

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ VE OTELCİLİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE OTELCİLİK HİZMETLERİNİN
ÇALIŞANLAR TARAFINDAN ALGILANMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elife ÖZKAN ŞALDIRAN

Balıkesir, 2019

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ VE OTELCİLİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE OTELCİLİK HİZMETLERİNİN
ÇALIŞANLAR TARAFINDAN ALGILANMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elife ÖZKAN ŞALDIRAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sebahattin KARAMAN

Balıkesir, 2019

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

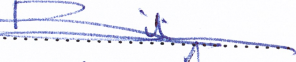
TEZ ONAYI

Enstitümüzün Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı'nda 201312501032 numaralı Elife Özkan ŞALDIRAN'ın hazırladığı "Sağlık Sektöründe Otelcilik Hizmetlerinin Çalışanlar Tarafından Algılanması" konulu YÜKSEK LİSANS tezi ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 25/01/2018 tarihinde yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda tezin onayına ~~OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU~~ ile karar verilmiştir.

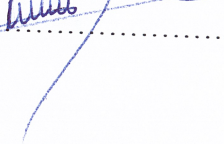
Başkan / Danışman.....
Unvanı, Adı-Soyadı
Doç. Dr. Sebahattin KARAMAN

İmza.....

Üye.....
Unvanı, Adı-Soyadı
Dr. Öğr. Üy. S. Banu YILDIZ

İmza.....

Üye.....
Unvanı, Adı-Soyadı
Dr. Öğr. Üy. Erdem TEMELOĞLU

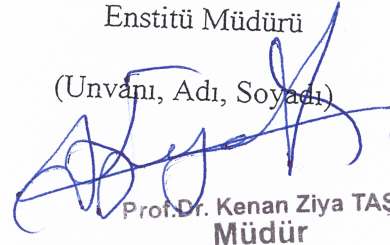
İmza.....

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylarım.

21.022019

Enstitü Müdürü

(Unvanı, Adı, Soyadı)


Prof. Dr. Kenan Ziya TAŞ
Müdür

ÖNSÖZ

Sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen otelcilik hizmetleri, kendisi ya da yakını için sağlık hizmeti alan her insana, farkındalık düzeyinde olsun veya olmasın gerçek hayatın içinde sunulmaktadır. İnsan hayatında önemi yadsınamaz düzeyde çok olan sağlık hizmetinin, gözlenebileceği üzere yalnızca tıbbi yönü sorgulanmış ve hastanelerin konaklama / otelcilik hizmetleri kimi zaman yok sayılmıştır. Oysa hastaneler bazı yönleri ile bir otel işletmesiyle benzerlik gösterir.

Son yıllarda bir değişiklik olarak, daha önce seyrek olarak dile getirilen, sağlık kurum ve kuruluşlarında otelcilik hizmetleri sunumu ve dolayısı ile kalitesi hakkında bir farkındalık oluşmuştur. TC. Sağlık Bakanlığının başlattığı ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’, sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetin verimli ve kaliteli olmasını hedeflemiştir. Bu sayede, verimlilik ve kalitenin artırılmasıyla hizmet sunumunda önemli bir eksiklik giderilmiş olacaktır.

2012 yılında hastanelerde Sağlık Otelciliği birimleri kurulmuş ve otelcilik hizmeti, sunulan hizmetin ana paydalarından biri haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı kamu hastanelerinde kurmuş olduğu birimlerde, Sağlık Otelciliği Müdürleri ve hizmet organizasyonu için müdür yardımcıları atamıştır. Hastanelerde ihmal edilen otelcilik hizmetleri ile ilgili bilinç ortaya çıkmaya başlamış ve hizmet kalitesi ile ilgili önemli adımlar atılmıştır.

Sağlık kurum ve kuruluşları değerlendirildiğinde dikkat çeken bir durum, özel hastanelerin tıbbi hizmetin yanında görselliği ve konforu her zaman ön planda tutmuş olmalarıdır. Özel hastaneler otelcilik hizmetlerini her zaman önemsemişler en çok da bu nedenle, tercih edilen kurumlar olmuşlardır.

Oteller kendilerinden hizmet alan insanları bir müşteri gibi değil bir misafir gibi ağırlarlar. Bu anlayış insanların kendilerini rahat ve güvende hissetmelerini, kendilerine önem verildiğini hissetmelerini sağlar. Bu durum o ortamda bulunan çalışanlar ve diğer misafirlerle aralarında bulunan iletişim engellerinin aşılması için çok önemlidir. Böylece hizmet başarı ve uyum ile planlanıp sürdürülebilir. Hastanelerin tedavi amacıyla gelen insanları otel bakış açısıyla ağırlamaya çalışmaları ve bu bakış açısını geliştirmeleri çok önemli bir gelişmedir. Kişinin tedavi için bulunduğu sağlık kurum ve kuruluşlarında, kendisine verilen tedaviye

inanması ve kendisine sağlık hizmeti sunan çalışanlara güvenmesi tedavinin başarısı için çok önemlidir. Bu güvenin oluşmasında hastane otelciliğinin sunduğu kaliteli hizmet önemli bir belirleyendir. Kalite, sağlık hizmeti alan kişinin kendisine verilen önemin ve özenin aşıkr bir işaretidir.

Bu alışma Balıkesir İlinde zel bir sağlık kuruluşunda hastane otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı ve sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının algılarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışma yapılan sağlık kuruluşu, sağlık hizmetleri yapısı ile ilgili olarak hastaların yoğun olarak tercih ettiği önemli bir tedavi merkezi konumundadır. Hastane yönetiminin ve sağlık çalışanlarının, hastane otelcilik faaliyetlerine bilinçli yaklaşmaları, sağlık işletmelerinin sektörel olarak iyi temsilini sağlar. Bu durum bütün hizmet sektörleri içinde sağlığın öneminin açık olarak kavranması için gereklidir. Dolayısıyla hastane yönetimi ve sağlık çalışanlarının bu konudaki görüşleri ve hastane otelcilik hizmetlerine bakış aıllarının ortaya konması, Balıkesir'de sağlık hizmetlerinin şu anki konumundan daha ileriye taşınabilmesi için büyük önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen, yaratıcı düşünceleriyle katkılarda bulunan ve büyük bir sabır gösteren tez danışmanım sayın Doç. Dr. Sebahattin KARAMAN' a ve bana her zaman inanan çok değerli hocam Prof. Dr. Cevdet AVCIKURT' a, canım aileme ve çalışma yapmamıza izin veren hastane yönetimine ve sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Elife ÖZKAN şALDIRAN

ÖZET

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE OTELCİLİK HİZMETLERİNİN ÇALIŞANLAR TARAFINDAN ALGILANMASI

ÖZKAN ŞALDIRAN, Elife

Yüksek Lisans, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sebahattin KARAMAN

2019, 90 Sayfa

Sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan otelcilik hizmetleri, hastanelerin de oteller gibi konaklanan bir merkez olduğunun algılanması sonucu gündeme gelmiştir. Özel hastaneler, tıbbi hizmetin yanında otelcilik hizmetlerini her zaman önemsemişler, fiziksel koşulları, hizmet sunumunu buna uygun olarak düzenlemişlerdir. Verimlilik ve kalite için otelcilik hizmetleri önemli bir temel belirleyen olmuştur. Bu durum sağlık hizmeti sunan işletmenin, mali bütçesi yönünden kârlı olması sonucunu ortaya çıkarmıştır. Böylece işletmenin devamlılığı yani hizmetin sürdürülebilirliği sağlanmıştır. Tıbbi tedavi çok önemlidir. Kaliteli otelcilik hizmetleri tıbbi tedavinin tamamlayıcısıdır. Otelcilik hizmetlerinin planlanması ile birlikte hastaların konforu dikkate alınmış, tedaviye uyum ve tedavi başarısının artırılması hedeflenmiştir.

Çalışma Balıkesir İlinde özel bir sağlık kuruluşunda 27.02.2018 -30.03.2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu kapsamda 254 sağlık çalışanına anket uygulanmış olup, sağlık çalışanlarının sağlık sektöründe otelcilik algılarının yaşlarına göre farklılık gösterdiği, hastaneye giriş ve kayıt işlemlerinin hızlı ve hatasız yapılmasının, odaların temizliğinin ve düzeninin gerektiği gibi sağlanmış olması algısı yüksek oranda bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Yönetimi, Sağlık Çalışanı, Otelcilik

ABSTRACT

DETERMINED BY EMPLOYEES OF HOTEL SERVICES IN THE HEALTH SECTOR

ÖZKAN ŞALDIRAN, Elife

Master Thesis, Department of Tourism Management and Hotels

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Sebahattin KARAMAN

2019, 90 Pages

Hotel services provided in health institutions and organizations, it has come to the conclusion that the hospitals are perceived to be a hosted center like a hotel. Private hospitals, they always care about hotel services besides medical service, physical conditions and service provision accordingly. Productivity and quality have been an important basis in hotel management services. This has led to the conclusion that the healthcare provider should be profitable in terms of the financial budget. Thus, the continuity of the business, namely the sustainability of the service, has been achieved. Medical treatment is very important. Quality hospitality services are complementary to medical treatment. As a result of the planning of hospitality services, the comfort of the patients was taken into consideration, and the aim was to improve treatment compliance and success.

The study was conducted between 27.02.2018 and 30.03.2018 in a private health institution in Balıkesir province. Within this scope, a questionnaire was applied to 254 healthcare workers, health workers differ according to the ages of hospitality perceptions in the health sector, fast and error-free recording of the admission process, the cleanliness of the rooms and the sense that the arrangement was provided as required was found at a high rate.

Keywords: Health, Health Management, Health Worker, Hotel Management

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	III
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ	1
1. 1 Araştırma Problemi.....	2
1. 2 Araştırmanın Amacı	3
1. 3 Araştırmanın Önemi.....	3
1. 4 Varsayımlar.....	3
1. 5 Sınırlılıklar.....	3
1. 6 Tanımlar.....	4
2. SAĞLIK KAVRAMI	5
2. 1 Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramı.....	5
2. 2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	7
2. 3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
2. 3. 1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
2. 3. 2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
2. 3. 3 Rehabilitasyon Hizmetleri.....	11
2. 3. 4 Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	11
2. 4 Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim ve Örgütlenme Süreci.....	12
2. 4. 1 1920 yılı öncesi ve Osmanlı Döneminde Sağlık Politikası.....	12
2. 4. 2 1920 – 1938 Yılları Arasındaki Gelişim ve Örgütlenme Süreci.....	13
2. 4. 3 1938 - 1960 Yılları Arasındaki Gelişmeler	14
2. 4. 4 1961-1980 Yılları Arasındaki Gelişmeler	15
2. 4. 5 1980 – 2000 Yılları Arasındaki Gelişmeler	16
2. 4. 6 2000 Yılı Sonrası Gelişmeler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	17

2. 4. 6. 1 Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) Temel İlkeleri ve Temel Bileşenler.....	18
2. 5 Türkiye'de Sağlık Hizmeti Sağlayan Kurumlarının Sınıflandırılması.....	21
2. 6 Hastanelerin Tanımı	24
2. 6. 1 Hastanelerin Özellikleri ve İşlevleri.....	24
2. 6. 1. 1 Hastanelerin İşlevleri.....	25
2. 6. 2 Hastanelerin Sınıflandırılması.....	27
2. 6. 2. 1 Mülkiyetlerine Göre Hastaneler.....	27
2. 6. 2. 2 Büyüklüklerine Göre Hastaneler.....	28
2. 6. 2. 3 Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler.....	28
2. 6. 2. 4 Halkın Kullanımına Açık Olma Durumuna Göre Hastaneler.....	28
2. 6. 2. 5 Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler.....	28
2. 6. 2. 6 Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler.....	29
2. 6. 2. 7 Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler.....	29
2. 6. 2. 8 Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler.....	29
3. OTELCİLİK KAVRAMI VE UNSURLARI.....	30
3. 1 Otelcilik Kavramı.....	30
3. 2 Otel İşletmelerinin Özellikleri.....	30
3. 3 Otel İşletmelerinin Sınıflandırılması.....	32
3. 3. 1. Konaklama Amacı Bakımından Otel İşletmeleri.....	32
3. 3. 2 Çalışma Sürelerine Göre Otel İşletmeleri.....	32
3. 3. 3 Buldukları Yere Göre Otel İşletmeleri.....	33
3. 3. 4 Büyüklükleri Bakımından Otel İşletmeleri.....	34
3. 3. 5 Hukuki Özellikleri Bakımından Otel İşletmeleri.....	34
3. 3. 6 Sahiplik İlkesi (Mülkiyet)'ne Göre Otel İşletmeleri.....	35
3. 4 Otelerde Organizasyon Yapısı.....	35

