma ve tedaviye daha fazla uyum gösterilmesini sağlamaktadır.
- Fiziksel ve çevresel koşullar: Hastanenin ve hasta odalarının fizikî ve çevresel koşulları hastaların önem verdiği tatmin boyutlarından biridir.
- Bürokrasi: Hastanın tanı alması, hastaneye yatışı ve tedavisi sırasında ortaya çıkan bürokrasi, zaman kaybına neden olarak tatminsizliğe neden olmaktadır. Bekleme süresinin uzunluğu, randevu alımı ve hizmetin gerçekleştirilmesi arasında oluşan zaman kayıpları tatminsizliğe yol açan etkenler arasında gösterilmektedir.
- Bilgilendirme: Hekimler tarafından hasta ve yakınlarının sade ve anlaşılır bir dille yapılan bilgilendirme, alınacak tedavi kararına katılma, bireyin hastalığı hakkında daha anlayışlı olmasına yol açmaktadır.
- Güven: Yapılan bilgilendirme, hastanın emniyette olduğunu hissetmesi, tedavi kararlarına katılması güven duygusunun oluşmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi de hastalarda güven duygusunun gelişmesine yol açmaktadır.
- Ücret: Sağlık hizmetlerinin mali boyutunun karşılanmasında sıkıntı yaşamayan, sağlık sigortasına sahip hastaların maliyetlere karşı daha duyarsız olduğu belirlenmiştir.
- Yemek Hizmetleri: Sağlık kurumundan taburcu edilen hastaların en fazla yemek hizmetlerini hatırladığı yapılan memnuniyet araştırmalarında belirtilmektedir. Hastaları etkileyen unsurlar arasında sadece yemeğin kalitesi değil, aynı zamanda yemeği sunan kişiler, sunuluş biçimi ve görüntüsü de yer almaktadır.

2.9.2. Müşteri Sadakati

Günümüz pazar koşullarında ve yoğun bir rekabet altında yaşamını sürdürmek, pazar payını korumak ve artırabilmek, müşterileri elde tutmak ve sürekli kârlılık için sadakat gösteren müşterilere sahip olmak işletmeler açısından oldukça önemlidir (Değermen, 2006).

Müşterilerin bir ürün veya hizmeti satın alma olasılığı, oranı ve yoğunluğu (Kumar ve Shah, 2004) ve devamlı alışveriş yaptığı firmaları başkalarına tavsiye etmesi (Kim ve Yoon, 2004) sadakat olarak tanımlanmaktadır.

Sadık bir müşteri; aynı işyerinden düzenli olarak, birçok ürün ya da hizmet alan, diğer müşterilere tavsiye eden ve bağlılığını gösteren müşteridir (Varolan, 2002).

Sadakat sürekli tatminin bir sonucudur. Firma açısından müşteri sadakati, yeniden satış ve pazar istikrarı anlamına gelmektedir. Müşteri sadakatının işletmeler açısından sağladığı başlıca üstünlükler; satış işlemlerini kolaylaştırması, pazara istikrar getirmesi, fiyatların kontrol edilmesi, daha sık ziyaret ve dağıtım kanalları konusunda yardımcı olmaları olarak ifade edilebilir (Sharp ve Sharp, 1997).

Odabaşı (2000)'na göre hali hazırdaki müşterileri elde tutmak, yeni müşteriler kazanmaktan daha düşük maliyetlidir. Sadık müşterilerin ayrılma olasılığı çok düşüktür. Ayrıca olumlu tavsiyeleri sayesinde de firmaların yeni müşteri kazanma olasılığı artmaktadır.

Müşteri sadakatının oluşması için, iki önemli faktör; ürüne ya da hizmete karşı duygusal bağlılık ve müşterinin belli bir işletmenin ürününü ya da hizmetini yeniden satın alması gerekmektedir. Bu iki faktöre dayanan dört sadakat düzeyi modeli olduğu ifade edilmektedir (Shoemaker ve Lewis, 1999: 349).

Tablo 2. 1 Dick ve Basu Modeline göre Sadakat Düzeyleri (Dick ve Basu, 1994)

		Satınalma Davranışı	
		Yüksek	Düşük
Tutumlar	Yüksek	Gerçek Sadakat	Gizli Sadakat
	Düşük	Sahte Sadakat	Sadakatsizlik

- Gerçek sadakat; İşletmenin mal ve hizmetlerine karşı pozitif bir tutum içinde olma ile birlikte aynı işletmenin devamlı müşterisi olma durumu,
- Gizli sadakat; İşletmenin devamlı müşterisi olmamasına rağmen, işletmenin mal ve hizmetlerine karşı pozitif bir tutum içinde olma durumu,
- Sahte sadakat; Mal ve hizmete karşı tutumları düşük, davranışları ise yüksektir. Müşterilerin, sürekli müşteri olmasına rağmen pozitif yönde tutumunun

düşüklüğü söz konusudur. Bu durumda müşteriler rakipler ve piyasada oluşan yeni ürünlerle birlikte bu işletmelere ve ürünlere yönelebilecektir.

- Sadakatsizlik düzeyi: Hem tutum hem de satın alma davranışları düşük olan müşterilerdir. Çevreden çok çabuk etkilenir ve alternatiflere göre çabuk fikir değiştirebilirler. Belirli bir marka bağlılığı ve sadakati bulunmayan müşterilerdir (Dick ve Basu, 1994).

Müşteri sadakati 3 temel yaklaşım ile yazında yer almaktadır. Bunlar (Kim vd., 2004);

- Davranışsal yaklaşım: Ürün veya hizmetin tekrar satın almasıdır. Yaklaşım sadece satın alma sıklığını göz önüne almakta iken, yazında bunun tek başına açıklamakta yetersiz kalacağını ve sadakatin tutumsal boyutunun da dikkate alınması gerekmektedir (Srinivasan vd., 2002: 42). Sürekli aynı işletme tercihi psikolojik bağlılıktan ziyade zorunluluktan yani başka işletmenin olmamasından kaynaklanabilmektedir (Hartmann ve Ibanez, 2006).

- Tutumsal yaklaşım: Ürün ve hizmetlere karşı psikolojik bağlılığı olarak ifade edilebilir. Kim vd. (2004)'ne göre psikolojik bağlılık, taahhüdün derecesi ile ilgilidir ve müşteri alışveriş yapmasa bile işletmeye duygusal olarak bağlıdır ve işletmeyi başkalarına tavsiye edebilir. Çatı ve Koçoğlu (2008)'na göre müşterilerin işletme hakkında olumlu konuşması işletmenin yaptığı reklamlardan daha etkilidir. Tutumsal sadakate sahip müşteriler işletmeler için birer ücretsiz ve etkili reklam faaliyeti kaynağı niteliğindedir.

- Karma yaklaşım: Müşterilerin ürün veya marka değişim tercihleri, ürün veya hizmeti satın alma sıklığı ile satın alma miktarına göre açıklamaktadır. Bu yaklaşıma göre sadakat tekrar satın alma davranışı ve olumlu tutumların birleşimidir (Kim vd., 2004).

Bu çalışmada sadakat düzeyi Kim vd.(2004)'nin belirttiği karma yaklaşım benimsenerek; tekrar satın alma ve olumlu tutum (tavsiye etme) birlikte değerlendirmeye alınmıştır.

2.9.2.1. Sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati

Günümüzde hastaların istedikleri hastaneyi tercih etme ve hizmet alma özgürlüğüne kavuşmuş olmalarından dolayı sağlık hizmetleri piyasasında yoğun bir rekabet yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde başarının elde edilebilmesi için teknik becerilerin yanında ayrıca müşteri memnuniyetinin ve ihtiyaç durumunda tekrar aynı

hastanenin tercih edilmesinin sağlanması gerekmektedir (Thiele ve Bennett, 2010, s.195).

Gülmez (2005)'e göre sağlık hizmetlerinin hasta arzu ve gereksinimlerini karşılaması durumunda ve aldığı hizmetin de kaliteli olduğunu düşündüğü süreç yeniden tercih edecektir. Sağlık hizmetinin kurumlar açısından kaliteli sunulması mevcut ve olası hasta ve hasta yakınlarının diğer hekim ya da sağlık kuruluşuna geçmesine engel olmasından dolayı önem kazanmaya başlamıştır (Suki, 2011). Thiele ve Bennett (2010)'e göre müşteri memnuniyetiyle ilgili yazında memnun müşterilerin daha sadık olabileceği, şikâyet etme konusunda daha az girişimde bulunacağı, tıbbi tedavi için daha çok tamamlama arzusuna sahip olacağı ve yaşam kalitesi algısının yüksek olacağı görüşü yer almaktadır.

Sağlık işletmelerine yeni müşteri (hasta) kazandırmanın zor ve maliyetli bir süreç olması, hasta sadakatine niçin önem verilmesi gerektiği konusunda önem arz etmektedir. Yeni müşteri (hasta) kuruma çekilmeye çalışılırken, mevcut olanların kaybedilmesi sağlık işletmeleri için arzulanan bir durum değildir. Bu açıdan hastanenin, hizmet sunumu kapsamında yer alan mevcut müşteriler (hasta) ile ilişkilerini uzun döneme taşınması ve sürdürülebilir kılması oldukça önemli bir husustur.

Kurumdan memnun olan hastaların bir kısmı hastanenin sadık birer paydaşı olarak kalacak ve beraberinde yeni hastaları da getirme olasılığı yükselecektir (Hoşgör vd., 2017). Sağlık hizmetlerinde hekimle olan etkileşim sonucu müşteri sadakati direkt hekime yöneliktir ve kurum açısından sadakat ikinci plânda yer almaktadır (Bekaroğlu, 2005).

2.9.3. Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati İlişkisi

Müşterinin almış olduğu hizmetten sağlamış olduğu memnuniyet hangi türden olursa olsun hizmeti sunan kurumlara birçok avantajlar sağlamaktadır. Yazında konuyla alakalı yapılan çalışmalarda memnuniyet düzeyinin artışı ile hizmeti sunan kurum/kuruluşlarla nitelikli ilişkiler geliştirme ve devam ettirme arzusunda artış sağlanması (Kelley ve Davis, 1994), elde edilen olumlu deneyimlerin başkalarıyla paylaşılması ve bu doğrultuda kurum namına pozitif göndermeler yapılması (Söderlund, 1998), sadakatin oluşturulması (Oliver, 1999), kuruma pozitif yönde geri bildirim sağlanması (Söderland, 1998), kurumsal performansta artış

görülmesi (Gronholdt vd., 2000) gibi olumlu etki ve katkıların sağlanacağı belirtilmektedir (İzci ve Saydan, 2013).

Sadakat kavramı literatürde çok farklı sektörlerde farklı kavramlarla ilişkilendirilmiştir. Bu kavramlardan bir tanesi de memnuniyet kavramı ki sadakat kavramı ile arasında bir ilişkinin var olduğuna dair literatürde birçok çalışmayı görmek mümkündür.

Müşteri sadakatının elde edilebilmesi için müşteri memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir. Müşterinin ilk satın alma deneyiminde yaşamış olduğu memnuniyet düzeyi, aynı yerden tekrar bir hizmet satın alma olasılığını etkilemektedir. Eğer ilk deneyim sonucu memnuniyetsizlik veya kararsızlık mevcutsa sonraki ilişkilerin sürdürülme ihtimalini azaltmaktadır. Eğer müşteri memnun kalmış ise çoğunlukla müşterinin tekrar satın alması beklenmelidir. Müşterinin memnuniyeti çok daha fazlaysa yeniden satın alma olasılığı da bu doğrultuda yükselecektir (Kotler, 2000:184).

Chahal (2008)'e göre bir hasta aldığı sağlık hizmetinden memnun ise sadık bir müşteriye dönüşebilir ve bir olumsuzluk olmadığı sürece daima aynı hastaneyi tercih edecektir.

Tek (2006)'e göre yüksek tatmin düzeyine sahip müşterilerde rasyonel ve duygusal bir bağlılık oluştuğu için, tatmin olmuş müşteriler büyük olasılıkla sadık müşteri olmaktadır.

Madran ve Canbolat (2006)'a göre müşteri sadakati ile müşteri tatmini arasında bir paralellik söz konusudur.

Kim vd. (2008)'ne göre müşteri memnuniyetine odaklanmış işletmeler, satın alma sonunda müşterilerin zihninde edinecekleri yer sayesinde kendi tanıtımlarını ve reklamlarını sadık müşterileri aracılığıyla yapabileceklerdir.

Altan ve Engin (2004)'e göre satılan mal veya sunulan hizmetten memnun olan müşteriler firma ile sürekli ilişkisi içinde olmaktadır. Memnun olan müşterileri elde tutmak yeni müşteri kazanmaktan daha maliyetlidir ve memnun müşteri işletmenin reklâmını yapma konusunda önemli bir potansiyele sahiptir.

Ercan (2006)'a göre müşteri memnuniyeti müşterinin elde tutulma yüzdesini ve tekrar satın alma ihtimalini arttırmaktadır. Bu nedenle, müşteri memnuniyeti sadık müşteriler oluşturmanın kaçınılmaz bir ögesi olarak görülmektedir.

Güzel (2006)'e göre müşteriye elde tutmanın ve sadakat oluşturmamanın en önemli şartlarından bir tanesi müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır ki memnun müşterilerin şirkete bağlılık göstermesi ve söz konusu şirketle uzun seneler boyunca ilişkisini sürdürmesi beklenmektedir.

Bowen ve Shoemaker (1999) ise her sadık müşterinin tatmin edilmiş bir müşteri olabileceğini fakat her tatmin edilmiş müşterinin sadık bir müşteri olmayacağını dolayısıyla müşteri sadakatının yalnızca memnuniyetle sağlanamayacağını vurgulamıştır.

Otani vd. (2009)'ne göre nispet tatmin olmuş bir müşteri gereksinim durumunda yeniden aynı kurumu tercih etmesi çok yüksek bir olasılığa sahip değildir. Fakat "mükemmel" seviyede tatmin edilmiş bir müşteri sadık müşteridir ve uzun dönemde işletmenin yaşamını sürdürmesine destek olacaktır.

2.9.4. Memnuniyet ve Sadakat Konuları ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Çalışmanın bu bölümünde özellikle sağlık hizmetleri ve diğer alanlarda memnuniyet ve sadakate etkisi ve ilişkisi olan faktörlerin konu edildiği çalışmalara yer verilmiştir.

Chaska (1980) yaptığı çalışmada hasta sadakatini arttırmak için; hastanın ağrı kontrolünden memnuniyet düzeyi, bekleme zamanı, hekimden memnuniyet, alınan hizmetten genel memnuniyet ve öteki hastaların yapmış olduğu tavsiyeler olmak üzere beş değişken tanımlamıştır.

Buller ve Buller (1987) yaptıkları çalışmada hekimlerin olumlu ve olumsuz davranışlarını hasta memnuniyetini etkileyen iki faktör olarak incelemişlerdir.

Varinli ve Çakır (2004) yaptıkları çalışmada doktorların tutumu ve tedavi ücretlerini, hastaların hastaneyi yeniden tercih etmeleri konusunda etkiye sahip olan iki faktör olarak tespit etmişlerdir.

Yağcı ve Duman (2006) yaptıkları çalışmada hastanelerin vermiş olduğu poliklinik hizmetlerinde, hastaların algıladığı kalite öğelerinin boyutlarını ve bunların hastane türlerine göre hasta memnuniyeti ile olan ilişkilerini araştırmışlardır.

Bulut (2006) yaptığı çalışmada hastaların yapılan bilgilendirmeden ne derece memnun oldukları sorgulanmış, çalışmanın sonucuna göre ise hastaların hastalıkları, tedavi ve bakımlarına dair kılavuz nezaretinde bilgi verildiği zaman memnuniyetlerinin arttığını belirtmiştir.

Marangoz ve Akyıldız (2007) yaptıkları çalışmada algılanan işletme imajının ve müşteri tatminin müşteri sadakati üzerine etkilerini incelemişlerdir. Müşteri tatminin sadakat üzerinde şirket imajından daha etkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Bayuk ve Küçük (2007) yaptıkları çalışmada müşteri tatmini ile müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi incelemiş, müşteri tatmininin müşteri sadakati açısından gerekli fakat yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

Çatı ve Koçoğlu 2008 yılında otel işletmelerinde müşteri tatminine etki eden faktörler ile davranışsal ve tutumsal sadakat arasında ilişki olup olmadığını ve ayrıca tutumsal ve davranışsal sadakat arasında pozitif ve güçlü bir ilişkinin varlığını tespit etmişlerdir.

Platonova vd.(2008) hastaların birinci basamak hekiminde kalma ve başkalarına tavsiye etme niyeti ile doktora güven, hasta sadakati ve memnuniyeti arasındaki ilişkiyi yansıtan bir model geliştirerek aralarında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Geçkil vd. (2008) yaptıkları çalışmada hastaların memnuniyet düzeyinin orta seviyede olduğunu tespit etmişlerdir. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet ve yaş grupları ile hemşirelik bakım hizmetinden memnuniyet düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Fakat memnuniyet düzeyi ile öğrenim düzeyi ve servisler arasında bir ilişki bulunmuştur.

Casalo vd. (2008) bankanın web sitesinden daha önceki hizmetlerden memnun olma durumunun hem müşteri sadakatine olumlu bir etkisi olduğu, hem de web sitesinin kullanılabilirliğinin de müşteri memnuniyetini olumlu yönde etkilediği ve sadakati de önemli ölçüde arttırdığını tespit etmişlerdir.

Türk (2009) denetim hizmeti veren şirketlerin müşterisi olan kuruluşların hizmet kalitesi algısının, müşteri memnuniyeti ve sadakat üzerine etkisini incelemiştir.

Demirel vd. (2009) yaptıkları çalışmada algılanan hizmet kalitesinin yeniden tercih ve tavsiye etme davranışı ile olumlu bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bilhassa hemşirelik hizmeti ve kuruma güven duyulması ile tavsiye ve yeniden tercih niyetleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Wu ve Liang (2009) yaptıkları çalışmada lüks otellerin restoranlarında hizmet deneyiminin müşteri tatmini üzerine deneyimsel değer olgusunun etkisini araştırmışlardır.

Çatı vd. (2010) yaptıkları çalışmada 5 yıldızlı otellerde müşterilerin beklentisi ve sadakat arasındaki ilişkiyi incelemiş ve beklentiler ile davranışsal ve tutumsal sadakat arasında ilişki olduğunu belirlemiştir.

Yıldız ve Çilingir (2010) elektronik hizmet pazarlamasında kalite öğelerini tespit ederek, hizmet kalitesinin, tatmin ve güvenin aracı etkisiyle sadakat üzerine etkilerini incelemişlerdir.

Suki tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada, hastalarda sadakat oluşturulmasında hekimin etkinlik düzeyinin çok fazla olduğu ve doktorun sahip olduğu ününün hastaneyi yeniden tercih etme ve tavsiye etme konusunda etkili olduğu tespit edilmiştir.

Demir (2011) müşterilerin risk algısının marka sadakati üzerine etkisi olduğu, fakat her risk algısının aynı seviyede etkisinin olmadığını belirlemiştir.

Orel ve Kara (2012) yaptıkları çalışmalarda satın alma niyetleri üzerinde müşteri memnuniyetinin güçlü etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır.

Büber ve Başer (2012) vakıf üniversitesi hastanelerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri incelemiş, hastanedeki fiziki ortamın hasta memnuniyeti ve tekrar satın alma için önemli bir faktör olduğunu öne sürmüştür.

Çetin (2012) yaptığı doktora tezi çalışmasında lüks konaklama işletmelerinde müşteri deneyimini etkileyen unsurlar belirlenerek, fiziksel ve sosyal deneyimlerin müşteri sadakat ve tavsiye davranışı üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Şener ve Behdioğlu (2013) yaptıkları çalışmada algılanan hizmet kalitesi, memnuniyet ve spor merkezi değiştirme maliyetinin, sadakat oluşturmada etkili olduğu ve tüketicilerin yeniden tercih etme kararına sahip olduğu ve olumlu tavsiyelerde bulunduğunu tespit etmişlerdir.

İzci ve Saydan (2013) yaptığı çalışmada algılanan hizmet kalitesinin, müşteri memnuniyeti ile imaj üzerinde etkili olduğu ve sadakatin belirleyicilerini şekillendirdiğini ifade etmişlerdir.

Türker ve Türker (2013) çalışmalarında imaj, güven, memnuniyet, algılanan değer, değişiklik yapma maliyeti ile algılanan kalitenin, marka sadakati üzerine etkilerinin olduğunu tespit etmişlerdir. Bilhassa memnuniyet, algılanan değer ve

güven faktörlerinin marka sadakati oluşturmak için çok önemli faktörler olduğunu ortaya koymuştur.

Çabuk vd. (2013) otel işletmelerinde imaj ve hizmet kalitesi algısı ve müşterilerin yeniden satın alma davranışı arasında bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır.

Taşlıyan ve Gök (2015) yaptıkları çalışmada, katılımcıların daha çok devlet hastanelerinden memnun kaldıklarını ve özel hastanelerin bir takım eksikliklerinin olduğunu tespit etmişlerdir.

Tayfun ve Yayla (2014) çalışmalarında güven, fiyat, marka imajı, hizmet kalitesi ve fiziksel yeterliliğinin sadakati etkileyen faktörler olduğunu ve davranışsal sadakatin yüzde 67'sini, tutumsal sadakatin ise yüzde 55'ini açıkladığı ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte, fiyat artışı davranışsal ve tutumsal sadakat düzeyinde düşüşe neden olmaktadır.

Satsanguan vd. (2015)'nin yaptığı çalışmada sağlık hizmetlerinde kalite ve kurum imajının müşteri memnuniyeti üzerine etkisini incelemiştir.

Özcan vd. (2015) çalışmalarında hasta mahremiyeti, tıbbi tedavi ve bakımın süresi, uygulamalara ilişkin bilgi verilmesi, servisin temizliği gibi etkenlerin hasta memnuniyeti üzerine etkilerini incelemiştir. Hastaların öğrenim düzeyi yükseldikçe memnuniyet beklentisi de artmaktadır.

Mahroo vd. (2015) etik satış davranışı ile müşterilerin sadakati arasındaki ilişkide ilişki kalitesinin arabulucu değişken olarak rolü olduğunu vurgulamışlardır.

Yücekaya vd. (2015) yaptıkları çalışmada hizmet kalitesinin müşterilerin memnuniyeti ve sadakati üzerinde etkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Roberson 2015 doktora tezi çalışmasında online bağışçılar arasında güven, güvenilirlik, memnuniyet ve sadakat arasındaki ilişkiyi incelemiştir.

Aşkın vd. (2015) yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastaların ameliyat sonrası hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir.

Tuan (2015) etik satış davranışının müşteri sadakati üzerine etkilerini incelemiştir.

Şenbabaoğlu vd. (2016) müşteri odaklı olmanın müşteri sadakati üzerinde doğrudan etkisi olduğu ve algılanan hizmet kalitesinin aracı etkisi ile dolaylı olarak sadakati etkilediğini tespit etmişlerdir.

Jalali vd. (2016) İran'da yaptıkları çalışmada hayat sigortalarında işlem maliyeti yaklaşımına göre dürüst satış davranışlarının sadakat ve algılanan güven üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkisinin olduğunu ve algılanan güvenin aracı etkiye sahip olduğunu tespit etmişlerdir.

Erciş ve Büyük (2016) müşteri memnuniyetinin oluşturulmasında; işlevsel ve sosyal müşteri değeri ile algılanan fedakârlık faktörlerinin etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca müşteri memnuniyetinin sadakat ve ağızdan ağıza iletişim üzerinde etkiye sahip olduğunu ifade etmişlerdir.

Srivastava ve Rai (2016) yaptıkları çalışmada hayat sigortası hizmetleri açısından çeşitli müşteri sadakati şekillerini incelemiştir.

Öcel (2016) algılanan doktor imajının hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları algılanan hekim imajına etki eden faktörlerden “doktorun hastayı bilgilendirmesinin, olumlu algılanan doktor davranışının, doktorun para düşüncesinin ve olumsuz algılanan doktor davranışının” hasta memnuniyetine etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Setiawan ve Devi (2016) yaptıkları çalışmada marka imajı, algılanan fiyat ve reklamın müşteri memnuniyeti ve sadakat üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu, müşteri memnuniyetinin de sadakat üzerinde pozitif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte müşteri memnuniyetinin, imaj ve algılanan fiyat ile sadakat arasında aracı etkiye sahip olmadığını ifade etmişlerdir.

Faisal vd. (2017) belirsizlikten kaçınma kültürleri için sadakat, güven ve memnuniyet açısından kullanıcı tercihlerine göre web tasarımlarının niteliklerini belirlemeye çalışmışlardır.

Hoşgör vd. (2017) tarafından hastaların tatmin düzeyleri üzerinde hastane imajı ve algılanan fiyatın uygunluğu değişkenlerinin; sadakat düzeyi üzerinde ise tatmin değişkeninin pozitif yönlü ve güçlü bir anlamlı etkisi tespit edilmiştir.

Karakaş vd. (2017) çalışmalarında memnuniyet seviyesinin tekrar satın alma ve tavsiye etme davranışı üzerinde bir etkiye sahip olduğunu belirlemiştir. Fakat memnuniyet, bilişsel sadakat üzerinde bir etkiye sahip değildir.

Bayram ve Şahbaz (2017) yaptıkları çalışmada cinsiyet ve yaş ile memnuniyet arasında ve ayrıca internet üzerinden alışveriş yapma sıklığı ve toplam hizmet kalitesi ve sadakat arasında anlamlı farklılaşma olduğunu tespit etmişlerdir.

Ma (2017) e-ticarette lojistik teslim süresi ve gönderim bedelinin müşteri memnuniyetine ve satın alma niyetlerine etkisini ve algılanan belirsizlik ve riskin aracı bir etken olarak oynadığı rolü incelemiştir.

Uzunkaya ve Yükselen (2018) yaptıkları çalışmada algılanan kalitenin ve marka farkındalığının sadakate etkisi olduğunu, marka imajının ise etkili olmadığını belirtmiştir.

Sevim (2018) algılanan e-güven ve e-tatminin e-sadakat üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, müşterilerin web sitesinin hizmetinden algıladıkları e-güven ve e-tatminin oluşumunda siteden algıladıkları e-kalitenin önemli bir belirleyici olduğu ve siteye karşı algıladıkları e-güven ve e-tatminin e-sadakati etkilediği tespit edilmiştir.

Gong ve Yi (2018) hizmet kalitesinin müşteri mutluluğu, memnuniyet ve sadakat üzerinde etkisi olduğu ve müşteri gelirinin memnuniyet aracılığıyla müşteri mutluluğu üzerinde hizmet kalitesinin etkisini artırdığını tespit etmişlerdir.

Faiz (2018) çalışmasında elektronik hizmet kalitesinin memnuniyet ve sadakat üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır.

Uyar (2019) yaptığı çalışmada kalite, fiyat ve imaj gibi etkenlerin müşteri memnuniyetini etkilediği ve memnuniyetinin de müşteri sadakatinin oluşmasına öncülük ettiğini saptamıştır.

Literatürde çoğunlukla memnuniyetin sadakate etkisi yanında, özellikle sağlık hizmetlerinde hekim ve kurum imajı, hekim, hemşire ve kuruma güven, hekim ünü, hekim davranışları ve iletişim, mahremiyet, bekleme zamanı, tedavi süresi ve ücretleri, fiziki şartlar, temizlik, hizmet kalitesi, risk algısı, ağrı kontrolü, sosyo-demografik özellikler, eğitim ve bilgilendirmenin memnuniyet ve sadakate etkisi incelenmiştir. Diğer sektörlerde ise çoğunlukla işletme imajı, beklenti, güven, fiyat, müşteri odaklılık, reklamın etkisi yanında az sayıda risk, belirsizlik ve belirsizlikten kaçınmanın memnuniyet ve sadakate etkisi incelenmiştir.

Bu çalışmada ise bilgi ihtiyacı ve belirsizlik algının hasta memnuniyeti ve sadakate etkisi ve hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik-klinik türüne göre hastaların memnuniyet ve sadakat düzeyi incelenmektedir. Bu noktada çalışma literatürdeki diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı; sağlık işletmelerinde tedavi görmekte olan hastaların sağlık hizmetleri ve hastalıkları ile ilgili bilgi ihtiyaçları (eksiklik) ve hastalarda oluşturabileceği belirsizlik algısının memnuniyet ve sadakat düzeyine etkisi ve bu etki üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Bu temel amaç çerçevesinde diğer ikincil amaçlar ise şu şekilde sıralanabilir;

a) Hastane deneyimi, araştırma yapma, bir eğitim programına katılma ve bilgilendirilme durumuna göre hastaların bilgi ihtiyacı düzeyini ve gruplar arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak,

b) Tedavi şekli, hastane türü ve poliklinik/klinik türüne göre bilgi ihtiyacı düzeyini ve gruplar arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak,

c) Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik-klinik türüne göre hastaların belirsizlik algısı düzeyini ve gruplar arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak,

d) Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik-klinik türüne göre hastaların güven düzeyini ve gruplar arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak,

e) Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik-klinik türüne göre hastaların memnuniyet düzeyini ve gruplar arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak,

f) Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik-klinik türüne göre hastaların sadakat düzeyini ve gruplar arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak,

g) Sağlık işletmelerinde hastalar açısından asimetrik bilginin varlığını ortaya koymak ve sağlık işletmeleri açısından önemini vurgulamak,

h) Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında bilgi ihtiyacının (eksiklik) yerini ve önemini ortaya koymak,

ı) Hastaların bilgi ihtiyacı (eksiklik) ve belirsizlik algısı arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek,

i) Hastaların memnuniyet düzeyi ile sadakati arasında bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak,

j) Sağlık işletmelerinin hizmet verdikleri hastalar tarafından tekrar tercih edilme ve başkalarına tavsiye edilme durumunu ortaya koymaktır.

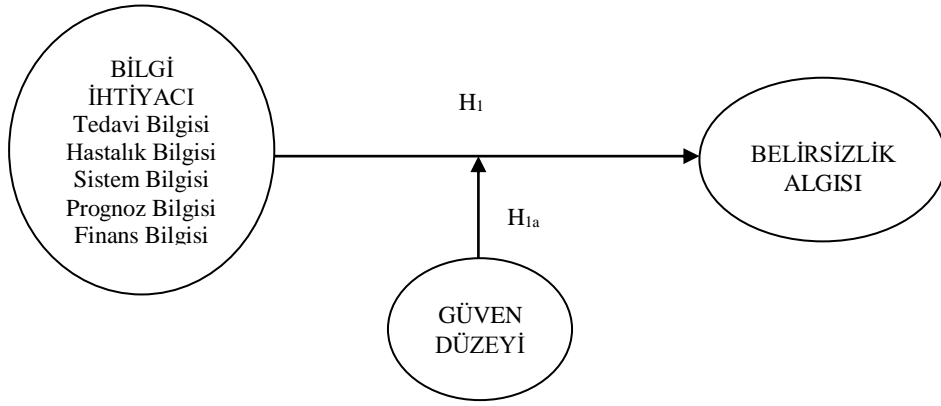
3.2. ARAŞTIRMA MODELİ ve HİPOTEZLER

Araştırma modeli, sağlık hizmetlerinin kullanımı sırasında sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar ile hizmet sunanlar arasındaki bilgi farklılığından kaynaklanan; hizmetler, hastalıklar ve diğer sağlıkla ilgili konulardaki bilgi ihtiyacı (eksik bilgi) ve bilgi ihtiyacının hastalarda oluşturabileceği belirsizlik algısının, genel memnuniyet ve sadakat düzeyi üzerindeki etkisi ve bu değişkenleri etkileyen güven değişkeninden oluşmaktadır.

Yazında sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetini ve sadakatini etkileyen çok farklı faktörlerden bahsedilmektedir. Ancak hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanırken yaşadıkları çeşitli düzeylerde bilgi ihtiyacı (eksikliği) ve belirsizlik algısının birer faktör olarak ve ayrıca güven unsurunu da değişkenler arasındaki ilişkiyi etkileyebilecek bir etken olarak yer almadığı tespit edilmiş olduğundan bu çalışma daha da önem kazanmaktadır.

Araştırma modelini oluşturan değişkenler arasındaki ilişkilerin daha basit ve anlaşılır bir şekilde görülebilmesi amacıyla, değişkenler arası ilişkiler 3 farklı modelde verilmiştir. Araştırmanın amaçları ve literatür taraması doğrultusunda oluşturulan ve test edilecek olan hipotezler ait olduğu modelle birlikte gösterilmektedir.

- Araştırma modeli-1; Hastanede tedavi gören hastaların bilgi ihtiyacının (eksiklik) hastaların belirsizlik algısına etkisi ve bu etki üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisinin keşfedilmesi ve tanımlanması üzerine kurulmuştur.

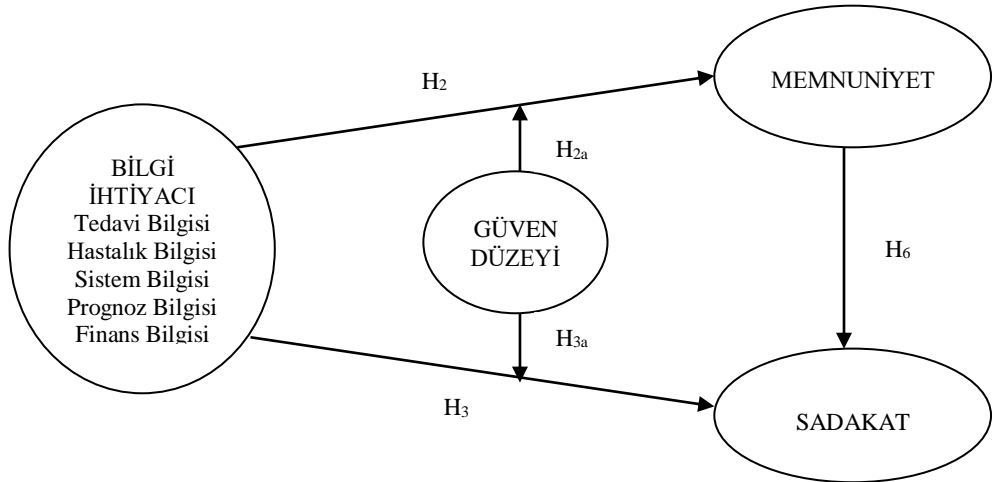


Şekil 3. 1 Araştırma Modeli-1

H₁: Bilgi ihtiyacı düzeyi belirsizlik algısına pozitif etki eder.

H_{1a}: Bilgi ihtiyacının belirsizlik algısına etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.

- Araştırma modeli-2; Hastanede tedavi gören hastaların bilgi ihtiyacının (eksiklik) hizmetten memnuniyet ve sadakate etkisi ile bu etkiler üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi ve ayrıca memnuniyet ve sadakat düzeyi arasındaki ilişkinin keşfedilmesi ve tanımlanması üzerine kurulmuştur.



Şekil 3. 2 Araştırma Modeli-2

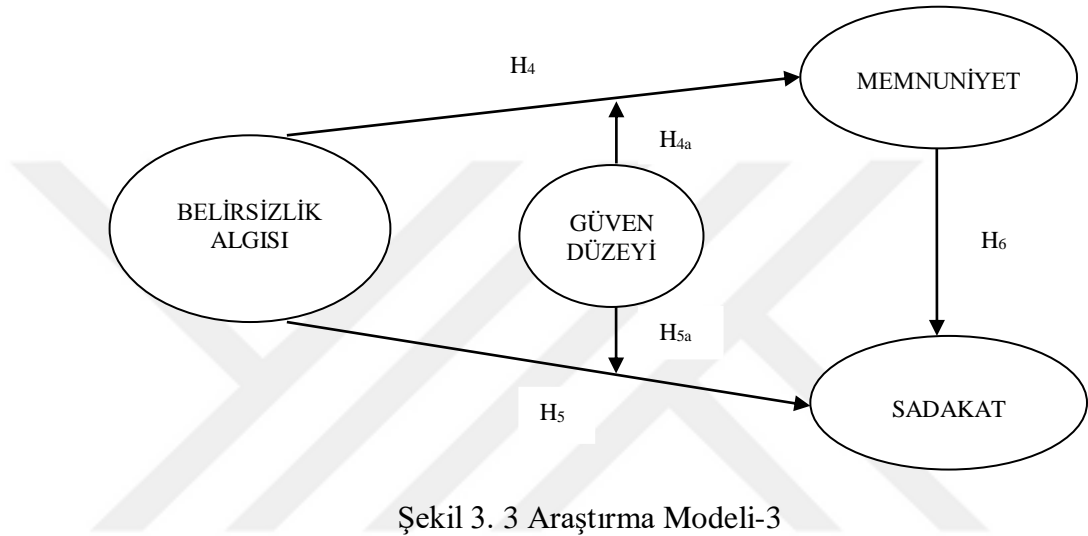
H₂: Bilgi ihtiyacı düzeyi memnuniyet düzeyine negatif etki eder.

H_{2a}: Bilgi ihtiyacının memnuniyete etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.

H₃: Bilgi ihtiyacı düzeyi sadakat düzeyine negatif etki eder.

H_{3a}:Bilgi ihtiyacının sadakate etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.

- Araştırma modeli-3; Hastanede tedavi gören hastaların hastalıkları ile ilgili belirsizlik algısının hizmetten memnuniyet ile sadakate etkisi bu etkiler üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi ve ayrıca memnuniyet ve sadakat düzeyi arasındaki ilişkinin keşfedilmesi ve tanımlanması üzerine kurulmuştur.



Şekil 3. 3 Araştırma Modeli-3

H₄: Belirsizlik algısı memnuniyet düzeyine negatif etki eder.

H_{4a}:Belirsizlik algısının memnuniyete etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.

H₅:Belirsizlik algısı sadakat düzeyine negatif etki eder.

H_{5a}:Belirsizlik algısının sadakate etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.

H₆:Memnuniyet düzeyi ile sadakat düzeyi arasında pozitif ilişki vardır.

H₇:Bilgi ihtiyacı alt boyutları ile belirsizlik algısı arasında pozitif ilişki vardır.

H₈:Bilgi ihtiyacı alt boyutları ile memnuniyet düzeyi arasında negatif ilişki vardır.

H₉:Bilgi ihtiyacı alt boyutları ile sadakat düzeyi arasında negatif ilişki vardır.

H₁₀: Hastane deneyimi, bilgilendirilme, eğitime katılma ve araştırma yapma durumuna göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık göstermektedir.

H₁₁: Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik/klinik türüne göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık göstermektedir.

H₁₂: Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik/klinik türüne göre bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi farklılık göstermektedir.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın ana kütesini; Gaziantep İlinde faaliyet gösteren 20 adet Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinde hizmet alan hastalar oluşturmaktadır.

Örneklem, il merkezinde faaliyet gösteren 3 adet kamu ve 3 adet özel hastane, Nizip İlçesinde 1 adet kamu 1 adet özel hastane ile 1 kamu ve 1 özel olmak üzere 2 adet üniversite hastanesi olarak seçilmiştir. Böylece 4 adet kamu, 4 adet özel ve 2 adet üniversite hastanesinden yatarak veya ayakta sağlık hizmeti alan hasta kitlesi örneklem çerçevesini oluşturmaktadır.

Kamuya ait hastaneler ve üniversite hastanelerinin tamamı, özel hastaneler ise aralarından tesadüfi olarak yapılan seçim sonucu örneklem çerçevesine dahil edilmiştir. Tablo 3.1'de (*) işaretli olan hastaneler örnekleme dahil edilen hastaneleri göstermektedir.

Tablo 3. 1 Kamu, Özel ve Üniversite Hastaneleri Listesi

HASTANELER	
KAMU HASTANELERİ	
1	DR. ERSİN ARSLAN*
2	25 ARALIK*
3	ŞEHİTKAMİL *
4	NİZİP *
ÖZEL HASTANELER	
5	HAYAT
6	HATEM *
7	AMERİKAN
8	TAM-MED
9	SEVGİ
10	YAŞAM *
11	KEMAL BAYINDIR
12	DEVA
13	AKADEMİ
14	SULTANA HOSPİTAL

Tablo 3.1 devam

15	NCR İNTERNATİONAL
16	MEDİCALPARK*
17	EMEK
18	ADN*
	ÜNİVERSİTE HASTANELERİ
19	SANİ KONUKOĞLU *
20	GAÜN TIP FAKÜLTESİ *

Çalışmanın bu bölümünde örnekleme dahil edilen hastaneler hakkında bazı tanıtıcı bilgiler vermek yerinde olacaktır.