3.5 Otel İşletmelerinde Bölümler.....	..36
3.5.1 Faaliyet Bölümleri.....	36
3.5.1.1 Önbüro Bölümü.....	..36
3.5.1.2 Kat Hizmetleri Bölümü.....	..37
3.5.1.3 Yiyecek ve İçecek Bölümü.....	..37
3.5.2 Hizmet Bölümleri.....	37
4. HASTANELERDE OTELCİLİK HİZMETLERİ.....	39
4.1 Hastane Otelciliği Kavramı.....	39
4.2 Hastane Otelcilik Hizmetleri.....	41
4.2.1 Danışma ve Karşılama Hizmetleri.....	42
4.2.2 Hasta Kabul Hizmetleri:	43
4.2.3 Kat Hizmetleri.....	43
4.2.4 Yiyecek ve İçecek Hizmetleri.....	43
4.2.5 Güvenlik Hizmetleri.....	44
4.2.6 Kuaför ve Berber Hizmetleri.....	44
4.2.7 Ulaşım Hizmetleri.....	44
4.3 Diğer Otelcilik Hizmetleri.....	45
4.3.1 Kafeterya Hizmetleri.....	45
4.3.2 Santral Hizmetleri.....	45
4.3.3 Otopark Hizmetleri.....	46
4.3.4 Dini Danışmanlık Hizmetleri ve Morg Hizmetleri.	46
5. YÖNTEM.....	47
5.1 Araştırmanın Modeli.....	47
5.2 Evren ve Örneklem.....	47
5.3 Veri Toplama Süreci.....	47
5.4 Verilerin Analizi.....	48
6. BULGULAR VE YORUMLAR.....	50
6.1 Temel Boyutlar için Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	52
6.1.1 Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği Güvenirlilik Analizi.....	52

6. 1. 2 Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği Alt Boyutları Frekans Dağılımları.....	54
6. 2. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi	59
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. 1 Sonuç.....	65
7. 2 Öneriler.....	67
KAYNAKÇA.....	69
EKLER.....	75
EK-1 Anket Formu.....	75
EK-2 İzin Belgesi.....	79

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hipotezler.....	499	Alt
Tablo 2. Çalışanların Demografik Durumlarına İlişkin Frekans Analizi 1.....	500	
Tablo 3. Çalışanların Demografik Durumlarına İlişkin Frekans Analizi 2.....	51	
Tablo 4. Çalışanların Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar (n=254).....	52	
Tablo 5. Cinsiyet ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Mann-Whitney U Testi.....	52	
Tablo 6. Yaş ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi	53	
Tablo 7. Medeni Durum ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Mann-Whitney U Testi... ..	54	
Tablo 8. Eğitim Durumları ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi.....	55	
Tablo 9. Çalışılan Servis ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi ..	56	
Tablo 10. Görev ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi	57	
Tablo 11. Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Süresi ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi	58	
Tablo 12. Toplam Mesleki Deneyim Süresi ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi	59	
Tablo 13. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi	60	
Tablo 14. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	61	
Tablo 15. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları (Devam)	61	
Tablo 16. Hastaneye Giriş Boyutu Frekans Dağılımları	62	
Tablo 17. Hastane Kat Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları.....	62	
Tablo 18. Hastane Yiyecek İçecek Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları.....	63	
Tablo 19. Hastane Çalışanları Boyutu Frekans Dağılımları	63	
Tablo 20. Hastane Birim Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları	64	
Tablo 21. Hastane Toplantı ve Kongre Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları	64	

1. GİRİŞ

Dünyadaki gelişmeler bütün sektörleri olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemiş, özellikle teknoloji ve ulaşım alanındaki gelişmeler insanların sağlık hizmeti için başka ülkelere seyahatini mümkün kılmış ve Türkiye de, Sağlık Turizmi için önemli bir destinasyon olarak dünyada yerini almıştır. Gelişen ve değişen sağlık hizmeti anlayışı aynı zamanda sağlık otelciliği kavramını da gündeme getirmiştir.

Son dönemlerde hastanelerin bir otelden farksız olduğu anlaşılmış, hizmet alan insanların memnuniyetini yükseltmek için sağlık yöneticileri sağlık hizmetlerine ek olarak ağırlama prensiplerini eklemişlerdir. Bu düşünceyle hastaneler oteller gibi tasarlanmaya başlanmış, hasta memnuniyeti ve beklentileri göz önünde bulundurulmuştur. Bir hastanenin otelcilik tasarımı yapılırken insani, fiziksel ve fonksiyonel çeşitli faktörler göz önüne alınmaktadır. Hastanenin cansız ortamı fiziksel faktörleri, hizmetin kalitesi, güvenilirliği yani niteliği fonksiyonel faktörleri ve bu hizmetlerin nasıl sunulduğu da insani faktörleri oluşturur. Bakım hizmetleri, güvenlik, personelin davranışları, hastalara sunulan rehberlik hizmeti gibi unsurlar da otelcilik hizmetini etkileyen faktörlerdir (Shirzadi, Raeissi, Nasiripour ve Jamaledin, 2016).

Sağlık hizmeti kullanıcılarının yıllar içinde, aldıkları hizmet ve hastane fiziksel koşulları ile ilgili talepleri artmıştır. Bu nedenle sağlık kurumları, kullanıcılar için acıyı en aza indirmek, hastanede kalış süresini azaltmak için yönetim sistemlerini, altyapılarını ve insan kaynaklarını daha insancıl, konuksever bir hizmet anlayışına uyarlamışlardır. Hastane yatma ortamındaki konukseverlik, müşteri sadakatini olumlu yönde etkilemiştir. Hastane sektörüne uyarlanan konukseverlik kavramı, ortamın insancılığını arttırmış, böylece sağlık hizmeti sunulanlar gibi sağlık çalışanları içinde fayda sağlamıştır. Sağlık Kurumları hastalar için rahat bir ortam yaratarak alınan hizmetle ilgili endişeleri ve şüpheleri en aza indirmiştir. Ayrıca, hastane - otel hizmetleri ve insancıllaştırma kavramlarının anlaşılması, hastanenin stratejik planlamasının merkezinde, hasta memnuniyetinin altını çizerek, hastanede yatış travmasından kaynaklanan acı ve ıstırapların hafifletilmesi için çok önemli bir özellik olarak görülmelidir (de Carvalho ve diğ., 2016).

Sağlık hizmeti verilen binaların estetik bir tasarım olarak iç ve dış mimarisi, binada kullanılan eşyaların seçimi, bina aydınlanmasının planlanması, bina harici bahçe gibi alanların düzenlenmesi, genel temizlik ve hijyen kurallarına uyulması, hizmet alan kişilere, kurumun bir bütün olarak yönetici ve çalışanlarıyla sunduğu hizmete verdiği önemi ve güvenilirliği gösterir (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007) .

Bu çalışma, Balıkesir ilinde özel bir sağlık kuruluşunda hastane otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı ve sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının algılarını ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmadır.

Bu çalışmanın sonunda, anket yapılarak ulaşılan bilgi ve bulgularla ortaya çıkan sonuçlar ve yeni önerilere yer verilmektedir. Kaynak olarak kullanılan anket örneği ektedir.

1.1. Araştırma Problemi

Sağlık hizmeti sunan sağlık işletmelerinin, tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra otelcilik hizmetlerinin önemini fark etmeleri sağlık tesisinin gelişimi ve hasta memnuniyeti için gereklidir. Balıkesir'deki sağlık tesisleri yöneticileri, sağlık çalışanlarını otelcilik hizmetleri konusunda hizmet içi eğitimlerle sürekli bilgilendirmelidir. Sağlık çalışanlarının otelcilik hizmeti ile ilgili farkındalıkları ve katılımı çok önemlidir.

Bu çalışma Balıkesir İlinde özel bir sağlık kuruluşunda hastane otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı ve sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının algılarını araştırmaktadır. Temel problemler; sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı servis, görevi, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi ve toplam mesleki deneyimi gibi demografik değişkenlere göre araştırma yapılan hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı ve sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının algı düzeyleri arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığının ortaya çıkartılması olarak sayılabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma öncelikli olarak, hastane otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı ve sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının algı düzeylerini tespit etmek için, Balıkesir ili içinde çok sayıda hastaya hizmet veren özel bir hastanede yapılmıştır. Bu çalışmada ayrıca cinsiyet, eğitim, yaş, medeni durum, çalıştığı servis, görevi, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi ve toplam mesleki deneyimi gibi demografik değişkenlere göre, araştırma yapılan hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı ve sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının algı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farkların varlığının sorgulanması ve ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma, özel hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde ne derece yer kapladığı, sağlık kurumlarında otel hizmetlerinin gerekliliği konusunda sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi düzeyleri, farkındalıkları ve hastane otelcilik hizmetlerine katkılarının anlaşılması, böylece sağlık sektörü yöneticilerine ışık tutabilmesi açısından önemlidir.

1.4. Varsayımlar

Sağlık çalışanlarının otelcilik hizmetlerine bakış açıları ve algıları, hastanenin otelcilik hizmetlerinin geliştirilmesine çok büyük ve önemli derecede etkisi olmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetlerinin eksiksiz ve zamanında karşılanmasının önemli olduğunu düşündükleri varsayılmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

- Araştırma Balıkesir İlinde özel bir sağlık kuruluşunda 27.02.2018-30.03.2018 tarihleri arası ile sınırlıdır.
- İzinli olan personellere ulaşılamamıştır.

- Çalışmadaki değişkenler, kullanılan anketin güvenilirlik boyutuyla sınırlıdır.
- İş yoğunluğu nedeniyle anket çalışmamıza katılmak istemeyen çalışanlar olmuş, bu durum daha az örnekleme ulaşmaya neden olmuştur.

1.6. Tanımlar

Otel; Türk Dil Kurumu tanımına göre oteller; turistlere ve seyahat eden insanlara konaklama hizmeti ve bununla birlikte yemek, eğlence gibi hizmetleri sunan işletmelerdir.

Hizmet; Hizmet, bir tarafın diğerine sunduğu, maddi niteliği olmayan, üretildiği anda tüketilen, fayda ve doyum sağlayan, soyut faaliyetlerdir(Sayım, Aydın, 2011)

Kalite: Kalite kavramı, latince “ qualis” sözcüğünden gelmiştir. Bu kelimenin anlamı nitelik, özelliktir. Kalite kısaca bir ürün veya hizmetin istek ve ihtiyaçları karşılayabilme derecesi ve benzerlerinden farklılığı olarak da tanımlanabilir (Boran, 2008).

Sağlık Sektörü: Sağlığa doğrudan ya da dolaylı olarak mal ve hizmet üreten kurum, kuruluş, kişi ve bunların sunduğu ürün ve hizmetlerin tümünü içine alan genel ve oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır (Sargutan, 2005).

2. SAĞLIK KAVRAMI

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramı

Sağlık ve hastalık her zaman hayatın en önemli kavramları olmuştur. İnsanların içgüdüsel olarak temel amacı hayatını sürdürmektir. Klasik tıp anlayışında sağlık sadece bedensel sağlık olarak ele alınmış, hastalıkların tedavisi birincil amaç olmuştur. Günümüzde bu sağlık anlayışı değişmiş, sağlığın bir bütün olduğu anlaşılmıştır. Sağlıklı insanlar sağlıklı toplumu oluşturduğu için, bu konu hükümetlerin de öncelikli hedeflerinden olmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 17).

1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır:

Sağlık, sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Sağlık, insanların hayatlarını ve günlük aktivitelerini sürdürebilmeleri için bir araçtır. Yaşam için bir amaç değil, bir kaynaktır.

Ottawa Sözleşmesinde sağlık bir bütün olarak ele alınmıştır. İnsan, içinde bulunduğu, yaşadığı çevre ve toplumla sürekli etkileşim halindedir. İçinde bulunduğu ekonomik koşullar, yeterli gıda, barınma koşulları, toplumsal huzur ve istikrar bireylerin sağlığını etkileyen koşullardır.

Sağlığın insan psikolojisi yönünden önemi giderek daha belirginleşmektedir. Bu bağlamda sağlık, temel insan haklarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Her birey, temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelidir.

Bütüncül olan bir sağlık düşüncesi, ülkelerin yönetildiği sistemlerin ve yöneticilerin, toplumların sosyal yönünü, buldukları ekonomik durumu, yaşadıkları fiziksel çevreyi dikkatle değerlendirmesi gerektiğini anlatır. Böylece yaşadıkları toplumda, sağlık ve refahın yükselen seviyesi, iç içeliği açık olarak gözlenecektir(<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığın%20Teşviki%20Sözlük.pdf>).

Günümüzde araştırmaya verilen önemle birlikte, teknolojinin ileri derece gelişmesi, tıp biliminin bir bütün olarak gelişmesinde belirgin bir bilgi ve dolayısı ile çözüm birikimi sonucunu doğurmuştur. Gelişmeler hastalıklarla ilgili bilgi ve çözümleri aşikar olarak arttırmıştır. Fakat bu güzel gelişmeler, sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğunun görülmesini engellememelidir. Yani tıp biliminin kılavuzluğunda sağlık hizmetleri, yalnızca hastalıkların, hasta kişilerin tedavisi olarak görülmemelidir. Yalnızca sınırlı bazı hastalıkların önlenmesi olarak görülmemelidir (Yerebakan, 2000: 13).

Sağlık hizmetleri tanım olarak, sağlığın korunmasını, hastalıkların sağaltımını ve rehabilite edilmesini hedefler. Bu tanımı daha anlaşılır kılmak için bir tasnif yapılırsa, üç ana başlık dikkatimizi çekmektedir.

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri (Akdur, 1999).

Sağlık hizmetleri, insan topluluklarını yani bunun küçük birimi bireyi, her türlü hastalık ve yaralanmadan koruyarak, sağlık kayıplarının, engellilik hallerinin minimize edilmesini, böylece sağlıklı ve huzurlu bir toplum kurulmasını hedefleyen sağlık öğretilerinin ve uygulamalarının bütünüdür (Yaşa , 2012).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetleri olarak, hastalıkların tanısı, medikal tedavisi ve diğer boyutları olarak, sağlık konusunu içeren tüm reklamları, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini, bireysel ve toplumsal bütün sağlık hizmetlerini değerlendirir (https://www.who.int/topics/health_services/en/).

Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri, bireylerin ve oluşturdukları toplumların, hastalıklardan korunmasını sağlayan, hastalıkların tanınmasını sağlayan, hastalıkların ortaya çıkması durumunda bireylerin sağaltımları sağlayan, sağaltıma rağmen engellerin ortaya çıkması durumunda bireylerin yaşama uyumunu sağlayan, bireylerin ve toplumun sağlık farkındalığını, uyumunu, bilgisini arttıran planlı hizmetler bütünüdür (Narlı, 2009).

Sağlık hizmetlerinin temel sağlık amacı olan sağaltım hedefleyen tıbbi hizmetlerle birlikte dikkat edilmesi gereken, toplumların sağlık düzeyinin genel olarak arttırılması anlamında, yaşanan çalışılan yani hayatın bütün alanlarında sağlık bilgi ve düzeyinin arttırılması yani hayat kalitesinin arttırılması gerekliliğidir. Bu düzeyin genel olarak bileşenleri, eğitim ortamı niteliği, çalışma ortamı, gelir

düzeyi, konut güvenliği, çevre şartları, bireylerin sağlığını etkileyen alışkanlıklarıdır (Akdur, 2000)

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörleri ile birebir örtüşen özelliklerinin yanı sıra kendine özgü çok farklı özellikleri de vardır. Buna bağlı olarak sağlık ekonomisi de ayrı bir bilim dalı olarak ele alınmaktadır. Bu özellikler: (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2011: 75).

- Sağlık hizmeti tüketiminin planlı değil rastlantısal olması
- Talep olduğu anda karşılanması gereken bir hizmet olması ve ertelenememesi
- İkamesinin olmaması yani yerine başka bir ürün ya da hizmet konulamaması
- Sağlık hizmetinin niteliğini, kapsamını, süresini hizmetten faydalanan değil hizmeti sunan doktorun düzenlemesi
- Hizmet çıktısının paraya çevrilememesi
- Sağlık hizmetinin aynı zamanda kamu hizmeti olması ile sosyal bir yönünün de olması
- Hizmet kalitesinin ölçülememesi
- Sunulan hizmet için garanti verilememesi

Hataya karşı toleransın olmamasını, sağlık hizmetini diğer hizmet sektörlerinden ayıran farklı özellikler olarak sayabiliriz.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Etkili bir sağlık hizmeti; kolay erişim, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşımalıdır (Kavuncubaşı, 2000: 64).

a) Kolay Erişim: Kolay erişim, sağlık hizmeti verilenler ve sağlık hizmeti sunanlar yönünden değerlendirirsek, her iki taraf için de önemlidir. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetine doğru yerde doğru zamanda ihtiyacı olduğu kadar ulaşabilmesi, hizmet sunucularının sağlık hizmetini sunabilmek için yeterli ekipmana ve personele ulaşabilmesi, hizmetin kolay kullanılabilir olduğunu gösterir.

b) Kalite: Sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetin düzey olarak, dünyada var olan, bilimsel ölçütler standart alınarak sunulması anlamına gelir. Bu ölçütler aynı zamanda bireylerin hizmet beklentilerini içermektedir. Kalite standartlarının sağlanması, başarılı finansman planını gerekli kılar. Kalite standartlarının oluşturulması, hizmet verenlerin ve hizmet alanların eğitim, yeterlilik, beklenti düzeyiyle doğrudan ilgilidir.

c) Hizmetin sürekliliği: Bütün kurum ve kuruluşlarda, hizmet alanlar ve hizmet verenler yani bütün toplum için, hizmet kalite standartları oluşturulduktan ve uygulandıktan sonra bunun sürekliliğinin sağlanması çok önemlidir. Bu durum, iyi bir finansman yönetimini zorunlu kılar. Toplumun sağlık düzeyini geliştirmek, kalite standardının korunması ve sağlık hizmetinin sürekliliğinin sağlanması için çok iyi bir hedefdir. Sağlık hizmet planlaması, hizmetin sürekliliği için önemlidir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının başarılı koordinasyonu, uyum içinde çalışmayı ve hizmetin sürekliliğini sağlar. Hizmet verenlerin mesleki doyumu gibi faktörler, tükenmişlik sendromu gibi motivasyon eksikliklerini ortaya çıkarır. Bu durum hizmetin niteliği için önemlidir, sağlık planlayıcıları ve yöneticileri dikkatli olmalıdır. Toplumun en küçük birimi olan bireyin sağlık hizmetinin, doğrudan hedeflenmesi gerekir. Aile hekimliği gibi bireye yönelik uygulamalar bu yönden önemlidir.

d) Verimlilik: Verimlilik, kaynakları rasyonel kullanarak bireylere en iyi sağlık hizmetini sunmayı ifade eder. Hizmette verimliliği sağlamak maliyetleri azaltıp hizmetlerin daha kaliteli olmasını sağlar. Sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanılmasını sağlar.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri olarak dört grupta sınıflandırılır. Ayrıca sağlık kurumlarının türüne göre de sınıflandırma yapılmaktadır (Somunoğlu, 2012: 11).

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Amaç toplumun bütün bireylerinin sağlıklı yaşamaları için hastalıklardan korunmasıdır. Koruma basamakları üç adettir (Yerebakan, 2000: 19);

Birincil Koruma: Yaşanılan ortamın ve hayatın olası sağlık risklerinin değerlendirilerek sağlık yönünden güvenli olması, beslenmenin sağlıklı olması, hastalıklara karşı bağışıklama, kişilerin psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı olması alınan temel önlemlerle sağlanabilir.

İkincil Koruma: Hastalık hali oluşmaya başladığında erken tanı ve tedavi önemlidir. Bunun başarılı bir şekilde sağlanması için alınan önlemler ikincil korumadır.

Üçüncül Koruma: Hastalıklar ve yaralanmalar sakatlık gibi kalıcı sorunlar doğurabilir. Bu kayıpları en aza indirmek ve bu durumdaki kişilerin rehabilitasyonunu sağlamak için önlemler alınmalıdır.

Diğer bir sınıflandırma, koruyucu hizmetlerin, kişiye ve çevreye olarak sınıflandırılmasıdır:

a. Kişi İçin Koruyucu Hizmetler:

Beslenmenin planlanması

Nüfus planlaması

Aşılar ile bağışıklama

Kişisel temizlik kuralları

Hastalıkların geç kalınmadan tanı tedavisi

Kişinin doğru sağlık bilgisine ulaşması

İlaçların koruma amaçlı kullanımı

b. Güvenli Çevre ile Koruyucu Hizmetler.

Gıdaların sağlık kriterlerine uygunluğu

- Çalışılan iş ortamının sağlıklı ve güvenli olması
- Binaların sağlık açısından güvenliği olması
- Gıdaların, suların temiz ve yeterli miktarda olması
- Solunan havanın sağlık yönünden uygun olması
- Atık maddelerin sağlık riski olmadan kontrolü

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinden farkı kişinin sağlığı bozulduktan yani hastalık ortaya çıktıktan sonra verilen sağlık hizmetidir ve kişiye yöneliktir. Amaç kişiye eski sağlığını kazandırmaktır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 80)

Tetkik, tanı ve tedavi sürecinden oluşan tedavi edici sağlık hizmetleri, insan ömrünü uzatması, toplumun önemli parçası olan çalışma hayatındaki sürekliliği sağlaması açısından son derece yararlıdır. Hastalıkların tedavi edilmesi sonucu toplumdaki verimlilik artışı, tedavi edici sağlık hizmetlerinin sosyal bir yarar sağladığının da göstergesidir (Atabey, 2012).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişide hastalık belirtileri çıktığı andan itibaren kişiye eski sağlığını yeniden kazandırmak için yapılan tetkik, muayene, teşhis koyma, tedavi ve bakım sürecidir (Yıldırım, 1994: 13).

Aynı zamanda hasta bireyin iyileşmesini sağlayarak en kısa zamanda çalışma hayatına dönmesini, iş hayatındaki zararların karşılanmasını sağlayan sağlık hizmetleridir (Kurtulmuş, 1998: 90).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmetin içeriği ve yoğunluğuna göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç gruba ayrılmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri; bireyin ilk başvurduğu, genellikle yatak bulunmadığı için ayakta veya evde tedavi edildiği kuruluşlardır. Aile Sağlığı Merkezleri, verem savaşı dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği kuruluşlardır (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 208).