3.3.1. Örnekleme Dahil Edilen Hastaneler Hakkında Tanıtıcı Bilgiler

Dr. Ersin Arslan E.A.H.

“Hastane Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Eyüpoğlu Mahallesi Hürriyet Cd. No:40 adresinde hizmet vermektedir. 1952 yılında (Ana bina- A Blok) hizmet vermeye başlamış, 1962 yılında (Hizmet Binası B Blok) 1994 (D Blok) 2003 (Acil Binası) 2005 (Semt Polikliniği–Perilikaya) 2006(E Blok); 5 blok ile bölge halkına hizmet vermeye devam etmektedir. 1962 yılında Gaziantep Devlet Hastanesi olarak şehrimizde hizmete giren hastanenin ismi 1999 yılında Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi olarak değişmiştir. Hastaneye 25 Nisan 2012’de, 17 Nisan 2012 tarihinde görevi başında şehit edilen Göğüs Cerrahi Uzmanı Dr. Ersin Arslan’ın adı verilmiştir” (Dr.Ersin Arslan E.A.H.,2019).

25 Aralık Devlet Hastanesi

“Hastane temelini oluşturan İşçi Sigortaları Gaziantep Dispanseri, Eylül/1956’da kiralık bir is hanında hizmet etmeye başlamıştır. Gaziantep ili Kavaklık Mahallesi, Fevzi Çakmak Bulvarı üzerinde kurulu modern bir sağlık kuruluşu olarak inşa edilip 20.02.1967 tarihinde hizmete girmiştir. Kuruluşunda Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğüne bağlı Gaziantep-Şanlıurfa-Kahramanmaraş illeri ve bu illere bağlı yerleşim merkezlerinin Bölge Hastanesi olarak faaliyet göstermiştir.16.08.1968 tarihinde hastane olarak tanınması ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında alınan 213 sayılı ruhsatla İşçi Sigortaları Gaziantep Hastanesi daha sonra 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun yürürlüğe girmesiyle de "Sosyal Sigortalar Kurumu Gaziantep Hastanesi" adını almıştır. 12.11.1998 tarihinden itibaren de Bölge ibaresi kullanılarak " Sosyal Sigortalar Kurumu Gaziantep Bölge Hastanesi " adını almıştır. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrine dair kanun kapsamında 19.02.2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına devredilmiş olup Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi adı ile hizmet vermeye devam etmektedir” (25 Aralık D.H.,2019).

Şehitkamil Devlet Hastanesi

“Hastane, Gaziantep İli Şehitkamil İlçesi Pir Sultan Mahallesi Çetin Emec Caddesi adresinde faaliyet göstermektedir. 1998 yılında Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi olması planlanarak yapımına başlanmış olup 02 Ocak 2006 yılında Sağlık Bakanlığında devri yapılan hastanenin, bölgedeki nüfus yoğunluğu da dikkate alınarak genel devlet hastanesine dönüştürülmüş ve Şehitkamil Devlet Hastanesi olarak 22 Mart 2008 tarihinde 330 yatak kapasitesi ile hizmet sunmaya başlamıştır” (Şehitkamil D.H.,2019).

Nizip Devlet Hastanesi

“Gaziantep İli Nizip İlçesi Fatih Sultan Mahallesi Hastane caddesinde faaliyet göstermektedir. Hastane 1952 yılında 45 yataklı olarak kurulmuştur. İlk binasında 33 yıl hizmet verdikten sonra 1985 yılında yeni binasına taşınarak 100 yatak kapasitesine ulaşılmıştır. 2004 Ocak ayı itibarıyla 150 yatak sayısına ulaşan hastanenin 2012 yılında Ek hizmet binası ile beraber nitelikli yatak kapasitesi 180 e çıkarılmıştır.2017 yılında yapılan eklemeler ile mevcut yatak kapasitesi 204’e ulaşmıştır” (Nizip D.H., 2019).

Özel Hatem Hastanesi

“Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Alleben Mahallesi Kemal Köker Caddesi No:41 adresinde faaliyet göstermektedir. İlk olarak SET KBB Tıp Merkezi adıyla 1996 yılında Kulak Burun

Boğaz Uzmanları Dr. Temur Bülbül ve Dr. Halil Boyunsuz tarafından kurulmuştur. Haziran 2006 yılında yapımı tamamlanan kurum; Özel Hatem Hastanesi adıyla ve 21 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlamıştır. İlerleyen zamanlarda hastane bünyesine 6 Erişkin Yoğun Bakım (2.Basamak) ve 15 Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitelerini (3.Basamak) Cildiye (Dermatoloji), Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirürji), Kardiyoloji, Endoskopi ve Göğüs Hastalıkları bölümlerini ekleyerek toplamda 59 Yatak kapasitesine ulaşmıştır” (Özel Hatem H.,2019).

Özel Düztepe Yaşam Hastanesi

“Gaziantep İli Şahinbey İlçesi Özdemirbey Caddesi Sadıklar Sokak no:2’de faaliyet göstermektedir” (Özel Düztepe Yaşam H., 2019).

Özel Medicalpark Hastanesi

“Gaziantep İli Şehitkamil İlçesi Mücahitler Mah. 52063 Nolu Sok. No:2 adresinde hizmet vermektedir. 2008 yılında açılan Medical Park Gaziantep Hastanesi 30.000 m²’lik bir alanda; Dahiliye, Cerrahi, Tanı ve Rehabilitasyon bölümleri dahil toplam 34 ihtisas dalında hizmet veren A sınıfı bir sağlık kuruluşudur. Medical Park Gaziantep Hastanesi'nin, gelişmiş tıbbi cihazlarla donatılmış, ikisi kalp-damar cerrahisi ve 7’si tüm cerrahi müdahaleler için kullanılan 9 ameliyathanesi bulunmaktadır. Bu ameliyathanelerde her türlü cerrahi müdahale yapılmakta, ayrıca mikro cerrahi operasyonlar gerçekleştirilmektedir. Medical Park Gaziantep Hastanesi’nde uzman hekimler, hemşireler, ebeler, acil tıp teknisyenleri, laboratuvar teknisyenleri, destek hizmetleri personelleri, idari sorumlular ve güvenlik personelleri ile birlikte 600’ü aşkın personel istihdam edilmektedir” (Özel Medicalpark H., 2019).

Özel ADN Hastanesi

“Gaziantep İli Nizip İlçesi Mimar Sinan Mah. Niğbolu Sok. No.1adresinde hizmet vermektedir. Hastane 10.000 m² kapalı alan sahip 75 yatak, 15 küvöz, 5 ameliyathane salonu, 9 Genel Yoğun Bakım, 11 gözlem odası, 4 Doğumhane salonu bulunmaktadır. Hastanede ileri tetkik ve teşhis, biyokimya, mikrobiyoloji, BT, MR ve tüm radyolojik tetkikler yapılmaktadır” (Özel ADN H., 2019).

Özel Sani Konukoğlu Hastanesi

“Gaziantep İli Şehitkamil İlçesi Ali Fuat Cebesoy Bulvarı No:45 adresinde hizmet vermektedir. Hastane ilk olarak 1996 Ağustos ayında hizmete başlamış olup 2009 Kasım ayında tamamlanan ek bina ile 60.750 metrekairelik çalışma alanına ve 103 yatak kapasitesine sahiptir. 2013 yılında kurulan Sanko Üniversitesi ile işbirliği ve ortak kullanım protokolü imzalayarak Sanko Üniversitesi için bir uygulama ve araştırma merkezi konumuna gelmiştir” (Özel Sani Konukoğlu H., 2019).

Gaün Şahinbey Eğitim ve Araştırma Hastanesi

“Hastane, Gaziantep İli Şehitkamil İlçesi Üniversite Bulvarı adresinde hizmet vermektedir. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 1987 yılında Kolektepe eski Verem Hastanesi binasında poliklinik hizmeti vermeye başlayarak 9 öğretim üyesi ile açılmıştır. Bu gün 1050 yatak kapasitesine ulaşarak, 195 öğretim üyesi ile faaliyet göstermeye devam etmektedir” (Gaün Şahinbey E.A.H., 2019).

Çalışmanın bu bölümünde; anket sayılarını belirlemek ve örneklem seçimi yapmak amacıyla, Gaziantep ilinde faaliyet gösteren tüm hastanelerin 2015-2016 yıllarına ait hasta sayılarını içeren veriler, 15.03.2017 tarihinde yapılan yazılı başvuru sonucunda İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilgi Sistemleri Şube Müdürlüğünden 20.03.2017 tarihinde temin edilmiştir. Hastanelerin 2015-2016 yılları hasta başvuru sayılarındaki artış ve azalışlar göz önüne alınarak hastaneler için 2017 yılı tahmini hasta sayıları hesaplanmıştır (Bkz. Ek A.6).

Yatan hastalar için ana kütle miktarı 476.119 ve ayaktan tedavi gören hastalar için ana kütle miktarı ise 12.124.593 olarak hesaplanmıştır.

Hastanelerin acil servislerine başvuran hasta sayıları, hastaların çok ivedi şekilde ulaştırılması, araştırma veya bilgiye ulaşma imkanının kısıtlı olması ve yatarak tedavi hizmetinin de geçici ya da kısa süreliğine verilmesinden dolayı uygulama alanına dahil edilmemiş ve hesaplama dışı bırakılmıştır. Ayrıca Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi de dal hastanesi niteliğinde olduğundan kapsam dışı bırakılmıştır. Bu kapsamda hastanelere ait veriler yeniden düzenlenmiştir (Bkz. Ek A.7).

Acil muayene sayılarının çıkarılması ile yatan hastalar için ana kütle miktarı 394.895 ve ayakta tedavi gören hastalar için ana kütle miktarı 7.719.185 olarak hesaplanmıştır. Örnekleme oluşturan 10 hastane için ana kütleli % (yüzde) olarak temsil etme oranına ilişkin hesaplamalar yapılmıştır (Bkz. Ek A.8)

Örnekleme seçilen 10 hastaneye 6.351.566 hastanın ayakta ve 272.606 hastanın ise yatarak tedavi görmek üzere başvuruda bulunacağı tahmini olarak hesaplanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak hastane başına düşen hasta sayılarının genel toplama oranlanması ile yaklaşık olarak örneklem sayısının % kaçını oluşturacakları ve dolayısıyla hastane başına kaç anket uygulanacağı ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken aşağıdaki formül kullanılmaktadır (Cochran, 1962; Akt., Balcı, 2015).

$$n = \frac{t^2 (PQ) / d^2}{1 + \left[\frac{1}{N}\right] t^2 (PQ) / d^2}$$

“Genellikle tabakalı örnekleme yönteminde örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde tercih edilen bu formülde, N= evren büyüklüğü; n=örneklem büyüklüğü; d=tolerans düzeyi (.05 ya da .01); t=güven düzeyinin tablo değeri (1.96 veya 2.58); PQ= (.50)(.50)=.25 maksimum örneklem büyüklüğü için örneklem yüzdesidir (Balcı, 2015).”*

Örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile 0.05 anlamlılık düzeyine göre yapılan hesaplama sonucunda; evren büyüklüğü 7.719.185 olan ayakta tedavi gören hastalar için 384 adet ve 394.895 olan yatarak tedavi gören hastalardan da 384 adet örneklem alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Hesaplanan toplam örneklem sayılarına göre hastanelere uygulanması planlanan anket sayıları hesaplanmıştır (Bkz. Ek A.9).

Ayakta sağlık hizmeti alan hastalar için 384, yatarak sağlık hizmeti alan hastalar için de 384 adet olmak üzere toplam 768 adet anketin uygulaması amaçlanmıştır. Anket uygulaması yapabilmek amacıyla gerekli izin ve etik kurul

kararının alınması için 17.07.2018 tarihinde Gaziantep Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kuruluna başvurulmuştur.

Etik Kurulunun talebi üzerine anketi oluşturan ifadelerin hasta hakları açısından bir sakınca oluşturup oluşturmadığına dair görüş ve izin alınması için 28.09.20018 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğüne başvurularak 18.10.2018 tarih ve 79017968 sayılı yazı ile gerekli izin alınarak Etik Kurula ibraz edilmiştir.

Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünün 24.10.2018 tarih ve E20363 sayılı yazısı ekinde sunulan 26.09.2018 tarih ve 1 sayılı toplantı kararı ile uygulama izni alınmıştır.

Kamu hastanelerinde araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğüne 02.11.2018 tarihinde Etik Kurul kararı ve diğer belgelerle birlikte başvuru yapılarak, İl Sağlık Müdürlüğünün 12.11.2018 tarih ve 80691367 sayılı yazısı ile tüm kamu hastanelerinde araştırma ve uygulamanın yapılabileceğine ilişkin olumlu cevap alınmıştır. Ayrıca özel hastaneler ve üniversite hastanelerine de araştırma yapabilmek için bireysel başvuruda bulunulmuştur.

Başvuru sonucunda Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama, Medicalpark, ADN ve Hatem Hastanelerinden gerekli izin alınırken, 05.11.2018 tarihinde Sanko Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi ve 13.11.2018 tarihinde Özel Düztepe Yaşam Hastanesinden araştırma ve uygulamaya izin verilemeyeceğine dair yazılı cevap alınmıştır.

Bu durumda uygulama yapılacak hastane sayısı 8'e düşerken, hesaplanan anket sayısı ayakta sağlık hizmeti alan hastalar için 24, yatarak sağlık hizmeti alan hastalar içinse 50 adet azalmıştır. Örneklem sayısında meydana gelen eksilmeyi gidermek amacıyla 74 adet anket, 8 hastaneye örneklemdeki ağırlıkları nispetinde dağıtılarak hastaneler için anket uygulama sayıları yeniden hesaplanmıştır.

Yapılan hesaplamalar sonucunda özellikle özel hastanelerde uygulanacak anket sayısının küçük miktarlarda olduğu görülmektedir. Bu durumda örneklemin ana kütleyi temsil gücünü arttırmak ve var olan ilişkilerin daha güçlü bir şekilde tespitini sağlamak amacıyla her hastane için anket uygulama alt sınırının 30 adet olmasına karar verilmiştir. Böylece normal anket sayısı 768 iken uygulama yapılacak toplam anket sayısı 848 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek A.10).

Uygulama, hastanelerin genelinde hem poliklinik hem de klinik hizmeti veren 15 bölümden tesadüfi olarak seçilen 5'er bölümde poliklinikte muayenesi

yapılmış veya yapılmakta olan, klinikte ise halen yatan veya taburcu işlemleri tamamlanmış hastalara uygulandı. Anket uygulaması yapılan klinik ve poliklinikler Tablo 3.2’ de (*) gösterilmiştir.

Tablo 3. 2 Hastaneler Poliklinik/ Klinik Listesi

Sıra No	Poliklinik / Klinik Adı
1	Dahiliye*
2	Genel Cerrahi*
3	Beyin ve Sinir Cerrahisi
4	KBB
5	Göz
6	Fizik tedavi*
7	Üroloji
8	İntaniye
9	Nöroloji*
10	Kardiyoloji
11	Cildiye
12	Kalp-Damar Cerrahisi
13	Göğüs Hastalıkları
14	Ortopedi*
15	Gastroenteroloji

Çalışmanın bu bölümünde hastanelerde hastaların farklı vücut bölgeleri ve farklı bedensel fonksiyonlarını ilgilendiren ve farklı belirti, hastalık tablosu, teşhis ve tedavisi olan hastalıklarla ilgilenen farklı tıp uzmanlık dalları bulunmaktadır. Hastaların aralarında farklılıklar gösteren ve farklı uzmanlık dallarını ilgilendiren hastalıklarının bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı ve diğer değişkenlerde farklılıklar oluşturabileceği düşüncesiyle bu çalışmada özellikle incelenmiştir. Bu bağlamda örnekleme dahil edilen poliklinik/klinik türlerinin ilgili olduğu tıbbi uzmanlık alanının tanıtımı ve aralarındaki temel farklılıkları görebilmek amacıyla kısa bilgiler vermek yerinde olacaktır.

3.3.2. Örnekleme Dahil Edilen Poliklinik/Klinikler Hakkında Tanıtıcı Bilgiler

Dahiliye (İç Hastalıkları)

“İç hastalıkları departmanı çocukluk çağını aşmış bireylerin iç organ sistemleri ile ilgili incelemeleri yapar. Bu sisteme ait organların fonksiyon bozukluklarıyla ilgili teşhis ve tedavi hizmetini verir. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti verdiği her bireyi kendisini hastalıklarda koruması için alınması gereken önlemler konusunda bilinçlendirir ve yönlendirir. Genel dahiliye tıbbin tüm klinik branşlarına temel teşkil eden bir disiplindir. Sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların büyük çoğunluğunun problemleri iç hastalıklarının ilgi alanına girmektedir. Üst ve alt solunum yolu hastalıkları, hipertansiyon, mide-bağırsak sistemi hastalıkları, böbrek hastalıkları, tiroid hastalıkları, şeker hastalığı, romatizmal hastalıklar gibi çok geniş bir skalayı kapsar” (Dahiliye, 2019).

Genel Cerrahi

“Genel cerrahi, vücutta sistemik ve yerel sorunların cerrahi yöntemlerle tedavisi yanında, genel prensipler (yara iyileşmesi, yaralanmaya metabolik ve endokrin cevap gibi) konuları içeren ve gelişimleri açısından pek çok cerrahi ve temel tıp dalları etkilemiş bir teknik disiplindir. Genel olarak yemek borusu, mide, ince bağırsak, kolon, karaciğer, pankreas, safra kesesi ve safra yolları dahil olmak üzere karın içeriğine odaklanan bir cerrahi uzmanlık branşıdır. Bunun yanında tiroid, periferik damarlar, meme, travma, yumuşak doku, deri ve fitiklar üzerine de çalışılır” (Genel cerrahi,2019).

Ortopedi

“Ortopedi ve Travmatoloji kas iskelet sisteminin tıbbi ve cerrahi tedavisi ile ilgili bir uzmanlık alanıdır. Hareket sistemi iskeleti oluşturan kemikler, eklemler, bunları oynatan adaleler, adalelere emir ileten sinirler ve bunları besleyen damarlardan oluşmaktadır. Hareket sistemi hastalıkları doğuştan deformiteler, çocukluk çağındaki gelişme bozuklukları, erişkinlerin kemik ve eklem hastalıkları, bu dokuların tümöral oluşumlarıdır. Travmatoloji ise ciltten başlayarak cilt altı, adale, tendon, kemik, damar, sinir yaralanmasının tedavisini kapsar” Ortopedi, 2019).

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR)

“Fiziksel Tıp (Fizik Tedavi) ve Rehabilitasyon uzmanlık alanı kapsamına giren konular çok geniş olup dünyada yaşlanan insan sayısı arttıkça daha da genişlemeye devam edecektir. Çünkü kronik ağrıdan postoperatif ağrı ve immobilizasyona, özürllükten romatizmal hastalıklara, kardiyak / pulmoner rehabilitasyondan ortopedik / nörolojik / pediatrik rehabilitasyona, spor hekimliğinden elektrodiagnoza kadar hem tanı hem de tedaviye uzanan çok kompleks bir alanda hizmet vermektedir. Tedavi yöntemi olarak kullanılan çok sayıdaki fiziksel ajanın yanı sıra değişik rehabilitasyon yaklaşımları ile hastaların var olan motor ve fonksiyonel kapasiteleri en yüksek duruma çıkarılmaktadır. Amaç; hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması ve kendine bakım gereksinimlerini rahatça tek başına yerine getirebilmesidir” (FTR, 2019).

Nöroloji

“Nöroloji genel olarak beyin, beyin sapı, omurilik ve çevresel sinir sistemiyle kasların hastalıklarını inceleyen, teşhis ve cerrahi dışındaki tedavi uygulamalarını içeren tıp bilimi dalıdır. Nöroloji zamanla içine kapalı ve sınırlı bir dal olmaktan çıkmış, epilepsi, hareket bozuklukları, beyin damar hastalıkları, bunamalar, uyku bozuklukları gibi ayrıca özelleşmişlik gerektiren alt disiplinlere bölünmüştür, bunun yanı sıra 19. yüzyılda ruh hastalıklarıyla birlikte ele alınırken, 20. yüzyıldan itibaren psikiyatri ayrı bir dal olarak ayrılmıştır. Tüm bu alanlardaki ciddi laboratuvar arka planının yanı sıra günümüze nöroloji pek çok başka tıp alanı ile multidisipliner bir ilişki içindedir” (Nöroloji, 2019).

Söz konusu tıp dallarının herhangi bir ayrıcalık gözetilmeden eşit şekilde değerlendirmeye alınması gerektiği yaklaşım olarak benimsenmiştir. Bu bağlamda poliklinik ve kliniklerde anket uygulanacak kişiler; her hastane için belirlenen ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalara uygulanacak anket sayıları 5'e bölünerek her klinik ve poliklinik için ayrı ve eşit sayıda olmasına karar verilmiştir. Klinik ve poliklinikler için uygulanması hedeflenen anket sayısı son olarak toplam 855 adet olarak belirlenmiştir (Bkz. Ek A.11).

Anket formları tüm hastanelerin söz konusu klinik ve polikliniklerinde; gün içerisinde polikliniklerde muayene olmakta veya muayenesi biten hastalardan ve kliniklerde ise yatmakta olan veya taburcusuna karar verilmiş hastalardan kolayda önekleme yöntemiyle seçilmiş yani hasta ayrımı yapılmadan karşılaşılan ve katılmayı

kabul eden hastalara uygulanmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen anket formlarından 4 tanesi uygun şartları taşımadığından dolayı 851 adet ankette elde edilen veriler analize dahil edilmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmada veriler poliklinik hastaları ve kliniklerde yatan hastalara anket uygulanarak toplanmış ve uygulamada yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır.

Bu araştırmada sorular katılımcılara anketörler tarafından yöneltilmiş, alınan cevaplar standart soru formuna işaretlenmiş, anlaşılmayan sorular hakkında gerekli açıklamalar katılımcılara izah edilmiştir. Anketi oluşturan soru ifadeleri, kategorik ve sosyo-demografik sorular yanında modeli oluşturan Likert tipi ölçeklere ait 31 Likert tipi sorudan oluşmaktadır.

Çalışmada hastaların bilgi ihtiyacını ölçmek amacıyla Rutten vd. (2005), Dale vd. (2004), Ladd (2016) ve Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılan çalışmalarda kullanılan ölçekler temelinde Bilgi İhtiyacı Ölçeği 5 alt skaladan oluşmaktadır. Alt skalalar hastalık, tedavi, prognoz, finansal konular ve sağlık sistemi bilgisi konularını içeren 14 ifadeden oluşmaktadır. Soru ifadeleri likert tipinde (Asla, Birazcık, Ne az Ne çok, Biraz, Çok fazla) 5 cevaplama seçeneği içermektedir. Bilgi düzeyi bilgiye ihtiyaç duyma durumuna göre eksik bilgi (bilgiye ihtiyaç duyma) veya tam bilgi (bilgiye ihtiyaç duymama) doğrultusunda derecelendirilmektedir.

Belirsizlik algısı düzeyinin ölçümünde Mishel (1981) tarafından geliştirilen ve Vera (2009) tarafından kullanılan belirsizlik (ambiguity), karmaşa (complexity), tutarsızlık (inconsistencies) ve tahmin edilemezlik (unpredictability) alt başlıklarını içeren 33 ifadeden oluşan ölçek temel alınmıştır. Ölçeğin 12 ifadeden oluşan belirsizlik (anlam belirsizliği) alt ölçeği kullanılmış olup, 12 ifade tek faktörü ölçmek amacıyla kullanıldığından konusunda uzman akademisyenlerle görüşme yapılarak bazı soruların birbirine çok yakın anlamları ifade ettiği varsayılarak 7 adet ifade kullanılmıştır. Soru ifadeleri likert tipinde “Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum” şeklinde beş cevaplama seçeneği içermektedir.

Güven düzeyine ilişkin sorular Ertong (2011) tarafından yapılan çalışmadan yararlanılarak hazırlanmış ve 4 ifadeden oluşmaktadır. Soru ifadeleri likert tipinde

“Hiç güvenmiyorum, Güvenmiyorum, Kararsızım, Güveniyorum, Kesinlikle Güveniyorum” şeklinde beş cevaplama seçeneği içermektedir.

Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ölçümünde Sağlık Bakanlığının uygulamış olduğu hasta memnuniyet anketi ve bilimsel çalışmalarda kullanılan birçok hasta memnuniyet anketi incelenmiş ve Casalo vd. (2008)’nin kullandığı anketten yararlanılarak ölçek 4 ifadeden oluşturulmuştur.

Sadakat düzeyi ölçeği ise Çatı ve Koçoğlu (2008)’nin kullandığı anketten yararlanılarak ölçek 2 ifadeden oluşturulmuştur. Soru ifadeleri likert tipinde “Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum” şeklinde beş cevaplama seçeneği içermektedir.

Ayrıca sosyo-demografik özellikler de 7 adet ifade ile ölçülmüştür. Anket formu pilot çalışması bir kamu hastanesinde toplam 60 hastaya uygulanmış, genel anlamda soruların açık ve anlaşılır olduğunu belirtmiştir. Ancak bilgi ihtiyacı düzeyi ile ilgili bölümün cevaplama formatının karmaşık ve problem oluşturduğu geri bildirim alındıktan sonra cevaplama formatı “Kesinlikle İhtiyaç Duyuyorum, İhtiyaç Duyuyorum, Kararsızım, İhtiyaç Duymuyorum, Kesinlikle İhtiyaç Duymuyorum” şeklinde değiştirilmiştir. Soru sayısında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm; hastane deneyimi, araştırma yapma, eğitim programına katılma ve bilgilendirilme durumu ile ilgili kategorik ifadeler ve güven düzeyi ifadelerinden oluşmaktadır. İkinci bölüm hastaların yaşadıkları belirsizlik düzeyini, üçüncü bölüm hastaların bilgi ihtiyacı düzeyini, dördüncü bölüm hastaneden genel memnuniyet düzeyi ve sadakat durumunu değerlendirmektedir. Beşinci bölümde ise katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini yansıtan ifadelere yer almaktadır.

3.5. GÜVENİRLİK ANALİZİ

Çalışma için hazırlanan ve 31 ifadeden oluşan anket değişkenlerinin güvenilirliği Cronbach’s Alpha yöntemi ile ölçülmüştür. Anketi oluşturan ifadelerin tamamı ve model değişkenleri ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Tablo 3. 3 Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Güven, Memnuniyet, Sadakat Düzeyi ve Araştırma Modelinin Cronbach's Alpha Değerleri

	Cronbach's Alpha	İfade Sayısı
Bilgi İhtiyacı	.945	14
Belirsizlik	.797	7
Güven Düzeyi	.904	4
Memnuniyet	.957	4
Sadakat	.910	2
Araştırma Modeli	.926	31

Araştırma modelini oluşturan 5 ölçeğin her birine ait ifadeler kendi içinde incelendiğinde yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip oldukları görülmektedir. Modeli oluşturan toplam 31 ifade birlikte incelendiğinde; ,926 Cronbach's Alpha değeri ile 1,00 çok yakın bir değerle yüksek düzeyde güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

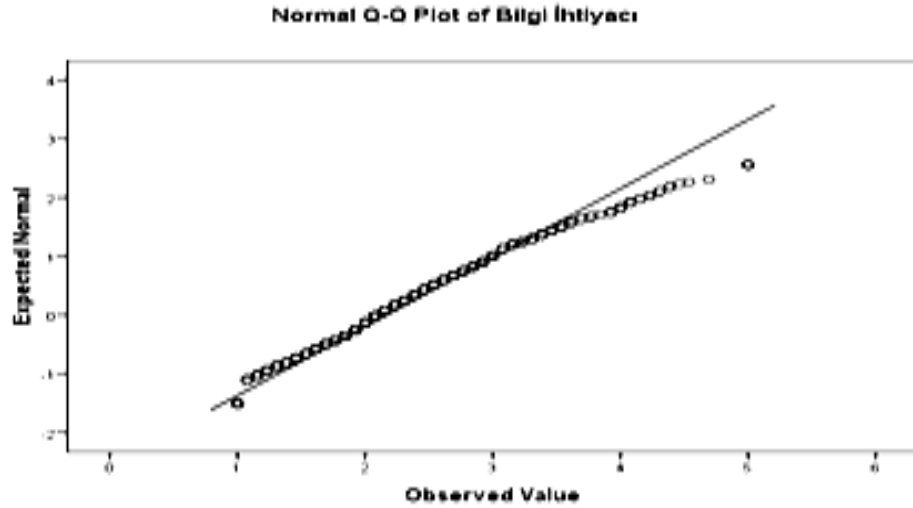
Çalışmada elde edilen bulgular incelenirken, analizlerde istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, sosyo-demografik sorular ve hastane deneyimi, araştırma yapma, eğitim programına katılma ve bilgilendirilme durumu ile ilgili sorular için tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır.

Veriler üzerinden yapılacak tanımlayıcı işlemler, iki grupta ifade edilmektedir. Frekans dağılımları ile tanımlama ve tanımlayıcı istatistikler ise aritmetik ortalama, standart sapma, medyan mod gibi nümerik değerleri ifade etmektedir (Demir, 2017).

İstatistiksel analizlerde verilerin normal dağılım göstermesi halinde parametrik yöntemler, aksi takdirde nonparametrik yöntemler kullanılmaktadır (Demir, 2017).

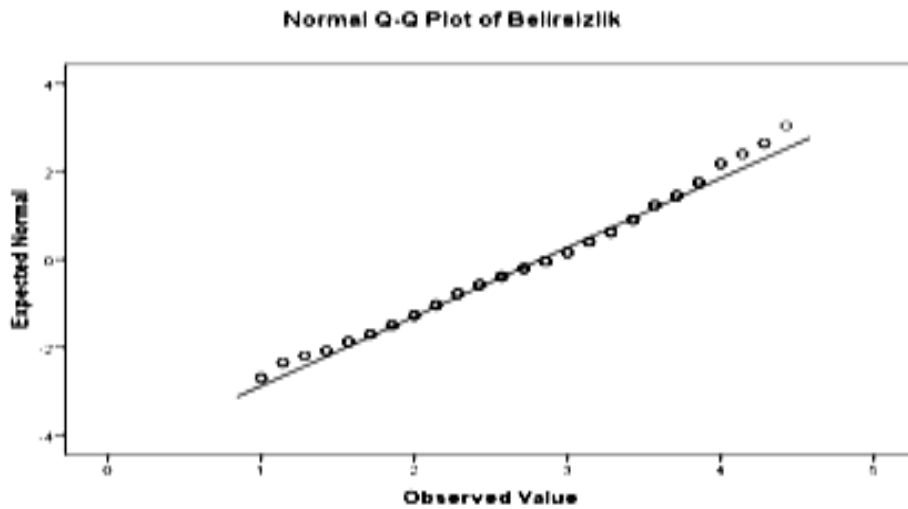
Araştırma modelini oluşturan ifadelerden elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığının tespiti amacıyla normallik testi yapılmıştır. Hair vd. (1995)'ne göre, normallik testi üç aşamada şekilsel olarak, verilerin çarpıklık (skewness) ile basıklık (kurtosis) değerleri incelenmeli ve Kolmogorov Smirnov testi uygulanmalıdır.

- Bu çalışmada normal dağılımın şekilsel incelemesinde normal Q - Q grafiğinden yararlanılmıştır. Normal Q - Q grafiğinde kabul edilebilir ölçüde düz bir çizgi normal dağılımın sağlandığını göstermektedir (Pallant,2005).



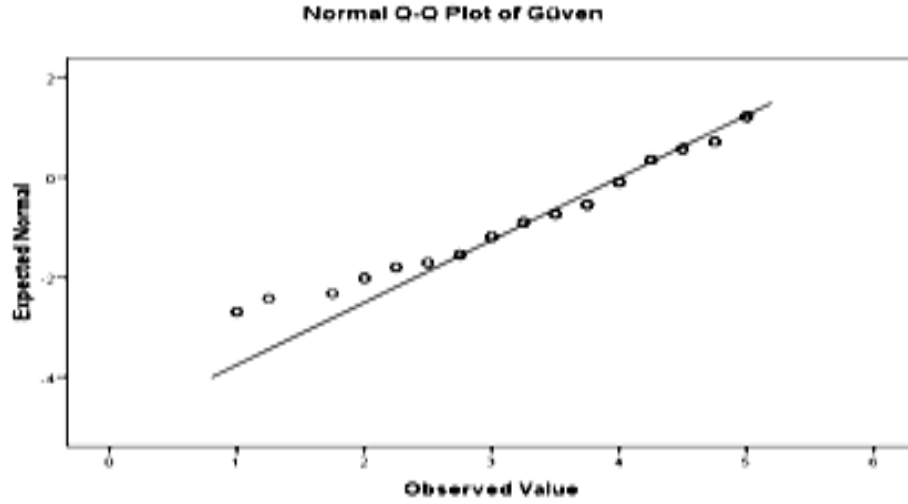
Şekil 3. 4 Bilgi İhtiyacına İlişkin Normal Q-Q Grafiği

Şekil 3.4'de görüldüğü üzere bilgi ihtiyacı değişkenine ait gözlenen yüksek değerli verilerin beklenen normal dağılım çizgisinden bir miktar sapmasına rağmen genel anlamda verilerin çoğu beklenen normal dağılım çizgisinin üzerinde veya yakın değerlere sahiptir. Dolayısıyla verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilebilir.



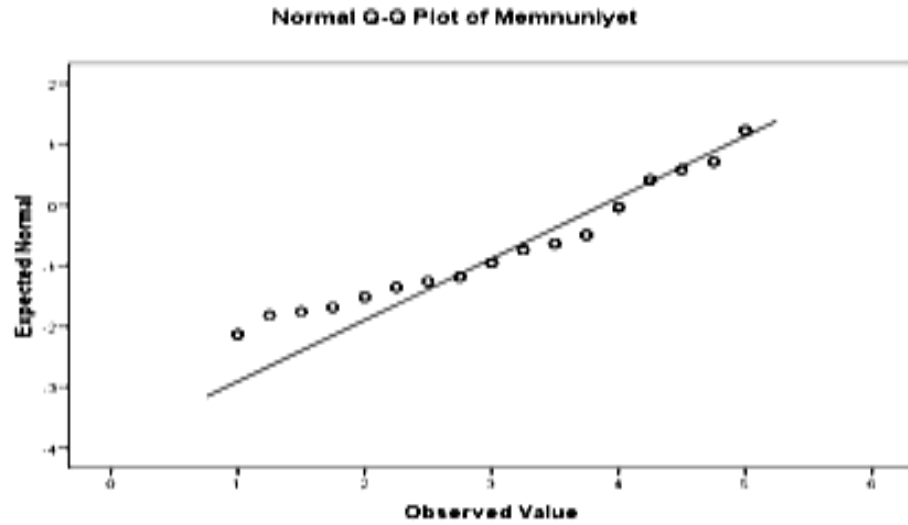
Şekil 3. 5 Belirsizliğe İlişkin Normal Q-Q Grafiği

Şekil 3.5'te görüldüğü üzere belirsizlik algısı değişkenine ait gözlenen düşük ve yüksek değerli verilerin bir kısmında beklenen normal dağılım çizgisinden sapma olmasına rağmen genel anlamda verilerin çoğu beklenen normal dağılım çizgisinin üzerinde veya yakın değerlere sahiptir. Dolayısıyla verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilebilir.



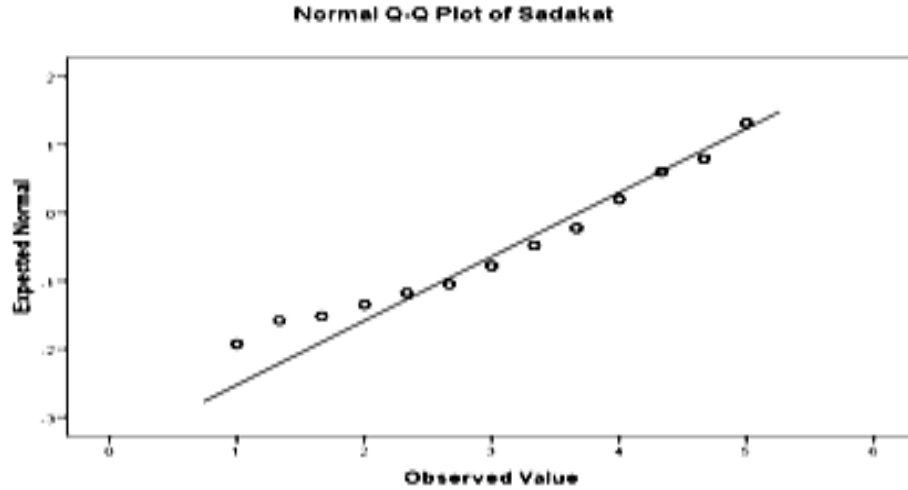
Şekil 3. 6 Güvene İlişkin Normal Q-Q Grafiği

Şekil 3.6'da görüldüğü üzere güven değişkenine ait gözlenen düşük değerli verilerde beklenen normal dağılım çizgisinden sapma olmasına rağmen genel anlamda verilerin çoğu beklenen normal dağılım çizgisinin üzerinde veya yakın değerlere sahiptir. Dolayısıyla verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilebilir.



Şekil 3. 7 Memnuniyete İlişkin Normal Q-Q Grafiği

Şekil 3.7’de görüldüğü üzere memnuniyet değişkenine ait gözlenen düşük değerli verilerde beklenen normal dağılım çizgisinden sapma olmasına rağmen genel anlamda verilerin çoğu beklenen normal dağılım çizgisinin üzerinde veya yakın değerlere sahiptir. Dolayısıyla verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilebilir.



Şekil 3. 8 Sadakat Düzeyine İlişkin Q-Q Grafığı

Şekil 3.8’de görüldüğü üzere sadakat değişkenine ait gözlenen düşük değerli verilerde beklenen normal dağılım çizgisinden sapma olmasına rağmen genel anlamda verilerin çoğu beklenen normal dağılım çizgisinin üzerinde veya yakın değerlere sahiptir. Dolayısıyla verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilebilir.

- Araştırma modelini oluşturan tüm değişkenlere ait verilerin normal dağılım incelemesi ikinci adımında çarpıklık ve basıklık değerleri tablo halinde sunulmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerleri yüzde 5 güven aralığında istatistiki değer aralığı olarak ± 2.58 , yüzde 1 güven aralığı için ise istatistiki değer aralığı ± 1.96 arasında olmalıdır (Liu vd.,2005).

Tablo 3. 4 Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Güven, Memnuniyet ve Sadakat Değişkenleri Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Bilgi ihtiyacı	Çarpıklık	.652
	Basıklık	.330
Belirsizlik Algısı	Çarpıklık	-.293
	Basıklık	-.311
Güven Düzeyi	Çarpıklık	-.786
	Basıklık	.758
Memnuniyet	Çarpıklık	-1.065
	Basıklık	.898
Sadakat	Çarpıklık	-.839
	Basıklık	.185

Tablo 3.4'e göre bilgi ihtiyacına ait verilerin (,652) pozitif (sağa) çarpıklık yani puanların düşük değerlerde, grafiğin solunda toplandığı, diğer değişkenlere ait verilerin ise negatif (sola) çarpıklık yani puanların yüksek değerlerde, grafiğin sağında toplandığı anlaşılmaktadır. Güven düzeyi (,758) ve sadakata (,185) ait verilerin ise pozitif basıklık gösterdiği yani verilerin merkezde toplandığı ve grafiğin ince ve sivri olduğu anlaşılmaktadır. Diğer değişkenlere ait veriler ise negatif basıklık değerleri ile dağılımın oldukça düz olduğunu verilerin daha çok uç noktalarda toplandığını göstermektedir. Tüm değişkenlere ait verilerin pozitif veya negatif olarak farklı çarpıklık ve basıklık değerleri almasına rağmen % 1 güven aralığı için ± 1.96 değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği kabul edilebilir.

- Kolmogorov-Smirnov testi sonucunun istatistiki olarak anlamlı olmaması (sig.>.05) verilerin normal dağıldığı anlamına gelmektedir. Sonucun anlamlı çıkması ise normal dağılımın olmadığını gösterirken, büyük örneklerde bu durum yoğun bir şekilde görülmektedir (Analizler, 2019).

Tablo 3. 5 Kolmogorov-Smirnov Testi Tablosu

	Kolmogorov-Smirnov		
	İstatistik	df	Sig.
Bilgi ihtiyacı	.085	851	.000
Belirsizlik Algısı	.091	851	.000
Güven Düzeyi	.170	851	.000
Memnuniyet	.211	851	.000
Sadakat	.154	851	.000

Tüm değişkenlere ait verilerin Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeyi ,05'ten küçük değer aldığı tespit edilmiştir. Bu değer verilerin normal dağılmadığını işaret etmekte ise de literatürde örneklemin büyük (851) olmasının bu duruma yol açabileceğinden bahsedilmektedir.