İkinci basamak tedavi hizmetleri; Hastanın, hastalıklarının tanı ve tedavilerinin yapıldığı yataklı tedavi kurumlarının verdiği hizmetleri kapsar.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri; birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında tedavisi mümkün olmayan, daha ileri teknoloji ve spesifik alanlarda uzmanlaşmış personele ihtiyaç duyulan hastalıklarda hizmet veren araştırma, üniversite hastaneleri ve özel dal hastanelerinde verilen hizmetlerdir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 47).

2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

İnsanların yaşadıkları hastalıklar ya da kazalar sonucu bedensel ve ruhsal olarak kaybettikleri becerilerini yeniden kazandırmak hayata ve topluma adapte etmek için yapılan tedaviler, uygulamalardır(Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015:44).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt başlıkta değerlendirilir. Tıbbi rehabilitasyon, kişinin ruhsal ve bedensel engellerinin protez, işitme cihazı, tekerlekli sandalye, fizik-tedavi yöntemleri gibi araçlarla yeniden kuvvetlendirilmek ve günlük işlerini devam ettirebilecek seviyeye getirmek için yapılan hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon ise, engelli bireylerin başkalarına bağımlı kalmadan çevresiyle ve toplumla iç içe geçebilmesini sağlayarak eğitim, bilgilendirme, iş bulma, işe uyum gibi hizmetleri kapsamaktadır (Akdur, 1999: 5).

2.3.4 Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi; toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi için çeşitli önlemlerle ve sağlık eğitimi yoluyla bireylerde sağlıklı yaşam adına olumlu davranış değişikliği yaratmak amacıyla gerçekleştirilen faaliyetlerdir (Somunoğlu, 2012:13).

Sağlığın geliştirilmesinde asıl sorumluluk kişilere aittir. Sağlığın geliştirilmesi yaşam kalitesini ve yaşam süresini yükseltmeyi amaçlar. Bu da ancak bireylerin sağlıklı beslenme, spor yapma, sigara, alkol kullanmama gibi alışkanlıkları kazanması ile mümkün olur. Yani kişiler yaşam biçimlerini sürekli geliştirmelidir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 81).

2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim ve Örgütlenme Süreci

Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık ilk ele alınan konulardan olmuş ve Sağlık Bakanlığı ilk kurulan bakanlıklar arasında yerini almıştır. Daha sonra dünyada gelişen sosyal devlet anlayışı ülkemizi de etkilemiş ve sağlık hizmeti devletin görevleri arasında yerini almıştır.

2.4.1. 1920 Yılı Öncesi ve Osmanlı Döneminde Sağlık Politikası

Sağlık teşkilatlanması Osmanlı İmparatorluğu’nda 1826 önce ve sonrası olarak ele alınır.1826 dan önce merkez ve eyalet teşkilatlanması şeklindeydi. Bugünkü Bakanlar Kurulunun karşılığı Divan-ı Hümeundur. Bu merkezi örgüttür. Anadolu ve Rumeli Eyaletleri daha sonra Sancaklar ve Kazalar şeklinde örgütlenme devam etmekteydi. Asıl sağlık teşkilatlanması 1826 dan sonra olmuştur. 1827 de Mekteb-i Tıbbiye Nezareti yani ilk tıp okulu açılmıştır. Okul 1839 da faaliyet geçmiştir. 1835 de Çanakkale’de Akdeniz’den beklenen Kolera salgınının yayılmasını önlemek için bir karantina merkezi açılmıştır. Daha sonra “ Karantina Meclisi” 1838 de İstanbul’ da açılmıştır.1855 de ilk belediyenin kurulmasıyla sağlıkta da yeni bir dönem başlamıştır. 1861 de belediyelerde hekim çalıştırılmaya başlanmıştır. 1870 de “Sivil Tıp İşleri Bakanlığı”, 1871 de hükümetin sağlık hizmetlerini yürütmedeki ilk önemli adımlarından olan “Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü” yürürlüğe girdi. Daha sonra ilk resmi doktor ataması yapıldı. Her mezun doktorun iki yıl memleket hizmeti, bugünkü deyimiyle mecburi hizmet şartı vardı. Bu doktorların, aşılama, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, hiçbir ayırım gözetmeden her hastaya bakım ve tedavi, adli tabiplik, eczane denetleme gibi hizmetleri vardı. Memleket tabipliği unvanı yerine hükümet tabipliği unvanının kullanılması, 1913 yılında “Vilayeti İdareyi Sıhhiye Nizamnamesi” ile olmuştur. Daha sonra Sağlık Müdürlüğü kurulmuş, il genelindeki sağlık hizmetleri (çevre sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri gibi) Sağlık Müdürünün idaresi altına verilmiştir(<http://www.osmar.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=501330>). 1914 yılında genel müdürlük statüsünde olan kurum, İtalya sağlık yapılanması örnek alınarak bakanlık düzeyine getirilmiştir. 3 Mayıs 1920 de “Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti” yani içişleri ile anılan Sağlık Bakanlığının Sıhhiye

ve Muavenat-ı İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) olarak değişimi ile sağlık temel bir devlet görevi haline gelmiştir (Kasapoğlu, 2016).

2.4.2. 1920-1938 Yılları Arasındaki Gelişmeler

TBMM nin açılışından sonra, 3 Mayıs 1920 de 3 sayılı “ Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Yasası” ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı, Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Dr. Adnan Adıvar’dan sonra, 10 Mart 1921 de Dr. Refik Saydam Sağlık Bakanı olmuş ve 1937 yılına kadar bu görevini sürdürmüştür (Aydın ve Korkmaz Özcan, 2015). Refik Saydam dönemi günümüzde de hala etkilerinin sürdüğü önemli bir dönem olmuştur. Bu dönemde İl Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak sağlık sisteminin temeli atılmış ve sağlık hizmetinin tüm ülkeye ulaştırılması sağlanmıştır (Akdur, 1999). 1924 de İstanbul ve Sivas’ta sağlık memuru okulu, İstanbul’da 1925 yılında Kızılay Hemşirelik Okulu açılmış, sağlık personelinin yönetimi ile ilgili atama terfi gibi tüm yetkiler, Sağlık Bakanlığı’nda tek elde toplanmıştır. 1928 de çıkarılan 1912 sayılı “ Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa” sağlık çalışanının yetki ve sorumluluklarını belirlemiştir (Aydın ve diğerleri, 2015).

Cumhuriyetin ilanından sonra sosyal bir sağlık anlayışı başlamış, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile salgın hastalıklarla mücadele en çok çalışılan konu olmuştur. Sağlık problemlerinin çözümünde, özellikle koruyucu hekimlik salgın hastalıklarla mücadele için büyük bütçeler harcanmıştır. Savaş sonrası sosyoekonomik çöküş, sağlık problemleriyle mücadeleyi güçleştiriyordu. Verem savaş dispanseri, Sıtma savaş dispanseri gibi bulaşıcı hastalıklara karşı sağlık kurumları kuruldu. Bu kurumlarda çalışanların yüksek motivasyonu için, doktor ve sağlık personelinin ekonomik ve sosyal memnuniyeti sağlandı. Ankara’da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Burada bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için, aşı ve serum üretilmiş, laboratuvar hizmetleri verilmiştir. 1930 da çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Yasası ile toplum sağlığını korumak devletin görevi sayılmıştır. Hastaneler tarafından verilen tedavi hizmetlerinin yürütülmesi yerel yönetimlere bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı öncü olarak, beş Numune Hastanesi kurmuş ve önemli çalışmalar yürütmüştür. Fakat birinci basamak sağlık hizmetleri istenilen seviyelere gelememiş, tam bir örgütlenme olmamıştır. Herkes için sağlıklı yaşam hedefine ulaşamamıştır. Birinci basamak hizmetleri hekim muayenehaneleri, dispanserler,

hastane polikliniklerinde verilen hizmetlerle sınırlı kalmıştır (Fişek, 1991: 2; Eren, 1998: 6; Aksakoğlu, 2008: 8).

2.4.3. 1938-1960 Yılları Arasındaki Gelişmeler

1946 yılında, o dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından oluşturulan “Birinci Sağlık Planı” çok önemli bir adım olmuştur. Bu plan çok uzun sürede hazırlanmış, uygulama konması 9.Milli Tıp Kongresinden sonra olmuştur. Bu çalışma koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir bütün olarak yürütülmesini sağlamıştır. Bu dönem Behçet Uz’un adıyla anılan, Verem, Sıtma gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli adımlar atılan bir dönem olmuştur (Kasapoğlu, 2016).

İkinci Dünya Savaşından sonra “Sağlık Merkezleri” kurulmasına yönelik planlar hazırlandı. Bu merkezler, 40 köye birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunacak şekilde tasarlanmıştı. Ancak daha sonra sadece ilçe merkezlerine 10-25 yataklı hastaneler şeklinde kurulmuştur. Yıllar içinde sağlık yönetimi merkezi bir yönetimde birleştirilmiş, yerel yönetimlere bağlı olan yataklı kurumlar Sağlık Bakanlığına bağlanmış ve genel bütçeden finanse edilmişlerdir. Tüm ülke genelini kapsayan Genel Sağlık Sigortası için uzun çalışmalar yapılmış, ancak bunun olamayacağı anlaşılmış ve işçileri kapsayan bir sağlık sigortası modeli geliştirilmiştir. İşçi Sigorta Kurumu bu işi yürütmüştür. Daha sonra Sigorta Hastaneleri açılmıştır (Fişek, 1991: 3; Eren, 1998: 7).

Bu dönemde sağlık alanındaki önemli adımlar şöyle özetlenebilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 132):

1945 yılında sıtma salgınıyla mücadele için “ Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır.

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kuruldu.1952 yılında SSK Kurumu işçilere hastane kurma işletme ve personel atama yetkilerini kazandı.

1949 da Verem Savaş Dernekleri kuruldu.

1952 de Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri kuruldu.

Bu dönemde personelin daha çok hastanelerde istihdam edilmesi sonucu koruyucu sağlık hizmetleri istenilen düzeye gelememiştir.

Sonuç olarak, bu dönemde sağlık hizmetlerini toplumun her kesimine yaymak hedefine ulaşamamıştır. Hizmetler ilçe düzeyinden öteye gidememiştir. Lepra, sıtma, trahom, Tbc ve frengi gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede edinilen başarı diğer bulaşıcı hastalıklarda sağlanamamış ve bu hastalıklara bağlı ölüm hızı ve anne bebek ölüm hızı aynı şekilde devam etmiştir (Akın, 2009: 4).

2.4.4. 1961-1980 Yılları Arasındaki Gelişmeler

1960 yılından itibaren sağlık hizmetleri daha planlı bir şekilde yürütülmeye başlanmış, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinin nüfusun çok olduğu kırsal kesimlere sağlık hizmeti götürmekle mümkün olacağı anlayışı önemli bir adım olmuştur (Akın, 2009: 4).

1961 yılında, fiilen 1963 yılında uygulanan , “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” çıkarıldı (Akdağ, 2012). Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin kapsamı, sunulma şekli tanımlanmış hizmetin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) na bağlı “Sosyalleştirme Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Bu dairenin görevi kanunda belirtilen ilgili çalışmalarını planlamak yürütmek kontrol etmek ve bakanlığın diğer birimleri ile işbirliği içinde çalışmak olarak belirlenmiştir (Akın, 2009: 4). 224 sayılı kanunda sağlık hizmetleri bir bütün olarak düşünülmüş, sürekli ve kademeli olarak yürütülmesi, daha çok insana ulaşmasını sağlamak için, en periferden başlayarak sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir örgütlenmeye gidilmiştir.

1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarıldı. Bu kanun ile nüfus artış hızını azaltmak için çalışmalar başlatıldı. Sağlık hizmetleri “dar bölgede çok yönlü hizmet” prensibiyle sunulmaya başlandı. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir yasa taslağı hazırlandı ancak Bakanlar Kurulu’na sunulamadı ve bir tasarı olarak kaldı. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası tekrar gündeme geldi. 1971’de Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı bu kez Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde görüşüldü ancak onaylanmadı. 1974 de yasa tekrar meclise sunuldu ancak mecliste değerlendirilmeye alınmadı. 1978 yılında “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” yürürlüğe girdi.