Bu sonuçlara göre verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği kabul edilerek, verilerin istatistiki analizinde parametrik yöntemlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. BULGULAR

Gaziantep İlinde faaliyet gösteren 4 kamu, 3 özel ve 1 adet üniversite hastanesinde yapılan çalışmanın katılımcılardan elde edilen verilerin frekans ve yüzde dağılımları, ortalama değerleri, faktör analizi ve hipotez testleri (Bağımsız örneklem t-testi, anova, korelasyon, regresyon) analiz sonuçları tablolar halinde sunularak, sonuçlar incelenmiştir.

4.1.1. Frekans ve Yüzde Dağılımı Sonuçları

Çalışmanın bu bölümünde araştırma katılımcılarından elde edilen verilerin çeşitli sınıflamalara göre frekans ve yüzde dağılımı tablolar halinde sunulmaktadır.

Tablo 4. 1 Hastane, hastane türü, poliklinik/klinik türü ve tedavi şekline göre katılımcıların frekans ve yüzde dağılımı

		F	%
Tedavi Şekli	Yatarak Tedavi	409	48.1
	Ayakta Tedavi	442	51.9
	Toplam	851	100
Hastaneler	Hatem Hastanesi	68	8.0
	Medicalpark Hastanesi	70	8.2
	Adn Hastanesi	70	8.2
	Nizip Devlet Hastanesi	73	8.6
	Şehitkamil Devlet Hastanesi	135	15.9
	25 Aralık Devlet Hastanesi	130	15.3
	Dr.Ersin Arslan EAH	186	21.9
	Tıp Fakültesi Hastanesi	119	14.0
	Toplam	851	100
Hastane Türü	Devlet Hastanesi	524	61.6
	Özel Hastane	208	24.4
	Tıp Fakültesi Hastanesi	119	14.0
	Toplam	851	100

Tablo 4. 1 devamı

Klinik Türü	Dahiliye Servisi	87	10.2
	Genel Cerrahi Servisi	82	9.6
	Ortopedi Servisi	86	10.1
	Nöroloji Servisi	81	9.5
	Fizik Tedavi Servisi	67	7.9
	Klinik Toplam	403	47.3
Poliklinik Türü	Dahiliye Polikliniği	90	10.6
	Genel Cerrahi Polikliniği	95	11.2
	Ortopedi Polikliniği	91	10.7
	Nöroloji Polikliniği	87	10.2
	Fizik Tedavi Polikliniği	85	10.0
	Poliklinik Toplam	448	52.7
	Toplam	851	100

Tablo 4.1'e göre araştırmaya katılan hastalardan ayakta tedavi (% 51,9) görenlerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin hizmet verdikleri hasta sayılarına göre oransal olarak yapılan hesaplamalara paralel olarak en fazla katılım Dr.Ersin Arslan E.A.H. (% 21,9)'nde en az ise Özel Hatem Hastanesi (% 8)'nde gerçekleşmiştir. Katılımın hastane türüne göre dağılımına bakıldığında yine hizmet alan hasta sayısına paralel olarak büyük çoğunluğu Devlet Hastaneleri (% 61,6)'nden sağlanmıştır.

Poliklinik/klinik türüne göre dağılım incelendiğinde genel olarak katılımcı sayının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Sadece fizik tedavi servisinde (% 7,9) katılımın diğerlerine göre daha az olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum bazı hastanelerde fizik tedavi servisinin bulunmaması ve diğer hastanelerde de çoğunlukla hasta sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca polikliniklerde sağlık hizmeti almakta olan hastaların (% 52,7) daha fazla katılımı sağlanmıştır.

Tablo 4. 2 Hastane deneyimi, araştırma yapma, eğitim programına katılma ve bilgilendirilmeye göre katılımcıların frekans ve yüzde dağılımı

		F	%
Hastane Deneyimi	Evet	618	72.6
	Hayır	233	27.4
Araştırma Yapma	Araştırma Yapmadım	478	56.2
	Hastane	135	15.9
	Hekim	168	19.7
	Hastalık	46	5.4
	Sağlık Hizmetleri	24	2.8
	Toplam	851	100

Tablo 4.2 devamı

Eğitim Programı	Evet	93	10.9
	Hayır	758	89.1
Bilgilendirilme	Bilgilendirilmedim	262	30.8
	Hekim	363	42.7
	Hemşire	27	3.2
	Hekim ve Hemşire	154	18.1
	Diğer Sağlık Personeli	45	5.3
	Toplam	851	100

Tablo 4.2'ye göre araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (% 72,6) daha önce aynı hastaneden hizmet aldığını yani hastane deneyimine sahip olduğunu belirtmektedir.

Hastaların yarısından fazlası ise (% 56,2) hastaneye başvurmadan önce herhangi bir araştırma yapmadıklarını, diğerleri ise sırasıyla hekim, hastane, hastalık ve sağlık hizmetleri hakkında araştırma yaptığını belirtmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğu (% 89,1) daha önce hastalık, tıbbi uygulamalar, tedavi süreci veya diğer sağlık konuları ile ilgili düzenlenen herhangi bir eğitim programına katılmamıştır. Ayrıca hastalık, tıbbi uygulamalar, tedavi süreci veya diğer sağlık konuları ile ilgili çoğunlukla (% 42,7) hekim tarafından bilgilendirildikleri ancak bilgilendirme yapılmayan hasta sayının da (% 30,8) oldukça fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4. 3 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımı

		F	%			F	%	
Cinsiyet	Kadın	537	63.1	Meslek	İşçi	110	12.9	
	Erkek	314	36.9		Memur	60	7.1	
Yaş	18-20	64	7.5		Öğrenci	76	8.9	
	20-29	196	23		Ev hanımı	353	41.5	
	30-39	165	19.4		Serbest	80	9.4	
	40-49	191	22.4		Emekli	33	3.9	
	50-59	115	13.5		Esnaf	35	4.1	
	59 yaş üstü	120	14.1		Akademisyen	3	0.4	
	Gelir	1000 tl. altı	257		30.2	Hakim-Savcı	3	0.4
1000-2000		408	47.9		İşsiz	8	0.9	
2001-3000		105	12.3		Öğretmen	26	3.1	
3001-4000		52	6.1		Emniyet pers.	2	0.2	
4000 tl. üstü		29	3.4		Askeri personel	2	0.2	
						Diğer	60	7.1

Tablo 4. 3 devam

Eğitim Durumu	Okur-yazar	268	31.5	Medeni Durumu	Evli	597	70.2
	İlköğretim	216	25.4		Bekar	201	23.6
	Lise	203	23.9		Diğer	53	6.2
	Önlisans	61	7.2	Sağlık Güvencesi	Sgk	615	72.3
	Lisans	82	9.6		Özel sağlık sigor.	32	3.8
	Yüksek lisans	20	2.4		Yeşil kart	103	12.1
	Doktora	1	0.1		Diğer	101	11.9
	Toplam	851	100	Toplam	851	100	

Tablo 4. 3'e göre araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu (% 63,1) kadınlardan oluşmaktadır. Uygulama çocuk hastanesi ve diğer dal hastanelerini kapsamadığından katılımcı yaşı alt sınırı 18 olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda hastaların çok azı (% 7,5) 18-20 yaş aralığında iken büyük çoğunluğu (% 64,8) 20-49 yaş aralığında yer almaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu (% 70,2) evli ve (% 80,8) lise ve altında bir eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımında en fazla ev hanımı (% 41,5) göze çarparken en az ise emniyet personeli (% 0,2) ve askeri personel (% 0,2) yer almaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu (% 90,4) 3000 TL.'nin altında gelir düzeyine sahipken, çoğunluğu sağlık güvencesi Sgk (% 72,3) kapsamında yer almaktadır.

Tablo 4. 4 Güven düzeyi ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı

	Güvenmiyorum		Kararsızım		Güveniyorum	
	F	%	F	%	F	%
Kuruma (hastane) duyulan güven	54	6.3	174	20.4	623	73.2
Hekime duyulan güven	35	4.2	108	12.7	708	83.1
Hemşireye duyulan güven	58	6.8	149	17.5	644	75.6
Diğer sağlık personeline duyulan güven	75	7.7	173	20.3	613	72.0

Tablo 4. 4'e göre hastalar en fazla hekime (% 83,1) ve hemşireye (% 75,6) güven duymaktadır. Ayrıca hastalar kuruma (% 20,4) ve diğer sağlık personeline (% 20,3) güvenip güvenmeme konusunda daha fazla kararsız durumdadır.

Tablo 4. 5 Bilgi ihtiyacı ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı

	İhtiyaç duyuyorum		Kararsızım		İhtiyaç duymuyorum	
	F	%	F	%	F	%
Hekim ve sağlık personelinin deneyimi veya nitelikleri	722	84.8	85	10.0	34	5.2
Tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi	712	83.7	99	11.6	40	4.7
Tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konular	463	54.4	186	21.9	202	23.7
Hastalığın belirtileri	620	72.8	137	16.1	94	11
Hastalığın nedenleri ve seyri	614	72.1	136	16.0	101	11.9
Hastalığın fiziksel etkileri	615	72.3	138	16.2	108	11.5
Hastalığa nasıl teşhis konulduğu	590	69.3	149	17.5	112	13.1
Uygulanan tedavinin yan etkileri / riskleri ve faydaları	538	63.2	186	21.9	127	14.9
Mevcut tedavi ve diğer tedavi seçenekleri	522	61.2	193	22.7	137	16.1
Uygulanan testler ve diğer prosedürler	509	59.8	206	24.2	136	16
Uygulanan tedavi süreci ve tedavinin nasıl işleyeceği	526	61.8	205	24.1	120	14.1
Uygulanan tedavinin eksik ya da yanlış yapılması	507	59.6	210	24.7	134	15.7
Hastalığın yaşam süresine bir etkisi	528	62.0	202	23.7	121	14.2
Hastalığın tedavi sonrasında yeniden tekrarlayıp tekrarlamayacağı	523	61.4	202	23.7	126	14.9

Tablo 4. 5'e göre hastalar en fazla hekim ve sağlık personelinin deneyimi veya nitelikleri (% 84,4) ve tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi (% 83,7) konusunda bilgiye ihtiyaç duymakta iken en az tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konularda (% 54,4) bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Hastalıkla ilgili diğer konularda ise katılımcıların yarısından fazlası (% 59,6 - % 72,8) bilgiye ihtiyacı olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4. 6 Belirsizlik algısı ile ilgili ifadelere katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı

	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	F	%	F	%	F	%
Sorunun ne olduğunu bilmeme	447	52.5	110	12.9	294	34.6
Hastalığın daha iyi ya da daha kötü olması	352	41.4	227	26.7	272	32.0
Hastanın durumu hakkında yapılan açıklamalar	394	46.3	168	19.7	289	33.9
Her tedavinin amacını açıkça değerlendirebilme (ters kodlama)	193	22.7	208	24.4	450	52.9
Yapılacak olan işlemlerin zamanı	310	36.4	203	23.9	338	39.7
Doktorların birçok anlama gelen şeyler söylemesi	313	36.8	226	26.6	312	36.7
Hastalığın ne kadar süreceğini tahmin etme (ters kodlama)	213	35.0	301	35.4	337	39.8

Tablo 4.6'ya göre hastalar en fazla yapılan tedavinin amacını değerlendirme (% 52,9) konusunda belirsizlik yaşarken, en az ise hastalığın daha mı iyi yoksa daha mı kötü olduğuna dair değerlendirme (% 32) konusunda belirsizlik yaşamaktadır. Genel itibariyle tüm ifadelerine verilen cevaplarda hastaların yarısından daha azının (% 33,9 - % 39,8) belirsizlik yaşadığı dolayısıyla belirsizlik algısının düşük düzeylerde gerçekleştiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4. 7 Memnuniyet ile ilgili ifadelerine katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı

	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	F	%	F	%	F	%
Bu hastaneden sağlık hizmeti aldığım için doğru karar verdiğimi düşünüyorum	78	9.1	157	18,4	616	72.3
Bu hastaneden sağlık hizmeti aldığım için çok memnunum	92	10.8	126	14,8	633	74.4
Bu hastaneden yaşadığım deneyim memnuniyet verici	102	12	137	16,1	612	71.9
Genel anlamda bu hastanede yapılan işlemlerden memnunum	90	10.6	134	15,7	627	73.7

Tablo 4. 7'ye göre genel itibariyle hastaların büyük çoğunluğunun (% 71,9 - % 74,4) hastaneden almış oldukları sağlık hizmetinden memnun oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 4. 8 Sadakat ile ilgili ifadelerine katılımcıların vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde dağılımı

	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	F	%	F	%	F	%
Herhangi bir sağlık problemiyle karşılaştığımda tercih edeceğim ilk sağlık kurumu burası olurdu	123	14.5	191	22,4	537	63.1
Sağlık kurumunu, sunmuş olduğu hizmetler nedeniyle çevremdekilere tavsiye ederim	114	13.4	157	18,4	580	68.2

Tablo 4. 8'e göre sağlık hizmetinden faydalanan hastalar, kurumu tekrar tercih etmekten ziyade tavsiye etme niyetine (% 68,2) daha meyilli görünmektedir. Bunun yanında hastalar kurumu tekrar tercih etme (% 22,4) konusunda daha fazla kararsızlık yaşamaktadır.

4.1.2. Faktör Analizi Sonuçları

Faktör analizi, bir grup parametrenin kovaryans yapısını incelemek ve bu parametreler arasında var olan ilişkiyi, daha az sayıda gözlenemeyen gizli

parametreler açısından açıklamak üzere düzenlenmiş bir tekniktir (Büyüköztürk, 2002).

Faktör analizi yapılmadan önce verilerin yapısal uygunluğunun ve evreni temsil etme durumunun belirlenmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ile Bartlett küresellik testi sonuçları incelenmelidir (Yıldırım ve Selvi, 2015). Analiz sonucunda KMO değerinin 0,60'dan büyük ve Bartlett testinin ise anlamlı olması durumunda ölçek faktör analizi için uygun kabul edilir (Büyüköztürk, 2006).

Analizin ilk aşamasında herhangi bir faktör ataması yapılmadan, analiz sonucu KMO Testi ,928 ve Bartlett Küresellik Testi anlamlı (Sig.=,00), açıklanan varyans değeri 70,135 ve öz değeri 1 ve daha büyük olan 2 faktörlü bir yapı bulunmuştur. Elde edilen 2 faktörlü yapı hem yaralanılan kaynaklara hem de bu çalışmanın amaçlarına uygunluk göstermediğinden, literatüre ve araştırma amacına göre 5 faktörlü bir yapının elde edilip edilemeyeceğini sınamak amacıyla faktör ataması ve döndürme işlemi birlikte kullanılarak ikinci bir analiz yapmaya karar verilmiştir.

İkinci aşamada kullanılan program üzerinden 5 faktör ataması ve varimax döndürme tekniği kullanılarak 25 kez döndürme yapılmıştır. Analiz sonucu KMO Testi ,928, Bartlett Küresellik Testi anlamlı (sig.=,00) ve açıklanan varyans değeri 84,573 olan 5 faktörlü bir yapı bulunmuştur.

Tablo 4. 9 Bilgi İhtiyacı Ölçeği Faktör Tablosu-1

	Tedavi Bilgisi	Hastalık Bilgisi	Prognoz Bilgisi	Sistem Bilgisi	Finans Bilgisi
Hekim ve sağlık personelinin deneyimi veya nitelikleri				,922	
Tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi				,923	
Hastalığın teşhis ve tedavisi boyunca oluşturabileceği tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konular					,856
Hastalığın belirtilerinin neler olduğu		,820			
Hastalığın nedenleri ve seyrinin nasıl olacağı		,810			
Hastalığın fiziksel etkilerinin neler olduğu		,786			
Hastalığa nasıl teşhis konulduğu		,686			
Uygulanan tedavinin yan etkileri / riskleri ve faydaları	,735				
Uygulanan mevcut tedavi ve diğer tedavi seçenekleri	,793				
Uygulanan testler ve diğer prosedürler	,770				

Tablo 4. 9 devam

Uygulanan tedavi süreci ve tedavinin nasıl işleyeceği	,656				
Uygulanan tedavinin eksik ya da yanlış yapılmasının sonuçları	,514		,591		
Hastalığın yaşam süresine bir etkisinin olup olmayacağı			,729		
Hastalığın tedavi sonrasında yeniden tekrarlayıp tekrarlamayacağı			,830		

Tablo 4.9'a göre ölçeğin 12. sırasında bulunan "Uygulanan tedavinin eksik ya da yanlış yapılmasının sonuçları" konusundaki bilgi ihtiyacı ifadesi tedavi bilgisi ve prognoz bilgisi faktörleri ile ilişkili ve çok yakın faktör yük değerlerine (,514 ve ,591) sahip olduğu görülmektedir. Birden fazla faktörle ilişkili olan binişik değişken ölçekten çıkarılarak tekrar üçüncü bir analiz yapılmıştır.

Üçüncü aşamada kullanılan program üzerinden tekrar 5 faktör ataması ve varimax döndürme tekniği kullanılarak 25 kez döndürme yapılmıştır.

Tablo 4. 10 KMO ve Bartlett Küresellik Testi Tablosu

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluk Ölçüsü		,921
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	9227.88
	df	78
	Sig.	.000

Analiz sonucu elde edilen Tablo 4.10'a göre verilerin yüksek oranda faktör analizine uygun olduğu (KMO Testi=,921) ve değişkenler arasında da tutarlılığın (Bartlett Küresellik Testi sig.=,00) bulunduğu anlaşılmaktadır. Analizle elde edilen beş faktörlü bu yapı toplam varyansın % 85,517'sini açıklamaktadır.

Tablo 4. 11 Bilgi İhtiyacı Ölçeği Faktör Tablosu-2

	Tedavi Bilgisi	Hastalık Bilgisi	Prognoz Bilgisi	Sistem Bilgisi	Finans Bilgisi
Hekim ve sağlık pers deneyim ve nitelikleri				,923	
Tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi				,924	
Hastalığın teşhis ve tedavisi boyunca oluşturabileceği tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konular					,863
Hastalığın belirtilerinin neler olduğu		,825			
Hastalığın nedenleri ve seyrinin nasıl olacağı		,813			
Hastalığın fiziksel etkilerinin neler olduğu		,791			
Hastalığa nasıl teşhis konulduğu		,684			

Tablo 4. 11 devam

Uygulanan tedavinin yan etkileri / riskleri ve faydaları	,744				
Uygulanan mevcut tedavi ve diğer tedavi seçenekleri	,806				
Uygulanan testler ve diğer prosedürler	,786				
Uygulanan tedavi süreci ve tedavinin nasıl işleyeceği	,673				
Uygulanan tedavinin eksik ya da yanlış yapılmasının sonuçları			,697		
Hastalığın yaşam süresine bir etkisinin olup olmayacağı			,847		

Analiz sonucunda sadece ait olduğu faktörle ilişkili olan saf değişkenlerden oluşan 5 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Yapıyı oluşturan faktörler;

- Tedavi bilgisi faktöründe yer alan ifadelerin yük değerleri ,673- ,806
- Hastalık bilgisi faktöründe yer alan ifadelerin yük değerleri ,684-,825
- Prognoz Bilgisi faktöründe yer alan ifadelerin yük değerleri ,697- ,847
- Sistem Bilgisi faktöründe yer alan ifadelerin yük değerleri ,923-,924 arasında,
- Finans Bilgisi faktöründe yer alan ifadenin yük değeri ,863 olarak bulunmuştur.

Faktör analizi sonucunda elde edilen bilgi ihtiyacı alt boyutlarını oluşturan ifadelerin iç tutarlılığını ölçmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Tablo 4. 12 Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri

	Cronbach's Alpha	İfade Sayısı
Tedavi bilgisi	.919	4
Hastalık bilgisi	.929	4
Prognoz bilgisi	.835	2
Sistem bilgisi	.839	2
Finans bilgisi	-	1

Tablo 4. 12'ye göre bilgi ihtiyacı alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonucuna göre tedavi bilgisi, hastalık bilgisi, prognoz bilgisi ve sistem bilgisinin güvenilirliği sağladığı tespit edilmiştir. Fakat finans bilgisi faktörünün tek ifadeden oluştuğu ve güvenilirliği tespit edilemediğinden soru anketten çıkarılarak, araştırmanın sonraki bölümlerinde yapılacak analizlerde 4 faktörlü 12 sorudan oluşan yapı kullanılmaktadır.

4.1.3. Merkezi Eğilim Ölçüleri (Ortalama) Analiz Sonuçları

Bir verinin en küçük ve en büyük değeri arasında yer alan, bir veri setinin merkez noktasını gösteren, veriyi tek bir değerle açıklayan değerlere merkezi eğilim ölçüleri denilmektedir (Akbolat, 2019). Bir grup veri setinde her bir verinin ortalama değere göre ne kadar mesafede olduğunu yani dağılımın verilerin nasıl homojen ya da heterojen mi dağıldığını veya verilerin ortalamadan sağa-sola ne kadar saptığını gösteren değer standart sapmadır (Özbek ve Keskin, 2007).

Aritmetik ortalamaların yorumlanması, Özdamar (2003) tarafından ortaya konan sınıflandırma temel alınarak yapılmaktadır (Bkz. Ek A.12). Çalışmada incelenen bazı değişkenlerin aldığı ortalama değerler ve standart sapma değerleri aşağıda tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 4. 13 Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Ortalama	Standart Sapma
Tüm Değişkenler	Bilgi İhtiyacı	2.09	.81
	Belirsizlik Algısı	2.82	.63
	Güven Düzeyi	4.00	.80
	Memnuniyet	3.87	.98
	Sadakat	3.68	1.06
Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları	Tedavi Bilgisi	2.29	1.03
	Hastalık Bilgisi	2.12	.97
	Prognoz Bilgisi	2.26	1.10
	Sistem Bilgisi	1.71	.87
Güven Alt Boyutları	Kuruma Güven	3.93	.90
	Hekime Güven	4.19	.85
	Hemşireye Güven	3.98	.91
	Diğer Sağlık Personeline Güven	3.91	.95
Sadakat Alt Boyutları	Yeniden Tercih Etme	3.69	1.16
	Tavsiye Etme	3.76	1.11

Tablo 4.12'ye göre katılımcıların yüksek düzeyde bilgiye ihtiyaç duyduğu, orta düzeyde belirsizlik yaşadığı ve yüksek düzeyde güven, memnuniyet ve sadakat ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir.

Hastaların bilgi ihtiyacı ortalamaları düşük düzeyde iken, en düşük sistem bilgisi (1,71) ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla en fazla sistem bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır.

Güven düzeyi ortalamaları yüksek düzeyde iken, hastalar en fazla hekime (4,19), en az diğer sağlık personeline (3,91) güven duymaktadır.

Sadakat düzeyi ortalamaları da yüksek düzeyde iken, hastaların hastaneyi yeniden tercih etmek yerine daha fazla tavsiye etme (3,76) niyetinde oldukları ortalama değerlerinden anlaşılmaktadır.

4.1.4. Hipotez Testleri

Çalışmanın araştırma modelleri doğrultusunda, değişkenler arasındaki etkileşim ve ilişkilere yönelik geliştirilen hipotezlerin sınanması amacıyla yapılan t-testi, anova, korelasyon ve regresyon analizi sonuçları tablolar halinde sunulmuştur.

4.1.4.1 T-testi analiz sonuçları

Çalışmanın bu bölümünde kurulan hipotezler doğrultusunda tedavi şekli, hastane deneyimi ve eğitim programına katılma durumuna göre araştırma modelini oluşturan değişkenler açısından bazı gruplar arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılarak, sonuçları tablolar halinde sunulmaktadır.

Tablo 4. 14 Tedavi Şekline Göre Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Güven, Memnuniyet ve Sadakat Düzeyinin Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

	Ortalama		Varyansların Eşitliği için Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği için T-testi	
	Yatarak Tedavi	Ayakta Tedavi	F	Sig.	t	Sig.
Bilgi İhtiyacı	2,01	2,17	34,678	,000	-2,952	,003
	Varyanslar eşit(homojen) değil. (Equal variances not assumed)				-2,986	,003
Belirsizlik Algısı	2,76	2,88	17,910	,000	-2,946	,003
	Equal variances not assumed.				-2,928	,004
Güven Düzeyi	4,15	3,86	11,283	,001	5,356	,000
	Equal variances not assumed.				5,395	,000
Memnuniyet	4,06	3,70	47,365	,000	5,372	,000
	Equal variances not assumed.				5,438	,000
Sadakat	3,92	3,55	31,910	,000	4,996	,000
	Equal variances not assumed.				5,042	,000

Tablo 4. 14'e göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları; tüm değişkenlerin ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Levene's testi varyansların homojenliği varsayımı ihlal edilmektedir. Bu durumda homojen olmayan varyanslar (equal variances not assumed) için tablonun ikinci satırı incelendiğinde; yatan hastaların bilgi ihtiyacının ayakta tedavi görenlerden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Ayakta tedavi gören hastaların belirsizlik algısı düzeyi yatan hastalardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca yatan hastaların güven, memnuniyet ve sadakat düzeyinin ayakta tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{12b} hipotezini desteklemekte yani hastaların bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi tedavi şekline göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 15 Tedavi Şekline Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

	Ortalama		Varyansların Eşitliği için Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği için T-testi	
	Yatarak	Ayakta	F	Sig.	t	Sig.
Tedavi Bilgisi	2,14	2,42	42,958	,000	-3,908	,000
	Equal variances not assumed.				-3,950	,000
Hastalık Bilgisi	2,03	2,19	29,972	,000	-2,421	,016
	Equal variances not assumed.				-2,446	,015
Prognoz Bilgisi	2,12	2,38	36,347	,000	-3,459	,001
	Equal variances not assumed.				-3,491	,001
Sistem Bilgisi	1,73	1,69	5,082	,024	,654	,513

Tablo 4. 15'e göre bağımsız örneklem t-test sonuçları; sistem bilgisi ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Diğer alt boyutlara ait ortalamalar için gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Levene's testi varyansların homojenliği varsayımı ihlal edilmektedir. Bu durumda homojen olmayan varyanslar için tablonun ikinci satırı incelendiğinde; yatan hastaların tedavi bilgisi, hastalık bilgisi ve prognoz bilgisi ihtiyacının (eksikliği) ayakta tedavi görenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{11a} hipotezini kısmen destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacı alt boyutları sistem bilgisi hariç tedavi şekline göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 16 Hastane Deneyimine Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

	Ortalama		Varyansların Eşitliği için Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği için T-testi	
	Evet	Hayır	F	Sig.	t	Sig.
Tedavi Bilgisi	2,29	2,30	1,797	,180	1,130	,896
Hastalık Bilgisi	2,10	2,17	,245	,621	-,921	,357
Prognoz Bilgisi	2,26	2,24	9,576	,002	,267	,789
Sistem Bilgisi	1,69	1,78	,799	,372	-1,453	,147

Tablo 4. 16'ya göre; bağımsız örneklem t-test sonuçları; tüm değişkenler için gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermektedir. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{10a} hipotezini desteklememekte yani hastaların bilgi ihtiyacı alt boyutları hastane deneyimine göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 17 Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

	Ortalama		Varyansların Eşitliği için Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği için T-testi	
	Evet	Hayır	F	Sig.	t	Sig.
Tedavi Bilgisi	1,91	2,33	4,306	,038	-3,710	,000
	Equal variances not assumed.				-4,284	,000
Hastalık Bilgisi	1,85	2,15	4,333	,038	-2,842	,005
	Equal variances not assumed.				-3,432	,001
Prognoz Bilgisi	1,95	2,30	,000	,995	-2,904	,004
Sistem Bilgisi	1,60	1,73	,578	,447	-1,280	,201

Tablo 4. 17'ye göre; bağımsız örneklem t-test sonuçları; prognoz bilgisi için varyansların homojen ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Eğitim programına katılanlar prognoz bilgisine daha fazla ihtiyaç duymaktadır.

Tedavi bilgisi ve hastalık bilgisi için gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmakta iken Levene's testi varyansların homojenliği varsayımı ihlal edilmektedir. Bu durumda homojen olmayan varyanslar için tablonun ikinci satırı incelendiğinde; eğitim programına katılan hastalarda tedavi bilgisi ve hastalık bilgisi ile ilgili bilgi ihtiyacı katılmayanlara göre daha yüksektir. Sistem bilgisi t-testi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{10c} hipotezini kısmen desteklemekte yani hastaların sistem bilgisi ihtiyacı hariç tedavi, prognoz ve hastalık bilgisi ihtiyacı eğitim programına katılma durumuna göre farklılık göstermektedir.

4.1.4.2. Anova (Varyans) analiz sonuçları

Çalışmanın bu bölümünde kurulan hipotezler doğrultusunda hastane ve poliklinik/ klinik türüne ve araştırma yapma ve bigilendirilme durumuna göre çeşitli değişkenlerin ortalamaları için gruplar arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını tespit etmek amacıyla varyans (anova) analizi yapılarak, sonuçlar tablolar halinde sunulmaktadır.

Varyans (anova) analizi iki veya daha çok grubun ortalamaları arasında farklılığın anlamlı olup olmadığı ile alâkalı hipotezleri test etmek için kullanılır. Varyans analizi bağımsız parametrelerin birbirlerini nasıl etkilediğini ve bu etkileşimin bağımlı değişken üstündeki etkilerini incelemek için kullanılır. Varyans analizi, 3 veya daha çok sayıda ortalamaların eşit olup olmadığını aynı anda test eden bir tekniktir (Tonta, 2008).

Anova grupların arasında farklılık olup olmadığını tespit ederken hangi grupların birbirinden farklılık gösterdiğini belirtmez. Gruplararası farklılık olduğunda hangi gruplar arasında farklılık olduğunu tespit etmek için post-hoc testleri yapılır (Köklü vd., 2006).

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçları anlamlılık durumu incelenerek, anlamlı farklılıklar tespit edilmesi durumunda hangi gruplarda farklılıklar olduğunu görmek amacıyla;

- Varyansların homojen olması durumunda (levne test sig. > ,05) literatürde sıklıkla kullanılan post-hoc testlerinden Tukey testi,
- Varyansların homojen olmaması durumunda (levne test sig. < ,05) ise; yine literatürde sıklıkla kullanılan post-hoc testlerinden Games-Howell testi kullanılmıştır.

Tablo 4. 18 Hastane Türüne Göre F Testi Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Bilgi İhtiyacı	Gruplar Arasında	61.392	2	30.696	51,738	,000
	Gruplar İçinde	503.114	848	.593		

Tablo 4.18 devam

Belirsizlik	Gruplar Arasında	17.913	2	8.956	23,423	,000
	Gruplar İçinde	324.263	848	.382		
Güven	Gruplar Arasında	19.686	2	9.843	15,900	,000
	Gruplar İçinde	524.956	848	.619		
Memnuniyet	Gruplar Arasında	41.626	2	20.813	22,343	,000
	Gruplar İçinde	789.920	848	.932		
Sadakat	Gruplar Arasında	69.537	2	34.768	31,124	,000
	Gruplar İçinde	974.301	848	1.117		

Tablo 4.18 incelendiğinde, hastane türüne göre tüm değişkenler için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (sig. < ,05) bulunmuştur.

Tablo 4. 19 Hastane Türüne Göre Varyansların Homojenlik Testi Tablosu

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Bilgi İhtiyacı	2.704	2	848	.068
Belirsizlik Algısı	32.317	2	848	.000
Güven Düzeyi	4.320	2	848	.014
Memnuniyet	3.741	2	848	.024
Sadakat	6.130	2	848	.002

Tablo 4. 19'a göre bilgi ihtiyacı ortalamaları açısından varyanslar eşit, diğer değişkenler için ise varyansların eşit olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla bilgi ihtiyacı için Tukey testi, diğer değişkenler içinse Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4. 20 Hastane Türüne Göre Post-hoc Testleri Tablosu

Bağımlı Değişken	(I) Hastane Türü	(J) Hastane Türü	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Bilgi İhtiyacı	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	,41801*	,06312	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,70666*	,07822	,000
	Özel Hastane	Tıp Fakültesi Hastanesi	,28865*	,08853	,003
Belirsizlik	Tıp Fakültesi Hastanesi	Devlet Hastanesi	-,42636*	,07601	,000
		Özel Hastane	-,38999*	,08763	,000
Güven	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	,36099*	,05930	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,20589*	,08354	,038

Tablo 4. 20 devam

Memnuniyet	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	,52668*	,07569	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,32082*	,12060	,023
Sadakat	Özel Hastane	Devlet Hastanesi	,66839*	,07970	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,62127*	,12926	,000
*Ortalama fark ,05 düzeyinde anlamlı					

Tablo 4. 20'ye göre hastaların en fazla bilgi ihtiyacı (eksiklik) yaşadıkları hastane tıp fakültesi hastanesi iken kamu hastanelerinde hastaların bilgi ihtiyacı (eksiklik) en az seviyededir.

Belirsizlik algısı yönünden tıp fakültesi hastanesi, kamu ve özel hastanelerine göre daha düşük puana sahiptir. En fazla belirsizlik kamu hastanelerinde yaşanmaktadır.

Memnuniyet düzeyi açısından özel hastaneler, kamu ve tıp fakültesi hastanelerine göre daha yüksek puana sahiptir. En az memnun olunan hastaneler ise kamu hastaneleridir.

Sadakat düzeyi açısından özel hastaneler, kamu ve tıp fakültesi hastanelerine göre daha yüksek puana sahiptir. En az sadakat puanına sahip hastaneler ise kamu hastaneleridir.

Güven düzeyi açısından özel hastaneler, kamu ve tıp fakültesi hastanelerine göre daha yüksek puana sahiptir. En az güven duyulan hastaneler ise kamu hastaneleridir. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{12a} hipotezi desteklemekte yani hastaların bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 21 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre F Testi Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Bilgi İhtiyacı	Gruplar Arasında	13.131	9	1.459	2,225	,019
	Gruplar İçinde	551.376	841	.656		
Belirsizlik	Gruplar Arasında	8.083	9	.898	2,261	,017
	Gruplar İçinde	334.093	841	.397		
Güven	Gruplar Arasında	33.044	9	3.672	6,036	,000
	Gruplar İçinde	511.597	841	.608		

Tablo 4. 21 devam

Memnuniyet	Gruplar Arasında	37.892	9	4.210	4,461	,000
	Gruplar İçinde	793.654	841	.944		
Sadakat	Gruplar Arasında	42.884	9	4.765	4,114	,000
	Gruplar İçinde	973.954	841	1.158		

Tablo 4. 21 incelendiğinde, poliklinik/ klinik türüne göre tüm değişkenler için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (sig. < ,05) bulunmuştur.

Tablo 4. 22 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre Varyansların Homojenlik Testi Tablosu

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Bilgi İhtiyacı	6,479	9	841	,000
Belirsizlik Algısı	4,020	9	841	,000
Güven Düzeyi	3,184	9	841	,001
Memnuniyet	8,136	9	841	,000
Sadakat	5,041	9	841	,000

Tablo 4. 22'e göre tüm değişkenlerin ortalamaları açısından varyansların eşit olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda tüm değişkenler için farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4. 23 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre Post-hoc Testleri Tablosu

Bağımlı Değişken	(I) Poliklinik/Klinik Türü	(J) Poliklinik/Klinik Türü	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Belirsizlik	Nöroloji Polikliniği	Fizik Tedavi Polikliniği	,31805*	,09070	,020
Güven	Nöroloji Polikliniği	Nöroloji Servisi	-,38218*	,11474	,006
		Fizik Tedavi Polikliniği	-,44591*	,05930	,000
*Ortalama fark ,05 düzeyinde anlamlı					

Tablo 4. 23 incelendiğinde, belirsizlik algısı açısından fizik tedavi polikliniği hastalarının belirsizlik algısı düzeyi nöroloji polikliniği hastalarına göre daha düşük seviyede bulunmuştur. Güven düzeyi açısından ise fizik tedavi polikliniği ve nöroloji kliniği hastalarının güven düzeyi nöroloji polikliniği hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın amaçları doğrultusunda aynı tür poliklinik-klinik ve aynı tür poliklinik-poliklinik ile klinik-klinik karşılaştırmaları yapıldığı için, diğer türden karşılaştırmalar ve sonuçları göz ardı edilmektedir.

Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{12c} hipotezini desteklemekte yani hastaların bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi poliklinik/ klinik türüne göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 24 Hastane Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Tedavi Bilgisi	Gruplar Arasında	111.658	2	55.829	59.085	.000
	Gruplar İçinde	801.276	848	.945		
Hastalık Bilgisi	Gruplar Arasında	88.433	2	44.216	52.342	.000
	Gruplar İçinde	716.355	848	.845		
Prognoz Bilgisi	Gruplar Arasında	939.319	2	45.610	41.176	.000
	Gruplar İçinde	939.319	848	1.108		
Sistem Bilgisi	Gruplar Arasında	6.759	2	3.379	4.471	.012
	Gruplar İçinde	640.991	848	.756		

Tablo 4. 24 incelendiğinde, hastane türüne göre bilgi ihtiyacının tüm alt boyutları için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (sig. < ,05) bulunmuştur.

Tablo 4. 25 Hastane Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Tedavi Bilgisi	6.195	2	848	.002
Hastalık Bilgisi	6.444	2	848	.002
Prognoz Bilgisi	1.823	2	848	.162
Sistem Bilgisi	3.046	2	848	.048

Tablo 4. 25'e göre prognoz bilgisi ortalamaları açısından varyanslar eşit, diğer değişkenler için ise varyansların eşit olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla prognoz bilgisi için Tukey testi, diğer değişkenler içinse Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4. 26 Hastane Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu

Bağımlı Değişken	(I) Hastane Türü	(J) Hastane Türü	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Tedavi Bilgisi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	,64847*	,07880	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,87647*	,08800	,000

Tablo 4. 26 devam

Hastalık Bilgisi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	,47704*	,07748	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,86566*	,07805	,000
Prognoz Bilgisi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	,54942*	,10687	,000
		Tıp Fakültesi Hastanesi	,82848*	,08354	,038
Sistem Bilgisi	Tıp Fakültesi Hastanesi	Devlet Hastanesi	-,25611*	,07538	,000
		Özel Hastane	-,25901*	,09178	,000
*Ortalama fark ,05 düzeyinde anlamlı					

Tablo 4. 26'ya göre prognoz bilgisine en fazla ihtiyaç duyan hastalar üniversite hastanesinde, en az ise devlet hastanesinde tedavi görmektedir. Tedavi, hastalık ve sistem bilgisine en fazla ihtiyaç duyan hastalar üniversite hastanesinde, tedavi ve hastalık bilgisine en az ihtiyaç duyan hastalar devlet hastanesinde öte yandan sistem bilgisine en az ihtiyaç duyan hastalar özel hastanede tedavi görmektedir. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{11b} hipotezini desteklemekte yani hastaların bilgi ihtiyacı alt boyutları hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 27 Poliklinik / Klinik Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Tedavi Bilgisi	Gruplar Arasında	31.289	9	3.477	3.316	.001
	Gruplar İçinde	881.646	841	1.048		
Hastalık Bilgisi	Gruplar Arasında	22.295	9	2.477	2.662	.005
	Gruplar İçinde	782.492	841	.930		
Prognoz Bilgisi	Gruplar Arasında	27.688	9	3.076	2.580	.006
	Gruplar İçinde	1002.851	841	1.192		
Sistem Bilgisi	Gruplar Arasında	6.104	9	.678	.889	.535
	Gruplar İçinde	641.646	841	.763		

Tablo 4. 27 incelendiğinde, poliklinik/ klinik türüne göre bilgi ihtiyacının alt boyutlarından sistem bilgisi için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız (sig. > ,05), diğer alt boyutlar için ise anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. 28 Poliklinik / Klinik Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Tedavi Bilgisi	7.057	9	841	.000
Hastalık Bilgisi	5.848	9	841	.000
Prognoz Bilgisi	5.278	9	841	.000

Tablo 4. 28'e göre tedavi, hastalık ve prognoz bilgisi ortalamaları açısından varyansların eşit olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla değişkenler için Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4. 29 Poliklinik/ Klinik Türüne Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu

Bağımlı Değişken	(I) Poliklinik/Klinik Türü	(J) Poliklinik/Klinik Türü	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Hastalık Bilgisi	Genel Cerrahi Polikliniği	Genel Cerrahi Servisi	,56614*	,15104	,009
Prognoz Bilgisi	Ortopedi Polikliniği	Ortopedi Servisi	,57948*	,15604	,010
*Ortalama fark ,05 düzeyinde anlamlı					

Tablo 4. 29'a göre hastalık bilgisine genel cerrahi kliniğinde yatan hastalar, genel cerrahi polikliniğinde tedavi gören hastalardan daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Prognoz bilgisi açısından ise ortopedi kliniğinde yatan hastalar, ortopedi polikliniğinde tedavi gören hastalardan daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{11c} hipotezini kısmen desteklemekte yani hastaların bilgi ihtiyacı alt boyutları sistem bilgisi hariç poliklinik/ klinik türüne göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 30 Araştırma Yapma Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Tedavi Bilgisi	Gruplar Arasında	9.452	4	2.363	2,213	,066
	Gruplar İçinde	903.483	846	1.068		
Hastalık Bilgisi	Gruplar Arasında	7.149	4	1.787	1,896	,109
	Gruplar İçinde	797.639	846	.943		
Prognoz Bilgisi	Gruplar Arasında	2.469	4	.617	,508	,730
	Gruplar İçinde	1028.070	846	1.215		

Tablo 4.30 devam

Sistem Bilgisi	Gruplar Arasında	13.926	4	3.482	4,647	,001
	Gruplar İçinde	633.750	846	.749		

Tablo 4. 30 incelendiğinde, araştırma yapma durumuna göre bilgi ihtiyacının alt boyutlarından sistem bilgisi için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (sig. < ,05), diğer alt boyutlar için ise anlamsız bulunmuştur.