Devlet memuru olan hekimlere muayenehane açma yasağı getirildi. 1980 yılında 12 Eylül İhtilali sonrası muayenehane açma izni tekrar çıkarıldı (Akdağ, 2012).

1970 – 1980 yılları arasında hükümetin sağlık hedeflerinde önemli bir değişme ve gelişme yaşanmamıştır. Sağlık hizmetleri sistemin doğal sürecinde ilerlemiştir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 133).

2.4.5. 1980 -2000 Yılları Arasındaki Gelişmeler

1982 Anayasasında sosyal güvenlik hakkının uygulanmasının ve sorumluluğunun devletin görevleri arasında olduğu hükmü açıkça yer aldı. Anayasa'nın 60. maddesi “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” demektedir. Yine Anayasa'nın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” hükmü yer alır. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm de yer aldı. 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarıldı. Bu yasanın uygulanması ile ilgili düzenlemeler netleştirilemedi, Anayasa Mahkemesi bazı maddelerini iptal ettiği için yasa uygulanamadı ve istenilen amaca tam olarak ulaşamadı (Akdağ, 2012).

1988 yılında Dünya Bankası uzmanları ile Türk sağlık sektörünün mali durumu analiz edilmiş ve daha sonra 1990 da DPT, “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü” nü hazırlatmış ve böylece sağlık reformu stratejileri belirlenmiştir. 1990 ların başında Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanmıştır. Buradaki temel maddeler şöyle özetlenebilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 133):

Sağlık güvencesi olmayan her bireyin genel sağlık sigortası kapsamına alınması,

Birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği sistemi kurulması,

Hastanelerin özerkleşmesi,

Sağlık hizmeti sunanların dahili bir piyasa içinde aynı havuzda toplanan kaynaklar için rekabet etmesi.

1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ile sağlıkta yeniden yapılanma dönemi başlamış, 1993 yılında düzenlenen İkinci Sağlık Kongresi ile de ulusal sağlık politikaları tasarlanmıştır. Daha sonra Yapısal Uyum Programı ile sağlık reformları ilişkilendirilmiş, akabinde Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yasa Tasarısı, Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarısı Bakanlar Kuruluna, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Yasa Tasarısı Taslağı Başbakanlığa sunulmuştur. Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planlarında da sağlık reformlarına yer verilmiştir. Sağlık güvencesi olmayan ve sağlık giderleri için ekonomik durumu yetersiz olan vatandaşlar, yeşil kart uygulaması kapsamına alınmıştır.1990 dan sonra hastane reformları önemli bir yer edinmiştir. Fakat istenilen hedeflere ulaşılamamıştır.

2. 4. 6. 2000 Yılı Sonrası Gelişmeler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’de sağlık sistemindeki aksaklıkları gidermek, sorunlara çözümler bulmak, sağlık hizmetlerindeki kalite ve verimliliği artırmak amacıyla planlanmış, hayata geçirilmiş bir programdır. 1 Ekim 2008 de 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile toplumun tamamının sağlık güvencesi kapsamına alınması hedeflenmiştir. Türk sağlık sistemi aslında yeniden tasarlanmıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 136).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’deki sağlık sisteminin aksayan yönlerinin tespit edilmesini ve buradaki sorunların çözülmesini, sağlık hizmetinin toplumun her kesimine eşit şekilde ulaştırılmasını amaçlar. Türkiye Sağlık Sektörü’nde tespit edilen sorunları şu şekilde sıralayabiliriz (Çavmak ve Çavmak, 2017).

- Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere göre sağlık verilerinde kötüye gidiş olması
- Sağlık hizmetleri dağılımındaki eşitsizlikler

- Sistemdeki dağınık yapının, mali olarak sürdürülebilirliği engellemesi ve hizmet sunumunda verimsizliğe neden olması
- Hizmet kalitesinin yetersiz olması nedeniyle, hizmetten yararlananlara geri dönüşlerin istenilen düzeyde yapılamaması.

2008 de uygulamaya konulan Sağlık Reformu, sağlık ve sigorta hizmetlerini Sosyal Güvenlik Kurumu olarak tek kurumda birleştirmiş, sadece prim ödeyenleri değil ülkemizdeki her birey, bir şekilde bir sağlık güvencesi sistemine dahil edilmiş ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmıştır (Yaşa, 2012).

2. 4. 6. 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) Temel İlkeleri ve Temel Bileşenler

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sisteminin düzenlenmesinde bir kılavuz olmuştur. Belirli ilkeleri vardır. Bunlar(Akdağ, 2012:69):

İnsan Merkezlilik: Dönüşüm Programı insanların ihtiyaç ve beklentilerini temel almaktadır.

Sürdürülebilirlik: Bu ilke hep daha iyinin hedeflenmesini öngörür. Sağlık sistemi, ülke kaynakları ve koşulları ile uyumlu olmalı, böylece sürekliliği sağlanmalıdır. Sistem sürekli hatalarını değerlendirmelidir. Böylece daha kaliteli hizmeti esas almalıdır.

Katılımcılık: Sağlık politikalarının oluştururken, etkileşimde olunan tüm paydaşların yani toplumun katılımı sağlanmalıdır.

Uzlaşmacılık ilkesi ile sağlık sektöründeki tüm paydaşların ortak hareket etmesi, yapılan işlerde bir standart sağlanması hedeflenmiştir.

Gönüllülük ilkesi, sistemin yürütülmesinde rol oynayan tarafların yani hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan kişilerin, sistemin daha iyi işlemesi için istekli olmalarını ve katılımlarını amaçlar. Bunun için çeşitli motivasyonlarla tarafların teşvik edilmesi gerekir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının diğer ilkeleri, **güçler ayrılığı** ve **desantralizasyon** dur. Güçler ayrılığı ilkesi, sağlık sektöründeki kurumların kendi hizmet alanına göre birbirinden ayrılmasını hedefler. Sağlık hizmetlerini planlayan, sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılması daha etkili hizmet sunumunu

sağlar. Üst kademedan alt kademeye yetki devri de diyebileceğimiz desantralizasyon ilkesi ile sağlık kurumlarının idari ve mali açıdan bazı yetkilerinin olması ve kurumların daha iyi yönetilmesi işlerin daha hızlı ilerlemesi sağlanır.

Hizmette rekabet ilkesi ile sağlık alanında da rekabet ortamı oluşturularak daha düşük maliyetle daha kaliteli hizmet elde etmek amaçlanır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı dört aşamada hayata geçmektedir (Akdağ, 2012: 72):

1.Kavramsallaşma:

Dönüşüm programında ilk olarak konuyla ilgili uzmanlar ile hedefler ve izlenecek yol kavramsal olarak tartışılır ve geliştirilir.

2.Yasalaşma

Program kavramsal niteliğini kazandıktan sonra programın işleyişi ile ilgili yasal düzenlemeler yapılır. Konuyla ilgili mevzuat düzenlenir.

3.Kontrollü Yerel Uygulama

Ülke genelinde uygulanacak yeni bir programın, önce sınırlı ve kontrollü olarak daha küçük bir grupta uygulanmasıdır.

4.Ülke Geneline Yaygınlaştırma

Diğer aşamalardan geçen program, son olarak ülke genelinde uygulamaya ve yaygınlaştırılmaya başlanır. Fakat her sağlık programı aynı aşamalardan geçmeyebilir ve aynı sıralama izlenmeyebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri: Bu programın temel bileşenleri şöyledir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 137):

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı: Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını geliştiren planlayan ve denetleyen, sağlık kaynaklarının herkese eşit ve verimli bir şekilde ulaşmasını sağlayan bir kurumdur.

2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası: Sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılması ve sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde herkese ulaşması sağlanacak, bunu yaparken kaynakları en etkili

şekilde kullanarak gereksiz harcamalar önlenecek ve özellikle koruyucu hekimlik ön plana çıkarılacak, geliştirilecektir.

3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi: Sağlık hizmetinin ulaşımı ve uygulanabilirliği ülkeden ülkeye değişebilir. Bu nedenle bir model alınıp aynen uygulanması gerçekçi değildir. Özellikle kırsal bölgeler için coğrafi iklim şartları planlamayı etkiler. Bu özellikler dikkate alınarak en etkili ve verimli sağlık sistemini oluşturmak bu programın önemli hedeflerinden olmuştur.

a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Sağlık hizmetlerinin tek pencere sistemi de denilen bireye yönelik olarak tasarlanması ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlıkta dönüşüm programının önemli bileşenlerindedir.

b) Etkili kademeli sevk zinciri: Bu programın önemli projelerinden olan aile hekimliği sistemi ile kişilerin birinci basamakta birçok sağlık hizmetini alabilmesi hedeflenmiştir. Burada çözülemeyen sağlık problemlerinin ikinci basamakta çözülmesi kademeli sistemin amacıdır.

c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Ülkedeki sağlık işletmelerinin tamamı kamu ya da özel olabilir sigorta kurumu ile sözleşme yapabilir ve sevk sistemine uymak suretiyle vatandaşlarımıza hizmet sunma fırsatına sahip olmuşlardır.

4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü: Sağlık hizmeti çalışanlarının ve yöneticilerinin Avrupa Birliğine uyum süreci ile uyumlu görev ve yetkilerinin tanımlanması, netleşmesi ve gerekli eğitimlerinin tamamlanması hedeflenmiştir.

5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları: Ülkemizdeki sağlık uygulamalarının analizlerini gerçekleştirebilecek, araştırmaları planlayacak ve danışmanlık yapacak sağlık uygulayıcılarının mezuniyet sonrası da eğitimlerini sağlayacak bir akademik yapı oluşturulacaktır. Hıfzıssıhha Okulunun da günümüz ihtiyaçlarına göre revize edilmesi planlanmıştır.

6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon: Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurularak, bu konuda ortak bir dil ve standart getirilmesi, böylece bu konudaki kargaşanın giderilmesi hedeflenmiştir.

7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: Sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz gibi tüm ekipmanların akılcı kullanılması, yönetilmesi, standardizasyonu, ruhsatlandırılması için özerk kurumlar kurulması bu programda amaçlanmıştır. Bunun için Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması, dönüşüm programının önemli bileşenlerindedir.

8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi: Doğru bilgi, sağlıklı veri akışı ve toplanması için merkezi bir sağlık bilgi sistemi oluşturulması tasarlanmıştır. Bu veriler ve kayıtlar Sağlık politikalarının belirlenmesinde ve bilimsel çalışmalarda kaynak oluşturması açısından çok önemlidir.

2. 5. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sağlayan Kurumlarının Sınıflandırılması

Sağlık sistemi, çok sayıda kurumun etkileşim içinde olduğu bir sistemdir. Karışık gibi görünse de sistemin içindeki her yapının farklı görevi vardır ve bunlar birbirinin devamı niteliğindedir. Bu sistemin parçası olan her kurum ve çalışan, sağlık hizmetinin ertelenemez olduğunu bilir ve işler bir düzen içinde devam eder (Kavuncubaşı, 2000: 8).

Türkiye’de koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin planlanması ve toplumun her kesimine ulaştırılması birincil olarak Sağlık Bakanlığının görevidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili politikaları yürütmek de resmi olarak Sağlık Bakanlığının görevidir. Tedavi, rehabilitasyon ya da bakım hizmetlerini yürüten özel sağlık tesisleri de sağlık hizmetlerinin yürütülmesine destek olurlar. Ancak özellikle koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının temel görevidir ve gerek kamu gerek özel kurumlarda uygulanan her türlü sağlık uygulaması Sağlık Bakanlığının denetimindedir (Orhaner, 2006: 3).