Tablo 4. 31 Araştırma Yapma Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Sistem Bilgisi	.541	4	846	.705

Tablo 4. 31'e göre sistem bilgisi ortalamaları açısından varyansların eşit olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumda farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla değişkenler için Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 4. 32 Araştırma Yapma Durumuna Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu

Bağımlı Değişken	(I) Araştırma Yapma	(J) Araştırma Yapma	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Sistem Bilgisi	Araştırma Yapmama	Hastalıkla İlgili Araştırma Yapma	-,46916*	,13362	,004

*Ortalama fark ,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4. 32'ye göre sistem bilgisine dair herhangi bir araştırma yapmayan hastalar hastalık hakkında araştırma yapan hastalardan daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{10d} hipotezini kısmen desteklememekte yani hastaların bilgi ihtiyacı alt boyutları sistem bilgisi hariç araştırma yapma durumuna göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. 33 Bilgilendirilme Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları F Testi Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Ortalamanın Karesi	F	Sig.
Tedavi Bilgisi	Gruplar Arasında	29.383	4	7.346	7,034	,000
	Gruplar İçinde	883.552	846	1.044		

Tablo 4. 33 devam

Hastalık Bilgisi	Gruplar Arasında	13.598	4	3.400	3,635	,006
	Gruplar İçinde	791.189	846	.935		
Prognoz Bilgisi	Gruplar Arasında	26.967	4	6.742	5,683	,000
	Gruplar İçinde	1003.572	846	1.186		
Sistem Bilgisi	Gruplar Arasında	3.271	4	.818	1,074	,368
	Gruplar İçinde	644.478	846	.762		

Tablo 4. 33 incelendiğinde, bilgilendirilme durumuna göre bilgi ihtiyacının alt boyutlarından sistem bilgisi için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız (sig. > ,05), diğer alt boyutlar için ise anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. 34 Bilgilendirilme Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Varyansların Homojenlik Testi Tablosu

	Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
Tedavi Bilgisi	4.363	4	846	.002
Hastalık Bilgisi	7.756	4	846	.000
Prognoz Bilgisi	9.591	4	846	.000

Tablo 4. 34'e göre tedavi, hastalık ve prognoz bilgisi ortalamaları açısından varyansların eşit olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla değişkenler için Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4. 35 Bilgilendirilme Durumuna Göre Bilgi İhtiyacı Alt Boyutları Post-hoc Testleri Tablosu

Bağımlı Değişken	(I) Bilgilendirilme Durumu	(J) Bilgilendirilme Durumu	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Tedavi Bilgisi	Hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilme	Bilgilendirilmeme	-.52789*	.10190	.000
		Hekim tarafından bilgilendirilme	-.34937*	.09047	.001
Hastalık Bilgisi	Hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilme	Bilgilendirilmeme	-.35409*	.09578	.002
		Hekim tarafından bilgilendirilme	-.25069*	.08230	.021
Prognoz Bilgisi	Bilgilendirilmeme	Hekim tarafından bilgilendirilme	.27336*	.09407	.031
		Hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilme	-.46639*	.11300	.000
		Diğer sağlık personeli tarafından bilgilendirilme	-.49237*	.12632	.002

*Ortalama fark ,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4. 35'e göre tedavi ve hastalık bilgisi açısından hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilen hastaların bilgi ihtiyacı bilgilendirilmeyen ve hekim tarafından bilgilendirilen hastalardan daha fazladır.

Tedavi bilgisi açısından bilgi ihtiyacı en az olan grup bilgilendirilmeyenler hastalar grubudur. Prognoz bilgisi açısından ise bilgilendirilmeyen hastalar; hekim ve hemşire, sadece hekim ve diğer sağlık personeli tarafından bilgilendirilen hastalardan daha az bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{10b} hipotezini kısmen destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacı alt boyutları sistem bilgisi hariç bilgilendirilme durumuna göre farklılık göstermektedir.

4.1.4.3. Korelasyon analizi sonuçları

Çalışmanın bu bölümünde araştırma modellerindeki parametreler olan bilgi ihtiyacı ve bilgi ihtiyacının alt boyutları ile belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakat arasındaki ilişki incelenmek ve geliştirilen hipotezleri sınamak amacıyla korelasyon analizi yapılarak, sonuçlar tablolar halinde sunulmaktadır. Yapılan analizden elde edilen sonuçlar korelasyon katsayıları tablosuna göre değerlendirilmektedir (Bkz. Ek A.13)

Tablo 4. 36 Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik Algısı, Memnuniyet ve Sadakat Düzeyi Arasındaki İlişki

	Bilgi İhtiyacı	Belirsizlik	Memnuniyet	Sadakat
Bilgi İhtiyacı	1			
Belirsizlik	.014	1		
Memnuniyet	-.463**	-.081*	1	
Sadakat	-.417**	-.044	.857**	1

**Korelasyon .01 düzeyinde anlamlı
*Korelasyon .05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4. 36'da, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; hastaların bilgi ihtiyacı ile belirsizlik algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, bilgi ihtiyacı ile memnuniyet ve sadakat düzeyi arasında anlamlı, ters (negatif) yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Belirsizlik algısı ile sadakat düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, belirsizlik algısı ile memnuniyet arasında anlamlı, ters (negatif) yönlü ve çok düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Memnuniyet ile sadakat arasında anlamlı, pozitif (doğrusal) yönlü ve çok yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu analiz sonucu, geliştirilen H₆ hipotezini destekler nitelikte yani memnuniyet ile sadakat arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4. 37 Bilgi İhtiyacı Alt Boyutlarının Belirsizlik, Memnuniyet ve Sadakat Düzeyi ile İlişkisi

	Tedavi bilgisi	Hastalık bilgisi	Sistem bilgisi	Prognoz bilgisi
Belirsizlik Algısı	-.004	.004	.083*	-.025
Memnuniyet	-.410**	-.396**	-.349**	-.357**
Sadakat	-.382**	-.359**	-.274**	-.341**
**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı				
*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı				

Tablo 4. 37’de, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; belirsizlik algısı ile tedavi bilgisi, hastalık bilgisi ve prognoz bilgisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, belirsizlik algısı ile sistem bilgisi arasında anlamlı, pozitif (doğrusal) yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Bu analiz sonucu, geliştirilen H₇ hipotezini kısmen desteklememektedir.

Memnuniyet ile tedavi bilgisi arasında anlamlı, ters (negatif) yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmakta iken memnuniyet ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı, ters (negatif) yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Bu analiz sonucu, geliştirilen H₈ hipotezini desteklemektedir.

Sadakat ile bilgi ihtiyacı alt boyutları arasında anlamlı, ters (negatif) yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Bu analiz sonucu da geliştirilen H₉ hipotezini desteklemektedir.

4.1.4.4. Regresyon analizi sonuçları

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle araştırma modellerini oluşturan bilgi ihtiyacı ve belirsizlik algısı ile memnuniyet düzeyi ve sadakat arasındaki nedensellik ilişkisi ile bilgi ihtiyacının belirsizlik algısına, bilgi ihtiyacının memnuniyete, bilgi ihtiyacının sadakate, belirsizlik algısının memnuniyete ve belirsizlik algısının sadakate etkisi üzerinde güven kavramının ılımlaştırıcı etkisi de incelenmektedir. Ayrıca ılımlaştırıcı etkiye dair sonuçların daha kolay değerlendirilebilmesi amacıyla güven kavramının belirsizlik algısı, memnuniyet ve sadakate etkisi de incelenmektedir.

Regresyon analizi yapabilmek için literatürde bazı önşartların sağlanması gerektiği özellikle vurgulanmaktadır. Bu bağlamda; çalışmada kullanılan veriler ve değişkenlerin regresyon analizi yapmaya uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla aşağıdaki hususlar incelenmiştir. Bunlar;

✓ Normallik varsayımı ki çalışmanın başında normal Q-Q grafiği, çarpıklık ile basıklık değerleri ve Kolmogorov Simirnov testine bakılarak incelenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır.

✓ Durbin Watson testi yapılarak, sonuç değerlerin 1 ile 3 arasında olduğu, dolayısıyla hata terimleri arasında otokorelasyon olmadığı (Şen, 2019) tespit edilmiştir.

✓ Zresid ve Zpred grafiğine bakılarak hataların rastgele dağılımı ve homoscedasticity (eşvaryanslılık) varsayımı kontrol edilmiştir.

✓ Tolerance ve VIF değerlerine bakılarak, iki veya daha fazla bağımsız değişken arasında çoklu doğrusal ilişki (multicollinearity) olmadığı tespit edilmiştir.

Böylece yapılan kontroller neticesinde regresyon analizi yapmaya engel olabilecek bir durum olmadığı da anlaşılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonuçları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4. 38 Bilgi İhtiyacının Belirsizlik Algısına Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Modeller Özeti Tablosu

Model		R	R Kare
1	Bilgi İhtiyacı - Belirsizlik	.014	.000
2	Güven - Belirsizlik	.077	.006
3	İlimlaştırıcı-1 - Belirsizlik	.105	.011

Tablo 4. 38'e göre; Model-1'de iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ancak bilgi ihtiyacının belirsizlik algısı üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Model-2'de iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ve belirsizlik algısındaki değişimin % 0.6'sı güven tarafından açıklanmaktadır.

Model-3'de ise iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ve belirsizlik algısındaki değişimin % 1.1'i ilimlaştırıcı-1 değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4. 39 Bilgi İhtiyacının Belirsizlik Algısına Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin F Tablosu

Model			Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1	Bilgi İhtiyacı - Belirsizlik	Regresyon	.066	1	.066	46,650	,686
		Kalıntı	342.110	849	.403		
2	Güven - Belirsizlik	Regresyon	2.017	1	2.017	5.034	.025
		Kalıntı	340.160	849	.401		
3	İlimlaştırıcı-1 - Belirsizlik	Regresyon	3.737	1	3.737	9.374	.002
		Kalıntı	338.440	849	.399		

Tablo 4. 39'a göre; model-1 için F analizi sonucuna göre model bir bütün olarak anlamlı bulunamamıştır. Sonuç, H_1 hipotezini desteklememekte yani hastaların bilgi ihtiyacının belirsizlik algısına etkisi olmadığını göstermektedir.

Model-2 ve Model-3 için F analizi sonucuna göre her bir model bir bütün olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucu, güven ve ilimlaştırıcı-1 değişkeninin belirsizlik algısına etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 40 Bilgi İhtiyacının Belirsizlik Algısına Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu

Model		Standartlaşmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	Belirsizlik (Sabit)	2.806	.060		46.650	.000
	Bilgi İhtiyacı	.011	.027	.014	.404	.686
2	Belirsizlik (Sabit)	3.072	.111		27.720	.000
	Güven	-.061	.027	-.077	-2.244	.025
3	Belirsizlik (Sabit)	2.808	.023		123.934	.000
	İlimlaştırıcı-1	-.054	.018	-.105	-3.062	.002

Tablo 4. 40'a göre; model-1'de bilgi ihtiyacı ile belirsizlik algısı arasında anlamlı bir ilişkinin ve etkinin olmadığı, model-2'de ise güven düzeyinin belirsizlik algısını negatif (ters) yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Model-3'te güven düzeyi ile bilgi ihtiyacının etkileşim terimi olan ilimlaştırıcı-1 değişkeni ise belirsizlik algısını negatif (ters) yönde etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde; model 1'de iki değişken arasında anlamsız olan ilişki ve etki, ilimlaştırıcı-1 değişkeni ile anlamlı negatif (ters) yönde

bir korelasyon ilişkisi ve etkiye dönüşmüştür. Bu analiz sonuçları geliştirilen H_{1a} hipotezini destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacı ile belirsizlik algısı arasındaki nedensellik ilişkisi üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisinin var olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 41 Bilgi İhtiyacının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlımlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu

Model		R	R Kare
1	Bilgi İhtiyacı - Memnuniyet	.463	.214
2	Güven - Memnuniyet	.648	.420
3	ılımlaştırıcı-1 - Memnuniyet	.238	.057

Tablo 4. 41'e göre; model-1'de iki değişken arasında orta düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Memnuniyetteki değişimin % 21,4'ü bilgi ihtiyacı tarafından açıklanmaktadır.

Model-2'de iki değişken arasında yüksek düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ve memnuniyetteki değişimin % 42'si güven tarafından açıklanmaktadır.

Model-3'de ise iki değişken arasında zayıf bir korelasyon ilişkisi varken, memnuniyetteki değişimin % 5,7'si ılımlaştırıcı-1 değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4. 42 Bilgi İhtiyacının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlımlaştırıcı Etkisi F Tablosu

Model			Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1	Bilgi İhtiyacı - Memnuniyet	Regresyon	178.065	1	178.065	231.342	.000
		Kalıntı	653.481	849	.770		
2	Güven - Memnuniyet	Regresyon	349.069	1	349.069	614.247	.000
		Kalıntı	482.477	849	.568		
3	ılımlaştırıcı-1 - Memnuniyet	Regresyon	47.005	1	47.005	50.866	.000
		Kalıntı	784.541	849	.924		

Tablo 4. 42'ye göre; model-1, model-2 ve model-3 için F analizi sonucuna göre; her bir model bir bütün olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucu bilgi ihtiyacı, güven ve ılımlaştırıcı-1 değişkeninin memnuniyete etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 43 Bilgi İhtiyacının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu

Model	Standartlaşmamış Katsayılar	Standartlaştırılmış Katsayılar		t	Sig.	
		B	Std. Hata			Beta
1	Memnuniyet (Sabit)	5.055	.083		60.809	.000
	Bilgi İhtiyacı	-.562	.037	-.463	-15.210	.000
2	Memnuniyet (Sabit)	.668	.132		5.060	.000
	Güven	.801	.032	.648	24.784	.000
3	Memnuniyet (Sabit)	3.949	.034		114.473	.000
	İlimlaştırıcı-1	.192	.027	.238	7.132	.000

Tablo 4. 43'e göre; model-1'de bilgi ihtiyacının memnuniyeti negatif (ters) yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu analiz sonucu geliştirilen H₂ hipotezini destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacının memnuniyet düzeyi üzerinde negatif bir etkisi bulunmaktadır.

Model-2'de ise güven düzeyi memnuniyeti pozitif yönde etkilerken, model-3'te ilimlaştırıcı-1 değişkeni ise memnuniyeti pozitif yönde etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde; model 1'de bilgi ihtiyacının memnuniyete olan negatif (ters) yönlü etkisi, ilimlaştırıcı-1 değişkeni ile pozitif bir etkiye dönüşmüştür. Bu analiz sonuçları; geliştirilen H_{2a} hipotezini destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacı ile memnuniyet arasındaki nedensellik ilişkisi üzerinde güven düzeyinin ilimlaştırıcı etkisinin var olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 44 Bilgi İhtiyacının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu

Model	R	R Kare
1 Bilgi İhtiyacı - Sadakat	.417	.174
2 Güven - Sadakat	.607	.368
3 İlimlaştırıcı-1 - Sadakat	.191	.037

Tablo 4. 44'e göre; model-1'de iki değişken arasında orta düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Sadakatteki değişimin % 17,4'ü bilgi ihtiyacı tarafından açıklanmaktadır.

Model-2'de iki değişken arasında yüksek düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ve sadakatteki değişimin % 36,8'i güven tarafından açıklanmaktadır.

Model-3’de ise iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi varken, sadakatteki değişimin % 3,7’si ılımlaştırıcı-1 değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4. 45 Bilgi İhtiyacının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlımlaştırıcı Etkisi F Tablosu

Model			Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1	Bilgi İhtiyacı - Sadakat	Regresyon	176.788	1	176.788	178.671	.000
		Kalıntı	840.050	849	.989		
2	Güven - Sadakat	Regresyon	374.393	1	374.393	494.767	.000
		Kalıntı	642.444	849	.757		
3	ılımlaştırıcı-1 - Sadakat	Regresyon	37.154	1	37.154	32.198	.000
		Kalıntı	979.683	849	1.154		

Tablo 4. 45’e göre; model-1, model-2 ve model-3 için F analizi sonucuna göre; her bir model bir bütün olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucu bilgi ihtiyacı, güven ve ılımlaştırıcı-1 değişkeninin sadakate etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 46 Bilgi İhtiyacının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlımlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu

Model		Standartlaşmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	Sadakat (Sabit)	4.904	.094		52.035	.000
	Bilgi İhtiyacı	-.560	.042	-.417	-13.367	.000
2	Sadakat (Sabit)	.407	.152		2.674	.008
	Güven	.829	.037	.607	22.243	.000
3	Sadakat (Sabit)	3.794	.039		98.435	.000
	ılımlaştırıcı-1	.171	.030	.191	5.674	.000

Tablo 4. 46’ya göre; model-1’de bilgi ihtiyacının sadakati negatif (ters) yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu analiz sonucu geliştirilen H₃ hipotezini destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacının sadakat düzeyi üzerinde negatif bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Model-2’de ise güven düzeyi sadakati pozitif yönde etkilerken, model-3’te ılımlaştırıcı-1 değişkeni ise sadakati pozitif yönde etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde; model 1’de bilgi ihtiyacının sadakate olan negatif (ters) yönlü etkisi, ılımlaştırıcı-1 değişkeni ile pozitif bir etkiye dönüşmüştür. Bu analiz sonuçları; geliştirilen H_{3a} hipotezini destekler nitelikte yani hastaların bilgi ihtiyacı ile sadakat arasındaki nedensellik ilişkisi üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisinin var olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 47 Belirsizlik Algısının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlımlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu

Model		R	R Kare
1	Belirsizlik Algısı - Memnuniyet	.081	.007
2	Güven - Memnuniyet	.648	.420
3	ılımlaştırıcı-2 - Memnuniyet	.084	.007

Tablo 4. 47’ye göre; model-1’de iki değişken arasında çok düşük düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Memnuniyetteki değişimin % 0,7’si belirsizlik algısı tarafından açıklanmaktadır.

Model-2’de iki değişken arasında yüksek düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ve memnuniyetteki değişimin % 42’si güven tarafından açıklanmaktadır.

Model-3’de ise iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi varken, memnuniyetteki değişimin % 0,7’si ılımlaştırıcı-2 değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4. 48 Belirsizlik Algısının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlımlaştırıcı Etkisi F Tablosu

Model			Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1	Belirsizlik Algısı - Memnuniyet	Regresyon	5.411	1	5.411	5.561	.019
		Kalıntı	826.135	849	.973		
2	Güven - Memnuniyet	Regresyon	349.069	1	349.069	614.247	.000
		Kalıntı	482.477	849	.568		
3	ılımlaştırıcı-2 - Memnuniyet	Regresyon	5.900	1	5.900	6.066	.014
		Kalıntı	825.646	849	.972		

Tablo 4. 48’e göre; model-1, model-2 ve model-3 için F analizi sonucuna göre; her bir model bir bütün olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucu belirsizlik algısı, güven ve ılımlaştırıcı-2 değişkeninin memnuniyete etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 49 Belirsizlik Algısının Memnuniyete Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu

Model		Standartlaşmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	Memnuniyet (Sabit)	4.232	.155		27.376	.000
	Belirsizlik	-.126	.053	-.081	-2.358	.019
2	Memnuniyet (Sabit)	.668	.132		5.060	.000
	Güven	.801	.032	.648	24.784	.000
3	Memnuniyet (Sabit)	3.883	.034		114.489	.000
	İlimlaştırıcı-2	.087	.035	.084	2.463	.014

Tablo 4. 49'a göre; model-1'de belirsizlik algısının memnuniyeti negatif (ters) yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu analiz sonucu, geliştirilen H₄ hipotezini destekler nitelikte yani hastaların belirsizlik algısının memnuniyet üzerinde negatif etkisi olduğunu göstermektedir.

Model-2'de ise güven düzeyi memnuniyeti pozitif yönde etkilerken, model-3'te güven düzeyi ile belirsizlik algısının etkileşim terimi olan ilimlaştırıcı-2 değişkeni ise memnuniyeti pozitif yönde etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde; model 1'de belirsizlik algısının memnuniyete olan negatif (ters) yönlü etkisi, ilimlaştırıcı-2 değişkeni ile pozitif bir etkiye dönüşmüştür. Bu analiz sonuçları; geliştirilen H_{4a} hipotezini destekler nitelikte yani hastaların belirsizlik algısı ile memnuniyeti arasındaki nedensellik ilişkisi üzerinde güven düzeyinin ilimlaştırıcı etkisinin var olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 50 Belirsizlik Algısının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisinin Model Özeti Tablosu

Model	R	R Kare
1 Belirsizlik Algısı - Sadakat	.044	.002
2 Güven - Sadakat	.607	.368
3 İlimlaştırıcı-2 - Sadakat	.092	.008

Tablo 4. 50'ye göre; model-1'de iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Sadakattaki değişimin % 0,2'si belirsizlik algısı tarafından açıklanmaktadır.

Model-2’de iki değişken arasında yüksek düzeyde bir korelasyon ilişkisi bulunmakta ve sadakatteki değişimin % 36,8’i güven tarafından açıklanmaktadır.

Model-3’de ise iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon ilişkisi varken, sadakatteki değişimin % 0,8’i ılımlaştırıcı-2 değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4. 51 Belirsizlik Algısının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi F Tablosu

Model			Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
1	Belirsizlik Algısı - Sadakat	Regresyon	1.959	1	1.959	1.638	.201
		Kalıntı	1014.879	849	1.195		
2	Güven - Sadakat	Regresyon	374.393	1	374.393	494.767	.000
		Kalıntı	642.444	849	.757		
3	İlimlaştırıcı-2 - Sadakat	Regresyon	8.543	1	8.543	7.194	.007
		Kalıntı	1008.295	849	1.188		

Tablo 4. 51’e göre; model-1 için F analizi sonucuna göre; model bir bütün olarak anlamlı bulunamamıştır. Elde edilen sonuç H_5 hipotezini desteklememekte yani hastaların belirsizlik algısının sadakate etkisi olmadığını göstermektedir.

Model-2 ve model-3 için F analizi sonucuna göre ise her bir model bir bütün olarak anlamlı bulunmuştur. Analiz sonucu güven ve ılımlaştırıcı-2 değişkeninin sadakate etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 52 Belirsizlik Algısının Sadakate Etkisinde Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi Katsayılar Tablosu

Model		Standartlaşmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	Sadakat (Sabit)	3.944	.171		23.019	.000
	Belirsizlik	-.076	.059	-.044	-1.280	.201
2	Sadakat (Sabit)	.407	.152		2.674	.008
	Güven	.829	.037	.607	22.243	.000
3	Sadakat (Sabit)	3.738	.037		99.735	.000
	İlimlaştırıcı-2	.105	.039	.092	2.682	.007

Tablo 4. 52'ye göre; model-1'de belirsizlik algısı ile sadakat arasında anlamlı bir ilişkinin ve etkinin olmadığı, model-2'de ise güven düzeyinin sadakati pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Model-3'te ılımlaştırıcı-2 değişkeni ise sadakati pozitif yönde etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde; model 1'de iki değişken arasında anlamsız olan ilişki ve etki, ılımlaştırıcı-2 değişkeni ile anlamlı pozitif bir etkiye dönüşmüştür. Bu analiz sonuçları; geliştirilen H_{5a} hipotezini destekler nitelikte yani hastaların belirsizlik algısı ile sadakat arasındaki nedensellik ilişkisi üzerinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisinin var olduğunu göstermektedir.

4.2.TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde hastanelerde yatarak ve ayakta sağlık hizmeti almakta olan katılımcılara uygulanan anketlerden elde edilen verilerin istatistiki analizleri sonucu ulaşılan bulgular tartışılmaktadır.

- Hastanelerin hizmet verdikleri hasta sayısına göre yapılan örneklem hesaplamalarına paralel olarak çalışmaya katılan hastaların, hastanelere göre dağılımında kamu hastaneleri özel hastanelere göre daha fazla hastaya hizmet vermektedir.

Hastane bazında bakıldığında ise Dr.Ersin Arslan E.A.H. başta olmak üzere diğer kamu hastaneleri ve tıp fakültesi hastanesinin, özel hastanelere göre yaklaşık iki katı hastaya hizmet verdikleri anlaşılmaktadır.

Hizmet verilen hasta sayısının fazlalığı hastaneler için daha fazla gelir anlamına gelmekte ise de hizmet sunan hekim ve diğer sağlık personelleri ile hastalar için bazı sorunlara yol açabilmektedir. Hizmet sunanlar açısından; daha fazla iş yükü, stres, yanlış kararlar verme olasılığı, iletişim problemleri gibi sorunlara yol açabilirken, hastalar açısından ise daha fazla bekleme süresi, kötü fiziki şartlarda hizmet alma, standart hizmet süresinden çok daha kısa bir sürede hizmet verilmesi, şikayetlerin tam olarak dile getirilememesi, yoğunluk ve zaman sorunundan dolayı yaşanan iletişim problemleri doğrultusunda cevaplanamayan sorular ve yeteri kadar bilgi alamama gibi sayılabilecek birçok olumsuz durumlara yol açabilecektir.

- Çalışmaya dahil edilen hastanelerde hastaların sağlık hizmetini alma şekillerine göre çok büyük bir farklılık bulunmamakla birlikte, yatarak ve ayakta sağlık hizmeti alımı bazı farklılıkları doğurmaktadır.

Yatan hasta daha yoğun bir rahatsızlık yaşayabilirken, ayakta tedavi talebi olan hasta daha hafif rahatsızlıklar için hizmet talebinde bulunabilmektedir. Yatan hastalar ağır hastalık tablosu içerisinde; daha karmaşık tanı ve tedavi uygulamalarına maruz kalmakta, anlamlandıramadığı daha fazla şikayet ve semptomlar ortaya çıkabilmekte ve daha fazla cevaplanması gereken sorulara sahip olabilmektedir. Bu doğrultuda hatalar farklı türde ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyabilmektedir. Bunun yanında ayakta hizmet alma süresi daha kısıtlı bir zaman içinde olurken yatarak hizmet alımında süre daha uzundur. Bu farklılık özellikle hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile iletişim kurulması ve bilgi alabilme konularında daha fazla imkanlar sunabilmektedir.

Hasta yoğunluğunun olumsuz etkileri de tedavi şekline göre farklılaşmakta yatarak hizmet alan hasta özellikle otelcilik hizmetleri, hastanede yer olmaması, tedavi saatlerindeki aksamalar gibi konularda problemler yaşayabilmektedir.

- Hastanelerde birçok farklı branşta sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu branşlar; insanlar üzerinde belirtileri ve hastalık tablosu farklı, şikayetleri farklı olan hastalıkların tedavi edildiği tıbbi uzmanlık alanlarıdır. Hastalıklar farklı vücut bölgeleri ve farklı şikayetlere yol açabilirken teşhis ve tedavi amaçlı girişimler de farklılaşmakta ve bu hastalar üzerinde farklı etkilere yol açabilmektedir. Örneğin fizik tedavi hastası ile nöroloji hastasının hastalık tablosu, teşhis, tetkik ve tedavi şekilleri açısından hem ayakta hem de yatarak alınan sağlık hizmeti birçok farklılıklar barındırmaktadır.

Bu bağlamda çalışmaya katılan hastaların 5 farklı tıbbi branşta çalışmanın amaçları doğrultusunda farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Fizik tedavi kliniği haricinde yaklaşık olarak eşit sayıda (% 10) hasta uygulamaya dahil edilmiştir.

- Sosyo-demografik özelliklerine göre hastaların büyük çoğunluğunun bayanlar (% 63,1), 20-49 yaş grubu (% 64,8), evli (% 70,2), lise ve daha az eğitim almış (% 80,8), ev hanımı (% 41,5), Sgk'lı (% 72,3) ve 2000 tl.ve altı gelir grubuna sahip (% 78,1) bir durumda olduğu anlaşılmaktadır.

Anket uygulamasına bayanların erkeklere göre daha fazla ilgi göstermesinin bir sonucu olarak homojen bir dağılım elde edilememiştir. Bu durumla bağlantılı olduğu düşünülen bazı bulgular; diğer meslek gruplarına göre ev hanımı sayısının büyük çoğunluğu oluşturması, düşük gelir grubu, eğitim düzeyinin düşük olarak tespit edilmesi ve evli bireylerin sayısının fazlalığı araştırma ve analizler açısından bazı sıkıntılar oluşturabilecek potansiyele sahiptir.

Sgk'lı hasta sayısının fazlalığı normal kabul edilebilecek bir durumdur. Yapılan yeni yasal düzenlemeler kapsamında GSS'nin kapsamının genişletilerek tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınma çabalarının bir sonucu olarak gösterilebilir.

- Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%72,6) hastane deneyimine sahip olduğu yani aynı hastaneden sağlık hizmeti aldığını göstermektedir. Gerek kendi çabaları gerekse hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile kurmuş oldukları iletişim sonucu hastaların hastalığı ve sağlık hizmetleri hakkında bazı bilgilere ulaşması ihtimali yüksektir. Bu durumda, aynı durumda olmayan hastalara göre hastalık ve sağlık hizmetleri konusunda olayları anlamlandırma ve yorumlaması açısından bazı avantajlar elde edilebilir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (% 56,2) hastaneye gelmeden önce herhangi bir araştırma yapmadığı, dolayısıyla hastalık, hekim, sağlık hizmetleri ve hastane ile ilgili bilgiye sahip olduğundan ihtiyaç duymadığı veya gerek görmeyerek tüm yetki ve insiyatifi hizmet sunanlara bıraktığı anlaşılmaktadır.

Hastaların büyük çoğunluğunun (% 89,1) hastalıklar ve sağlık hizmetleri konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak ve farkındalıklarını artırmak amacıyla yapılan herhangi bir eğitim programına katılmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre hastalar ya hastalıkları ve sağlık hizmetleri konusunda çok fazla veya yeteri miktarda bilgi sahibidir ya da alacakları eğitimi gereksiz, boşuna bir zaman kaybı olarak görmekte veya hiç ihtiyaç duymamakta dolayısıyla bilinçsizce, hizmet sunanlara aşırı derecede güven duymaktadır.

Hastaların hizmet sunanlarla kuracağı iletişimin en önemli sonuçlarından bir tanesi ihtiyaç duyulan bilginin elde edilmesi yani bilgilendirilmedir. Bu bağlamda araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (% 60,8) hekim ve hemşire tarafından bilgilendirildiğini belirtirken, göz ardı edilmeyecek miktarda (% 30,8) hasta ise herhangi bir bilgilendirme yapılmadığını belirtmiştir.

İnsanları hem bedensel hem de ruhsal yönden etkileyen hastalıkların kişi tarafından algısı, değerlendirilmesi ve yorumlanması için bilgi sahibi olması hem de doğru bilgi sahibi olması bilginin kaynağına göre değerlendirilebilir. Bu bağlamda hekim ve hemşire tarafından yapılan ve yapılacak olan bilgilendirme büyük önem arz etmektedir. Bilgi sahibi olmayan ya da bilgilendirilmeyen hastalar, herhangi bir fikir beyan etmeden bütün teşhis, tetkik ve tedavi süreçlerinde alınacak kararları sağlık hizmeti sunanlara bırakmak ve söylenenler doğrultusunda hareket etmek durumunda kalmaktadır.

- Çalışmaya katılanların anket sorularına vermiş olduğu cevapların dağılımına göre hastaların en çok hekime (% 83,2) sonrasında sırayla hemşireye, kuruma ve diğer sağlık personeline (% 72,1) güven duyduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlara göre; hasta ile hekim arasındaki ilişkinin temelini oluşturan güven (Arrow, 1963) tesis edilmiş görünmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun hekime, hemşireye, kuruma ve diğer sağlık personellerine çekinmeden ve kuşku duymadan inandığı (TDK, 2019), kendileri ile ilgili alınacak kararlardan emin olduğu (McAllister, 1995), beklentileri doğrultusunda davranılacağına inandığı (Ammeter vd, 2004), hayal kırıklığına uğratılmayacağına inandığını (Luhmann, 1979: 27) göstermiş olmaktadır.

Sonuçlar, Rowe ve Calnan (2006)'ın bireysel olarak doktorlara duyulan güven duygusunun daha yüksek olduğu ifadesini destekler durumdadır.

Luhmann (1979)'nın ifade ettiği gibi hastaların sahip olduğu yüksek güven düzeyi karmaşıklığı azaltacak genel bir iletişim aracıdır, belirsizliğe karşı toleransı artırarak karmaşıklığı azaltan bir fonksiyona sahiptir ve gelecek bugünden belirliymiş gibi davranıldığından ve gelecekteki belirsizliği azaltan bir mekanizma olduğundan olumlu bir etkiye sahip olacağı beklenmelidir. Hastaların belirsizlik yönetiminde önemli bir unsur olan kişiler arası güven (Bakioğlu ve Demiral, 2013) düzeyinin yüksek olması ile bilgi paylaşımı ve olumlu etkiler oluşturabilecektir.

Yüksek düzeyde güvenin sağlanması hekim ve hasta arasındaki bilgisel eşitsizlik problemlerinin ortadan kaldırılması için (Arrow, 1963) önemli bir kurum olarak düşünülebilir.

- Hastaların bilgi ihtiyaçları ile ilgili anket sorularına verdiği cevaplara göre; en fazla hekim ve sağlık personelinin deneyimi veya nitelikleri hakkında bilgiye (%84,8) ihtiyaç duydukları, en az ise hastalığın teşhis ve tedavisi boyunca

oluşturabileceği tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konulardaki bilgiye (% 54,4) ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır.

Hastaların sağlık hizmeti alma sürecinde hastane ve hekim seçimi yapması kısıtlı imkanlar barındırmaktadır. Son teknolojik gelişmeler, internet ve sosyal paylaşım sitelerinin kullanımının bilgi paylaşımında olumlu etkisi olmasına rağmen, alınan sonuçlar hastane ve hekimler hakkında bilgi paylaşımlarının beklentilerin altında kaldığının bir göstergesi durumundadır. Diğer bir deyişle hastalar hekim ve sağlık personelinin deneyim, tecrübe ve nitelikleri konusunda bilgi eksikliği duymakta, daha fazla bilgi sahibi olmak istemektedir ve bu doğrultuda hizmet alacağı kişileri seçmek istemektedir.

Diğer taraftan en az bilgi ihtiyacı bildirilen tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konular; özellikle kamu ve tıp fakültesi hastanelerinde çoğunlukla ücretsiz sağlık hizmeti verilmektedir. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunun SGK kapsamında sağlık hizmeti alması ve özel hastanelerin özellikle SGK kapsamındaki hastalardan küçük meblağlarda fark ücretleri alıyor olması, bu konularda bilgiye ihtiyaç duyulmasını veya eksiklik hissedilmesini önleyici niteliktedir.

Katılımcıların yaklaşık % 70'nin hastalık, belirtileri, tedavisi, etkileri ve iyileşme süreci ile ilgili konularda bilgi ihtiyacı veya eksikliği bildirilmesi de göz önüne alınması ve üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur.

Sayım (2015)'in belirttiği gibi sağlık hizmetlerinde hizmet sunucuları hizmet hakkında yoğun teknik ve uzmanlık bilgisine sahiptir ve bu uzmanlık belli bir bilgi birikimi sonrasında ya da belli verileri bir arada değerlendirme kabiliyeti ve tecrübesi sonrasında ortaya çıkmaktadır.

Medikal bilgiler oldukça karmaşık olduğundan hasta ile hekim arasında bilgi farklılığı kaçınılmaz (Arrow,1963) olmaktadır. Top ve Tarcan (2007)'a göre hasta alacağı hizmet hakkında tam bilgiye sahip olamadığı halde hekimi, hastalığı ve tedavisinde ne yapılacağını bilen bir kişi olarak kabul edilmektedir. Aksine hasta sadece hastalığı ile ilgili değişiklikleri fark edebilecek durumdadır.

Araştırmanın sonuçları da bu düşüncüyü destekler durumdadır, hastaların büyük çoğunluğu hastalık ve sağlık hizmetleri konusunda bilgi eksikliği yaşamaktadır ve bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Sonuçlar sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki olağan olarak kabul edilen bilgi farklılığının (Arrow,1963; Boon

ve Steward, 1998; Gaynor ve Vogt, 1999; Guinness and Wiseman, 2011; Hicks, 2014; Şekerci, 2016; TTD, 2019) sayısal olarak, bir göstergesi veya kanıtı durumundadır.

- Hastaların hastalıkları ile ilgili yaşadıkları belirsizlik düzeyini genel anlamda yüksek olmadığı anlaşılmaktadır. Hastalar en fazla belirsizliği tedavinin amacının açıkça değerlendirebilmesi (% 52,9), en az ise hastalığın daha iyi ya da daha kötü olduğu (% 32) konusunda yaşamaktadır.

Hastalıkla ilişkili bilinmeyen olaylar, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, tahmin edilemeyen bulgular, durumdaki süregelen farklılıklar, hastalık prognozunun ve tedavi etkinliğinin belli olmaması belirsizlik algısını etkilemektedir (Small ve Graydon, 1993).

Hastaların hastanede yatış süresi ve hastalığın basitliği veya karmaşıklığına göre belirsizlik düzeyinin farklılaşabileceği (Öz, 2001) belirtilmektedir. Weisbrod (1991)'un belirttiği gibi hafif ve orta düzeyde hastalıklar için kişinin kendisi ve başkalarının tecrübelerinden yararlanması olası ve yeterli iken, ciddi ve ağır hastalıklar için hastalıkla ilgili öngörülerin paylaşımı çok daha zor olduğundan belirsizliği artabileceğine işaret etmektedir. Payment (1993)'e göre hastalığın daha ciddi veya karmaşık hale gelmesi belirsizliğin daha belirgin yaşanmasına yol açmaktadır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar kronik ve ciddi hastalıklardan ziyade akut hastalıklara yakalanan hastaların durumlarının değerlendirilmesinin bir sonucu olarak, Weisbrod (1991), Payment (1993), Öz (2001) ve Colagreco vd. (2013)'nin görüşleri ile paralellik göstermektedir.

- Hastaların alınan hizmetten memnuniyet düzeyini ölçen ifadelerle verilen cevaplar, hastaların büyük çoğunluğunun hizmetten memnun (% 71,9- % 74,4 arası) olduğunu göstermektedir.

Hastanede sağlık hizmeti yanında farklı hizmet türlerinin birlikte sunuluyor olması hasta memnuniyetinin sadece tıbbi uygulamalardan etkilenmemesine yol açmaktadır.

Bu doğrultuda; Eroğlu (2005) da müşteri memnuniyetinin tek boyutla direkt olarak ölçülemeyeceğini kökeninde birçok faktör barındırdığını belirtmektedir. Beech (1995) memnuniyetin hastanedeki bakımın yapı, süreç ve sonuçları ile alâkalı olduğu kadar, hastanın sosyo - demografik, fiziki ve psikolojik durumu, davranışları

ve beklentilerini de içerdğini belirterek farklı faktörlerin varlığını ortaya koymaktadır.