Ülke genelinde en uç noktaya kadar koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ulaştırmak, en etkili şekilde sunmak T. C Sağlık Bakanlığı’ nın görevidir. Sağlık Bakanlığının, Organizasyon yapısı içinde çeşitli Genel Müdürlükleri (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü gibi) görevlerini en iyi şekilde yerine getirmektedir. İllerde Valiliklerin sorumluluğunda İl Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Kaymakamların sorumluluğunda İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi sağlanmaktadır. Sağlık müdürü, toplumun her kesiminin temel sağlık hizmetinden en

iyi şekilde yararlanmasından, gerek özel, gerek kamu tüm sağlık kuruluşlarında hizmetin doğru ve etkili bir şekilde sunumundan sorumludur.

Her birey için sağlık düşüncesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Alma Ata şehrinde yapılan kongrenin ardından, 21.yüzyılda hedef olarak belirlenmiştir. 2010 yılı öncesi bireylerin aileyi, toplumu hedef alan nitelikli temel sağlık hizmetlerine ulaşması temel hedefti. Her birey için sağlık anlayışı, TC. Sağlık Bakanlığının ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’yla, aileye nitelikli temel sağlık hizmetini veren, birbirleriyle koordine olan, profesyonel ekipler yoluyla gerçekleştirmek planıyla hareket kazanmıştır.

Dünyada vatandaşlarına nitelikli sağlık hizmeti veren ülkeler incelendiğinde, aile hekimliği uygulamasının bu ülkelerde mevcut olduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarihinde, 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. İlk Aile Hekimliği uygulaması, 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlamıştır. 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği yayınlanmış ve 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Bütün illerde Aile hekimliği uygulaması 2010 yılı sonunda başlamıştır (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>).

Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarını aşağıdaki gibi sınıflandırabiliriz:

1.Birinci Basamak Sağlık Kurumları

a) Birinci basamak resmi sağlık kurumları

Toplum Sağlığı Merkezi

Aile Sağlığı Merkezi

Muayenehane hekimliği

Dispanserler

Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri

112 acil sağlık hizmeti birimi

Üniversitelerin medikososyal birimleri

Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri

Belediyeye ait poliklinikler

b) Birinci basamak özel sağlık kurumları

İşyeri hekimlikleri

Özel poliklinikler

Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti sunan özel klinikler

c) Serbest eczaneler

2. İkinci Basamak Sağlık Kurumları

a) İkinci basamak resmi sağlık kurumu

Eğitim ve Araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ve bunlara bağlı semt poliklinikleri

Entegre İlçe Devlet Hastaneleri

Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri

Belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri

İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi

b) İkinci basamak özel sağlık kurumları

Özel Hastaneler

Özel Tıp Merkezleri ve dal merkezleri

3. Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları

Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri

Üniversite Hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri

2. 6. Hastanelerin Tanımı

Hastaneler; çeşitli sağlık sorunları ile başvuran insanlara eski sağlıklarını yeniden kazandırabilmek için tanı, tedavi ve bakım hizmeti sunan kurumlardır (Sevin, 2009).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde (YTKİY, 1983) hastaneler, sağlık kontrollerini yaptırmak isteyen, hastalanan ve herhangi bir kaza sonucu yaralanan kişilerin, klinikte yatarak ya da ayaktan tetkik, tanı, tedavi, gözlem, bakım ve rehabilitasyon gibi hizmetleri aldığı ve de doğum yapılan, bu hizmetler için en uygun koşulları taşıyan sağlık kurumları olarak tanımlanmıştır.

Ağırbaş (2016: 16) ise, hastaneleri, kesintisiz olarak sağlık hizmeti sunan, bunun yanı sıra eğitim, araştırma ve aynı zamanda toplum sağlığı hizmetlerini yerine getiren, bu çalışmaları en etkili ve verimli şekilde uygulayan, içinde bulunduğu ortamı etkileyen ve etkilenen maliyetli ve kusursuz profesyonel bir işleyiş gerektiren sağlık kurumları olarak ifade etmiştir.

2. 6. 1. Hastanelerin Özellikleri ve İşlevleri

Hastane; bedensel ya da ruhsal olarak hastalanan bireylere ayaktan ya da yatarak, profesyonel sağlık ekibiyle teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve diğer bakım hizmetlerini sunan ve daha sonra da takiplerini yapan sağlık işletmeleridir (<http://sozluk.gov.tr/>).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hastaneleri, tanı, tedavi, gözlem, bakım, rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerini sağlayan, hastaların ihtiyacına göre kısa ya da uzun dönemde tedavilerinin sağlandığı kurumlar olarak tanımlamıştır (Tengilimoğlu, vd., 2011: 127).

Tanımda da vurgulandığı gibi daha çok yataklı tedavi kurumları olan hastaneler sağlık hizmetinin teşhis, tedavi ve bakım aşamasını yürüten işletmelerdir.

Sağlık işletmeleri geri bildirim mekanizması olan kurumlardır. Dinamik ve değişken sistemlerdir. Bu ortam içerisinde aldıkları girdileri bir süreçten sonra dönüştürerek çıktılarını yine aynı ortama sunarlar. Sağlık işletmelerinin girdileri bilgi, hasta, malzeme, sermaye, teknoloji ve insan gücüdür. Bu girdiler planlama, örgütleme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme aşamalarından geçtikten sonra

hasta ve yaralıların tedavi ve bakımı, sağlık eğitimi gibi çıktılara dönüşür (Tengilimoğlu, vd., 2009: 127).

- 2. 6. 1. 1. Hastanelerin İşlevleri

Yataklı sağlık kurumlarının işlevlerini (fonksiyonlarını) şu şekilde gruplandırabiliriz.

1) Tıbbi Fonksiyonları: Yataklı sağlık kurumlarının en temel hizmeti tedavi hizmetidir. Hastalanan ve yaralanan kişilere ayaktan ya da yatarak tetkik ve tedavi hizmeti verilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 38).

2) Koruyucu Hekimlik Fonksiyonu: Hastaneler tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmeti de sunarlar. Sağlam çocuk poliklinikleri koruyucu hekimliğin güzel bir örneğidir. Sigara, alkol, madde bağımlılığı gibi zararlı alışkanlıklara karşı verilen sağlık hizmetleri de hastanelerin toplum sağlığını yükseltmek için verdiği önemli bir hizmettir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 38).

3) Eğitim Fonksiyonu: Hastaneler sağlık eğitiminde de önemli bir rolü olan kurumlardır. Hasta ve hasta yakınlarına verilen sağlık eğitimi, sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri, sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin eğitimi ve topluma sağlık konularında verilen eğitimler hastanelerin eğitim alanındaki hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 38).

4) Araştırma ve Geliştirme Fonksiyonu: Hastaneler aynı zamanda sağlık araştırmalarının yapıldığı ve tıp alanında sürekli gelişmeleri takip eden kurumlardır. Tıp bilimi sürekli kendini yenilemek zorunda olan bir bilim dalıdır. Sağlık sadece teorik bilgilerden oluştuğu düşünülemez. En fazla deneysel çalışmaların yapıldığı bir alandır ve hastaneler en geniş çaplı uygulama sahasıdır. Tanı ve tedavi yöntemlerini sürekli geliştirilmek ve yeni araştırmalar yapılmak durumundadır. Bazı hastanelerin araştırma ve geliştirme bölümleri vardır. Özellikle bu amaçla kurulmuş Eğitim Araştırma Hastaneleri de vardır (Zennun Beyatlı, 2016: 33).

5) Hasta Bakım Fonksiyonları: İyi bir tıbbi tedavinin yanında en önemli hizmetlerden biridir. Zamanında ve özenli bir şekilde yapılan bakım tedavinin destekleyicisidir (Zennun Beyatlı, 2016: 32).

6) İdari Fonksiyonları: Sağlık kurumlarında yönetim ve organizasyon adına yapılan tüm işler bu fonksiyon kapsamındadır. Kurumda çalışan personelle ilgili izin, maaş, terfi, disiplin, emeklilik işlemlerinin, kayıt ve takiplerinin yürütülmesi, yine planlama, örgütlenme, yöneltme, koordinasyon ve kontrol sürecinin işletilmesi idari görevlerdir (Zennun Beyatlı, 2016: 32).

7) Mali Fonksiyonlar: Sağlık işletmesinin tüm gelir gider unsurları, bunların temini ve takip edilmesi bütçenin ayarlanması yine hastanenin sorumluluklarındandır. Sağlık hizmetinde kullanılacak malzemelerin temini binanın bakım onarımı ile ilgili ihtiyaçlar, personel giderleri kısaca bir işletmenin devamlılığı için gerekli tüm mali döngüyü sağlamak hastanenin bir fonksiyonudur.

8) Teknik Fonksiyonlar: Hastanenin tüm bina ve teknik donanımının bakımı gerektiğinde yenilenmesi tadilat hizmetlerinin yürütülmesi bu hizmet kapsamına girer.

9) Otelcilik Fonksiyonları: Yataklı sağlık kurumlarının tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin dışında sunduğu hizmetlerin aslında tamamı otelcilik hizmetleridir. Otelcilik adı altında olmasa da hastanelerde bu hizmetler her zaman sunuluyordu. Günümüzde sağlık kurumları otelcilik hizmetlerine daha profesyonel bakmaya başlamış ve buna göre örgütsel yapılarını yenilemişlerdir.

10) Sosyal Fonksiyonlar: Hastaneler çok yönlü hizmet sunan işletmelerdir. Bunun yanı sıra çeşitli sosyal sorumlulukları da vardır. Hastanelerde Sosyal hizmet uzmanları halkla ilişkiler uzmanları ve gönüllüler grubu hastanenin sosyal hizmetlerini yürütürler. Hastanede tedavi gören kişiler tıbbi tedavi ve bakımın yanında ihtiyaçları olduğunda sosyal yönü ile de desteklenirler.

Sağlık kurumlarının (Hastane İşletmelerinin) ayırt edici özellikleri şunlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 133 - 134):

- Hastanelerde sunulan hizmetleri, yani çıktıları ölçmek ve tanımlamak zordur.
- Hastanelerde yürütülen işler sabit değildir yani hastanın durumuna göre değişebilir ve her zaman aynı standartta değildir yani karmaşıktır.

- Hastanelerde yürütülen işlerin aslında çoğunluğu acildir ve daha sonra yapılması mümkün değildir.
- Hastanelerde sunulan hizmetler hata ve belirsizlikleri kabul etmeyen hizmetlerdir.
- Hastanelerde yürütülen işler uzmanlaşmış eğitim gerektirir.
- Hastane işletmelerinde yapılan işler birbirine bağlıdır bu nedenle meslekler arasındaki işbirliği önemlidir.
- Hastane işletmeleri yönetimi ve denetimi zor olan işletmelerdir.
- Hastane işletmelerinde çalışan personel alanında profesyonel bireylerdir ve mesleki hedefleri daha ön plandadır.
- Bu kurumlarda sunulan hizmet miktarı ve bu hizmetlerin maliyetlerini hekimlerin faaliyetleri belirler ve yönetimin bunun üzerinde çok da bir etki mekanizması yoktur.

2. 6. 2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Tarihte kurulan ilk hastanelerin daha çok gönüllü yardım amaçlı hizmetler veren kuruluşlar olduğu bilinir.19. yüzyıl sonları 20. Yüzyıl başlarında kar amaçlı özel hastaneler kurulmaya başlamıştır. Hastanelerin teknik donanım olarak sürekli gelişmesi, fiziksel kapasitelerinin artması ve çok yönlü hizmet sunan kurumlar olması geniş bir sınıflandırmaya gidilmesine neden olmuştur. Hastaneler, sundukları hizmet alanına, mali kaynağına, yatak kapasitesine ve daha birçok özelliğine göre sınıflandırılmıştır. Genel kabul gören sınıflandırmasını aşağıdaki şekilde yapabiliriz ((Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011).

2. 6. 2. 1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler: Mülkiyetinin ait olduğu kuruma göre yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma da kendi içinde şu şekildedir;

a) Devlete Doğrudan Bağlı Olan Hastaneler: Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri bu gruba girer.

b) Devlete Dolaylı Olarak Bağlı Hastaneler: Belediye ve Üniversite Hastaneleri bu gruba girer.

c) Özel Hastaneler: Girişimcilerin kâr amacı ile kurdukları hastanelerdir. Kâr ettikleri sürece varlıklarını sürdürebilirler.

2. 6. 2. 2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler:

Hastanelerin yatak kapasitelerine göre sınıflandırılmasıdır. Hastaneler için yatak standartları getirilmiştir. Örneğin özel hastaneler için en az 100 yataklı olma şartı vardır.

2. 6. 2. 3. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler: Hastaların hastanedeki kaldıkları süreye göre yapılır. Kısa süreli ve uzun süreli kalınan ya da akut hasta yatağı ve kronik hasta yatağı olan hastaneler de denir. Kısa süreli kalınan hastaneler hastaların % 50 sinin 30 günden az kaldığı hastaneler, % 50 sinin 30 günden fazla kaldığı hastaneler uzun süre kalınan hastaneler olarak nitelendirilebilir. Uzun süreli kalınan hastaneler psikiyatri hastaneleri ve kronik hastalar için hizmet sunan bakım hastaneleri örnek verilebilir.

2. 6. 2. 4. Halkın Kullanımına Açık Olma Durumuna Göre Hastaneler:

a) Toplumun Geneline Açık Hastaneler: Halka açık özel ve kamu hastaneleri bu gruptadır.

b) Toplumun Geneline Açık Olmayan Hastaneler: Kurum hastaneleri örneğin Hapishane Hastaneleri, psikiyatri hastaneleri, kronik hastalar için bakım hastaneleri, alkol ve madde bağımlılarına hizmet sunan hastaneler örnek olabilir.

2. 6. 2. 5. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler: Eğitim hastaneleri teşhis tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında eğitim hizmeti de olan hastanelerdir. Hekimlerin uzmanlık eğitimi aldığı ve sağlık araştırmalarının yapıldığı hastanelerdir. Bunun dışında kalan hastaneler de sağlık eğitimi alan öğrencilere staj eğitimi vermektedir.

2. 6. 2. 6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler: Akredite edilme durumuna göre de sınıflandırma yapılır. Akreditasyon bir kalite değerlendirme aracıdır.

Hastanelerin sunduğu hizmet kalitesini arttırmayı amaçlar ve bu amaçla kurulmuş bağımsız bir kuruluş tarafından bu değerlendirme yapılır.

2. 6. -2. 7. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler: Bu sınıflandırmaya göre hastaneler birinci, ikinci, nc basamak hastaneler olarak sınıflandırılıyor. Bu sınıflandırmaya göre Sağlık Bakanlığı hastaneleri beş grupta sınıflandırır:

- a) İlçe Hastaneleri:
- b) Gün Hastaneleri
- c) Genel Hastaneler
- d) zel Dal Hastaneleri
- e) Eğitim Hastaneleri

2. 6. 2. 8. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler: Bu gruplandırmada Genel ve zel Dal Hastaneleri olarak sınıflandırma yapılır.

- a) Genel Hastaneler: Fark gözetmeksizin her vakanın kabul edildiği hastanelerdir.
- b) zel Dal Hastaneleri: Belirli bir hastalığın, belirli bir organın - sistemin ya da belirli bir yaş grubunun tedavi hizmetlerinin karşılandığı sağlık kurumlarıdır. ocuk Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi gibi.

3. OTELCİLİK KAVRAMI VE UNSURLARI

3.1. Otelcilik Kavramı

Uluslararası Turizm Akademisi oteli, kişilerin evlerinden ayrı kaldıkları sürede konaklama, beslenme ve temizlik gibi ihtiyaçlarını belli bir ücret karşılığında sağlayan işletmeler olarak tanımlamıştır (Akıncı, 2016).

Oteller, insanların konaklama, beslenme, temizlik, güvenlik gibi temel ihtiyaçlarını konforlu ve eksiksiz bir şekilde yerine getirmesi beklenen bunun yanı sıra müşterilere çeşitli sosyal ve eğlenme olanakları da sunan ve bunları profesyonel ekibiyle gerçekleştiren işletmelerdir (Kıngır, 2006: 459).

3. 2. Otel İşletmelerinin Özellikleri

Konaklama işletmeleri ve turizm sektöründe aslında birçok sektörde olduğu gibi planlama ve tasarım bunun yanı sıra pazarlama, bulunabilirlik ve ekonomik dengeler çok önemlidir ve istikrarlı gelişim için gereklidir. Bu nedenle ki sektörün içinde yer alan tüm bölümlerin ve işletmelerin arasındaki işbirliği yetki ve sorumluluk dağılımı önemlidir.

Otel işletmeleri dışa dönük açık sistemlerdir ve içinde buldukları çevredeki olumsuzluklardan etkilenebilirler. Bu nedenle faaliyetlerini ve işlevselliklerini her koşulda sürdürebilecek bir sisteme sahip olmaları gerekir (Aydın, 2004: 35).

Otel işletmelerinin diğer endüstri işletmelerinden farklı özellikleri vardır. Bu sektör kendine özgü yapısı olan bir sektördür. Buna bağlı olarak özelliklerinin de çeşitli kaynaklarda farklılık gösterdiğine ve değişik açılardan ele alındığına tanık olmaktadır.

Otel işletmeleri ticari ve endüstriyel işletme niteliklerini taşımaktadır, aynı zamanda kendine özgü bazı özellikleri de onu diğer işletmelerden ayrı bir yerde tutmaktadır (Çetiner, 2008: 11).

Müşterilerinin konaklama, yeme içme ve diğer sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı meslek edinmiş, hem ekonomik hem sosyal yönü olan otel işletmelerinin özelliklerini şöyle sıralayabiliriz (Gökdeniz, 1999: 9).

- Otel işletmeleri bir ağırlama sektörü olduğu için emek yoğun bir sektördür ve insan gücüne dayanır (Konak ve diğ., 1997: 8).
- Otel işletmeciliği dinamiktir. Oteller sundukları hizmetleri, teknolojisini, dekorasyonunu sürekli yenilemek durumundadır. (Gökdeniz, 1999: 9).
- Oteller sürekli kesintisiz hizmet sunan işletmelerdir. Günün 24 saati ve haftanın 7 günü hatta sezonluk oteller dışında tüm yıl süren bir hizmet sunarlar. Misafirler dinlenirken de otel personelinin çalışması devam eder (Gökdeniz, 1999: 9).
- Otellerde sunulan hizmetlerin stoklanma özelliği yoktur. Oteller aslında zaman satar. Bir odanın bir gece satılamaması bile mali kayıptır (Hacıoğlu, 1989: 13).
- Otellerde işler birbirine bağlıdır ve birbirinin devamı niteliğindedir. Hizmetlerin zamanında sunulabilmesi, beklentileri karşılayabilmesi iyi bir koordinasyon ve çalışanlar arasında uyum ve işbirliği gerektirir (Batman, Doğdubay, 2010: 8).
- Turizm sektörü ulusal ve uluslar arası politik olaylardan ekonomik koşullardan çok etkilenen bir sektördür. Dolayısıyla otel dolulukları da etkilenir. Bu nedenle risk faktörü yüksek olan işletmelerdir. Otel işletmelerinde risk faktörü oldukça yüksektir. Talep tahmini güçtür ve her zaman öngörüldüğü gibi olamayabilir (Batman, Doğdubay, 2010: 8).
- Otelcilik sektörü bir zincirin halkası gibi birçok sektörle birbirine bağlıdır (Batman, Doğdubay, 2010: 10).
- Otel işletmelerinde sermayenin önemli bir kısmı sabit varlıklardan oluştuğu için yıpranma payı da diyebileceğimiz amortisman giderleri yüksektir (Gökdeniz, 1999: 9).
- Otel işletmelerinin ürettiği ürünlerden, yani yiyecek içecek ve diğer hizmetlerden yararlanmak isteyen müşterilerin otele gelmeleri gerekir işletmenin hizmetlerini ürünlerini başka yerde sunma şansı yoktur (Konak ve diğ., 1997: 8).

3. 3. Otel İşletmelerinin Sınıflandırılması

Otel sınıflandırmaları farklı farklı kriterlere göre yapılmıştır ve her ülke kendi içinde farklı özelliklere göre sınıflandırma yapmıştır (Gökdeniz, 1999: 6).

Otel işletmelerinin genel kabul görmüş sınıflandırmasını aşağıdaki gibi yapabiliriz.

3. 3. 1. Konaklama Amacı Bakımından Otel İşletmeleri: Bu sınıflandırmada sunulan konaklama hizmetinin amacı ölçü alınmıştır.

a. Kaplıca Otelleri: İnsanların daha çok tedavi amaçlı ve daha sağlıklı olmak için tercih ettikleri işletmelerdir. Kürler şeklinde yapılan uygulamalar uzman personel eşliğinde yapılır. Termal sıcak suların şifalı içme suları çamur gibi doğal kaynakların olduğu tesislerdir. Bu doğal kaynaklar fizik tedavi, masaj, rehabilitasyon gibi tedavilerle birlikte uygulanır (Maviş, 1992: 33).

b. Tatil (Resort) Otelleri: Tatil, dinlenme, eğlenme amaçlı, daha çok deniz kum güneşten yararlanmak isteyenlerin tercih ettiği konaklama tesisleridir. Bu amaçlara ve buldukları yere göre tasarlanmış otellerdir. Eğlenme oyun gibi sosyal imkânlar da sağlanmıştır. Daha çok sezonluk otellerdir ve yılın belli dönemlerinde yoğunluk yaşanır (Yetgin, 2009).

c. Kongre Otelleri: Bu oteller seminerler, kongreler, sempozyumlar, konferanslar, genel kurullar, çeşitli kurslar ve toplantılar için tasarlanmış otellerdir. Bu hizmetin yanı sıra çeşitli sosyal aktivite ve eğlence imkânları da sunan işletmelerdir (Yetgin, 2009).

d. Dağ ve Spor Otelleri: Doğanın içinde temiz havadan yararlanmak dinlenmek özellikle kış sporları yapmak isteyen tatilcilere hizmet sunan otellerdir. Otelin mimari dokusu ve tesis için kullanılan malzemeler, içinde bulunduğu doğal ortamın görüntüsünü bozmayacak şekilde tasarlanır.

3. 3. 2. Çalışma Sürelerine Göre Otel İşletmeleri:

a) Bütün Yıl Çalışan Konaklama Tesisleri: Büyük şehir, ulaştırma güzergâhları ile ticaret ve kültür merkezlerindeki otellerdir.

b) Tek Sezon Çalışan Konaklama Tesisleri: Daha çok deniz kıyılarında ya da kış sporlarına olanak veren yerlerde kurulan coğrafi şartları gereği yılın belli bir döneminde faaliyet gösterme olanağı olan konaklama tesisleridir.

c) İki Sezon Çalışabilen Konaklama Tesisleri: Her iki sezonda hizmet sunan konaklama tesisleridir. Daha çok kâr sağlayan işletmelerdir. Örneğin Uludağ'da bulunan bir tesisin kışın kış sporu amaçlı yazın dinlenme amaçlı hizmet vermesi örnek olabilir. Yazın tatil amaçlı hizmet sunan bir sahil otelinin kış sezonu kongre ve toplantılar için hizmet sunması da örnek verilebilir (Gökdeniz, 1999: 7).