Ayrıca memnuniyet kavramını etkileyen faktörler olarak; algılanan hizmet kalitesi (Hou, 2005; Yağcı ve Duman, 2006; Şener ve Behdioğlu, 2013, Demirel vd., 2009), imaj (Marangoz ve Akyıldız, 2007), algılanan doktor imajı (Öcel, 2016), güven (Platonova vd., 2008; Kim vd., 2008), kullanılabilirlik (Casalo vd., 2008), personel hasta etkileşimi, doktor hasta etkileşimi, bilgi verme, fiziki ve çevresel koşullar, güven ve bürokrasi (Büber ve Başer, 2012), hasta mahremiyeti, tıbbi bakım ve tedavinin süresi, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilmesi, servisin temizliği (Özcan vd., 2011), dürüst satış davranışlarının (Jalali vd., 2016) da olduğu belirtilmektedir.

Birçok faktörden olumlu ya da olumsuz etkilenen memnuniyet ile ilgili bu çalışmanın sonuçları göstermektedir ki; hastaların yaklaşık % 16-17'si alınan hizmetten memnuniyet konusunda kararsız, yaklaşık % 10'u ise memnun değildir.

Hastaların bu durumuna etkisi olan faktörleri tespit etmek, değerlendirmek ve sonuca göre hareket etmek, hastane işletmeleri açısından dikkate alınması gereken bir husustur. Bu bağlamda memnuniyeti etkileyen faktörler arasında hastaların bilgi ihtiyacı ve hizmet alma sırasında içinde buldukları psikolojik durumun incelenmesi de gerekmektedir.

- Hastaların sadakat düzeyleri ile ilgili ifadelerle göre; hastaların % 63,1'nin herhangi bir sağlık problemi yaşadığında tekrar aynı hastaneyi tercih edeceğini belirtirken, % 68,2'si ise hastaneyi çevredekilerine tavsiye edeceğini belirtilmektedir.

Memnuniyette olduğu gibi sadakatin sağlanması konusunda da, özellikle hastalardan hastaneyi tercih etme konusunda kararsız ve olumsuz durum bildiren % 36,9'luk kısmı ile tavsiye etme konusunda kararsız ve olumsuz durum bildiren % 31,2'lik kısmının, sadık birer müşteriye dönüştürülmesi için iyi analiz edilmesi gerekmektedir.

Memnuniyette olduğu gibi sadakatin sağlanması hususunda da farklı faktörlerin etkisi olması kuvvetle muhtemeldir. Nitekim bu çalışmada anlamlı ve pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu bulgulardan anlaşılan ve yazında da sadakat üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu belirtilen memnuniyet (Boulding vd. 1993; Oliver, 1980; Fornell ve Wernerfelt, 1988; Cronin ve Taylor, 1992; Kotler, 2000; Chen ve Chang, 2006; Kotler ve Keller, 2012; Orel ve Kara, 2012; Cengiz, 2013;

Uyar, 2019)'in yanı sıra hizmet kalitesi (Gülmez, 2005; Türk, 2009; Demirel vd., 2009; Yıldız ve Çilingir, 2010; Suki, 2011), hekim tutumları ve tedavi bedelleri (Varinli ve Çakır, 2004), algılanan şirket imajı (Marangoz ve Akyıldız, 2007), doktora güven (Platonova vd., 2008), kullanılabilirlik (Casalo vd., 2008), müşteri beklentileri (Çatı vd., 2010), risk algısı (Demir, 2011) ve fiziki ortam (Büber ve Başer, 2012) gibi faktörlerin sadakat üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bu faktörlere başka faktörler de eklenebilir, memnuniyet ile ilgili belirtildiği gibi sadakat üzerinde de hastaların bilgi ihtiyacı ve hizmet alma sırasında içinde buldukları psikolojik durumun incelenmesi de gerekmektedir.

Bu çalışma bu iki faktörün memnuniyet ve sadakate etkisini inceleyerek, sonuçlarını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda geliştirilen hipotezlerin sınanmasına dair sonuçlar sonraki bölümlerde tartışılmaktadır.

✓ **Hipotezlerin testi için yapılan analiz sonuçlarına göre;**

- Hastaların bilgi ihtiyacı ile belirsizlik algısı arasında herhangi bir ilişki bulunamazken, bilgi ihtiyacının memnuniyet ve sadakat düzeyi üzerinde negatif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Belirsizliğin hasta ile hekim arasındaki asimetrik bilgiden kaynaklandığını ve bilgi farkı ile belirsizlik arasındaki ilişkinin varlığını belirten çalışmalarla (Arrow, 1963; Akerlof, 1970; Mishel, 1988; Galloway ve Graydon, 1996; Uçak, 1997; Kömerik ve Muğlalı, 2005; Saares ve Suominen, 2005; Demir vd., 2009; Ersanlı ve Uysal, 2015; Şekerci, 2016) tutarlılık göstermemektedir. Bu durum araştırmanın akut ve çok ciddi problemler içermeyen hastalıklara yakalanmış hastalarla yapıyor olmasının bir sonucu olabilir.

Ayrıca özellikle hekim ve hemşireye duyulan yüksek güven düzeyi ile hastaların hastalıkları ile ilgili çeşitli bilgi kaynaklarından yararlanarak az da olsa bilgi ihtiyacını önceden karşılamış olması yüksek belirsizlik yaşanmasını engelleyebilmektedir. Böylece çalışma sonucunda elde edilen sonuçlarda olduğu gibi belirsizlik algısı düzeyi düşük olabilmektedir.

Daha önceden bilinen, benzer bir durumda yapılan çıkarımlar kullanılarak (Festinger, 1954) örneğin adil dünya inancı ile bir belirlilik elde ediliyor (Küçükkömürler, 2017) olabilir. Mishel ve Braden (1987)'in sağlık hizmeti sağlayıcısına duyulan güven ve inancın daha düşük bir genel belirsizlik seviyesine,

hastalığın durumu hakkında daha az belirsizliğe ve tedaviyle ilgili daha az algılanan karmaşıklığa yol açacağı görüşü ile uyumluluk göstermektedir.

Sağlık hizmetinden yaralanan hastaların genel memnuniyet ve sadakat düzeyi üzerinde hastalıkları ve çeşitli sağlık konularında yaşadıkları bilgi eksikliği (ihtiyacı) veya hizmet sunanla aralarındaki bilgi farklılığının orta düzeyde negatif yönlü, memnuniyet ve sadakati azaltıcı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Bilgi ihtiyacı memnuniyet üzerinde % 21,4 ve sadakat üzerinde ise % 17,4 oranında etki ederek değişim oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın elde edilen sonuçları bilgi ihtiyacı ile memnuniyet ve sadakat arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar (Grabow ve Buse,1990; Özcan vd., 2013; Mekuria vd. , 2016; Demirkıran ve Uzun,2012) ile tutarlılık göstermektedir.

Alışveriş ilişkisinde taraflar arasındaki bilgi farklılığının piyasa aksaklıklarına yol açacağına dair yazında birçok çalışmayı görmek mümkündür. Diğer sektörlerin yanında sağlık hizmetlerinde memnuniyet ve sadakat üzerinde birçok faktörün etkili olduğu çalışmanın önceki bölümlerinde belirtilmişti. Literatürde hastalık ve sağlık hizmetleri konusunda bilgi farklılığının ve bilgi ihtiyacının tespitini amaçlayan birçok çalışma varken, karşılaştırma yapılabilecek özellikte çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır.

Temel ve Aydın (2018)'a göre sağlık hizmetlerinde hastaların aldıkları hizmete dair bilgilerinin hiç olmaması ya da kısıtlı olmasından dolayı hastane, hekim ya da sağlık hizmeti dışında kalan yanlış tedavi yöntemlerine yönelmelerine neden olabilmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde beklentiler yönünde en iyi çıktının elde edilmesi, diğer bir deyişle iyileşmenin sağlanması konusunda olumsuz etki oluşturması olağan bir durum olarak görülmektedir.

- Hastaların bilgi ihtiyacı veya eksikliğini giderme yolu olarak gösterilen hastane deneyimine göre bilgi ihtiyacı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır.

Bu durum hastalık ve hastane deneyiminin bilgi ihtiyacını karşıladığı ve olumlu etkilere yol açtığına dair yazında yer alan bazı çalışmalarla (Krikelas, 1983; Goodare ve Lockwood, 1999; Yılmaz, 2001; Lamiani ve Furey, 2009; Aydemir vd., 2011; Tan vd., 2013; Dursun ve Yılmaz, 2015; Uzun vd., 2017) tutarlılık göstermemektedir.

Ancak çalışmalarda kronik ve ciddi hastalığı olan hastaların incelenmesi, hastaların yoğun olarak hastane ve sağlık hizmeti kullanmış olma olasılığını artırmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın akut ve çok ciddi hastalık tablosuna sahip olmayan hastaları kapsaması ve bu hastaların önceki hastane ve hastalık deneyimlerinin daha az olması veya farklı bir hastalıktan dolayı deneyimin farklı özellik taşıması gibi durumlardan dolayı bilgi ihtiyacı ile deneyim arasında ilişkinin tespit edilememesi sonucunu doğurduğu düşünülmektedir.

Hastaların bilgi ihtiyacı veya eksikliğini giderme yolu olarak önerilen hizmet almadan önce araştırma yapıp yapmamanın, bilgi ihtiyacının alt boyutu olan sistem bilgisi açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma oluşturduğu ve araştırma yapanların daha fazla bilgi ihtiyacı hissettiği tespit edilmiştir. Ancak özellikle hastalıkla ilişkili diğer bilgi ihtiyacının alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma oluşturmamaktadır.

Bu durum araştırma yapmakla bilgi ihtiyacının veya farklılığının giderilebileceğine dair yazında yer alan bazı çalışmalarla (Pautler vd. 2001; Yirmibeşoğlu vd., 2005; Şen vd., 2008; Erdoğan, 2008; Fidan, 2013; Ladd, 2016) kısmen tutarlılık göstermektedir.

Hekim, sağlık personeli ve sağlık hizmetinin nitelikleri ile ilgili olan sistem bilgisinin araştırılması, beklentileri karşılayacak bir hizmet kalitesinin hizmeti sunan kurum ve bireyler açısından tahmin yapma ihtiyacından doğduğu söylenebilir. Ancak araştırma yapanların özellikle daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğunu belirtmesi de oldukça manidardır. Çünkü elde edilen her bilgi bireyin ne kadar bilgi eksikliği yaşadığının farkında olmasına ve daha fazla bilgi arama ve elde etmek için çaba harcaması ve ihtiyaç bildirmesine yol açabilmektedir.

Öte yandan özellikle hastalıkla ilgili bilgi ihtiyacı alt başlıklarında anlamlı bir farklılaşma bulunamaması, Lim (2007) tarafından belirtildiği gibi günümüz bilgi teknolojileri hastanın sağlık bilgisine erişimini artırsa bile, bir hastanın sağlık veya hastalıkla ilgili tıbbi bilgileri anlamak, yorumlamak ve değerlendirmek için yeterli yeteneğe sahip olması pek mümkün değildir. Bu bağlamda araştırma yapma veya yapmamanın sadece tıbbi bilgilerin elde edilmesi ile bilgi ihtiyacı veya farklılığını ortadan kaldırılamayacağını göstermekte, böylece araştırma yapan ile yapmayan arasında gözle görünür bir farklılık oluşmamaktadır. Sadece bilgiyi elde etmekten ziyade bilgiyi yorumlayabilmek ve anlamlandırabilmek önem kazanmaktadır.

Hastaların bilgi ihtiyacı veya eksikliğini giderme yolu olarak önerilen sağlık eğitimi programına katılma durumunun bilgi ihtiyacının alt boyutu olan sistem bilgisinde anlamlı bir farklılaşma oluşturmadığı fakat hastalıkla ilişkili diğer bilgi ihtiyacının alt boyutlarında ise anlamlı farklılaşmanın meydana geldiği tespit edilmiştir.

Buna göre bir sağlık eğitim programına katılan hastanın diğerlerine göre daha fazla bilgi ihtiyacı hissettiği tespit edilmiştir. Bu durum bir eğitim programına katılmakla bilgi ihtiyacının veya farklılığının giderilebileceği, hastaların hizmet sürecine daha etkin katılabileceği ve sağlık hizmeti çıktılarının beklentiler doğrultusunda daha istendik düzeylerde gerçekleşeceğini vurgulayan çalışmalarla (Miller vd., 1990; Tokem, 1999; Akyolcu, 2003; Hoving vd., 2010; Aziznezhad vd., 2010; Demirkıran ve Uzun, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015; Yılmaz ve Özkan, 2015; Şahin vd., 2015; Atmaca vd., 2015) tutarsızlık göstermektedir.

Ancak bir hastanın sağlık veya hastalıkla ilgili tıbbi bilgileri anlamak, yorumlamak ve değerlendirmek için yeterli yeteneğe sahip olması pek mümkün değildir (Lim, 2007). Itoga (1992)'ya göre her insan bilgiyi farklı algılar ve içeriğinden farklı anlamlar çıkarabilir. Bu bağlamda bir eğitim programına katılarak tıbbi bilgilerin elde edilmesi ile bilgi ihtiyacı veya farklılığının ortadan kalkmayacağı, aksine elde edilenden daha çok bilgi eksikliği veya ihtiyacının olduğunun farkına varılması ve daha fazla ihtiyaç bildirilmesine yol açabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan eğitime katılmayan hasta içinse tersi durum yani bilgi eksikliğinin veya farklılığının farkında olunmaması bilgiye ihtiyaç duyulduğunun dile getirilmesini önlemekte ve tüm karar mekanizması ve yetkinin hekime bırakılması sonucunu ortaya çıkarabilmekte, hastanın sağlık hizmeti süreci içerisinde pasif bir rol almasına yol açabilmektedir. Burada hastanın bilgiyi elde etmesi, farkındalığının artması ve sağlık hizmeti süreci içerisinde aktif bir rol oynaması ve olumlu çıktılar elde edilmesi yolunda katkı sağlaması önem kazanmaktadır.

Hastaların bilgi ihtiyacı veya eksikliğini giderme yolu olarak önerilen bilgilendirme durumunun bilgi ihtiyacının alt boyutu olan sistem bilgisi açısından anlamlı bir farklılaşma oluşturmadığı fakat hastalıkla ilişkili diğer bilgi ihtiyacının alt boyutlarında ise anlamlı farklılaşmanın meydana geldiği tespit edilmiştir.

Buna göre bir hekim, hemşire veya diğer sağlık personeli tarafından bilgilendirilen hastaların bilgilendirilmeyen hastalara göre daha fazla bilgi ihtiyacı hissettiği tespit edilmiştir. Bu durum bilgilendirilenin bilgi ihtiyacının veya farklılığının giderilebileceğini vurgulayan çalışmalarla (Vallerand, 1994; Executive, 2000; Başkale vd., 2015; Izumi vd.,2006; Kırılmaz, 2013; Kısa 2007; Grabow ve Buse,1990; Mekuria vd., 2016) tutarsızlık gösteriyor gibi görünmekte ise de Lim (2007)'in görüşleri ile paralellik göstermektedir.

Sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilen veya bilgi verilen hastalar, bilgi eksikliklerinin ne kadar fazla olduğunun farkına vararak bu çalışmada görüldüğü gibi daha fazla bilgilendirilme veya bilgi verilmesine ihtiyaç duyduklarını ifade edebileceklerdir.

- Hastaların bilgi ihtiyacı bireyin klinik veya poliklinikte sağlık hizmeti almasına göre farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmada yatarak tedavi alan hastaların bilgiye daha fazla ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir. Hafif ve orta düzeyde hastalıklar için kişinin kendisi ve başkalarının tecrübelerinden yararlanması güçlü bir şekilde olası ve yeterli iken, ciddi ve ağır hastalıklar için hastalıkla ilgili öngörülerin paylaşımı çok daha zor olduğundan belirsizlik artmaktadır. Bu durum ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar arasında belirsizlik algısı açısından farklılıklar olabileceğine işaret etmektedir (Weisbrod, 1991).

Yatarak tedavi gören hastaların hastalığın teşhisi ve sonrasında yatarak tedavisinin yapılması esnasında çok farklı ileri tahlil, tetkik, görüntüleme işlemleri ve tedavi uygulamalarına maruz kalmaları, durumun karmaşık bir hal almasına yol açabilmektedir. Dolayısıyla hasta tüm bu karmaşık ve yeni uygulamalar konusunda bilmediği şeyleri öğrenmek için bilgi ihtiyacı veya talebini ifade etmek durumunda kalacaktır.

Hastaların poliklinik / klinik türüne göre bilgi ihtiyaçlarında anlamlı farklılaşmalar tespit edilmiş olup, tıpta farklı uzmanlık dallarının, bireyin farklı bedensel ve ruhsal özellikleri ile ilgileniyor olması ve her tıp dalının kendi alanına giren hastalıklardan kaynaklanan ve çoğunlukla bireyler üzerinde aynı etkiyi göstermeyen, vücudun farklı bölgelerini etkileyen farklı şiddette şikayet ve rahatsızlıklara yol açabileceğinden hareketle bireylerin hastalıkları ile ilgili farklı bilgi ihtiyacı düzeylerine sahip olması ve bunu ifade etmesi olağan bir durumdur.

- Hastaların özel, kamu ve tıp fakültesi hastanelerine göre bilgi ihtiyaçlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tıp fakültesi hastanesi hastaları en fazla bilgi ihtiyacı bildiren hastalarken, özel hastanede sağlık hizmeti alan hastalar en az bilgiye ihtiyaç duyan hastalar olarak tespit edilmiştir. Bu farklılıkların oluşmasında kişilerin bireysel özellikleri, hastalığın türü ve şiddeti, ilgili olduğu uzmanlık dalının yanı sıra hastanelerin kendi aralarındaki bazı farklılıkların da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Şöyle ki tıp fakültesi hastanelerinin hem 3. düzey hastane olmalarından dolayı en ciddi vakalara en ileri teknoloji ve tekniklerle müdahale etmeleri hem de tedavi hizmetlerinin de daha karmaşık süreçler barındırması bireyleri daha fazla bilgi talebine sevk edebilir.

Özel hastanelerin kar amacı güden bir işletme olarak müşteri odaklı, hastalarla daha fazla iletişim kurmaya, belirli sayıda hastaya belirli bir zaman periyodu içinde hizmet vermeye, hasta hekim arasında daha fazla iletişim çabaları sonucu hastaların daha az soru işaretlerine sahip olmasına yani bilgi ihtiyacı talebinin daha az olmasına yol açabilmektedir.

- Hastaların belirsizlik algısı memnuniyet düzeyi üzerinde negatif etkiye sahipken, sadakat üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

Bireysel ve kişiye özel olan hastalıkla ilgili belirsizlik; yaşamı tehdit edici bir hastalıktan etkilenen insanlar için en büyük stres kaynağı (Santacrose, 2002), rahatsızlık veren (Bar-Anan vd. 2009), insanlarda gerilim ve strese yol açabilen ve bireyin tutumunu olumsuz yönde etkileyebilen (Ersanlı ve Uysal, 2015: 48) bir durumdur.

Bu doğrultuda yazında belirsizlik algısındaki artışın memnuniyette düşüş eğilimine yol açacağı (Kazer vd., 2013), hastalarla ilgili klinik belirsizliğe açıklama getirilmesinin de hastaların memnuniyetini artıracacağı (Johnson vd., 1988; Gordon vd., 2000; Bristowe vd., 2015) vurgulanmaktadır.. Kazer vd. (2011)'e göre belirsizliği azaltan ve tehlike algılarını yöneten müdahaleler, tedavi sonucu hem yaşam kalitesini hem de memnuniyeti potansiyel olarak iyileştirebilmektedir. Hastalığın tedavi süresi uzadıkça daha yoğun belirsizlik ve devamında ümitsizlik yaşanmasına neden olacağı belirtilmektedir (Öz, 2001).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre belirsizlik ve memnuniyet arasındaki ilişkiye dair elde edilen bulgular, yazında yer alan bazı çalışmalar ile tutarlılık

göstermekte iken, belirsizlik ve sadakat arasındaki bulgular desteklenmemektedir. Belirsizlik algısının, hastanede sağlık hizmeti alan bir müşteri olarak hastaların beklentileri ile kullanım sonrası değerlendirme aşamasında, olumlu etkilere sahip faktörler yanında olumsuz etkiye sahip bir faktör olarak göz önüne alınması gerekmektedir.

Sağlık kuruluşları; Engiz (1997)'in belirttiği gibi hastaların tıbbi ihtiyaçları yanında, duygusal, estetik ve kültürel ihtiyaç ve isteklerine cevap verebilir duruma gelmek zorundadır.

Hasta bir bütün olarak oluştuğu bedensel parçaların toplamından çok daha fazlasıdır. Alınan hizmetten memnuniyetin ölçümünde, hizmet alanların bilişsel ve ruhsal davranışlarıyla ilgili bilgi sağlanması gerekmekte iken bu davranışlar soyut bir durum olduğu için ölçülmesi kolay olmamaktadır (Şengül, 2008). Kim vd. (2004)'ne göre davranışsal ve tutumsal boyuttan oluşan sadakat kavramının yazında memnuniyet tarafından güçlü bir şekilde etkilendiğinden bahsedilse de duygusal ve psikolojik bağlılık özelliğinden dolayı, hizmetin performansının değerlendirilmesi olan memnuniyet kavramından daha ileri bir boyutu kapsamaktadır.

Bu bağlamda çalışmanın sonuçlarına göre duygusal ve psikolojik özellikler barındıran belirsizlik algısının olumsuz etkisinin memnuniyetin ötesine geçerek müşterinin (hasta) davranışsal ve tutumsal bağlılığına etki eden bir faktör olarak değerlendirilmesi mümkün görünmemektedir.

- Hastaların kuruma ve sağlık profesyonellerine duymuş oldukları güven duygusuna ait ortalamalar farklılık göstermektedir. Hastaların doktora ve hemşireye duyduğu güven düzeyi, kuruma ve diğer sağlık personeline duyduğu güven düzeyinden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç, hastanın daha fazla etkileşim ve ilişki içerisinde olduğu hekim ve hemşirenin öncelikli hizmet sunucuları olması ve daha fazla iletişim kurma imkânına sahip olunması ile ilişkilendirilebilir.

Hizmet sunumu esnasında hekim ve hemşirenin hastaya karşı tutum ve davranışları güvenin kazanılması ve sürdürülebilirliği açısından çok büyük önem arz etmektedir.

Yazında güven kavramının uyum (Skirbekk vd., 201; Gülcemal ve Keklik, 2016) memnuniyet (Thom vd., 2002; Yılmaz ve Akkaya, 2009; Shabbir vd., 2010; Ertong, 2011; Oneto vd., 2015; Ertong, 2018) ve sadakat (Mainous, 2001; Asunakutlu, 2002; Kim vd., 2008; Çabuk ve Demirci, 2008 ; Li, 2011; Gürbüz ve

Doğan, 2013; Bakioğlu ve Demiral, 2013; Loureiro vd., 2014 Dölarslan ve Özer, 2014; Demirgüneş, 2015; Jimenez and San-Martin, 2016) üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu ve önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır.

- Bu çalışmanın odağında yer alan güven düzeyinin hasta memnuniyeti ve sadakati üzerinde oluşturabileceği direk etkilerden ziyade, bilgi eksikliği ve belirsizlik algısı kavramlarının olası olumsuz etkilerinin yönü ve şiddetini, ılımlaştırıcı bir değişken olarak nasıl etkilediği incelenmektedir. Belirsizlik algısının; algısal, zihinsel ve psikolojik boyutu ile kişiye özel olmasının yanında, sadakatın de alınan hizmetin performansının değerlendirilmesinden ziyade daha uzun bir süreyi kapsayan davranışsal ve tutumsal boyutlu ilişkilerin kurulmasında duygusal ve psikolojik bir bağlılık niteliğine sahip olması, sadakat düzeyinin belirsizlik algısından ziyade daha farklı etkenlerden etkilendiğini düşündürmektedir.

Hastaların güven düzeyi hem bilgi ihtiyacı hem de belirsizlik algısı ile memnuniyet ve sadakat arasında ılımlaştırıcı bir etkiye sahiptir. Bilgi ihtiyacının memnuniyet ve sadakat üzerindeki anlamlı ve negatif etkisi, ılımlaştırıcı etki sayesinde pozitif etkiye dönüşmektedir.

Belirsizlik algısının memnuniyet üzerinde anlamlı ve negatif etkisi ile sadakat üzerindeki anlamlı olmayan ve negatif etkisi, ılımlaştırıcı değişken sayesinde pozitif ve anlamlı bir ilişkiye dönüşmektedir. Çalışmanın bulgularını karşılaştırmak amacıyla ne hastaların bilgi ihtiyacının ne de belirsizlik algısının memnuniyete ve sadakat düzeyine etkisi üzerine güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisini inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Hizmet sektörü içerisinde çalışmanın önceki bölümlerinde ayrıntılı olarak incelenen sağlık hizmetleri sektörü kendine has özellikleri ile ayrı bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde arzın ve talebin belirsizliği, yoğun uzmanlık bilgisini barındırması, sağlık hizmeti sunanla kullananlar arasındaki bilgi farklılığı ve sağlık hizmetlerinin çıktısı olarak hastanın iyileşmesi veya sağlığına tekrar kavuşturulması öne çıkan özellikler olarak sayılmaktadır.

Yazında sadece sağlık hizmetlerinde değil her alanda önemi konusunda fikir birliği bulunan bilgi kavramı, alıcı ve satıcı ilişkisinin olduğu her aktivitede tam bilgi- eksik bilgi, simetrik bilgi - asimetric bilgi şeklinde karşılaştırma ve incelemelere konu olmuştur. Satıcı ve alıcı arasındaki bilgi farklılığı temeline oturtulan asimetric bilgi kavramı birçok çalışmalarda incelenirken, varlığından ve yol açtığı piyasa aksaklıklarından bahsedilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hekim ve hasta arasında da bilgi farklılığından kaynaklanan asimetric bilginin var olduğu genel bir görüş olarak belirtilmektedir. Ayrıca özellikle sağlık hizmetlerinde yoğun teknik ve uzmanlık bilgisinden kaynaklanan asimetric bilginin, hastaların hastalıkları ile ilgili anlam belirsizliği, karmaşıklık, tutarsızlık ve tahmin edilemezlik yoluyla belirsizliklere yol açtığı belirtilmektedir.

Satıcı ve alıcı ilişkisi içinde sunulan sağlık hizmetinin performansının beklentiler doğrultusunda değerlendirilmesinin bir sonucu olarak memnuniyet ve sadakatin, yazında birçok faktörün etkisi altında kaldığı vurgulanmaktadır.

Gaziantep ilinde seçilmiş hastanelerde sağlık hizmeti alan hastaların ifadelerine dayanan bu çalışmada; asimetric bilginin varlığı, hastaların hastalıkları ile ilgili yaşamış oldukları belirsizlik düzeyi, bu iki durumun memnuniyet ve sadakat

üzerindeki etkisi ve bu etki üzerinde hastanın güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca hasta ve hekim arasında asimetrik bilgi düzeyinin deneyim, araştırma yapma, sağlık eğitimi ve bilgilendirilme açısından karşılaştırılması, bilgi ihtiyacı (eksiklik), belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyinin hastane türü, tedavi (hizmet) şekli ve poliklinik/klinik göre karşılaştırılması yapılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre;

- Hastanelerde sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar ile hekim arasında yüksek düzeyde bilgi farklılığı olduğu ortaya konmuş ve sağlık hizmetlerinde asimetrik bilginin varlığı kanıtlanmıştır.

- Hastalar özellikle hekim ve sağlık personelinin deneyim ve nitelikleri ile tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi konusunda yüksek düzeyde bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca hastalar hastalıkları ile ilgili hastalığın kendisi, tedavisi ve seyri hakkında da yüksek düzeyde bilgiye ihtiyaç duymakta yani bilgi talep etmektedir.

- Sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar hastalıkları ile ilgili orta düzeyde belirsizlik algısı yaşamaktadır.

- Sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar başta hekim olmak üzere sırasıyla hemşire, sağlık kurumu ve diğer sağlık personellerine yüksek düzeyde güven duymaktadır. Ancak güven duyma konusunda hastaların yaklaşık % 17'lik kısmı kararsız, % 6'lık kısmı da güven duymamaktadır.

- Sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar aldıkları hizmetin beklentilerine uygunluğu yönünden yüksek düzeyde memnun ve hizmet deneyimi sonrası yüksek düzeyde davranışsal ve tutumsal sadakate sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak halen memnun edilmesi gereken yaklaşık % 16 kararsız ve % 6 memnun olmayan ve sadakat konusunda da yaklaşık % 20 kararsız ve % 14 kuruma sadık olmayan bir hasta kitlesi bulunmaktadır.

- Hastanelerde ayakta tedavi gören hastalar; hastalıkları ile ilgili daha fazla belirsizlik yaşamakta iken, yatan hastalar ise daha fazla bilgiye ihtiyaç duymakta ve daha fazla güven, memnuniyet ve sadakat düzeyine sahip durumdadır.

- Kamu hastanelerinde tedavi gören hastalar hastalıkları ile ilgili belirsizliği en fazla yaşayan kesim iken, tıp fakültesi hastanesindeki hastalar belirsizliği en az yaşamaktadır. Tıp fakültesi hastanesindeki hastalar en fazla bilgi ihtiyacı olan kesim iken, kamu hastanelerindeki hastalar ise en az bilgiye ihtiyaç duyan bireylerdir. Özel

hastanelerdeki hastalarda güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi diğerlerine göre en yüksek seviyededir.

- Nöroloji polikliniği hastaları fizik tedavi polikliniği hastalarına göre hastalıkları ile ilgili daha fazla belirsizlik yaşamakta iken, fizik tedavi polikliniği ve nöroloji kliniği hastalarının güven düzeyi, nöroloji polikliniği hastalarına göre daha yüksektir.

- Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar; hastalık, tedavisi ve seyri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duymakta yani bilgi talep etmektedir.

- Hekim ve sağlık personelinin deneyim ve nitelikleri ile tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi konusunda en fazla tıp fakültesi hastanesindeki hastalar bilgiye ihtiyaç duyarken en az özel hastanedeki hastalar ihtiyaç duymaktadır. Hastalık, tedavisi ve seyri konusunda en fazla tıp fakültesi hastanesindeki hastalar bilgiye ihtiyaç duyarken en az kamu hastanelerindeki hastalar ihtiyaç duymaktadır.

- Hastalık bilgisi konusunda genel cerrahi kliniğindeki hastalar genel cerrahi polikliniğindeki hastalara göre daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarken, prognoz bilgisi konusunda ortopedi kliniğindeki hastalar ortopedi polikliniğindeki hastalara göre daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadır.

- Bilgi ihtiyacı açısından hastaların hastane veya hekim deneyimi herhangi bir farklılık oluşturmamaktadır.

- Sağlık hizmetleri ile alakalı bir sağlık eğitimi programına katılan hastalar hastalık, tedavisi ve seyri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duymakta yani bilgi talep etmektedir.

- Sağlık hizmeti almadan önce herhangi bir araştırma yapmayanlar, hastalık hakkında araştırma yapanlardan daha fazla hekim ve sağlık personelinin deneyim ve nitelikleri ile tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi konusunda bilgiye ihtiyaç duymaktadır.

- Hastalık, tedavisi ve seyri hakkında hekim ve hemşire tarafından bilgilendirilen hastalar en fazla bilgiye ihtiyaç duyarken, en az bilgi ihtiyacını bilgilendirilmeyen hastalar bildirmektedir.

- Hastaların bilgi ihtiyacı (eksiklik) belirsizlik algısına etki etmemektedir. Bilgi ihtiyacı (eksiklik) memnuniyet ve sadakat düzeyini ise orta düzeyde ve azaltıcı (ters yönde) bir etkiye sahiptir.

- Belirsizlik algısı memnuniyet düzeyine çok düşük düzeyde ve azaltıcı bir etkiye sahipken sadakat düzeyine herhangi bir etkisi bulunmamaktadır.
- Memnuniyet sadakat düzeyini çok yüksek düzeyde ve olumlu bir şekilde etkilemektedir.
- Bilgi ihtiyacının belirsizlik algısına etkisinde güven düzeyinin çok düşük düzeyde de olsa ters yönlü ılımlaştırıcı etkisi bulunmaktadır.
- Bilgi ihtiyacının memnuniyete etkisinde güven düzeyinin düşük düzeyde de olsa olumlu ılımlaştırıcı bir etkisi bulunmaktadır.
- Bilgi ihtiyacının sadakate etkisinde güven düzeyinin çok düşük düzeyde de olsa olumlu ılımlaştırıcı bir etkisi bulunmaktadır.
- Belirsizlik algısının memnuniyete etkisinde güven düzeyinin çok düşük düzeyde de olsa olumlu ılımlaştırıcı bir etkisi bulunmaktadır.
- Belirsizlik algısının sadakate etkisinde güven düzeyinin çok düşük düzeyde de olsa olumlu ılımlaştırıcı bir etkisi bulunmaktadır.

Araştırma sonuçları, literatürde bahsedildiği gibi sağlık hizmetleri alanında; özellikle hizmete dair mesleki ve uzmanlık bilgisi sayesinde tam bilgi sahibi olan hekim ve sağlık personelleri karşısında hastaların yüksek düzeyde bilgiye ihtiyaç duyan ve bilgiyi talep eden konumunda olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın sonuçları diğer bazı sektörlerde olduğu gibi satıcı ile alıcı veya hizmet veren ile alan arasındaki ürün veya hizmete dair yaşanan asimetrik bilginin, sağlık hizmetleri alanında da sağlık hizmetini sunan ile hizmetten faydalanan hasta arasında asimetrik bilginin var olduğunu göstermektedir.

Ayrıca asimetrik bilginin verilen hizmetin performansını, kalitesini ve beklentileri karşılayıp karşılamadığını gösteren memnuniyet düzeyini ve hastaların uzun dönemde kurumla ilgili niyetlerini ve bağlılıklarını da düşürücü bir etkiye yol açtığını göstermektedir. Bu bağlamda asimetrik bilgi problemi hastanelerin sağlık hizmetleri pazarlamasında ve faaliyetlerini uzun yıllar boyunca sürdürebilmesini sağlayacak olan memnun ve sadık müşterileri elde etme çabalarına zarar verebilecek bir konuma sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık ve tıp bilimleri literatüründe özellikle klinik hizmetlerde hastalıkla ilgili belirsizlik algısı; teşhis öncesi hasta psikolojisine, sağlık hizmetlerinin çıktısı olarak iyileşme ve iyileşme tablosuna, taburculuk sonrası yaşam kalitesine etkisine dair birçok çalışmada yer almıştır. Hastalıkla ilgili belirsizlik algısının yüksek olduğu

durumlarda endişe, kaygı, anksiyete ve depresyona kadar çıkan psikolojik bozukluklara yol açtığı da yazında yer alan çalışmalarda dile getirilmektedir.

Bu bağlamda çalışma sonuçları; hastalıkta belirsizlik algısının yol açtığı olumsuzlukların memnuniyet düzeyini düşürücü bir etkiye yol açtığını göstermektedir. Fakat hastaların uzun dönemde kurumla ilgili niyetlerini ve bağlılıklarını etkilemediğini de göstermektedir.

Sonuçlar hizmet öncesi ve esnasında hastanın psikolojik durumunun (belirsizlik algısı), hasta memnuniyetinin sağlanması için gereken kriterler içinde düşünülmesini, etkilerinin en aza indirilmesinin sağlanması gerektiğini, hastanelerin müşteri odaklı olabilmesi için müşterinin (hasta) psikolojik durumuna da odaklanmasının gerektiğini göstermektedir.

Sosyal psikoloji, sosyoloji, ekonomi ve pazarlama gibi birçok bilim dalında araştırmalara konu olan güven kavramının; çekinme ve kuşku duymayı engelleyen, emin olmayı sağlayan, itibar etme duygusu veren, birine karşı savunmasız olmaya gönüllük sağlayan, yapılması gereken her şeyin yapıldığı hissini veren, karmaşıklığı azaltan, güvenlik hissi veren ve risk almayı sağlayan, belirsizliği azaltan ve psikolojik rahatlama sağlayan olumlu etkileri bulunmaktadır. Bu yönüyle ve hangi alanda olursa olsun kişiler arası iletişimde anahtar konumundadır.

Çalışmanın sonuçları; sağlık hizmetlerinde güven kavramının olumlu etkilerinden ziyade bu çalışmanın iki boyutu olan asimetrik bilgi ve hastalıkla ilgili belirsizlik algısının olumsuz etkilerini nötralize eden veya yokmuş hissi veren etkisi; ılımlaştırıcı etkisinin analiz edilmesi ve elde edilen sonuçlarla ortaya konmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları; sağlık ve hastalık ile ilgili konuların çok teknik bilgiler içermesi ve hastaların bu konulara hakim olup, bilgi ihtiyaçlarını uzmanlık bilgisi düzeyinde karşılaması ve belirsizliği tam anlamıyla ortadan kaldırmaları pek mümkün görünmediğinden dolayı hastaların memnuniyeti ve sadakatinin maksimize edilebilmesi için hem hasta ile kurum hem de hasta ile hekim ve sağlık personelleri arasında güven kavramının tesisi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışma, hizmet sunucularının hastaların sağlık hizmetleri ve hastalıkları ile ilgili bilgi ihtiyaçlarını karşılamaları ve hastaların hastalıkları ile ilgili belirsizlik algısı düzeylerini düşürecek çözüm yollarını ve güven düzeylerini artıracak etmenleri belirleyerek, uygulamaları hayata geçirmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada incelenen kavramların arasındaki ilişkileri bir arada inceleyen çalışmaların literatürde pek yer almadığı göz önüne alındığında, araştırmanın oluşan bu boşluğu dolduruyor olması oldukça önemli bir husustur.

Araştırmanın Gaziantep İlinde faaliyet gösteren 4 kamu, 3 özel ve 1 üniversite hastanesinde belirli bir tarih aralığında yapılıyor olması, hastanelere tüm yıl boyunca başvuran ve tedavi gören hasta profilini yansıtmaması, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılan anket uygulamasının belirli bir zaman gerektirmesi ve katılımcıların zaman problemi nedeniyle sorulara rastgele cevap verme ihtimali, katılımcılara sorulan soruların anlaşılabilmesi, yanlış anlaşılması veya yanlış cevaplanma ihtimali araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

ÖNERİLER

Araştırma ile elde edilen sonuçlara göre sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastane yöneticileri, sağlık hizmeti sunucuları, hastalar ve benzer konularda araştırma yapmayı düşünen araştırmacılara getirilen öneriler aşağıda sunulmuştur;

- **Sağlık hizmetinin sağlayıcıları olarak ilgili bakanlık ve hastane yönetim kurullarına öneriler;** Sağlık hizmetlerinde müşteri (hasta) memnuniyeti ve sadakatini maksimize etme, bilgi ihtiyacı ve hastalıktan kaynaklanan psikolojik durumun iki değişkene etkisi ve güven konularında getirilen öneriler aşağıda verilmiştir. Bunlar;

- ✓ Sağlık kuruluşlarında bilgi ihtiyacını karşılamak üzere hastaların kullanımına açık dokunmatik, hem normal hem de engelli hastaların kullanımına uygun, görsel ve işitsel olarak sonuç gösterebilen, hastaların anlayabileceği düzeyde veri sağlayan tablet veya bilgisayar ekranlarından oluşan bilgilendirme noktalarının kurulması önerilmektedir.

- ✓ Hasta danışma hizmetlerinin ötesinde hasta hakları, halkla ilişkiler birimi vs. gibi bilgi ihtiyaçlarını karşılayacak, konusunda uzman görevliler tarafından hizmet verilecek bir birim oluşturulması gerektiği düşünülmektedir.

- ✓ Hastanelerde hastaların hastalıkları ile ilgili psikolojik durumlarının kontrolü ve iyileştirilmesini sağlayacak, konusunda uzman psikolog veya psikiyatristler tarafından hizmet verilen bir birimin kurulması önerilmektedir.

- ✓ Sağlık Bakanlığı tarafından, sadece sağlık ve hastalıklarla ilgili tüm konuları kapsayan, halkın anlayabileceği bir seviyede konulara yaklaşan ve belirli bir program

dahilinde yayın yapan televizyon ve radyo kanalları kurulması ve yayına başlaması gerektiği önerilmektedir.

✓ Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz bir hasta iletişim (bilgilendirme) telefon hattının kurulması ve hizmete verilmesi önerilmektedir. Hastaların anlayabileceği dilde basılı dergi ve yayınların düzenli olarak yayınlanması ve bireyler tarafından yararlanabilirliğinin artırılması için gerekli uygulamaların hayata geçirilmesi, varolan uygulamaların da revize edilerek etkinliğinin artırılması önerilmektedir.

✓ Yerel yönetimlerle organize edilerek halk eğitim merkezleri ve kurslarındaki kursiyerlere düzenli olarak sağlık ve hastalıklarla ilgili konularda eğitim verilmesi önerilmektedir.

✓ Hastanelerde servis ve bekleme salonlarında bilgilendirici kurumsal televizyon yayını yapılması, yayın programı ve saatleri konusunda hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilmesi, böylece uygulamadan azami ölçüde fayda elde edilebileceği düşünülmektedir.

✓ Hastaların bilgi kaynakları ve paylaşımı alanları içerisinde yer alan özellikle resmi blok sayfası kurulması, bu sayfa ve sosyal ağlar üzerinden resmi düzeyde bilgi paylaşımı yapılması önerilmektedir.

✓ Kuruluşlara ait kurumsal web sitelerini hastaların bilgilendirilmesini veya bilgi alabilmesini sağlayacak şekilde revize etmeleri, hastaların bilgi ihtiyacını karşılayabilecek şekilde aktif kullanımın sağlanması önerilmektedir.

✓ Hastane faaliyetleri, teknik donanım ve verilen hizmetler konusunda resmi web sayfasından düzenli ve güncel bilgi paylaşımı yapılması önerilmektedir.

✓ Hekimlerin hizmet deneyimi, yaptığı tıbbi uygulamalara dair bilgiler, katılmış olduğu konferans ve seminerler ile almış olduğu kurs, sertifika ve belgelerin hastanelerin resmi web sayfasında hekimlerin tanıtımına ait kısımlarda paylaşılması önerilmektedir.

✓ Hastanede görevli personellere düzenli olarak hasta psikolojisi, empati ve iletişim ile ilgili konularda eğitim verilmesi önerilmektedir.

✓ Polikliniklerde belirlenen standartlara uygun olarak belirli miktar ve sürelerde hastaya sağlık hizmeti verilmesi, böylece hasta ile hekimin daha sağlıklı iletişim kurulmasının sağlanabileceği düşünülmektedir.

✓ Özellikle yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarına ve diğer kliniklerde hastalara yapılan uygulamalar, ilaçlar, hastalığın son durumu ve iyileşme süreci

hakkında aksatılmadan ve düzenli olarak hekim, hemşire ve ilgili sağlık personelleri tarafından bilgi verilmesi önerilmektedir.

✓ Hastanede poliklinik ve kliniklere ait bekleme salonlarında okuma alanları oluşturulması, bu alanlarda kitap, dergi gibi basılı yayınların bulundurulması ve hasta yakınlarının potansiyel birer müşteri olarak okumaya teşvik edilmesi önerilmektedir.

✓ Hastalara kliniklerde yatakbaşı eğitimlerinin düzenli olarak verilmesi, eğitim yapılıyor ise daha etkin hale getirilmesi ve her poliklinik/ kliniğin sahip olduğu tıbbi uzmanlık dalına göre odalarda hastalıklar ve ilgili konularda bilgilendirici broşürlerin bulundurulması ve hasta ve hasta yakınlarının faydalanmasının sağlanması önerilmektedir.

✓ Hastane içerisinde hasta ve hasta yakınlarına düzenli olarak bilinçlendirme ve farkındalık eğitimleri verilmesi önerilmektedir.

• **Sağlık hizmeti sunucuları olan hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerine öneriler;** Sağlık hizmeti sunucularının hizmet esnasında hastaların bilgi ihtiyaçlarını, psikolojik durumlarını ve güven konusunu göz önüne almaları gerekmektedir. Bu bağlamda getirilen öneriler şunlardır;

✓ Hastaların (müşteri) öncelikli ve en fazla iletişimde oldukları, soruları ile en fazla muhatap olan ve sağlık kurumlarının hizmet sunumu açısından uygulama ayağında yer alan sağlık profesyonellerinin hastalarına karşı davranışlarında tutarlı, özenli ve dikkatli olması önerilmektedir.

✓ Sağlık profesyonelleri hasta ile iletişim kurarken hastaların içinde buldukları ruh halini anlamak için empati kurmaları gerektiği önerilmektedir.

✓ Sağlık profesyonelleri teşhis, tetkik ve tedavi amaçlı yapılan tüm uygulamalarda hasta mahremiyetine dikkat ederek, hastaya güvende olduğu hissini kazandırması gerektiği önerilmektedir.

✓ Hastanın güvende olduğunu hissetmesi için kurumsal ve bireysel olarak hastaların kişisel bilgilerinin saklanması konusunda azami hassasiyetin gösterilmesi gerektiği önerilmektedir.

✓ Kurumsal ve bireysel olarak güven oluşturulabilmesi için; sağlık hizmetleri ile ilgili herhangi bir aksaklık, problem, yanlışlık veya hata ortaya çıktığında çözümünün ivedi bir şekilde sağlanması ve gerekçesinin hasta ve hasta yakınlarına uygun bir dille anlatılarak, ikna edilmeleri gerektiği önerilmektedir.

✓ Sağlık profesyonellerinin hastalara; anlaşılır bir dille, karmaşıklıştırmadan, tutarlı ve teknik konuları barındırmayacak şekilde bilgilendirme yapmaları gerektiği önerilmektedir.

✓ Sağlık hizmetleri sunumundan hasta beklentilerinin bireyselliği göz önüne alınarak, genel anlamda hizmetten memnuniyet ve sadakatin sağlanması için kişiye özel tutum ve davranışlar sergilenmesi ve müşteri (hasta) odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiği önerilmektedir.

- **Hastalara öneriler;**

✓ Hekimlerin hastaların sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel özellikleri, yaşam tarzı, yaşam ve hastalık öyküsü, alışkanlıkları gibi bireysel birçok özelliği hakkında tam bir bilgiye sahip olması mümkün olmadığından, bu konularda bilgi farkının veya eksikliğin giderilmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle hastaların hekimden kendileri ve hastalıkları hakkında herhangi bir bilgi gizlememeleri ve gerektiğinde hekimle bu bilgileri paylaşmaları gerektiği önerilmektedir.

✓ Sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları anda hizmet alabilecekleri alternatifler ve sağlık problemleri hakkında doğru kaynaklardan doğru bilgileri almak üzere araştırma yapmaları gerektiği önerilmektedir.

✓ Kamu veya özel kurumlar tarafından düzenlenen sağlık ve hastalıklarla ilgili eğitim programlarına katılmaya özen göstermeleri gerektiği önerilmektedir.

✓ Sağlık hizmetleri ve hastalıkları ile ilgili bilmedikleri ya da bilmek istedikleri konularda soru sormaktan çekinmemeleri ve bilgi alma konusunda taleplerini açıkça belirtmeleri gerektiği önerilmektedir.

✓ Hastaların getirilen bu önerileri dikkate alarak; bir sağlık hizmeti tüketicisi olarak rasyonel kararlar vermelerine, sağlık profesyonelleri ile daha etkili bir uyum sağlamalarına, teşhis ve tedavi sürecinde aktif katılımlarının sağlanmasına, hastanede kalma süresinin azaltılmasına ve beklentileri doğrultusunda iyi bir sağlık hizmeti çıktısına yani iyileşmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir.

- **Benzer veya daha kapsamlı konularda araştırma yapmayı düşünen araştırmacı ve akademisyenlere yapılan öneriler;**

✓ Araştırma modeli değişkenlerinden biri olan belirsizlik algısının literatürde yer alan karmaşıklık, tutarsızlık ve tahmin edilemezlik alt boyutları ile birlikte incelenerek sonuçlarının değerlendirilmesi, hastaların sağlık hizmetinden

yararlanırken içinde bulunacakları psikolojik durumlarının daha geniş kapsamda ve farklı açılardan ortaya konmasına ve etkilerinin incelenmesine imkan sağlayabilir.

✓ Araştırma modeli değişkenlerinden bir diğeri olan sağlık hizmetleri ve hastalık ile ilgili tüm bilgi ihtiyacı alt boyutlarına yazında yer alan farklı alt boyutlar eklenerek sonuçlarının değerlendirilmesi, konunun daha geniş kapsamda ve farklı açılardan ortaya konmasına ve etkilerinin incelenmesine imkan sağlayabilir.

✓ Hastaların bilgi ihtiyacı ve belirsizlik algısı üzerinde kuruma ve sağlık profesyonellerine duyulan güven düzeyinin etkisinin incelenmesi konun farklı boyutlarda değerlendirilmesini sağlayabilir.

✓ Araştırmanın kronik hastalıklara (kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, obezite, diyabet, kronik böbrek hastalıkları vs.) yakalanmış hastalar üzerinde yapılması, özellikle hastaların bilgi ihtiyacı ve psikolojik durumun hizmetten memnuniyet ve sadakat düzeyine etkilerinin belirlenmesi konusunda daha belirgin sonuçlar elde edilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

✓ Çalışmanın araştırma modeli kapsamında incelenen değişken ilişkilerinin, Gaziantep ilinden ziyade tüm toplumu kapsayacak şekilde genişletilerek incelenmesi, değişkenler arasındaki ilişkiler konusunda daha genel yargılara varılarak literatüre önemli katkılar sağlanabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abbring, J. H., Heckman, J. J., Chiappori, P. A., ve Pinquet, J. (2003). Adverse selection and moral hazard in insurance: Can dynamic data help to distinguish?. *Journal of the European Economic Association*, 1(2-3), 512-521.
- Abercrombie, N., Hill S. ve Turner B.S., (1994) *The Penguin Dictionary of Sociology*, London, UK, Penguin Books, s.343.
- Acar, M., (2005) “Nedenleri, Sonuçları ve Ortadan Kaldırılma Yollarıyla Piyasa Başarısızlığı”, *Piyasa Dergisi*, Cilt:4, Sayı:13, Afzal W., Roland D. ve Al-Squri M. N. (2008) Information Asymmetry and Product Valuation: An Exploratory Study. *Journal of Information Science* 35(2): 1-14.
- Akalın, G., ve Dilek, S. (2012). Belirsizlik altında tüketicilerin kararları. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 3(6), 33-48.
- Aksoy, M., ve Akbulut, B. A. (2016). Restoranlardaki Teknolojik Yeniliklerin Deneyim Pazarlaması Açısından Değerlendirilmesi. In *II Eurasia Tourism Congress, Konya*.
- Akerlof, G. (1970) “The Market for “Lemons” : Quality Uncertainty and The Market Mechanism”, (Der: Ömer DEMİR), (2000) Devlet, Rekabet, Mülkiyet ve İktisat, Değişim Yayınları, Adapazarı, , s.s. 229-231.
- Akpınar, B. ve Akdoğan, S. (2010). Negatif bilgi kavramı: hata ve başarısızlıklardan öğrenme. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi (BAED)*, 1(1), 14-22.
- Aksu, A. (2006) “Gap Analysis in Customer Loyalty: A Research in 5-Star in the Antalya Region of Turkey”, *Quality & Quantity*, 40:, ss. 187-205.
- Aktan, C. C. ve Işık, A.K. (2007). Sağlıkın Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış. Aktan, C.C. ve Saran, U. (Editörler). *Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi*. İstanbul. Aura Kitapları, S:206-222
- Amagoh, F. (2009). Information Asymmetry and The Contracting Out Process, *The Innovation Journa.: The Public Sector. Innovation Journal*, 14(2): 1-14.
- Ammeter, A. P., Douglas, C., Ferris, G. R. ve Goka, H. (2004). “A Social Relationship Conceptualization of Trust and Accountability in Organizations”, *Human Resource Management Review*, 14: 47–65.
- Akbolat M. Merkezi Eğilim Ölçüleri
<http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/67206/31057/2. hafta. merkezi e% C4% 9Filim % C3% B61% C3% A7% C3% BCleri.pdf> (07.01.2019)
- Akdur, R. (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara
- Akkaş, E., (2012), Vekâlet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma:“Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

- Aksakoğlu, G. (2008) Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü, Memleket Siyasi Yönetim Dergisi,8, 7-62.
- Aktan, C. C. ve Vural, İ.Y. Bilgi Nedir?, Bilgi Sistemleri, <http://www.canaktan.org/yeni-trendler/bilgi-yonetimi/bilginedir.htm>, (01.01.2019).
- Akyolcu, N. (2003). Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Kongre Kitabı). İzmir 22-26 Ekim, 97-107.
- Alexandria J. M., Kaitlyn L. G., Christina M. S., Dana M. B., Alayna P. T., Kristina I. S., John M. C. ve Larry L. M. (2017) Illness uncertainty and illness intrusiveness as predictors of depressive and anxious symptomology in college students with chronic illnesses, Journal of American College Health, 65:5, 352-360,
- Alp, S. (2010). Avusturya Okulu Bilgi Teorileri ve E-Ticaret Çerçevesinde Akerlof'un Limon Piyasa Modelinin Değerlendirilmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(1), 175-190.
- Altan, M. ve Engin, O. (2004). Bir Seyahat İşletmesindeki Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11, 585- 598.
- Alunöz, U. (2013). Türk Bankacılık Sistemindeki Asimetrik Bilgi Probleminin Oyun Teorisi Çerçevesinde Analizi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(5), 1-19.
- Aras, G. (2004) “Sermaye Piyasalarında Asimetrik Bilgi Etkisi ve Piyasaların İşleyişindeki Rolü”, İktisat İşletme ve Finans Dergisi, 19.yıl, s. 82 ;
- Aras, G. ve Müslümov, A. (2004) . “Kredi Piyasalarında Asimetrik Bilgi ve Bankacılık Sistemi Üzerindeki Etkileri”, İktisat, İşletme-Finans Dergisi, Sayı:222, Ankara.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973.
- Asunakutlu, T. (2002). Örgütsel güvenin oluşturulmasına ilişkin unsurlar ve bir değerlendirme. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9, 1-13. ss.
- Aşkın,T., Yılmaz E.ve Baydur, H. (2015) Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hasta Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma *Kolon Rektum Hast Derg*, Haziran 2015, Manisa
- Atalay, İ. (2006). Sağlık sektöründen hizmet alanların memnuniyetlerinin ölçülmesinde fiyat değişkeninin rolü ve bir uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Haliç Üniversitesi SBE, İstanbul.
- Atilla, G., Çarıkçı, İ. H., ve Erdem, R. (2013). Hastanelerde duygusal zekâ-hasta memnuniyeti ilişkisi: Isparta il merkezi örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 101-119.
- Atmaca, H. U., Akbaş, F., Şak, T., Şak, D. U., Acar, Ş., ve Niyazoğlu, M. (2015). Diyabetik hastalarda hastalık bilinç düzeyi ve farkındalık. *Istanbul Medical Journal*, 16(3).
- Atwood, H.M. ve Ellis J., (1971) ‘‘The Concept of Need: An Analysis for Adult Education,’’ *Adult Leadership*,210,.
- Aydemir, N., Ünsal, P., ve Özkara, Ç. (2011). Epilepsisi olan bireylerin epilepsiye dair sahip oldukları tutum, bilgi ve bilgi kaynakları. *Epilepsi*, 17(3), 90-6.
- Ayrıçay, Y., ve Altıntaş, H. (2009). Türkiye’de Asimetrik Bilgi ve Kredi Tayinlmasının Ekonometrik Analizi: 1992-2009. *Uluslararası 7. Bilgi Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 30 Ekim-1 Kasım, 271-287.

- Aziznezhad, P., Zabihi, A., Hossini, Seyyed J. ve Bighani, A. (2010). Nurses and nurse managers opinions about the patients education barriers. *Babol university Medical science* 12(1):60-64.
- Babacan, B. (2007). *Asimetrik Bilgi ve Regülasyon: Türk Bankacılık Sektörü Üzerine Değerlendirmeler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.ss:10-20.
- Babacan, M., ve Eriş, E. D. (2006). Pazarlamada Vekâlet Teorisi ve Kavramsal Bir Model Geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(1), 89-110.
- Baier, A. (1986). Trust and Antitrust. *Ethics*, 96, 231-260.
- Bailey Jr, D. E., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M. H., Muir, A. J., ... & Clipp, E. (2009). Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 138-146.
- Bakioğlu, A., ve Demiral, S. (2013). Okul yöneticilerinin belirsizlik durumlarını algılama ve karar verme tarzları.
- Balcı, A. (2015). Sosyal bilimlerde araştırma yöntem teknik ve İlkeler (11. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Balkaş, E.E. (2006) “Bireyin Yanıltıcı Bilgiden Korunması: Yanıltıcı Reklamların Tüketici Üzerindeki Etkileri”, Medyada Olmayanlar (Medya Eleştirileri 2006), Ed. Can Bilgili, İstanbul, Beta Basım Yayın, s. 173-175,177-178.
- Bammer, G., ve Smithson, M. (Eds.). (2012). *Uncertainty and risk: multidisciplinary perspectives*. Routledge.
- Bannock, G., Baxter R.E. ve Davis E., (1992). *The Penguin Dictionary of Economics* 5th Edition, London, UK, Penguin Books, s.262.
- Bar-Anan, Y., Wilson, T. D., ve Gilbert, D. T. (2009). The feeling of uncertainty intensifies affective reactions. *Emotion*, 9(1), 123.
- Barlow, J. (1998). “Her Şikâyet Bir Armağandır”, Çev.: Günhan Günay, Rota Yayınları, İstanbul.
- Barusch, A. S., (2009). *Foundations of Social Policy Social Justice in Human Perspective*, the USA, Brooks/Cole,
- Barutçugil, İ. (2009). *Müşteri İlişkileri ve Satış Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri
- Başkale, H. A., Serçekuş, P., ve Günüşen, N. P. (2015). Kanser Hastalarının Bilgi kaynakları, Bilgi Gereksinimleri ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*, 6(2).
- Başlar, G. (2010). Asimetrik Bilgi ve Türkiye’de Yazılı Medya Haberleri Üzerine Bir İnceleme. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi SBE, İstanbul.
- Başustaoğlu, A. (2016). Bir Nefes Sıhhat Tevfik Sağlam’ın Yaşamı. İş Bankası Yayınları, İstanbul
- Bayram, A. T., ve Şahbaz, R. P. (2017). E-Hizmet Uygulamalarında Kalite Algısı, Memnuniyet ve Sadakat Tutumlarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi: Seyahat Acenteleri Müşterileri Örneği. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 5(1), 60-75.
- Bayuk, N. ve Küçük F. (2007), „Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati İlişkisi“ Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 22 (1), ss. 285-292.
- Beech B.M., (1995). Patient Satisfaction and Nursing Staff Work Satisfaction In An Urban Public Teaching Hospital. *Unpublished Doctoral Dissertation*, University of Texas Health Sciences Center, USA.

- Bekaroğlu Ő. (2005). "Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma", *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (9), 18-32
- Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2009) Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bol, P., Gül, G., ve Erbaycu, A. E. (2013). Hasta-Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında FMEA Model Analizinin Katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 27(3), 181-188.
- Boon, H. ve Steward, M. (1998). Patient-Physician communication assesment Instruments. *Patient Education And Counseling*, 35(3), 161-176.
- Bower, G. H. (1978). The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory. New York: Academic Press.
- Bowen, J. ve Shoemaker, S., (1998), "Loyalty: A strategic commitment ". *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 39 (1), 12-25.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., ve Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of marketing research*, 30(1), 7-27.
- Bradshaw, J. (1974). The concept of social need. *Ekistics*, 184-187.
- Bristowe, K., Carey, I., Hopper, A., Shouls, S., Prentice, W., Caulkin, R., ... ve Koffman, J. (2015). Patient and carer experiences of clinical uncertainty and deterioration, in the face of limited reversibility: a comparative observational study of the AMBER care bundle. *Palliative medicine*, 29(9), 797-807.
- Broecker, T. (1990), 'Credit-Worthiness Tests and Interbank Competition', *Econometrica*, , 58: 429-452,
- Buller, M. K. ve Buller, D. B. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 28, No. 4, pp. 375-388.
- Bulut, H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 12(4), 288-298.
- Büber, R., ve Başer, H. (2012). Sağlık İşletmeleinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- Büyüköztürk, Ő. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Büyüköztürk, Ő. (2006), *Veri Analizi El Kitabı*, 6. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık
- Carr-Hill, R.A. (1992), The Measurement of Patient Satisfaction, *Journal of Public Health Med*, 3: 236-249.
- Casaló, L. V., Flavián, C., ve Guinalú, M. (2008). The role of satisfaction and website usability in developing customer loyalty and positive word-of-mouth in the e-banking services. *International Journal of Bank Marketing*, 26(6), 399-417.
- Cassileth, B.R., D. Volckmar, ve R.L. Goodman, (1980). The effect of experience on radiation therapy patients' desire for information. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 6(4): p. 493496.
- Cengiz, V., (2010). "Finansal Piyasalarda Bilgi Problemlerinin Çözümünde Bankaların Rolü", *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, Volume: V- I, Spring, Kocaeli

- Cengiz, I. (2013). Müşteri Memnuniyetini Oluşturan Faktörlerin Müşteri Sadakatine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Chahal, H., (2008). Predicting Patient Loyalty and Service Quality Relationship: A Case Study of Civil Hospital, Ahmadabad, India, *VISION- The Journal of Business Perspective*, Vol. 12, No.4, Oct-Dec,2008. 45-55.
- Chaska, N. L. (1980). Use of medical services and satisfaction with ambulatory care." *Public Health Rep* 95:44.
- Choi, S.Y., Whinston, A. ve Stahl, D. (1997). *Economics of Electronic Commerce*, Macmillan Technical Publishing, Indianapolis, Indiana.
- Cockerham, W. (2004) *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Colagrecó, J. P., Bailey, D. E., Fitzpatrick, J. J., Musil, C. M., Afdhal, N. H., ve Lai, M. (2014). Watchful waiting: role of disease progression on uncertainty and depressive symptoms in patients with chronic hepatitis C. *Journal of viral hepatitis*, 21(10), 727-733.
- Crigger, N.J. (1996). Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *Adv Nurs Sci*, 18(3): 37-47.
- Cronin J.J., ve Taylor S.A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56:55– 68 (August).
- Cyr, D. (2008). Modeling web site design across cultures: relationships to trust, satisfaction, and e-loyalty. *Journal of Management Information Systems*, 24(4), 47-72.
- Çabuk, S., Nakıboğlu, B., ve Canoğlu, M. (2013). Algılanan otel imajı ve hizmet kalitesi ile tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkiler. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 24(1), 96-108.
- Çabuk, S. & Demirci O. F. (2008). Marka karakteristikleri ile marka ve üretici firmaya duyulan güven arasındaki ilişkilerin belirlenmesi: Çukurova Üniversitesi ölçeğinde bir araştırma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(1). 103–116.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çatal, E., ve Dicle, A. (2008). A validity and reliability study of the patient learning needs scale in Turkey. *Dokuz Eylul Univ Sch Nurs Electron J*, 1(1), 19-32.
- Çatı, K. ve Koçoğlu, C. M. (2008). Müşteri Sadakati ve Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19, 167-188.
- Çatı K., Koçoğlu, C. M., ve Gelibolu, L. (2010). Müşteri beklentileri ile müşteri sadakati arasındaki ilişki: beş yıldızlı bir otel örneği. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1).
- Çavmak, Ş., ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çetin, G. (2012). Konaklama işletmelerinde müşteri deneyiminin sadakat ve tavsiye davranışına etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
- Chen, C-C. ve Chang, S-C. (2006) ‘Research On Customer Satisfaction: Take the Loan Market of the Taiwanese Region as an Examble’, *Journal of American Academy of Business*, Cambridge, March, 9/1, ss. 197-201.
- Chiappori, P.A., Durand, F. ve Geoffard, P.Y., (1998), “Moral Hazard and the Demand For Physician Services: First Lessons From a French Natural Experiment”, *European Economic Review*, No:42, pp.499-511.

- Çıraklı, Z., ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt, 2*, 347-355.
- Çınarlı, İ. (2008) “Bilim ve Sağlık Haberciliği: Kamu Yararına Doğru, Ulaşılabilir ve Kullanılabilir Enformasyon İletimi ve Sorumluluklar”, Tüm Yönleriyle Medya ve İletişim, Ed. Metin Işık, Ayhan Erdem, Konya, Eğitim Kitabevi Yay., , s. 145-166.
- Çoban, C. (2018). Vekalet Teorisi ve TURKCELL Orneği [Agency theory and TURKCELL example]. *Journal of Politics, Economy and Management*, 1(1), 9-24.
- Dağlı, G. H., (2006), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi (Maliye) Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Dale, J., Jatsch, W., Hughes, N., Pearce, A., ve Meystre, C. (2004). Information needs and prostate cancer: the development of a systematic means of identification. *BJU international*, 94(1), 63-69.
- Davenport, T. ve Prusak, L. (2001), *İş Dünyasında Bilgi Yönetimi*, (Çev. Günhan Günay), İstanbul: Rota Yayınları.
- Değermen, H. A. (2006) Hizmet Ürünlerinde Kalite Müşteri Tatmini ve Sadakatini (Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakatinin Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama), Türkmen Kitabevi: İstanbul.
- Demir, Ö., (2003). İktisat ve Ahlak, Ankara, Liberte Yay., , s. 134.
- Demir, M. Ö. (2011). Risk algısının marka sadakatine etkisi: cep telefonları kategorisinde bir uygulama. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 11(2), 267-276.
- Demir, E. (2017). İstatistik Ders Notları. https://www.researchgate.net/profile/Ergul_Demir/publication/312332685_Istatistik_Ders_Notlarim_My_Notes_for_Statistics_Classes_Teaching_Document/links/587b4b5208aed3826ae82101/Is_tatistik-Ders-Notlarim-My-Notes-for-Statistics-Classes-Teaching-Document.pdf (12.09.2018)
- Demir, A., Turan, S., Balaban, F., Karadeniz, Ü., & Erdemli, Ö. (2009). Anestezi Uygulamaları ile İlgili Olarak Preanestezik Değerlendirme Sırasında Hastalarda Yapılan Anket Çalışması. *Journal of the Turkish Anaesthesiology & Intensive Care Society-JTAICS/Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 37(4).
- Demirbağ E, (2004) Sorunlarla Müşteri İlişkileri Yönetimi, İstanbul, Ticaret Odası Yayını, İşletme Yönetiminde Yeni Eğilimler Dizisi:3,
- Demirel, Y., Yoldaş, M. A. ve Divanoğlu, S. (2009). Algılanan hizmet kalitesinin tatmin, tavsiye davranışı ve tercih üzerine etkisi. *Akademik Bakış*, (16), 1-14.
- Demirgüneş, B. K. (2015). Satış Elemanının Etik Davranışı: Tüketici Algısının Güven, Memnuniyet ve Tekrar Satın Alma Davranışı Üzerindeki Etkisi* Satis Elemanının Etik Davranışı: Tüketici Algısının Güven, Memnuniyet ve Tekrar Satın Alma Davranışı Üzerindeki Etkisi. *İş Ahlakı Dergisi*, 8(1), 5.
- Demirkıran, G. ve Uzun Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;28(1):1-12.
- Devebakan, N., (2005).Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir,

- Dick, A.S. ve Basu, K. (1994) Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework, *Journal of The Academy of Marketing Science*, Vol. 22, No.2, 99-114
- Diko, A., (2004). “Sermaye Piyasasında Asimetrik Bilgi Sorunu ve Temettü İşaretleme Hipotezinin İMKB’de Testi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul,
- Dizman, H. (2018) Hastane Yönetim Bilgi Sistemlerini Kullanan Sağlık Kurumlarında Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sem (PLS) Yöntemi İle Değerlendirilmesi Kütahya Örneği. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11, 36-51.
- Doğu, Ö. (2013). Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-sakarya örneği. *Düzce üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 10-13.
- Dokur, İ. (2005).“ Bankacılık Krizleri ve Asimetrik Bilgi Sorunu: Teori ve Türkiye üzerine Uygulama ”, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Dolgun, E., ve Candan Dönmez, Y. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(3), 10-5.
- Dollery, B. ve Wallis, J., (2001), *The Theory of Market Failure and Policy Making in Contemporary Local Government*, University of New England School of Economics.
- Doran, E., Robertson, J. ve David H., (2005), “Moral Hazard and Prescription Medicine Use in Australia--The Patient Perspective”, *Social Science & Medicine*, No:60, pp.1437-1443.
- Dölarıslan, E. Ş., ve Özer, A. (2014). Hizmet Kalitesi, Tatmin ve Güvenin Daha Fazla Ödeme Eğilimi Üzerindeki Etkileri. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 14(1).
- Draft, R.L., (1995) *Organization Theory and Design*, West Publishing, New York,
- Durmaz, T., ve Erdem, R. (2017). Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 29(4).
- Dursun, H. B. ve Yılmaz, E. (2015). Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. *Celal bayar üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü dergisi*, 2(3), 65-70.
- Dzinkowski, R. (1999) “Mining Intellectual Capital”, *Management Accounting*, 81(4), pp.42-46.
- Erciş, A., ve Dağcı Büyük, H. (2016). İndirim Marketlerinde Müşteri Değerinin Müşteri Tatmini, Müşteri Sadakati ve Ağızdan Ağıza İletişime Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(3), 527-544.
- Eggleston K. (2004) “Competition, Altruism and Provider Payment”, Department of Economics Tufts University, Medford,
- Eggleston K. ve Hsieh C. R. (2004), “Health Care Payment Incentives: A Comparative Analysis of Reforms in Taiwan, Korea and China”, Department of Economics Tufts University, Medford,
- Eisenhauer, G. J., (2006), Severity of İllness and the Welfare Effects of Moral Hazard, *Int J Health Care Finance Econ*, No: 6.
- Ekiz, Ç. (2006). Asimetrik Bilgi Teorisinin Bireysel Bankacılık Sektörü Üzerindeki Etkileri. *Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Engiz, O. (1997). Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini. *Hastane Yöneticiliği*, 61-87.

- Ercan, F. (2006). *Otel İşletmelerinde Müşteri Sadakati Oluşturma: İstanbul'daki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Akçakoca.
- Erdoğan, M., (2008), *Bankacılık Sektöründe Asimetrik Bilgi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 20, ss. 1-20.
- Ersanlı, K., ve Uysal, E. (2015). Belirsizliğe Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(54).
- Eroğlu, E. (2005) “Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, c.34,s.1,ss.7-25.
- Ertong, A.G. (2018). Trust in the Health System: The Case of Cardiology Patients in Turkey. *Journal of Graduate School of Social Sciences*, 22(2).
- Ertong, G. (2011), “Sağlık Sisteminde Hekim-Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Esen, M. F. (2015). Finansal Piyasalarda Bilgi Asimetrisi Kaynakları ve İçerideki Bilgi *Journal of International Social Research*, 8(40).
- Executive, N. (2000). *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. London: Department of Health,
- Faisal, C. N., Gonzalez-Rodriguez, M., Fernandez-Lanvin, D., ve de Andres-Suarez, J. (2017). Web design attributes in building user trust, satisfaction, and loyalty for a high uncertainty avoidance culture. *IEEE Transactions on Human-Machine Systems*, 47(6), 847-859.
- Faiz, E. (2018). Online Seyahat Alışverişlerinin Hizmet Kalitesinin E-memnuniyet ve E-sadakat Üzerindeki Etkisi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 17(68).
- Feldstein, P. J. (2005). *Health care economics (Sixth edition)*. United States of America: Thomson Delmar Learning.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Fidan, H. (2013). İktisadi Açıdan Bilgi Kavramı ve Bilgi Kavramına Yaklaşımlar Üzerine Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 4(9), 94-104.
- Fidan, H., (2014). Asimetrik Bilginin Elektronik Ticaret Üzerindeki Etkileri ve Tüketici Güveni Üzerine Bir Uygulama, Doktora Tezi, Isparta,
- Fidan, H., & Albeni, M. (2014) Asimetrik Bilginin E-ticaret Üzerindeki Etkileri: Tüketicilerin Güven Eğilimleri Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2), 287-298.
- Foray, D., (2004), *Economics of Knowledge*, The MIT Press Cambridge, Massachusetts London.
- Fornell, C. ve Wernerfelt, B. (1988) ‘A model for consumer complaint management’, *Marketing Science*, Vol:7, Summer, ss. 271-286.
- Frank R. G. (2016) Davranışsal İktisat ve Sağlık Ekonomisi (Çev. Göksu Y.D.). Davranışsal İktisat ve Davranışsal İktisadın Uygulamaları In Diamond P. and Vartiainen H. (Eds.) ss. 195-234. (Çev. Ed.) Kamilçelebi H. Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul.
- Frank R. G.; Glazer J. ve McGuire T. (1997) “Measuring Adverse Selection in Managed Health Care”, *Journal of Health Economics*, 19: 829-854.
- Fuchs, V. R. (1978). The Supply of Surgeons and the Demand for Operations. *Journal of Human Resources*, 35-56.
- Futrell, C. M. (2006). *Fundamentals of selling: Customers for life through service*: Irwin. New York, NY: McGraw-Hill.

- Gabe, J., Bury, M. ve Elston, M. A. (2005) Key Concepts in Medical Sociology. London: Sage
- Galloway, S. C., ve Graydon, J. E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer nursing*, 19(2), 112-117.
- Gaynor M. ve Vogt W. B. (1999) “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, *Rand Journal of Economics*: 1-42.
- Geçkil, E., Dündar, Ö., ve Şahin, T. (2008). Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(2), 41-51.
- Germino B.B. , Mishel M.H. , Belyea M. , Harris L. , Ware A. ve Mohler J. (1998) Uncertainty in prostate cancer: ethnic and family patterns . *Cancer Pract* 6 : 107 – 13
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C., ve Bayer, E. (2006). Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi Ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği.
- Ghobadian, A., Speller, S. ve Jones, M. (1994) “Service Quality Concepts And Models”, *International Journal Of Quality And Reliability Management*, 11(9), 43-66.
- Gong, T., ve Yi, Y. (2018). The effect of service quality on customer satisfaction, loyalty, and happiness in five Asian countries. *Psychology & Marketing*, 35(6), 427-442.
- Goodare, H., ve Lockwood, S. (1999). Involving patients in clinical research. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7212), 724.
- Gordon G.H., Joos S.K., ve Byrne J. (2000) Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns*, 40(1):59–65.
- Grabow L. Ve Buse R. (1990) Preoperative anxiety, *Psychoter. Psychosom. Med Psychol*;40(7):255-63.
- Gronroos, C., (1996), “Relationship Marketing: Strategic and Tactical Implications”, *Management Decision*, c.34, ss.5-14
- Guiding, C., J. Warnken, A. Ardill ve L. Fredline (2005) “An Agency Theory Perspective on the Owner/Manager Relationship in Tourism-Based Condominiums”, *Tourism Management*, 26, 409-420.
- Guinness, L. ve Wiseman, V., (2011), *Introduction to Health Economics*, Second Edition, Virginia: Open University Press.
- Gülcan, Y., ve Kuştepe, Y. (2006). Türkiye’de IMF Programları Ahlaki Tehlike Yaratıyor mu?: Bir Tartışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 244-257.
- Gülcemal, E., ve Keklik, B. (2016). Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Gülmez, M.(2005) “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama”, *C.Ü. İktisadi ve _dari Bilimler Dergisi*, c. VI, ss. 147-169.
- Güngör, N., Çeçen, D., Özbaşaran, F., ve Çetinkaya, A. (2010). Seferihisar Devlet Hastanesindeki Diyabetes Mellitus’lu Hastaların Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1).

- Gürbüz, A., ve Doğan, M. (2013). Tüketicilerin markaya duyduğu güven ve marka bağlılığı ilişkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 9(19), 239-258.
- Güvel E.A. ve Ata A.Y. (2009), Yolsuzluk Olgusunun Ortaya Çıkmasında Asimetrik Bilginin Rolü: Teorik Bir Bakış Açısı, *Sosyoekonomi Dergisi*, Sayı: Ocak/Haziran 2009-1. 167-189.
- Güzel, N. G. (2006) Yüksek Öğretim’de Turizm Eğitimi Ve Hizmet Kalitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Güzeldemir, M. E. (2006), “Hasta Bilgilendirmenin Önemi”, (Ed) Çelik Faik, *Aydınlatılmış Onam*, Karaman Tabip Odası, Konya, (9-54).
- Ha, J.F., Anat, D.S. ve Longnecker, N.(2010). Doctor-patient communication: a review, *The Ochsner Journal*, 10: 38–43.
- Hair, J.F. Jr., Anderson, R.E., Tatham, R.L. ve Black, W.C. (1995). *Multivariate data analysis with readings*. 4th ed. Prentice-Hall International Inc.
- Hall C., ve Hartman L. (2010). Moral Hazard Among The Sick And Unemployed: Evidence From A Swedish Social Insurance Reform, *Empir Econ*, 39:27–50.
- Hall, A.J. Roter, L.D. ve Rand, S.C. (1981). Communication Affect Between Patient ans Physicians. *Journal of Healty and Social Behavior*, 22(1), 18-30.
- Hartmann, Patrick ve V. Apaolaza Ibanez (2006). “Managing Customer Loyalty in Liberalized Residential Energy Markets: The Impact of Energy Branding”, *Energy Policy*,
- Hayek, F. A. (1945). The use of knowledge in society. *The American economic review*, 35(4), 519-530.
- Hicks, L. L., (2014), *Economics of Health and Medical Care*, 6. Edition, Columbia: Jones & Bartlett Learning.
- Hilton, B. A. (1986). Coping with the uncertainties of breast cancer: Appraisal and coping strategics. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.
- Hirshleifer, J. (1973) “Where Are We in The Theory of Information”, *The American Economic Review*, May, Vol.63
- Hogg, M. A. (2007). Uncertainty–identity theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 39, 69-126.
- Hogg, M. A., Adelman, j. R. ve Blagg, R. D. (2010). Religion in the face of uncertainty: An uncertainty-identity theory account of religiousness. *Personality and Social Psychology Review* 14, 1, 72– 83.
- Hoşgör, H., Memiş, K., Gündüz Hoşgör, D. ve Koç Tütüncü, S. (2017). “Kurumsal Hastane İmajı, Algılanan Fiyat Uygunluğu, Hasta Tatmini Ve Sadakati Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi”, Vol:3, Issue:16; pp:439-453 (ISSN:2149-8598)
- Hoving, C., Visser, A., Mullen, P.D. ve Van Den Borne, B. (2010). A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Education and counseling*, 78(3), 275-281
- Hou, Y. (2005). *Service quality of online apparel retailers and its impact on customer satisfaction, customer trust and customer loyalty* (Doctoral dissertation, University of North Carolina at Greensboro).
- Huber C. ve Blanco M., (2010). Cleaning up the discharge process. A number of components and personnel are crucial to success. *The American Journal of Nursing*. 110(9): 66-69.

- Hughes, F., Robbins, I., ve Bryan, K. (2004). An analysis of information available to relatives in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(4), 200-205.
- Hülsman, J.G. (2006) ‘‘The Political Economy of Moral Hazard’’ *Politicka Economie c.1.*, pp.35-47
- Hyland, M. E., Jones, R. C. M., ve Hanney, K. E. (2006). The Lung Information Needs Questionnaire: development, preliminary validation and findings. *Respiratory medicine*, 100(10), 1807-1816.
- Hynes E. (1997). Learning needs and perceived self-efficacy of patient with chronic low back pain. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing Science, in the Memorial University of Newfoundland,
- Iconomou, G., Viha, A., Koutras, A., Vagenakis, A. G., ve Kalofonos, H. P. (2002). Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliative Medicine*, 16(4), 315-321.
- Irons, K. (1993), Management Service Companies Strategy Success, The Draydan Press, USA.
- Işık, K. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş. (2.Baskı) Bursa: Ekin Kitabevi
- Itoga, M. (1992). "Seeking understanding beneath the unspecifiable: an alternative framework for mapping information needs in communication", *Libri* 42(October/ December) :330-334.
- Izumi, S., Konishi, E., Yhiro, M. ve Kodoma, M., (2006). Japanese Patient’ Descriptions of ‘‘The Good Nurse’’ Personal Involvement and Professionalism.*Advances in Nursing Science*. 29(2): 14-26.
- İçöz, O. (2005).Hizmet Pazarlaması, Turan Kitabevi, Ankara,
- İnan, H. ve Doğan, H. (2006), ‘‘Müşteri Odaklı Web Sitelerinin İşletme Pazarlama Kararlarına ve Markasına Etkisi,’’ *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,c.15, ss. 191-206
- İrik, Ö. (2005). Hizmet Kalitesinin Müşteri Bağlılığı Üzerine Etkileri ve Tansaş Süpermarket İşletmelerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- İyibozkurt, E. (1994). İktisada Giriş. (3. Baskı). Bursa Ezgi Kitabevi
- İzci F. ve Saydan R., (2013) ‘‘Algılanan Hizmet Kalitesi Kurumsal İmaj ve Sadakat İlişkisi (Van Bölge Hastanesi Uygulaması)’’, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 14, Sayı 1,
- Jalali, Z., Sheikhesmaeili, S., ve Mohammadi, A. (2016). The effects of Ethical Sale Behaviors on Customer Loyalty with the transaction cost theory approach in life insurances: Study of the Iran Insurance Company of Sanandaj. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)* ISSN 2356-5926, 1370-1379.
- Jackson, T., Jager W. ve Stagl, S. (2004) ‘‘Beyond Insatiability: Needs Theory, Consumption and Sustainability’’, *Consumption: Perspectives from Ecological Economics*. Edt: Reisch, L. ve I. Röpke, Cheltenham: Edward Elgar, s.3.
- Jensen M.C. ve Mechling, W. (1976) ‘‘Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure.’’, *Journal of Financial Economics*, c. 3, s. 4, pp. 305–360
- Jickling, J. L., ve Graydon, J. E. (1997). The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: a pilot study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 26(5), 350-357.

- Jimenez, N., San-Martin, S., ve Azuela, J. I. (2016). Trust and satisfaction: the keys to client loyalty in mobile commerce. *Academia Revista Latinoamericana de Administración*, 29(4), 486-510.
- Jones, A., ve Zanola, R. (2001). Agency and health care. In *Public decision-making processes and asymmetry of information*(pp. 165-188). Springer, Boston, MA.
- Johnson, C. G., Levenkron, J. C., Suchman, A. L., ve Manchester, R. (1988). Does physician uncertainty affect patient satisfaction?. *Journal of General Internal Medicine*, 3(2), 144-149.
- Karabulut, M. (1989). “Tüketici Davranışı: Pazarlama Yeniliklerinin Kabulü ve Yayılışı”, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın no:102, Yön Ajans, İstanbul.
- Karahan, A. Y., Bağcı, S., Salbaş, E., Erol, K., Karpuz, S., ve Küçük, A. (2014). Romatoid artrit olgularının hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 5(3), 429-434.
- Karakaş, A. ve Şimşek, S.(2007): “Asimetrik Bilgi – İktidar ve Kurumsal Düzenleme Üzerine”, TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, Cilt: 20, Sayı: 4-5, Kasım 2006 / Şubat, s. 21-27.
- Karakaş, A., Bilgin, Y., ve Kınır, S. (2017). Restoran İşletmelerinde Müşteri Memnuniyetinin Müşteri Sadakatine Etkisi: Amasra’da Faaliyet Gösteren Balık Restoranları Üzerine Bir Araştırma. B. Zengin ve O. Özer. In *4th International Congress of Tourism & Management Researches* (pp. 600-619).
- Karsavuran, S., Kaya, S. ve Akturan, S.(2011), Hasta-hekim iletişiminde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14 (2).
- Kayral, İ. H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara’da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma, Doktora Tezi. *Ankara, Gazi Üniversitesi*.
- Kavuncubaşı Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, 1.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2010) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara,
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S.. (2012), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kazer M.W., Bailey D.E. , Sanda M. *et al* . (2011), Internet uncertainty management intervention for older men undergoing active surveillance for prostate cancer . *Oncol Nurs Forum* ; 38 : 561 – 8
- Kazer, M. W., Bailey Jr, D. E., Chipman, J., Psutka, S. P., Hardy, J., Hembroff, L., ... ve PROSTQA Consortium Study Group. (2013). Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *BJU international*, 111(3b), E84-E91.
- Keynes, J. M., (1921), *A Treatise on Probability*, Macmillan and Co., Limited, London.
- Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4 (1), ss. 11-21.
- Kısa, A. (2007). Sağlık Kurumları Yönetimi. Editör: N. Toggöz, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1778, Eskişehir.
- Kısa, A. (2002) *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.

- Kızılc¸elik, S. (1996). *T¸rkiye'nin sağlık sistemi: bir medikal sosyoloji denemesi*. Saray Kitabevlerif.
- Kim, D. J., Ferrin, D. L., & Rao, H. R. (2008). A trust-based consumer decision-making model in electronic commerce: The role of trust, perceived risk, and their antecedents. *Decision support systems*, 44(2), 544-564.
- Kim, H. Su ve C. Han Yoon. (2004), "Determinants of Subscriber Churn and Customer Loyalty in the Korean Mobile Telephony Market", *Telecommunications Policy*, Cilt: 28, ss. 751-765.
- Kim, Moon-Koo M. C., Park ve D. H. Jeong. (2004), "The Effects of Customer Satisfaction and switching Barrier on Customer Loyalty in Korean Mobile Telecommunication Services", *Telecommunications Policy*, Cilt: 28, ss. 145-159.
- King, B., ve Mishel, M. (1986). Uncertainty appraisal and management in chronic illness. Paper presented at the Nineteenth Communicating Nursing Research Conference, Western Society for Research in Nursing, Portland, Oregon.
- Knight, F., (1921), *Risk, Uncertainty nad Profit*, The Riverside Press, Cambridge.
- Kocaman, N., zkan, M., Armay, Z., ve zkan, S. (2007). Hastalık Algısı l¸eğinin T¸rk¸e Uyarlamasının Ge¸erlilik ve G¸venilirlik alışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271-280.
- Kotler, P., Leong, S., Ang, S.M. ve Tan, C.T. (1996) *Marketing Management, An Asian Perspective* Prentice Hall Inc: USA.
- Kotler, P. (2000), *Kotler ve Pazarlama; Pazar Yaratmak, Pazar Kazanmak ve Pazara Egemen Olmak*, İstanbul: Sistem Yayıncılık ve Mat. San. Tic. A.ř.
- Kotler, P. (2000). *Pazarlama Yönetimi* (10. Baskı). (ev. N. Muallimoğlu). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.ř.
- Kotler, P., Shalowitz, J. ve Stevens, R.J. (2008), *Strategic Marketing for Healthcare Organisations: Building a Customer-Driven Health System*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Kotler, P., and Keller, K. L. (2012). *Marketing Management*. 14th Edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Kökdemir, D. (2003). *Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem zme*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kkl¸, N., B¸ykzt¸rk ř. ve Bökeoğlu, .. (2006). Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: PegemA Yayıncılık.
- Kmerik, N. ve Muğlalı, M. (2005). Ağız Cerrahisinde Anksiyete Kontrol¸: Hastaların Bilgilendirilmesi. *Atat¸rk niversitesi Diş Hekimliği Fak¸ltesi Dergisi*, 2005(3), 25-33.
- Krikelas, J. (1983). "Information seeking behavior: patterns and concepts chart", *Drexel Library Quarterly* 19 (Spring): 5-20.
- Krupat, E., Yeager, C.M. ve Putnam S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit and visit satisfaction, *Journal Of Psychology And Health*, 15 (5), 707-719.
- Kumar, V. ve Denish S. (2004), "Building and Sustaining Profitable Customer Loyalty for the 21. Century", *Journal of Retailing*, Cilt: 80, Sayı: 4, ss. 317-329.
- Kumar, N. Ritesh, Duane M. Kirking, Steven L. Hass, Amiram D. Vinokur, Stephanie D. Taylor, Mark J. Atkinson ve Patrick L. McKerker, (2007), "The Association of Consumer Expectations, Experiences and Satisfaction with Newly Prescribed Medications", *Qual Life Res*, Cilt:16, ss. 1127-1136

- Kurtulmuş, S. (1998) Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kuşgözoğlu, S. (2010). 2008 Finansal Krizinin Çıkışında Asimetrik Bilgi Sorununun İncelenmesi ve Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç, Z. P. (2010). Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(2), 127-143.
- Kutsal, Y.G.,Atalay A.,Arslan Ş., Başaran,A.,Cantürk, F.,Cindaş, A.,Eryavuz, M.,İrdesel, J.,Karadavut, K.İ.,Kirazlı, Y.,Sindel, D.,Şenel, K.,Uysal, F.G. ve Yıldırım,K., (2002) Osteoporotik Hastaların Eğitim Düzeyleri, Farkındalık Durumları ve Bilgi Kaynakları: Çok Merkezli Araştırma” Osteoporoz Dünyasından (2002) 8 (3): 117-124
- Küçükkömürler, S. (2017). Belirsizliğin Psikolojik Etkileri. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 5(10), 329-344.
- Ladd, D. L. (2016). Information Needs and Information Sources of Patients Diagnosed with Rare Cancers.
- Lamiani G. ve Furey A. (2009); Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. *Patient Educ Couns.* 75(2): 270-273.
- Langer, A., Schröder-Bäck, P., Brink, A., ve Eurich, J. (2009). The agency problem and medical acting: an example of applying economic theory to medical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(1), 99-108.
- Leebov, W. ve Scott, G. (1994). Service Quality Improvement – The Customer Satisfaction Strategy for Health Care, *American Hospital Publishing, Inc*
- Leister, J. ve Stausberg, J. (2007). Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. *Journal of hospital marketing & public relations*.
- Levanthal, H., Nerenz, D.R., ve Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. in A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Li, M. L. (2011). Impact of marketing strategy, customer perceived value, customer satisfaction, trust, and commitment on customer loyalty. Lynn University.
- Lim, J. Y. (2007). The effect of patient's asymmetric information problem on elderly use of medical care. *Applied Economics*, 39(16), 2133-2142.
- Lin, S. H. (2012). Effects of ethical sales behavior considered through transaction cost theory: To whom is the customer loyal. *The Journal of International Management Studies*, 7(1), 31-40.
- Liu, C., Marchewka, J.T., Lu, J. ve Yu, C.S. (2005). Beyond concern: a privacy- trust behavioral intention model of electronic commerce. *Information & Management*. 42, 289- 304. ss.
- Lock, K. K., ve Willson, B. (2002). Information needs of cancer patients receiving chemotherapy in an ambulatory-care setting. *The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 34(4), 83-93.
- Loureiro,M.C., S., J. Miranda, F., ve Breazeale, M. (2014). Who needs delight? The greater impact of value, trust and satisfaction in utilitarian, frequent-use retail. *Journal of Service Management*, 25(1), 101-124.

- Löfgren, K.G., Torsten P. ve Jörgen W. W.; (2002), "Markets with Asymmetric Information: The Contributions of George Akerlof, Michael Spence and Joseph Stiglitz", *Scandinav Journal. of Economics*, 104(2), pp.195–211.
- Luhmann, N. (1979) *Trust and Power: Two Works by Niklas Luhmann*. New York: John Wiley&Sons.
- Ma, S. (2017). Fast or free shipping options in online and Omni-channel retail? The mediating role of uncertainty on satisfaction and purchase intentions. *The International Journal of Logistics Management*, 28(4), 1099-1122.
- Madran, C. ve Canbolat, C., (2006), 'Müşteri İlişkileri Yönetimi İle Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki', *11.Ulusal Pazarlama Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi Deniz İşletmeciliği ve Yönetimi Yüksekokulu, İzmir*, s. 145.
- Majidi, M., Mahdavi, H., ve Siamian, H. (2012). Patients' information needs in affiliated hospitals of Tehran University of Medical Sciences.
- Mahroo M., Shojaei ve Reza Shafei R.. (2015), Studying The Relationship Between Ethical Sales Bahavior, Relationship Quality and Customers' Loyalty (Case Study: The Branches of Iran Insurance of Sanandaj Township) *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences ISSN: 2231– 6345 Vol. 5 (S4)*, pp. 1441-1449/
- Mainous, Arch G.-Baker, Richard-Love, Margaret-Gray, Denis Pereira-Gill ve Jason M. R. (2001), "Continuity of Care and Trust in One's Physician: Evidence From Primary Care in the United States and the United Kingdom", *Family Medicine*, Vol.33, No.1, (22-29).
- Mankiw, N.G. (2008). *Principles of Microeconomics*, 5th edition, South-Western, Chapters 14-17
- Marangoz, M., ve Akyıldız, M. (2007). Algılanan Şirket İmajı Ve Müşteri Tatmininin Müşteri Sadakatine Etkileri. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1).
- Martenson, M.; (2000). "A Critical Review of Knowledge Management as a Management Tool", *Journal of Knowledge Management*, 4(3), ss. 204-216.
- Mayer, R.C., Davis J.H. ve Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, 709-734. ss.
- Mazgit, İ. (1998). Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye De Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Mcallister, D. J. (1995). Affect and Cognition Based Trust As Foundations of interpersonal Cooperation in Organizations. *Academy of Management Journal*. 38: 24-59.
- McCarthy, E. D. (2002). *Bilgi kültürü: Yeni bilgi sosyolojisi*. (A. F. Yılmaz, Çev.). İstanbul: Chiviyazıları.
- McConnel, C. R. ve Stanley L. B, (1996) 'Microeconomics', Thirteenth Edition, McGraw-Hill Inc
- McKinstry, B., Ashcroft, R., Car, J., Freeman, GK. ve Sheikh, A. (2009) Interventions for Improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *The Cochrane Library*, 3: 1-26.
- McPake, B. ve Normand, C. (2008). *Health Economics: An international perspective* (Second edition). New York: Routledge.
- Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V. ve Lemomdou , C. (1999), Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluation and Improving Nursing Services, *Journal of Nursing Management*, 7(1): 19-28.
- Menger, C., (2004), *Principles of Economics*, Ludwig von Mises Institute, Auburn Alabama.

- Mekuria, A. B., Erku, D. A., ve Belachew, S. A. (2016). Preferred information sources and needs of cancer patients on disease symptoms and management: a cross-sectional study. *Patient preference and adherence*, 10, 1991.
- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J. ve Rogers, W. (2008) Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*, 17: 177-186.
- Midilli, Ö. (2011). “ Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi’”, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Miller, P., Wikoff, R., Garrett, M. J., McMahan, M., ve Smith, T. (1990). Regimen compliance two years after myocardial infarction. *Nursing Research*.
- Minsky, M. (1994). Negative expertise. *International Journal of Expert Systems*, 7, 13–19.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258- 263.
- Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 163-171.
- Mishel, M. H., ve Braden, C. J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 43-57.
- Mishel, M. H., ve Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty. *Nursing Research*, 37, 98-103.
- Mishel M.H. (1988) Uncertainty in illness. *Image*, 20:225-32.
- Mishel M.H. (2006) What do We Know about Uncertainty in Illness? https://www.jsnr.or.jp/meeting/docs/31_02.pdf 23.04.2019
- Mishkin, F.S. (1996), “Understanding Financial Crises: A Developing Country Perspective”, National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No. 5600, May, s.2
- Mishkin M.S. ve Strahan P.E (1999) What will technology do to financial structure? NBER Working Paper, No: w6892,
- Mishkin, F.S. (2004) *The Economics of Money: banking and Financial Markets*, NewYork, Addison Wesley,
- Mokyr, J., (2002), *The Gifts of Athena*, Princeton University Press, New Jersey.
- Monette,M.L.,”The Concept of Educational Need: An Analysis of Selected Literature,” *Adult Education*, Vol:XXVII, No:2 1977.
- Mooney, G. H. (2003). *Economics, medicine and health care*. Pearson Education.
- Moscoso, N. ve Tohme, F., (2001), “Asymmetric Information in Hospital Services”, *Argentina de Economia Política, Conf.*, pp.1-20
- Mucuk, İ. (2009), *Pazarlama İlkeleri, Geliştirilmiş 17.Basım*, Türkmen Kitapevi: İstanbul
- Milutinovic,D., Brestovacki, B. ve Cvejic, M.M., (2010). Patients’ Satisfaction with Nursing Care as an Indicator of Quality of Hospital Service”, *Journal of Society for Development in New Net Environment in B& H., HealthMed* Vol,4, No.2. 461-466.
- Narter, M. (2004). Sağlık ve Hastalığın Sosyal Temsilleri.*Psikoloji Çalışmaları/ Studies in Psychology*, 24, 57-74.
- Nelson, P. (1970). Information and consumer behavior. *Journal of political economy*, 78(2), 311-329.
- Neuman, E., ve Neuman, S. (2009). Agency in health-care: are medical care-givers perfect agents?. *Applied Economics Letters*, 16(13), 1355-1360.

- Ng, S. K., Chau, A. W., ve Leung, W. K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(3), 227-235.
- Nguyen, H. (2011). The Principal-Agent Problems in Health Care: Evidence from Prescribing Patterns of Private Providers in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 26, i53-i62.
- O’Cinneide D. (2007) “Adverse Selection”, Student Economic Review, sf. 26.
- Odabaşı, Y. (1994): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409
- Odabaşı, Y. (2000) Müşteri İlişkileri Yönetimi, Sistem Yayıncılık.
- Odabaşı, Y. (2005) *Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M. (2008). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, s. 17-19.
- Okay, N.C. (2003) “Tahvil ve Hisse Senedi Piyasalarının Gelişmesini Engelleyen Problemler”, Pivolka, Cilt: 2, sayı 8, s.11,
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of marketing research*, 17(4), 460-469.
- Oliver, R.L., (1999), “Whence Consumer Loyalty?”, *Fundamental Issues and Directions for Marketing*, Journal of Marketing, Vol. 63; 33- 44.
- Oneto, A. A. D., Ferreira, J. B., Giovannini, C. J., ve da Silva, J. F. (2015). Trust and Satisfaction in Online Tourism Consumption. *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo*, 9(2).
- Orçunus A. R, (1996); Rekabetçi Yönetim ve TÜSİAD-KALDER Toplam Kalite Modeli, Verimlilik Dergisi, Toplam Kalite Özel Sayısı 2: 67–82
- Orel, F.D. ve Kara, A., (2012). Assessing the Role of Service Quality of Retail Self Checkouts on Customer Satisfaction and Loyalty: Empirical Evidence From, an Emerging Market, *Academy of Marketing Science Annual Conference*, 16-19 May, 2012, New Orleans, USA.
- Orhaner, E. (2006), “Türkiye’de Sağlık hizmeti Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, s. 4
- Otani, K.L.E., Wayne, F., Faulkner, K.M., Burroughs, T.E. ve Dunagan, W.C., (2009). Patient Satisfaction: Focusing on Excellent”, *Journal of Healthcare Management*, 54:2, March-April, 93-104.
- Otluoğlu, E. (2015) Asimetrik Bilgi ve Sermaye Yapısı Kararları: Borsa İstanbul Üzerine Bir Uygulama Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Öcel, Y., (2016), Algılanan Doktor İmajı İle Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Yıl: Cilt: 7 Sayı: 14
- Öner, N., (2005), Bilginin Serüveni, Vadi Yayınları, Ankara.
- Öngören, B., (2017), Hekim- Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim <https://www.researchgate.net> 23.03.2019
- Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
- Özbaş, S. ve Özkan, S. (2010). Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 541-546.
- Özbek, H., ve Keskin, S. (2007). Standart sapma mı yoksa standart hata mı? *Van tıp dergisi*, 14(2), 64-67.

- Özcan, S., Baş, K. ve Taş, Y., (2013), “Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi; Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama”, International Conference on Eurasian Economies, ss.822-831.
- Özcan, T., Altıok, M., ve Babalık, F. (2013). Warfarin kullanan hastalara ilaca ilişkin verilen grup eğitiminin bilgi düzeylerine etkisi/The effect of group education about drug usage in the patient's on warfarin therapy. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD*, 13(3), 292.
- Özcan, H., Özdemir, O., Esmâ, İ. ve Sözkese, N. (2015), Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 149-155.
- Özdamar, K., (2003). Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Özdemir, E., Kılıç, S., ve Aydın, Z. B. (2010). Sosyal güvenlik reformu sonrası tüketici olarak hastaların hastane seçimi: pazarlama açısından bir alan araştırması.
- Özdoğan, F. B., ve Tüzün, İ.K. (2007). Öğrencilerin üniversitelere duydukları güven üzerine bir araştırma. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(2), 639-650.
- Özgüven, N. (2008). "Hizmet Pazarlamasında Müşteri Memnuniyeti ve Ulaştırma Sektörü Üzerinde Bir Uygulama." *Ege Bakış Dergisi*, 8(2): 662-633.
- Özsağır, A., ve Akın, A. (2012). Hizmetler Sektörü İçinde Hizmet Ticaretinin Yeri ve Karşılaştırmalı Bir Analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 41(41).
- Öztürk, H., Çilingir, D., ve Hintistan, S. (2011) "Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi" *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (4), 153-158
- Pallant, J. (2005). Using Graphs to Describe and Explore the Data (Ch. 7). In SPSS Survival Manual (2nd ed.). Sydney: Allen & Unwin.
- Papadopoulo P., Andreas A., Panagiotis K. ve Drakoulis M. (2001), "Trust and Relationship Building in Electronic Commerce", *Internet Research*, Vol. 11, No 4, pp. 322-332.
- Parasız, İ., (1999), Mikro Ekonomi, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa
- Parkin, M. (2010). *İktisat*. Uzun Ö., Demir S., Güneş, S. ve Sezgi, S. (Çev.), Akademi yayıncılık
- Patterson, E. T., Freese, M.P. ve Goldenberg, R. L. (1986). Reducing uncertainty: Self diagnosis of pregnancy. *Image*, 18, 105-109.
- Pauly M. V. (1968) "The Economics of Moral Hazard: Comment", *American Economic Review*, (58): 531–537.
- Pautler SE, Tan JK, Dugas GR, Pus N, Ferri M, Hardie WR ve Chin JL. (2001); Use of the Internet for self-education by patients with prostate cancer. *Urology* 57: 230-3.
- Payment, D. R. (1993). The CaP uncertainty research project. *Unpublished master's thesis.* Albuquerque (NM): The University of New Mexico.
- Pearson, S. D., ve Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 15(7), 509-513.
- Pelenk Özel, A. (2011). Sosyal Medya ve Güven: Hükümet, Sivil Toplum Örgütleri ve Ticari Kuruluşlara Yönelik Ampirik Bir Araştırma. Kocaeli Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Academic Journal of Information Technology – ISSN: 1309-1581 – Yaz 2011, 5-9.
- Pindyck, S.R. ve Rubinfeld, L. D., (1998), Microeconomics, Prentice-Hall, Upper Saddle River, Fourth Edition, New Jersey.

- Pine, J., ve Gilmore, J. (2012). Deneyim Ekonomisi. İstanbul: Optimist Yayınları.
- Platonova, E. A., Kennedy, K. N., ve Shewchuk, R. M. (2008). Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Medical Care Research and Review*, 65(6), 696-712.
- Rains, S. A. (2014). Health information seeking and the World Wide Web: an uncertainty management perspective. *Journal of health communication*, 19(11), 1296-1307.
- Reber, A. (1994), *The Penguin Dictionary of Psychology*, London, UK, Penguin Books, 3rd Edition, , s.288.
- Rich-vanderBij, L. P. (1999). The discharge information needs of adults with incisions healing by secondary intention. *University of Toronto, Graduate Department of Nursing Science, Toronto*.
- Riordan, M. (1993), 'Competition and Bank Performans: A Theoretical Perspective.' In Mayer, C. ve Vives, X.(eds). *Capital Markets and Financial Intermediation*, Cambridge: Cambridge University Press,
- Roberson B.G. (2015) "Examining the Relationship Between Trust, Credibility, Satisfaction, and Loyalty Among Online Donors" *Unpublished Doctoral Dissertation* College of Management and Technology, Walden University, December 2015
- Rohde, N.F. (1986). "Information needs", W. Simonton(ed). *Advance in Librarianship* Orlando: Academic Press, 14:49-70.
- Rothschild, M., ve Stiglitz, J. (1978). Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. In *Uncertainty in economics* (pp. 257-280). Academic Press.
- Rotter, J. B. (1971). Generalized Expectancies for Interpersonal Trust. *The American Psychologist*, 26(5), 443-452.
- Rowe R. ve Calnan M. (2006) 'Trust Relations in Health Care – The New Agenda', *European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.
- Rouse, W.B. ve S. H. Rouse. (1984). " Human information seeking and design of information systems", *Information Processing and Management* 20 (1,2): 129-138.
- Rutten, L. J. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., ve Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient education and counseling*, 57(3), 250-261.
- Saares P., ve Suominen T. (2005), Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *Eur J Cancer Care (Engl)*;14:43–52.
- Sakal, M., (2013), Bürokratik Davranışların Ekonomik Teorisi Kamu Ekonomisi II, Coşkun Can, Aktan e Dilek, Dileyici, (Ed.), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Samancıoğlu, S., ve Karadakovan, A. (2010). Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 125-141.
- Sanchez, A. O. ve Fuentes, M.T.M. (2002), "Consumer Orientation of Public Hospital Websites in Spain", *International Journal of Medical Marketing*, 3(1), pp. 20-30.
- Santacroce, S. (2002). Uncertainty, anxiety, and symptoms of posttraumatic stress in parents of children recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(3), 104-111.
- Sarıçam,H., Erguvan, F.M., Akın, A. ve Akça, M. Ş.(2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Route Educational & Social Science Journal*, 1(3), 148-157.

- Sarıpek, D. B. (2017) “İhtiyaç” Kavramı Ekseninde Sosyal Koruma: Temel İhtiyaçlar Yaklaşımı. *İnsan ve İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, 4(12), 43-65.
- Sarıkaya, M. (2002), “Asimetrik Bilgi Çerçevesinde Müzayedeler”, *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, cilt:3, Sayı:2, s.99.
- Satsanguan, L., Fongsuwan , W. ve Trimetsoontorn, J. (2015). Structural Equation Modelling of Service Quality and Corporate Image that Affect Customer Satisfaction in Private Nursing Homes in the Bangkok Metropolitan Region, *Research Journal of Business Management*. 9 (1): 68-87.
- Savage, E. ve Wright, J. D., (2003), “Moral Hazard and Adverse Selection in Australian Private Hospitals: 1989-1990”, *Journal of Economics*, No:22, pp. 331-359.
- Savaş, V., (2000), *Piyasa Ekonomisi ve Devlet*, 2. Baskı, Ankara.
- Savaş, V., (2007), *İktisatın Tarihi, Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- Sayım, F. (2015), “Sağlık Piyasa Yapısında Etik Sorunlara Yol Açan Uyumsuzluklar” *Akademik Arge Dergisi- Sosyal Bilimler*, Sayı:15-1, İstanbul
- Schneider, U. (2004). Asymmetric Information and the Demand for Health Care—the Case of Double Moral Hazard. *Schmollers Jahrbuch: Journal of Applied Social Science Studies/Zeitschrift für Wirtschafts-und Sozialwissenschaften*, 124(2), 233-256.
- Schneider, U. (2005). Asymmetric Information and Outcome-Based Compensation in Health Care-Theoretical Implications.
- Schneider, U., ve Ulrich, V. (2008). The physician-patient relationship revisited: the patient’s view. *International journal of health care finance and economics*, 8(4), 279-300.
- Schmitt, B. (1999). Experiential Marketing. *Journal of Marketing Management*, 15(1), 53-67.
- Seçim, H. (2016). Hastanelerin Tanımı Sınıflandırılması ve İşlevleri. *Eskişehir, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayın*, (845).
- Setiawan, M. B., ve Devi, S. M. (2016), Perception Advertising, Perception of Price and Brand Image to Customer Satisfaction and Its Impact on Customer Loyalty Products White Luwak Koffie (Studies in the University Student FEB Stikubank (Unisbank) Semarang).
- Sevim, N. (2018), Çevrimiçi E-Müşteri Sadakatinin Oluşumunda E-Hizmet Kalitesi, E-Güven Ve E-Tatminin Etkisi, *BMIJ*, (2018), 6(1): 107-127
- Sevimli, S. (2006). “ Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- Shaffer, S., (1998), ‘The Winner’s Curse in Banking’, *The Journal of Financial Intermediation*, 7: 359-392
- Shabbir, S., Kaufmann, H. R., ve Shehzad, M. (2010). Service quality, word of mouth and trust: Drivers to achieve patient satisfaction. *Scientific research and Essays*, 5(17), 2457-2462.
- Sharp, B. ve Sharp, A. (1997), ‘Loyalty Programs and Their Impact on Repeat Purchase Loyalty Patterns’, *International Journal of Research in Marketing*, Vol: 14, s. 473.
- Shmanske S. (1996) “Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope”, *The Independent Review*, 1(2): 191-200.
- Shoemaker, A. S. ve Lewis, R. C. (1999). Customer Loyalty: The Future of Hospital Marketing. *Hospitality Management*, 18(4),345-370.

- Skipper, J.K.Jr.; Tagliacozzo, D.L. ve Mauksch, H.O. (1964). What communication means to patients. *An Journal of Nursing*, 64(4), 101–103
- Skirbekk, H., Middelthan, A-L., Hjordahl, P. ve Finset, A. (2011) Mandates of Trust in the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Research*, XX(X):1-9.
- Small S.P. ve Graydon J.E. (1993) Uncertainty in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud*, 30(3):293-246.
- Solomon, R.C. ve Flores F. (2001). *Building Trust in Business, Politics, Relationships, and Life*. New York, ABD: Oxford University Press.
- Sorrentino, R. M., Bobocel, C. R., Gitta, M. Z., Olson, J. M. ve Hewitt, E. C. (1988). Uncertainty orientation and persuasion: Individual differences in the effects of personal relevance on social judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 357-371.
- Spence, M., (1973), *Job Market Signaling*, The Quarterly Journal of Economics, Vol. 87, No. 3, ss. 355-374.
- Srinivasan, S.S. ve Rolph A. ve Kishore P. (2002) “Customer Loyalty in e-Commerce: an Exploration of its Antecedents and Consequences”, *Journal of Retailing*, Cilt: 78, Sayı: 1, ss. 41-50.
- Srivastava, M., ve Rai, A. K. (2016). The Manifestations of Customer Loyalty in Indian Life Insurance Industry: An Empirical Examination. *Management Insight-The Journal of Incisive Analysers*, 12(02).
- Stigler, G. J. (1961). The economics of information. *Journal of political economy*, 69(3), 213-225.
- Stiglitz, J. E. (1975). The theory of " screening," education, and the distribution of income. *The American economic review*, 65(3), 283-300.
- Stiglitz, J. E., (2001), *Information and the Change in the Paradigm in Economics*, December 8, 2001 Prize Lecture,
- Suki, N.M., (2011). Assessing Patient Satisfaction, Trust, Commitment, Loyalty, Doctors’ Reputation, toward Doctor Services”, *Pak J Med. Ser., Brief Communication*, Vol,27, no 5.
- Sunil, V. (2015). Patient Doctor Relationship: Changing Paradigm, Challenges and Strategies. *International J of Health Research and Medico Legal Practice*, 1(2), 8-13.
- Susam, N., (2015), *Kamu Maliyesi Temel Kavram ve Esasları*, 1. Baskı, İstanbul.
- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414
- Şahin, Ü. (2009). Hastane İşletmeciliği Yönetimi.
- Şahin, H. (2006). Eğitim Programı Geliştirme Sürecinde Önemli Bir Aşama: İhtiyaç Belirleme. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 22(22), 1-9.
- Şahin, S. Y., İyigün, E., ve Açıkkel, C. (2015). Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5).
- Şahin, A., Ayhan, F., Öcal, H. S., ve Cayır, A. (2015). An assessment of the preoperative information given to patients in the province of Karaman. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 1111-1119.
- Şekerci N. (2016) Özel Hastane Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi ile Ahlaki Tehlike İlişkisi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.

- Şen, C. (2005) *Doğmamış Bebeğin de Hakları Var*, 2.10.2018 tarihinde Hürriyet Gazetesi: <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/dogmamis-bebegin-de-haklari-var-319357> adresinden alındı.
- Şen, O., Erkek, A. B., Çakmak, A., Sözen, U., Akyol, C., ve Kuzu, M. A. (2008). Genel cerrahi hastalarının ve yakınlarının bilgi arayışında internet kullanımı. *Turkish Journal of Surgery*, 24(3), 156-159.
- Şen, S. *Regresyon* <https://sedatsen.files.wordpress.com/2016/11/8-sunum.pdf> 10.06.2019
- Şenbabaoglu, E., Bas, A., ve Dölarslan, E. S. (2016). Müsteri Odaklılık ve Algılanan Kalitenin Müsteri Sadakati Olusumuna Etkisi 1. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi= Journal of Consumer and Consumption Research*, 8(2), 95.
- Şener, H. Y. ve Behdioğlu, S. (2013). Müşteri Sadakati Oluşturmada Müşterinin Algıladığı Değer, Memnuniyet ve Rakip İşletmeye Geçme Maliyeti: Bir Spor Merkezinde İstatiksel Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 30, 165-180.
- Şengül, A. (2008). İş Doyumu Ve Tüketici Tatmini İlişkisi Kamu Ve Özel Kesim Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin İş Doyumunun Hasta Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma', Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal bilimler Enstitüsü, İşletme anabilim dalı, *yayımlanmamış doktora tezi*, Manisa 2008.
- Tai-Seale, M., Stults, C., Zhang, W., ve Shumway, M. (2012). Expressing uncertainty in clinical interactions between physicians and older patients: what matters?. *Patient education and counseling*, 86(3), 322-328.
- Taşlıyan, M., Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:1, ss. 69-94.
- Tan, M., Özdelikara, A., ve Polat, H. (2013). Determination of patient learning needs. *FN J Nurs*, 21(1), 1-8.
- Tayfun, A., ve Yayla, Ö. (2014). Turistlerin Otel Seçimlerinde Marka Sadakatini Etkileyen Faktörlerin Davranışsal ve Sadakat Boyutuyla İncelenmesi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 30, 35.
- Tek, Ö. B. (2006). *Pazarlamada değer yaratmak: pazarlamada değer çağı Türkiye'de değer pazarlaması*. Hayat Yayıncılık.
- Temel, K. ve Aydın, M. (2018) Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkarıldığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Tengilimoğlu, D. (2001), "Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1), ss. 85-98.
- Tengilimoğlu, D., Yeşiltaş, M., Kısa, A. ve Dziegielewska, S. F.(2008), "The Role of Public Relations Activities in Hospital Choice", *Health Marketing Quarterly*, 24(3), pp. 19-31.
- Tengilimoğlu, D. (2011), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tepecik, F. ve Yazıcı, A., (2012), "Sağlık Sektöründeki Etik Problemlerin Nedenleri", *International Conference on Eurasian Economies*, ss.382-388
- Thiele, R., and Bennett, R.,R., (2010). Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services. *Health Marketing Quarterly*, 27(2), pp. 195-214.
- Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E. ve Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Family practice*, 19(5), 476-483.

- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Tokem Y. B. (1999) AMI Geçiren Hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- Tonta Y. (2008)
<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/courses/fall2007/sb5002/sb5002-10-varyans-analizi.pdf>
- Top M. ve Tarcan M. (2007) Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 9(1): 169-189.
- Tuan, N. M. (2015). The impact of ethical sales behavior on customer loyalty: A case from Vietnam. *International Journal of Business and Management*, 10(3), 152.
- Tumay, M. (2009). Asymmetric information and adverse selection in insurance markets: the problem of moral hazard. *Yönetim ve Ekonomi*, 16(1), 107-114.
- Tunçay, C.M. (2008) ‘‘ Asimetrik Bilgi Kuramı : Kredi Piyasası Üzerine Uygulama’’ Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- Türk, Z., (2009). Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi Müşteri Tatmini Ve Sadakati: Servperf Ölçeği. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 399-416.
- Türker, G. Ö., ve Türker, A. (2013). GSM Operatörleri Sektöründe Marka Sadakatini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi; Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 3(1), 49-67.
- Türkiye Bilişim Derneği, (2006) Bilgi Yönetimi El Kitabı Çalışma Grubu 4, 2005–2006 Dönemi Çalışması, 5-Mayıs–2006, Ankara.
- Tüsiad, S. B. G. (2004). Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri. İstanbul, Eylül.
- Uçak, N. Ö. (1997). Bilgi gereksinimi ve bilgi arama davranışı. *Türk Kütüphaneciliği*, 11(4), 315-325.
- Uçak, N. Ö. (2010). Bilgi: Çok yüzlü bir kavram. *Türk Kütüphaneciliği*, 24(4), 705-722.
- Uyar, A. (2019). Müşteri Memnuniyeti ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelemesi: Otomobil Kullanıcıları Üzerine Bir Uygulama. *Electronic Journal of Social Sciences*, 18(69).
- Uzun, B., Kördeve, M. K., ve Ünal, E. (2017) Gebelik Sürecinde Poliklinik Takibinin Gebelerin Sağlık Bilgi Düzeyine Katkısı: Bir Alan Araştırması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 32-45.
- Uzunkaya, T., ve Yükselen, C. (2018). Akıllı Cihaz Kullanıcılarının Marka Sadakatlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Araştırma. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt Sayı: 11/2*
- Ünsal, E. (2004). *Mikro İktisat. 5. b.* Ankara: İmaj Yayıncılık.
- Ürek, D. ve Erigüç, G. (2018). Vekalet Teorisinin Sağlık Sektöründeki Yansımaların Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar Bağlamında Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4 (2), 180-194.
- Vallerand, W. P., Vallerand, A. H., ve Heft, M. (1994). The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 52(11), 1165-1170.
- Varian, H. R., (1993), *Intermediate Micro Economics*,
- Varinli, İ. ve Çakır, A. (2004) ‘‘Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Hakkındaki İlişki, Kayseri’de Poliklinik Hastalarına

- Yönelik Bir Araştırma”, Kayseri:Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:17,
- Varolan, A. (2002). Müşteri Sadakati Yönetimi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Vera, N. (2009)., "The relationship between uncertainty in illness and anxiety in patients with cancer" *Graduate Theses and Dissertations*.
- Vick, S., ve Scott, A. (1998). Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of health economics*, 17(5), 587-605.
- Weisbrod. A. (1991) “Competition in Health Care: A Cautionary View”Institute For Research on Poverty Discussion Paper, University of Wisconsin
- Westbrook, L. (1993). "User needs: a synthesis and analysis of current theories for the practitioner", *Reference Quarterly* 32 (Summer): 541-549.
- Williams, B. (1994) “Patient Satisfaction: A Valid Concept?” *Social Science and Medicine*, s.4, ss. 509-516.
- Win, K. T., Hassan, N. M., Bonney, A., & Iverson, D. (2015). Benefits of online health education: perception from consumers and health professionals. *Journal of medical systems*, 39(3), 27.
- Wolinsky, F. D., ve Kurz, R. S. (1984). How the public chooses and views hospitals. *Hospital & health services administration*, 29(6), 58-67.
- Wong, C. A., ve Bramwell, L. (1992). Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 15(5), 363-371.
- Wood, J. A. (2008). The effect of buyers' perceptions of environmental uncertainty on satisfaction and loyalty. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 16(4), 309-320.
- Wu, C. H. J., ve Liang, R. D. (2009). Effect of experiential value on customer satisfaction with service encounters in luxury-hotel restaurants. *International Journal of Hospitality Management*, 28(4), 586-593.
- Yağcı, M. İ., ve Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması.
- Yaşa, E., (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi,Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet,Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. Çukurova Üniversitesi.
- Yaşayacak S., (2014), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Pazarlamasında Yeni Yaklaşımlar, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Yıldırım, A., ve Bakır, M. Ş. (2014). Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği.
- Yıldırım, B. ve Selvi, M. (2015), “Adaptation of STEM Attitude Scale to Turkish”, *Turkish Studies - International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 10(3), 1107-1120. <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.7974>
- Yıldız, T. (2015). Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(2).
- Yıldız, S., ve Çilingir, Z. (2010). Elektronik Pazarlamada Müşteri Sadakatinin Geliştirilmesi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1), 412-428.

- Yılmaz, E., (2005) Bilgi Merkezlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ankara, ALP Yayınları;
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 69-74.
- Yılmaz, S., ve Akkaya, V. B. (2009). Hekim ile Dermatoloji Hastaları Arasındaki İlişkide Güven Unsurunun Ölçülmesi/Measuring Trust Component in Patient-Physician Relationship in Dermatology. *Turkderm*, 43(3), 89.
- Yılmaz, E., ve Özkan, S. (2015). Learning needs of surgical patients. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 107-115.
- Yiğitbaş, Ş. B. (2012). *Bankaların kredi verme davranışı üzerine asimetric bilginin etkisi ve reel sektör yansımaları (Türkiye Analizi 2002-2010)*. Türkiye Bankalar Birliği.
- Yirmibeşoğlu, E., Öztürk, A. S., Erkal, H. Ş., ve Egehan, İ. (2005). ‘‘Kanser hastalarının bilgi arayışında internet kullanımı’’ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(2) 125-128
- Yücekaya, P., Rencber, Ö. F. ve Sönmez, H., (2015) Perakende Sektöründe Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakatine Etkisi: Çanakkale İlinde Bir Araştırma. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(5), 85-100.
- Zaim,H., Tarım, M., (2010), ‘‘Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması’’ *Sosyal Siyaset Konferansları*, Sayı, 59, 201072 1-24.
<https://www.istib.org.tr/resim/siteici/files/Y%C4%B1l%C4%B1k%20Sanayi%20ve%20Hizmet%20%C4%B0statistikleri%2C%202017.pdf> (13.06.2019)
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=GÜVEN (3.10.2018)
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c2bafa875068.05867940 (19.10.2018)
https://ismek.ist/files/ismekOrg/file/2013_hbo_program_modulleri/tedavihizmetleri/bbiterimler.pdf (5.10.2018)
<https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisiklerle-beraber.html> (13.10.2018)
<http://www.akinanaliz.com/on-analizler/> (18.12.2018)
<https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf> (13.02.2019)
- TTD, Hasta-Hekim İlişkisinde Etik İlkeler
<https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/215201114502-Hekimhastailiskisi.pdf> (15.02.2019)
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=DENEY%C4%B0M (11.11.2018)
https://ipfs.io/ipns/tr.wikipedia-on-ipfs.org/wiki/Genel_Cerrahi.html (12.01.2019)
<http://www.marmaramedicaljournal.org/pdf/uzmanlik.pdf> (12.01.2019)
<http://www.marmaramedicaljournal.org/pdf/uzmanlik.pdf> (12.01.2019)
<https://ipfs.io/ipns/tr.wikipedia-on-ipfs.org/wiki/N%C3%B6roloji.html> (12.01.2019)
<https://drersinarlaneah.saglik.gov.tr/TR,24764/tarihcemiz.html> (10.01.2019)
<https://gaziantep25aralikdh.saglik.gov.tr/TR,10056/tarihcemiz.html> (10.01.2019)
<https://sehitkamildh.saglik.gov.tr/TR,10207/hastanemiz-in-tarihcesi.html> (10.01.2019)
<https://nizipdh.saglik.gov.tr/TR,10791/tarihcemiz.html> (10.01.2019)
<http://www.hatemhastanesi.com.tr/sayfalar/kurumsal/55/hastane-tanitimi.html> (10.01.2019)
<https://duztepeyasamhastanesi.com/iletisim.php> (10.01.2019)

(<https://www.medicalpark.com.tr/gaziantep-hastanesi/h-6>) (10.01.2019)

(<http://www.adnhastanesi.com/hakkimizda/>) (10.01.2019)

(<https://www.sankotip.com/tarihce-11-2>) (10.01.2019)

(<http://www.gaunhastaneleri.com/index.php/hakkimizda/tarihcemiz>) (10.01.2019)



EKLER



Ek A. 1 Anket Formu

Değerli Katılımcı

Bu anket formu doktora tezi kapsamında; sağlık hizmetleri konusundaki bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Anket formu 5 bölümden oluşmakta olup, elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılıp gizli tutulacaktır. Ankette isim belirtme zorunluluğu bulunmamaktadır. Ankette sorulan sorulara içtenlikle ve HİÇBİR SORUYU ATLAMADAN cevap vermeniz, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Araştırmaya gösterdiğiniz ilgi, yardım ve ayırdığınız zamandan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Acil şifalar dileriz.

İbrahim BOZKURT
Gaziantep Üniversitesi
İşletme Doktora Öğrencisi

0530 4686638

Hastane Adı:

Poliklinik/Klinik Adı:

Tedavi Şekli:

BÖLÜM 1.

1	Daha önce tedavi veya muayene olmak amacıyla bu hastaneye başvurduunuz mu? EVET () HAYIR ()					
2	Hastaneye başvurmadan önce aşağıdaki konularda herhangi bir araştırma yaptıysanız belirtiniz. Eğer durumunuza uygun olduğunu düşünüyorsanız; (X) şeklinde işaretleyiniz. ()Araştırma Yapmadım ()Hastane ()Hekim ()Hastalık ()Sağlık Hizmetleri					
3	Hastalığımız, tıbbi uygulamalar,tedavi süreci veya diğer sağlık konuları ile ilgili olarak düzenlenen herhangi bir eğitim programına katıldınız mı? EVET () HAYIR ()					
4	Hastalığımız, tıbbi uygulamalar,tedavi süreci veya diğer sağlık konuları ile ilgili olarak tarafınıza bilgilendirilme yapıldı ise kimler tarafından yapıldığını (X) şeklinde işaretleyerek lütfen belirtiniz. Bilgilendirilmedim() Hekim() Hemşire() Hekim ve Hemşire() Diğer Sağl.Personeli()					
5	Bu hastanede almış olduğunuz sağlık hizmetleri ile ilgili kimlere ne kadar güvendiğinizi belirtmek için 1-5 arasında bir rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.(1 “hiç güvenmiyorum”, 5 “çok güveniyorum”)	Hiç Güvenmiyorum	Güvenmiyorum	Kararsızım	Güveniyorum	Çok Güveniyorum
	Kurum (Hastane)	1	2	3	4	5
	Doktor	1	2	3	4	5
	Hemşire	1	2	3	4	5
	Diğer Sağlık Personeli	1	2	3	4	5

BÖLÜM 2.

	Aşağıda her ifadeyi okuyarak, bugünkü duygularınızı en uygun şekilde belirten seçeneği yuvarlak içine alarak belirtiniz. Okuduğunuz durumu kabul ediyorsanız; Kesinlikle katılıyorum veya Katılıyorum, durumu kabul etmiyorsanız; Kesinlikle katılmıyorum veya Katılmıyorum şeklinde işaretleyiniz. Nasıl hissettiğiniz ile ilgili karar veremiyorsanız veya fikriniz yoksa Kararsızım seçeneğini işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sorunumun ne olduğunu bilmiyorum.	1	2	3	4	5
2	Hastalığımın daha iyi ya da daha kötü olduğundan emin değilim.	1	2	3	4	5
3	Durumum hakkında yapılan açıklamalar bana net gelmiyor.	1	2	3	4	5
4	Her tedavinin amacını açıkça değerlendirebiliyorum.	1	2	3	4	5
5	Bana yapılacak olan işlemlerin ne zaman yapılacağını bilmiyorum.	1	2	3	4	5
6	Doktorlar bana bir çok anlama gelen şeyler söylüyorlar.	1	2	3	4	5
7	Hastalığımın ne kadar süreceğini tahmin edebilirim	1	2	3	4	5

BÖLÜM 3.

	Aşağıda hastalığınız, tedavisi ve diğer sağlık konuları ile ilgili ihtiyaç duyabileceğiniz farklı türde bilgiler hakkında sorular bulunmaktadır. Bu bilgilere ne kadar ihtiyaç duyduğunuzu göstermek için (1) Kesinlikle İhtiyaç Duyuyorum ile (5) Kesinlikle İhtiyaç Duymuyorum arası rakamlardan birini yuvarlak içine alarak lütfen belirtiniz.	Kesinlikle İhtiyaç Duyuyorum	İhtiyaç Duyuyorum	Kararsızım	İhtiyaç Duymuyorum	Kesinlikle İhtiyaç Duymuyorum
1	Hekim ve sağlık personelinin deneyimi veya nitelikleri	1	2	3	4	5
2	Tıbbi ekipman ve malzemelerin kalitesi	1	2	3	4	5
3	Hastalığın teşhis ve tedavisi boyunca oluşturabileceği tedavi maliyeti, sigorta kapsamı veya diğer finansal konular	1	2	3	4	5
4	Hastalığım belirtilerinin neler olduğu	1	2	3	4	5
5	Hastalığın nedenleri ve seyrinin nasıl olacağı	1	2	3	4	5
6	Hastalığım fiziksel etkilerinin neler olduğu	1	2	3	4	5
7	Hastalığa nasıl teşhis konulduğu	1	2	3	4	5
8	Uygulanan tedavinin yan etkileri / riskleri ve faydaları	1	2	3	4	5
9	Uygulanan mevcut tedavi ve diğer tedavi seçenekleri	1	2	3	4	5
10	Uygulanan testler ve diğer prosedürlerin neler olduğu	1	2	3	4	5
11	Uygulanan tedavi süreci ve tedavinin nasıl işleyeceği	1	2	3	4	5
12	Uygulanan tedavinin eksik ya da yanlış yapılmasının sonuçları	1	2	3	4	5
13	Hastalığın yaşam süresine bir etkisinin olup olmayacağı	1	2	3	4	5
14	Hastalığım tedavi sonrasında yeniden tekrarlayıp tekrarlamayacağı	1	2	3	4	5

BÖLÜM 4.

	Aşağıda sağlık hizmetlerinden yararlandığınız hastaneye karşı geliştirdiğiniz davranışlarla ilgili bir takım yargılar sıralanmıştır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bir müşteri olarak, lütfen muayene olduğunuz veya tedavi gördüğünüz hastane ile ilgili geliştirdiğiniz davranışsal özelliğinizi en iyi gösteren seçeneği yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Okuduğunuz durumu kabul ediyorsanız; Kesinlikle katılıyorum veya Katılıyorum, durumu kabul etmiyorsanız; Kesinlikle katılmıyorum veya Katılmıyorum şeklinde işaretleyiniz. Nasıl hissettiğiniz ile ilgili karar veremiyorsanız veya fikriniz yoksa Kararsızım seçeneğini işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Bu hastaneden sağlık hizmeti aldığım için doğru karar verdiğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2	Bu hastaneden sağlık hizmeti aldığım için çok memnunum.	1	2	3	4	5
3	Bu hastaneden yaşadığım deneyim memnuniyet verici.	1	2	3	4	5
4	Genel anlamda bu hastanede yapılan işlemlerden memnunum.	1	2	3	4	5
5	Herhangi bir sağlık problemiyle karşılaştığımda tercih edeceğim ilk sağlık kurumu burası olurdu.	1	2	3	4	5
6	Sağlık kurumunu, sunmuş olduğu hizmetler nedeniyle çevremdekilere tavsiye ederim.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 5.

Lütfen aşağıdaki sorulara size uygun seçeneği yanındaki boşluğu (X) şeklinde işaretleyerek cevaplayınız.

1- Cinsiyetiniz ?	() Kadın	() Erkek	
2- Yaşınız ?	() 20 yaş altı () 50-59	() 20-29 () 59 yaş üstü	() 30-39 () 40-49
3- Medeni haliniz ?	() Evli	() Bekar	() Diğer.....
4- Öğrenim durumunuz ?	() Okur-Yazar () Önlisans () Doktora	() Ortaöğretim () Lisans	() Lise () Y.Lis.
5- Mesleğiniz	() İşçi () Serbest () Hakim-Savcı () Askeri Pers.	() Memur () Emekli () İşsiz () Diğer	() Öğrenci () Ev hanımı () Akademisyen () Öğretmen () Emniyet Pers.
6- Sağlık Güvenceniz	() SGK () Diğer.....	() Özel Sağlık Sigortası	() Yeşil Kart
7- Aylık Gelir Düzeyiniz	() 1000 TL. az () 3001-4000	() 1000-2000 () 4000 TL. üstü	() 2001 -3000

Ek A. 2 Hipotez Testi Sonuçları Tablosu

Hipotez No	Hipotez	Sonuç
H ₁	Bilgi ihtiyacı düzeyi belirsizlik algısına pozitif etki eder.	Red
H _{1a}	Bilgi ihtiyacının belirsizlik algısına etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.	Kabul
H ₂	Bilgi ihtiyacı düzeyi memnuniyet düzeyine negatif etki eder.	Kabul
H _{2a}	Bilgi ihtiyacının memnuniyete etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.	Kabul
H ₃	Bilgi ihtiyacı düzeyi sadakat düzeyine negatif etki eder.	Kabul
H _{3a}	Bilgi ihtiyacının sadakat etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi vardır.	Kabul
H ₄	Belirsizlik algısı memnuniyet düzeyine negatif etki eder.	Kabul
H _{4a}	Belirsizlik algısının memnuniyete etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.	Kabul
H ₅	Belirsizlik algısı sadakat düzeyine negatif etki eder.	Red
H _{5a}	Belirsizlik algısının sadakate etkisinde güven düzeyinin ılımlaştırıcı bir etkisi vardır.	Kabul
H ₆	Memnuniyet düzeyi ile sadakat düzeyi arasında pozitif ilişki vardır.	Kabul
H ₇	Bilgi ihtiyacı alt boyutları ile belirsizlik algısı arasında pozitif ilişki vardır.	
H _{7a}	Tedavi bilgisi ile belirsizlik algısı arasında pozitif ilişki vardır.	Red
H _{7b}	Hastalık bilgisi ile belirsizlik algısı arasında pozitif ilişki vardır.	Red
H _{7c}	Sistem bilgisi ile belirsizlik algısı arasında pozitif ilişki vardır.	Kabul
H _{7d}	Prognoz bilgisi ile belirsizlik algısı arasında pozitif ilişki vardır.	Red
H ₈	Bilgi ihtiyacı alt boyutları ile memnuniyet düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	
H _{8a}	Tedavi bilgisi ile memnuniyet düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H _{8b}	Hastalık bilgisi ile memnuniyet düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H _{8c}	Sistem bilgisi ile memnuniyet düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H _{8d}	Prognoz bilgisi ile memnuniyet düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H ₉	Bilgi ihtiyacı alt boyutları ile sadakat düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	
H _{9a}	Tedavi bilgisi ile sadakat düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H _{9b}	Hastalık bilgisi ile sadakat düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H _{9c}	Sistem bilgisi ile sadakat düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H _{9d}	Prognoz bilgisi ile sadakat düzeyi arasında negatif ilişki vardır.	Kabul
H ₁₀	Hastane deneyimi, bilgilendirilme, eğitime katılma ve araştırma yapma durumuna göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir.	
H _{10a}	Hastane deneyimine göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir.	Red
H _{10b}	Bilgilendirilme durumuna göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir. (Sistem bilgisi (red))	Kısmen Kabul
H _{10c}	Eğitim programına katılma durumuna göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir. (Sistem bilgisi (red))	Kısmen Kabul
H _{10d}	Araştırma yapma durumuna göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir. (Sistem bilgisi (kabul))	Kısmen Red
H ₁₁	Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik/klinik türüne göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir.	
H _{11a}	Tedavi şekline göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir (Sistem bilgisi (red))	Kısmen Kabul
H _{11b}	Hastane türüne göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir.	Kabul
H _{11c}	Poliklinik / klinik türüne göre bilgi ihtiyacı alt boyutları farklılık gösterir. (Sistem bilgisi (red))	Kısmen Kabul
H ₁₂	Hastane türü, tedavi şekli ve poliklinik/klinik türüne göre bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi farklılık gösterir.	

H _{12a}	Hastane türüne göre bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi farklılık gösterir.	Kabul
H _{12b}	Tedavi şekline göre bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi farklılık gösterir.	Kabul
H _{12c}	Poliklinik/klinik türüne göre bilgi ihtiyacı, belirsizlik algısı, güven, memnuniyet ve sadakat düzeyi farklılık gösterir.	Kabul



Ek A. 3 Bilgi Talebi Cevap Yazısı



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GAZİANTEP
SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
17/03/2017 09:23 - 86444662 - 622.03 - E 59



Sayı : 86444662-622.03
Konu : Bilgi Talebi

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Toplumsal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi Müdürlüğü)

İlgi :15/03/2017 tarih ve 108.99 sayılı yazınız.

İlgi bila tarih ve sayılı yazılarınızla "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Sınırlı Rasyonel Karar Verme Sürecinin Müşteri Memnuniyet Düzeyine Etkisi" başlıklı doktora tezinde kullanılmak üzere istenen bilgiler yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gönderilen bilgilerin başka kişi veya kurumlarla paylaşılmaması hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Sadettin YAZI
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1- 2015_Hastane Çalışması (1 Sayfa)
- 2- 2016_Hastane Çalışması (1 Sayfa)

20.03.2017
Belgenin Aslı
Elektronik İmzadır
Ahmet MERCİTOĞLU

Budak Mah. 10031 Nolu Sokak Yasem İş Merkezi 9. Kat Şehitkamil/GAZİANTEP

Bilgi için:Cafer AYAŞ

Faks No:0-342-2203541

Unvan:SAĞLIK MEMURU

e-Posta:cafer.ayas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr

Telefon No:0-342-2209614 (2136)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b1afb6a8-a45e-4efe-9191-bc67d2065126 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek A. 4 2015 yılı Hastane Verileri Tablosu

2015	Muayene Sayısı	Acil Muayene sayısı	Yatan Hasta Sayısı
ARABAN İLÇE DH	90.724	65.892	598
İSLAHİYE DH	420.331	177.685	5.833
NİZİP DH	743.955	350.531	14.934
NURDAĞI İLÇE DH	151.937	102.475	165
OĞUZELİ İLÇE DH	121.935	74.846	3.490
DR. ERSİN ARSLAN EAH	1.832.608	464.386	42.245
25 ARALIK DH	1.070.606	257.880	29.056
ŞEHİTKAMİL DH	1.432.005	465.860	27.714
C.GÖKÇEK KDÇ HAS.	799.894	258.048	90.260
SB TOPLAM	6.663.995	2.217.603	214.295
MEDİNAS HAS	49.289	21.672	2.989
HAYAT HAS	62.350	16.254	6.772
HATEM HAS	204.721	57.593	16.050
AMERİKAN HAS	128.748	29.650	12.370
TAM-MED	104.306	30.744	7.566
SEVGİ HAS	74.427	16.485	9.384
YAŞAM HAS	324.634	95.754	24.665
GÖZ NURU	52.787	0	39
KEMAL BAYINDIR	188.957	96.676	5.635

Ek A. 4 devam

DEVA HAS	266.933	120.627	20.895
ANADOLU ŞİFA	21.355	13.747	565
KONUKOĞLU HAS	292.258	55.317	20.396
SULTANA HOSPİTAL	102.039	53.954	9.442
NCR İNTERNATİONAL	50.266	20.080	3.458
PRİMER HOSPİTAL	361.563	82.072	32.523
MEDİCALPARK	267.462	63.545	25.681
EMEK HAST	112.256	32.742	5.250
ÖZEL TOPLAM	2.664.351	806.912	203.680
TOPCUOĞLU	356.164	132.644	1.730
ÜNİVERSİTE	703.986	189.169	48.474
İL GENELİ	10.388.496	3.346.328	468.179

Ek A. 5 2016 yılı Hastane Verileri Tablosu

2016	Muayene Sayısı	Acil Muayene sayısı	Yatan Hasta Sayısı
ARABAN İLÇE DH	103.345	73.194	615
İSLAHİYE DH	437.178	179.465	6.413
NİZİP DH	909.118	384.359	16.564
NURDAĞI İLÇE DH	154.866	118.217	140
OĞUZELİ İLÇE DH	127.698	83.005	2.070
DR. ERSİN ARSLAN EAH	2.062.418	489.339	48.152
25 ARALIK DH	1.270.141	299.312	31.069
ŞEHİTKAMİL DH	1.562.144	476.172	30.715
C.GÖKÇEK KDÇ HAS.	926.899	260.425	85.623
SB TOPLAM	7.553.807	2.363.488	221.361
ÖZEL ADN HAS	7.264	2.776	344
ÖZEL HAYAT HAS	51.709	16.069	5.367
ÖZEL HATEM HAS	249.773	79.032	17.736
ÖZEL AMERİKAN HAS	106.989	28.424	10.552
ÖZEL TAM-MED	95.077	34.058	7.994
ÖZEL SEVGİ HAS	72.045	19.014	8.608
ÖZEL YAŞAM HAS	335.855	134.407	20.446
ÖZEL GÖZ NURU	51.295	179	1
ÖZEL KEMAL BAYINDIR	180.122	102.392	5.435

Ek A. 5 devam

ÖZEL DEVA HAS	308.335	170.355	23.297
ÖZEL AKADEMİ	113.818	57.609	3.308
ÖZEL KONUKOĞLU HAS	291.176	60.415	19.607
ÖZEL DÜNYA GÖZ HAS	6.991	256	238
ÖZEL SULTANA HAS	111.336	48.111	8.116
ÖZEL NCR HAS	175.437	63.234	10.160
ÖZEL MEDİCALPARK HAS	316.419	65.015	24.236
ÖZEL EMEK HAS	120.335	47.048	5.265
ÖZEL ANKA HAS	2.702	1.856	41
GBB İNAYET TOPÇUOĞLU	541.276	229.676	8.269
ÖZEL TOPLAM	3.178.678	1.163.344	185.917
GAÜN ŞAHİNBEY HASTANESİ	752.512	219.535	51.057
İL GENELİ	11.484.997	3.746.367	458.335

Ek A. 6 Kamu, Özel ve Üniversite Hastaneleri 2015-2016-2017 (Tahmini) Muayene ve Yatan Hasta Sayısı

HASTANELER	2015		2016		ORAN		2017(Tahmini)	
	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı
NİZİP *	743.955	14.934	909.118	16.564	22	11	1.110.948	18.372
DR. ERSİN ARSLAN *	1.832.608	42.245	2.062.418	48.152	13	14	2.321.046	54.885
25 ARALIK *	1.070.606	29.056	1.270.141	31.069	19	7	1.506.864	33.221
ŞEHİTKAMİL *	1.432.005	27.714	1.562.144	30.715	9	11	1.704.110	34.041
CENGİZ GÖKÇEK KDC	799.894	90.260	926.899	85.623	16	-5	1.074.070	81.224
KAMU TOPLAM	5.879.068	204.209	6.730.720	212.123	14	4	7.717.038	221.744
ADN *	49.289	2.989	7.264	344	-85	-88	1.071	40
HAYAT	62.350	6.772	51.709	5.367	-17	-21	42.884	4.253
HATEM *	204.721	16.050	249.773	17.736	22	11	304.739	19.599
AMERİKAN	128.748	12.370	106.989	10.552	-17	-15	88.907	9.001
TAM-MED	104.306	7.566	95.077	7.994	-9	6	86.665	8.446
SEVGİ	74.427	9.384	72.045	8.608	-3	-8	69.739	7.896
DÜZTEPE YAŞAM*	324.634	24.665	335.855	20.446	3	-17	347.464	16.949
KEMAL BAYINDIR	188.957	5.635	180.122	5.435	-5	-4	171.700	5.242
DEVA	266.933	20.895	308.335	23.297	16	11	356.159	25.975
AKADEMİ	21.355	565	113.818	3.308	433	485	606.628	19.368
SULTANA HOSPİTAL	102.039	9.442	111.336	8.116	9	-14	121.480	6.976
NCR HOSPİTAL	50.266	3.458	175.437	10.160	249	194	612.305	29.851
MEDİCALPARK *	267.462	25.681	316.419	24.236	18	-6	374.337	22.872
EMEK	112.256	5.250	120.335	5.265	7	0	128.995	5.280
ÖZEL TOPLAM	1.957.743	150.722	2.244.514	150.864	15	0	3.313.074	181.749
SANİ KONUKOĞLU *	292.258	20.396	291.176	19.607	0	-4	290.098	18.849
TIP FAKÜLTESİ*	703.986	48.474	752.512	51.057	7	5	804.383	53.778
ÜNİVERSİTE TOPLAM	996.244	68.870	1.043.688	70.664	5	3	1.094.481	72.626
GENEL TOPLAM	8.833.055	423.801	10.018.922	433.651	34	7	12.124.593	476.119

Ek A. 7 Kamu, Özel ve Üniversite Hastaneleri 2015-2016-2017 (Tahmini) Muayene ve Yatan Hasta Sayısı (Acil Servis Kapsam Dışı)

HASTANELER	2015		2016		ORAN		2017(Tahmini)	
	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı
NİZİP *	393.424	14.934	524.759	16.564	33	11	699.937	18.372
DR. ERSİN ARSLAN	1.368.222	42.245	1.573.079	48.152	15	14	1.808.608	54.885
25 ARALIK *	812.726	29.056	970.829	31.069	19	7	1.159.688	33.221
ŞEHİTKAMİL *	966.125	27.714	1.085.972	30.715	12	11	1.220.686	34.041
KAMU TOPLAM	3.540.497	113.949	4.154.639	126.500	18	4	4.888.920	140.520
ADN*	27.617	2.989	4.488	344	-84	-88	729	40
HAYAT	46.096	6.772	35.640	5.367	-23	-21	27.556	4.253
HATEM *	147.128	16.050	170.741	17.736	16	11	198.144	19.599
AMERİKAN	99.098	12.370	78.565	10.552	-21	-15	62.286	9.001
TAM-MED	73.562	7.566	61.019	7.994	-17	6	50.615	8.446
SEVGİ	57.942	9.384	53.031	8.608	-8	-8	48.536	7.896
DÜZTEPE YAŞAM *	228.880	24.665	201.448	20.446	-12	-17	177.304	16.949
KEMAL BAYINDIR	92.281	5.635	77.730	5.435	-16	-4	65.473	5.242
DEVA	146.306	20.895	137.980	23.297	-6	11	130.128	25.975
AKADEMİ	7.608	565	56.209	3.308	639	485	415.280	19.368
SULTANA HOSPİTAL	48.085	9.442	63.225	8.116	31	-14	83.132	6.976
NCR	30.186	3.458	112.203	10.160	272	194	417.065	29.851
INTERNATIONAL								
MEDICALPARK *	203.917	25.681	251.404	24.236	23	-6	309.949	22.872
EMEK	79.514	5.250	73.287	5.265	-8	0	67.548	5.280
ÖZEL TOPLAM	1.288.220	150.722	1.376.970	150.864	7	0	2.053.745	181.749
SANI KONUKOĞLU*	236.941	20.396	230.761	19.607	-3	-4	224.742	18.849
TIP FAKÜLTESİ*	514.817	48.474	532.977	51.057	4	5	551.778	53.778
ÜNİVERSİTE TOPLAM	751.758	68.870	763.738	70.664	2	3	776.520	72.626
GENEL TOPLAM	5.580.475	333.541	6.295.347	348.028	27	7	7.719.185	394.895

Ek A. 8 Hastanelerin Örneklemedeki Yüzde Oranları

HASTANELER	2017 (Tahmini)		Örnekleme Yüzde Oranları	
	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Muayene Sayısı	Yatan Hasta Sayısı
NİZİP	699.937	18.372	11	6,7
DR. ERSİN ARSLAN	1.808.608	54.885	28,4	20
25 ARALIK	1.159.688	33.221	18,2	12,1
ŞEHİTKAMİL	1.220.686	34.041	19,2	12,4
KAMU TOPLAM	4.888.920	140.520	76,8	51,2
ADN	729	40	0,6	0,6
HATEM	198.144	19.599	3	7,1
YAŞAM	177.304	16.949	2,7	6,2
MEDİCALPARK	309.949	22.872	4,8	8,3
ÖZEL TOPLAM	686.126	59.460	11,1	22,2
SANI KONUKOĞLU	224.742	18.849	3,5	6,9
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	551.778	53.778	8,6	19,7
ÜNİVERSİTE TOPLAM	776.520	72.626	12,1	26,6
GENEL TOPLAM	6.351.566	272.606	100	100

Ek A. 9 Hastanelerin Hesaplanan Anket Uygulama Sayıları

HASTANELER	Örneklemede Yüzde Oranları		Hesaplanan Anket Sayıları	
	Muayene	Yatan Hasta	Muayene Anket Sayısı	Yatan Hasta Anket Sayısı
NİZİP	11	6,7	42	26
DR. ERSİN ARSLAN	28,4	20	109	77
25 ARALIK	18,2	12,1	70	46
ŞEHİTKAMİL	19,2	12,4	74	47
KAMU TOPLAM	76,8	51,2	295	196
ADN	0,6	0,6	3	4
HATEM	3	7,1	11	27
YAŞAM	2,7	6,2	10	24
MEDİCALPARK	4,8	8,3	18	32
ÖZEL TOPLAM	11,1	22,2	42	87
SANI KONUKOĞLU	3,5	6,9	14	26
TIP FAKÜLTESİ	8,6	19,7	33	75
ÜNİVERSİTE TOPLAM	12,1	26,6	47	101
GENEL TOPLAM	100	100	384	384

Ek A. 10 Hastanelere Göre Anket Sayıları (Güncelleme)

HASTANELER	Anket Sayıları		Güncel Anket Sayıları	
	Muayene Anket Sayısı	Yatan Hasta Anket Sayısı	Muayene Anket Sayısı	Yatan Hasta Anket Sayısı
NİZİP	45	30	45	30
DR. ERSİN ARSLAN	116	88	116	88
25 ARALIK	74	53	74	53
ŞEHİTKAMİL	79	54	79	54
KAMU TOPLAM	314	225	314	225
ADN	4	5	30	30
HATEM	12	31	30	31
MEDICALPARK	19	37	30	37
ÖZEL TOPLAM	35	73	90	98
TIP FAKÜLTESİ	35	86	35	86
ÜNİVERSİTE TOPLAM	35	86	35	86
GENEL TOPLAM	384	384	439	409

Ek A. 12 Aritmetik Ortalama Aralık Değerleri

Aritmetik ortalama	Aralıklar
Çok Düşük	1,00 - 1,79
Düşük	1,80 - 2,59
Orta	2,60 - 3,39
Yüksek	3,40 - 4,19
Çok Yüksek	4,20 - 5,00



Ek A. 13 Korelasyon Aralık Değerleri

	Aralıklar
Çok Düşük	,00 - ,20
Düşük	,21 - ,40
Orta	,41 - ,60
Yüksek	,61 - ,80
Çok Yüksek	,81 - 1,00



Ek A. 14 İşletme Bölüm Başkanlığı Dilekçe

İŞLETME BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesinde 201442777 nolu Doktora öğrencim İbrahim Bozkurt; "Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi, Bilgi İhtiyacı ve Belirsizlik Algısı ile Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin Aracı Etkisi" isimli tez çalışması yapmaktadır. Teze veri oluşturmak üzere ekte sunulan anket formunun, Gaziantep İlinde Sağlık Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri olarak; Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi ve Nizip Devlet Hastanesinde, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesinde, özel hastaneler olarak; Özel Sani Konukoğlu Hastanesi, Hatem Hastanesi, Yaşam Hastanesi, Medical Park Hastanesi ve ADN Hospital'da uygulanması için gerekli izin ve etik kurul kararının alınması konusunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

17/07/2018
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TAN
Danışman

EK:

- Anket Formu (1 sayfa arkalı önlü)

Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Bölümü Başkanı
15.07.2018

Ek A. 15 Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık MüdürlüğüGAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Ar-Ge
Birimi

18/10/2018 11:42 - 65587614 - 774.99 - E.12



00079017968

Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma Yayın İzni
-İbrahim BOZKURTSayın İBRAHİM BOZKURT
30 Nolu (Havaalanı) ASHİ
Oğuzeli / Gaziantep

İlgi : 28/09/2018 tarihli ve 65587614-000.-27003 sayılı yazı.

İlgi tarihli dilekçenizde Hasta hakları ile ilgili anket yapma talebiniz bulunmakta idi.
Talebiniz Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık
Hizmetleri BaşkanıEk:
- Resmi Yazı (1 Sayfa)Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep
Faks No:

e-Posta:halime.yakut@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için:Halime YAKUT
Unvan:MEMUR

Telefon No:(0342) 220 96 14

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1d16e929-eca3-4751-ad20-03e47db663da kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek A. 16 Sosyal Bilimler Enstitüsü Üst Yazı

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/10/2018-E.20363



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sayı :81948136/100/E.20363
Konu :Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

24/10/2018

İLGİLİ MAKAMA

Enstitümüz İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Programı öğrencisi **İbrahim BOZKURT**, "Sağlık Hizmetleri Asimetrit Bilgi, Bilgi İhtiyacı ve Belirsizlik Algısı İle Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin Aracı Etkisi" adlı doktora tez çalışmasına veri oluşturmak yazımız ekinde gönderilen anket çalışmasını kurumunuzda uygulamak istemektedir. Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Kararı yazımız ekinde gönderilmiş olup söz konusu anket çalışmasının uygulanması için gerekli izinlerin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç.Dr. Zekiye ANTAKYALIOĞLU
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Bu belge ilgilini isteği ile, Gaziantep İlinde Sağlık Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri olarak; Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi ve Nizip Devlet Hastanesinde, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesinde, özel hastaneler olarak; Özel Sani Konukoğlu Hastanesi, Hatem Hastanesi, Yaşam Hastanesi, Medical Park Hastanesi ve ADN Hospital Hastanelerinde verilmek üzere düzenlenmiştir.

EKLER :

- 1- Anket (2 Sayfa)
- 2- Dilekçe (1 Sayfa)
- 3- Karar (1 Sayfa)

BELGE-MİNİ ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
24/10/2018
Zekiye ANTAKYALIOĞLU
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürü

Evrak Doğrulamak İçin : <https://ebys.gantep.edu.tr/enVision/Dogrula/8V424C1>
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel: : (0342) 317 18 97 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta: : sosbil@gantep.edu.tr Elektronik ağ: www.gantep.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. 1/1

Ek A. 17 Etik Kurul Kararı

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi: 26.09.2018

Toplantı No:1

Sosyal Bilimler Enstitüsü 23.07.2018 tarih ve 41140 sayılı yazısı incelenmiş olup, İşletme Ana Bilim Dalı Doktora programı öğrencisi İbrahim BOZKURT'un "Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi, Bilgi İhtiyacı ve Belirsizlik Algısı ile Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin Aracı Etkisi" isimli tez çalışmasına veri oluşturmak amacıyla Gaziantep İli Sağlık Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri ve bazı özel hastanelerde ekteki anket çalışmasını uygulamasına

Oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Şehmus DEMİR

Başkan

Prof.Dr. Hülya Arslan Erol

Üye

Prof.Dr. Selim ERDOĞAN

Üye

Prof.Dr. Zeynep HAMAMCI

Üye

Prof.Dr. Mehmet Fatih ÖZMANTAR

Üye

Prof.Dr. Atilla Ahmet UĞUR

Üye

Prof.Dr. Ahmet GÜNDÜZ

Üye

Prof.Dr. Atilla ENGİN

Üye

Prof.Dr. İbrahim ARSLAN

Üye

Ek A. 18 Sağlık Müdürlüğü Anket İzin Yazısı



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 65587614-774.99
Konu : İbrahim BOZKURT'un Anket İzni

Sayın İBRAHİM BOZKURT
30 Nolu (Havaalanı) ASHİ
Oğuzeli / Gaziantep

İlgi : 30/10/2018 tarihli ve 65587614-000-30117 sayılı yazınız.

"Sağlık Hizmetleri Asimetrik Bilgi, Bilgi İhtiyacı ve Belirsizlik Algısı İle Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin Aracı Etkisi" konulu araştırma ile ilgili vermiş olduğunuz ilgi sayılı dilekçeniz incelenmiştir. Bilimsel araştırmanızın Gaziantep ili tüm Kamu Hastaneleri'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Mehmet Emin BINDAL
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
- Resmi Yazı (1 Sayfa)

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep
Faks No:
e-Posta:halime.yakut@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için:Halime YAKUT
Unvan:MEMUR

Telefon No:(0342) 220 96 14

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d9f5e00d-96cc-481c-ad1f-2da925d05d13 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek A. 19 Medicalpark Hastanesi Yazısı

MEDICALPARK
GAZİANTEP HASTANESİ

Sayı: 2018/ 1305
Konu: Doktora tez çalışması hk .

05.11.2018

T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İlgi ; 24.10.2018/ 81948136/100/E.20363 tarih ve sayılı yazınıza istinaden ,

Enstitünüz İşletme Ana Bilim Dalı Doktora programı öğrencisi İbrahim BOZKURT'un "Sağlık Hizmetleri Asimetrik Bilgi, Bilgi İhtiyacı ve Belirsizlik algısı ile Müşteri memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin Aracı Etkisi" adlı doktora tez çalışmasını uygulamasında bir sakınca olmadığını bilgilerinize sunarız.

Gereğini saygılarımızla arz ederiz.

Uzm. Dr. Nuri ORHAN
Mesul Müdür

Tel : 0 342 444 44 84
Faks : 0 342 324 88 60
Mücahitler Mah. 52063 Sk. No: 2 Şehitkamil / Gaziantep
www.medicalpark.com.tr

Ek A. 20 Gaün Tıp Fakültesi Hastanesi Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/11/2018-E.22049



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/622.02/E.22049
Konu :İbrahim BOZKURT'a ait dilekçe.

15/11/2018

SAYIN İBRAHİM BOZKURT

İlgi :02/11/2018 tarihli, 0 sayılı ve "İbrahim BOZKURT'a ait dilekçe." konulu yazı

İlgi yazınız gereği, Hastanemizde anket çalışması yapma talebiniz uygun mütalaa edilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç.Dr. Suat ZENGİN
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.gantep.edu.tr/enVision/Dogrula/LC4PCSD>

Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta: : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağ:<http://www.gantep.edu.tr/>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi 1/1 gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek A. 21 Yaşam Hastanesi Yazısı



GNG SAĞLIK HİZ. TUR. İNŞ. SAN. ve TİC. AŞ.
Ticaret Sicil No: Merkez / 30016

Sayı:1092

13.11.2018

Sayın İBRAHİM BOZKURT;

06.11.2018 tarihinde hastanemize göndermiş olduğunuz dilekçeniz incelenmiştir. Yatarak ve ayakta tedavi gören hastalara yönelik anket çalışması; hasta mahremiyetinden dolayı tarafımızca uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr. M. İdris ERTAŞKIN
Başhekim / Mesul Müdür



Ek A. 22 Sanko Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Yazısı



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ SANI KONUKOĞLU HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

SAYI : GM/DY/1538
KONU : Dilekçe hk.

05/11/2018

Sn: İbrahim BOZKURT

Doktora tez çalışmanıza veri oluşturmak amacıyla Hastanemiz Poliklinik ve Kliniklerinde yatan ve ayakta tedavi olan hastalara toplam 80 adet olmak üzere anket uygulaması yapmak istediğinizi belirtmişsiniz. Dilekçeniz hasta mahremiyeti açısından uygun görülmemiştir. Bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm. Hüseyin SÖYLEMEZ
Hastane Müdürü



GAZİANTEP ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ A.Ş.

Mersis No : 0389 - 0039 - 5800 - 0016
İncilipınar Mh. Ali Fuat Cebesoy Bul. No:45 27090-GAZİANTEP
Tel. : (0.342) 211 50 00 Fax : (0.342) 211 50 10
e-mail : sankotip@sankotip.com
www.sankotip.com

ÖZGEÇMİŞ

İbrahim Bozkurt 1973 yılında Kilis’te doğdu. İlkokul öğrenimini Kilis Aslan Bey İlkokulunda, ortaokul öğrenimini Osmaniye İli Düziçi Öğretmen Lisesi ortaokul bölümünde, lise öğrenimini Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi’nde bitirdi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bölümünden 1999 yılında mezun oldu. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Önlisans Bölümünden 2004 yılında mezun oldu. Yüksek lisans derecesini 2011 yılında “Sağlık Dönüşüm Programı Kapsamında Aile Hekimliği Uygulaması ve Çalışanların İş Tatmini Üzerine Kilis İli Saha Araştırması” konulu bitirme projesi ile Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı’ndan aldı. İbrahim Bozkurt’un konferanslarda sunduğu “Hastalarda Belirsizlik Algısı ile Hasta Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki İlişkiye Güven Düzeyinin İımlaştırıcı Etkisi Gaziantep Saha Araştırması” ve “Hastaların Belirsizlik Algısının Memnuniyet ve Sadakat İlişkisi ve Hizmetin Şekli ve Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması (Gaziantep Örneği)” adlı bildirimleri bulunmaktadır. İbrahim Bozkurt orta derecede İngilizce bilmektedir. 1992 yılında Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde başladığı kamu hizmeti görevine halen Gaziantep İli Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Sağlık Memuru olarak devam etmektedir.

VITAE

İbrahim Bozkurt was born in 1973 in Kilis. He completed his primary education at Kilis Aslan Bey Primary School, secondary education at Osmaniye Province Düziçi Teacher Training High School and secondary education at Konya Atatürk Health Vocational High School. He graduated from the Administration and Organization Department of Eskişehir Anadolu University in 1999. He graduated from the Department of Business Administration at Anadolu University in 2004. He received his MA degree in 2011 from the master's program in Health Services Management at Hoca Ahmet Yesevi International Turkish-Kazakh University with his graduation project “Family Medicine on Health Transformation Program and Kilis Province Survey on Employees' Job Satisfaction”. İbrahim Bozkurt has two announcements on “The Moderator Effect of Confidence Level on Relationship Between Perception of Uncertainty and Patient Satisfaction and Loyalty in Patients Gaziantep Field Survey” and “The Relation of Uncertainty Perception of Patients with Satisfaction and Loyalty and Comparison of Accordİng to Service Form and Hospital Type (Gaziantep Case)”. He started his public service in 1992 in Adıyaman province and he is still working as Health Officer in Cengiz Gökçek Gynecology and Children's Hospital in Gaziantep.