3. 3. 3 Buldukları Yere Göre Otel İşletmeleri: Otellerin ulaşım araçlarına yakınlığına göre yapılan bir sınıflandırmadır.

a. Havaalanı Otelleri: Havaalanlarına yakın kurulan otellerdir. Havayolu personeli, iş nedeniyle sık seyahat edenler, bir gece konaklaması gereken kişiler, uçuşların ertelenmesi nedeniyle zorunlu konaklama yapacak kişiler daha çok hedef kitlesini oluşturur. Havaalanı otellerinde konferans salonu, toplantı salonu gibi bölümler de bulunmaktadır. Havaalanına yakınlığı dolayısıyla zamandan kazanmak için iş toplantıları için de tercih edilebilmektedir. Seyahat merkezlerine yakınlığı bu otellerin avantajlarıdır (Yetgin, 2009).

b. İstasyon Otelleri: Otobüs terminalleri ve demiryolu istasyonları yakınında kurulan oteller bu gruba örnektir.

c. Liman Otelleri: Liman şehirlerinde kurulan otellerdir.

d. Kent Merkezindeki (Şehir) Oteller: Daha çok iş seyahati yapanların konakladığı ve kısa süreli konaklanan otellerdir. Şehir otelleri ticaret merkezlerinde daha fazla sayıdadır. Oda kahvaltısı hizmeti sunarlar ancak bunun yanında restoran ve bar hizmeti de sunarlar. (Yetgin, 2009).

e. Karayolları Kavşak Otelleri: Seyahat eden kişilerin seyahatleri sırasında dinlenme ve mola amaçlı kısa süreli konaklama ihtiyaçlarını gidermeyi hedefleyen şehir merkezleri dışında karayolu güzergahlarında kurulmuş otel işletmeleridir. Konaklama hizmeti yanında yeme içme hizmetleri de vardır. Sunulan hizmetler sınırlıdır. Çalışan personel sayısı fazla değildir çünkü hizmet çeşitliliği azdır.

Karayolu kavşak otellerinin kolay ulaşılabilmesi için yol güzergâhlarında işaretleri vardır (Mısırlı, 2001: 5).

3. 3. 4. Büyüklükleri Bakımından Otel İşletmeleri:

Otellerin büyüklükleri bakımından sınıflandırma kriterleri ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bir ülke için küçük kabul edilen bir otel, başka bir ülke için orta büyüklükte bir otel olabilir. Zamanla da bu ölçütler değişiklik göstermiştir. Ancak genel olarak oda sayısı ve çalışan sayısı ölçü alınmıştır ve buna dayanarak büyük, orta ve küçük oteller olarak bir sınıflandırma yoluna gidilmiştir (Gökdeniz, 1999: 8).

a) Büyük Oteller: Genellikle, Oda sayısı 100 den fazla olan 100 – 110 kadar çalışana sahip olan otellerdir.

b) Orta Büyüklükteki Oteller: Bu oteller oda sayısı ve çalışan sayısı 50 – 100 arasında olan otellerdir.

c) Çok Küçük Oteller: En fazla 15 – 20 kişinin konaklayabildiği aile işletmesi şeklinde olan konaklama tesisleridir. 3 veya 5 kişi bütün işleri yürütür.

3. 3. 5. Hukuki Özellikleri Bakımından Otel İşletmeleri: Belgelendirme türüne göre yapılan bir sınıflandırmadır. Her ülkenin kendi yasal düzenlemelerine göre sınıflandırma yapılır. Türkiye’de bu sınıflandırma iki şekilde yapılır.

a. Belediye Belgeli Oteller:

Çalışma ruhsatlarını belediyelerden alan konaklama işletmeleridir. Bu işletmelerin fiyatlandırmaları ve denetimleri belediyelerin sorumluluğundadır. Turizm İşletme belgeleri yoktur. Bu tesisler 9207 sayılı “ İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik” teki şartlara göre açılırlar ve üç gruba ayrılırlar (Resmi Gazete, 2005).

a) Birinci sınıf oteller

b) İkinci sınıf oteller

c) Üçüncü sınıf oteller ve pansiyonlar

b. Turizm İşletme Belgeli Oteller:

Otel işletmelerini yıldızlara ayıran bir sınıflandırma biçimidir. İlk olarak 1983 yılında yürürlüğe giren ve daha sonra da birtakım düzenlemelerle işlevselliği devam eden “Turizm Yatırım ve İşletmeleri Nitelikleri Yönetmeliği” ne göre bu sınıflandırma yapılmıştır. Otel işletmelerinin yıldızlandırılması, denetlenmesi gibi yetkilerin bütünü 2634 sayılı Turizm Teşvik Kanunu'na bağlı çıkarılan 1993 yılındaki yönetmelikle Turizm Bakanlığına verilmiştir ve Teftiş Kurulu Başkanlığı da bakanlık adına ilgili düzenlemeleri yapmaktadır. Bakanlık tarafından en az 10 odaya sahip oteller tek yıldızlı, en az 20 odaya sahip oteller iki yıldızlı, en az 50 odaya sahip oteller üç yıldızlı, en az 100 odaya sahip oteller dört yıldızlı, en az 200 odaya sahip oteller beş yıldızlı oteller olarak tescillendirilmiş ve bu otellerin sahip olması gereken diğer kriterler de belirlenmiştir (Yetgin, 2009).

3. 3. 6. Sahiplik İlkesi (Mülkiyet)’ne Göre Otel İşletmeleri: Bu oteller mülkiyetlerine göre özel, kamu ve karma bütçeli olarak üç grupta sınıflandırılır.

Özel Mülkiyete Ait Oteller: Özel kişilerin veya kuruluşların sahip oldukları otellerdir. Tesislerin sahip olduğu tüm varlıklar özel kişilere aittir.

Kamu Kuruluşlarına Ait Oteller: Kamu kuruluşları tarafından işletilen otellerdir. Özel mülkiyetli otellerin tâbi olduğu tüm yasalara ve kriterlere kamu otelleri de uymak zorundadır.

Örnek olarak Turban, Emekli Sandığı (geçmiş dönemler), Vakıflar Genel Müdürlüğü, belediyeler ve il özel idarelerinin teşebbüsleri gösterilebilir.

Karma Mülkiyetli Oteller: Sermayesinin bir kısmı özel sektörece, bir kısmı da kamu kurumlarınca karşılanan otellerdir (Demirtaş, 2010).

3.4. Otellerde Organizasyon Yapısı

Otellerin insan kaynaklarını ve mali kaynaklarını en doğru şekilde kullanabilmeleri için organizasyon yapılarını kısa ve uzun vadeli hedeflerine göre planlamalıdır. Kısa vadeli ve uzun vadeli hedefler birbirleriyle örtüşmelidir çünkü bu büyüme ve gelişmenin istenilen düzeyde gerçekleşmesi için gereklidir. Zaman içindeki ekonomik, teknolojik, sosyal değişimler ve gelişmeler otellerin

organizasyon yapılarını ve örgütlenme biçimlerini değiştirmiştir. Bunun yanında otel sayıları, büyüklükleri, hizmet kapasiteleri hizmeti sunma biçimleri, satış yöntemleri ve daha birçok özellik de değişiklik göstermiştir. 1950 lerden sonra otel organizasyon yapılarında hizmetleri gruplandırma şeklinde bir değişim gözlenmiştir. 1970 lerden sonra otel kapasitelerinin daha da büyümesiyle departmanlara ayrı ayrı yöneticiler atanmış ve hatta zincir oteller halkla ilişkiler, pazarlama, satış, satın alma gibi bölümlerini kendi bünyesinde oluşturmuş ve uzman personel çalıştırılmaya başlanmıştır (Yıldız, 2011).

3.5. Otel İşletmelerinde Bölümler:

Otel işletmelerinin bölümlendirilmesi sunduğu hizmetin çeşitliliğinden ve misafirlerinin bütün ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik paket bir hizmet sunmasından dolayı oldukça karmaşık bir yapıdır. Bu nedenle organizasyonu “faaliyet bölümleri” ve “ hizmet bölümleri” olarak iki ana bölümde toplamak konuyu daha anlaşılır kılacaktır. Otellerin örgütsel yapıları otelin kendi özelliklerine göre farklılıklar gösterir. Tek tip örgüt yapısından söz edemeyiz. Bu nedenle genellikle büyük otel işletmelerindeki organizasyon yapısı esas alınarak konu açıklanır (Yıldız, 2011).

3.5.1. Faaliyet Bölümleri

Faaliyet bölümleri otele gelir getiren faaliyetlerin sunulduğu departmanlardır.

3.5.1.1. Ön Büro Bölümü:

Otel işletmelerinde müşterinin ilk karşılandığı yer önbürodur. Bu nedenle çok önemlidir çünkü önbürodaki karşılama müşteri için ilk izlenimdir ve ona otel hakkında fikir verir. Samimi ve güven veren güler yüzlü karşılama otele gelen müşteriye misafir gibi hissettirir ve iyi ağırlanacağı izlenimini verir. Otelin beyni olarak da adlandırılan önbüro, müşterinin karşılandığı ve uğurlandığı yerdir. Müşteri ve otel arasındaki temas noktasıdır. Müşterinin diğer departmanlarla bağlantısının sağlandığı yer önbürodur. Kısaca müşterinin karşılandığı, uğurlandığı, dilek ve şikayetlerini ilettiği departman olan önbüro otelin aynasıdır ve burada kurulan olumlu iletişim kişinin otelden mutlu ve iyi tecrübelerle ayrılmasını sağlar

(Gökdeniz, 1999: 19) .

3. 5. 1. 2. Kat Hizmetleri Bölümü

Otel işletmeciliği literatüründe “ housekeeping” olarak ifade edilen kavramın Türkçede tam karşılığı yoktur daha çok “ Kat Hizmetleri” terimi kullanılır ve sözlük anlamı “ ev idaresi” dir. Özellikle konaklama hizmeti sunan kurumların elindeki imkânlarla kişilere sağlıklı, temiz, güvenli ve kendini rahat hissedebileceği bir ortam sağlaması ev idaresi olarak tanımlanabilir. Binanın estetik görünümü, tüm iç ve dış dekorasyonu, temizliği, düzeni kat hizmetlerinin konusudur. Kat hizmetleri tesisin ekonomik bir şekilde en üst düzeyde beğenisini sağlamakla yükümlüdür, bu nedenle bu departmanın rolü büyüktür ve hizmetinin düzenli bir şekilde sürekliliği önemlidir (Seymen, Erdem ve Gül, 2014: 3).

3. 5. 1. 3. Yiyecek-İçecek Bölümü

Yiyecek içecek departmanı konaklama işletmelerinin en çok gelir getiren bölümlerindedir ve sorumluluğu çok fazla olan bir alandır. Otellerin restaurant bar ve daha birçok bölümünde verilen bir hizmettir. Otelin sunduğu gıda maddelerinin kalitesi, sunumu, hijyeni otelin kalitesinin en önemli göstergelerindedir. Bu nedenle yiyecek içecek maddelerinin tedarikinden sunumuna kadar gerçekleşen süreç çok iyi yönetilmelidir. Malzemelerin temini, depolanması, servise hazır hale getirilmesi, sunumu ve tüm bu aşamalardaki kontrolleri bu departmanın görevleridir. Yiyecek içecek bölümüne bağlı tüm bölümlerin işleri çok çeşitli ve karışıktır ve de organizasyonu güçtür. Bu alanda eğitimli, tecrübeli, nitelikli insan gücü ve profesyonel bir yönetim ile bu bölümde istenilen sonuçlara ulaşılabacaktır (Yıldız, 2011).

3. 5. 2. Hizmet Bölümleri

Otelin tüm departmanlarının mali, idari ve teknik donanım olarak işleyişini ve yönetimini sağlayan bölümlerdir. Otelin doğrudan gelir getiren bölümleri değildir ancak gelir sağlayan bölümlere yardımcı olan departmanlardır (Gökdeniz, 1999: 15).

a) Yönetim Departmanı

Oteldeki genel müdür ve departman müdürleri ve yardımcıları bu bölümü oluşturur. Otelin yönetimi ile ilgili ve ilgili hesapları tutmaya yönelik görevleri vardır.

b) Teknik Servis Departmanı:

Otelin teknik donanımındaki bakım ve onarım işini yürüten departmandır. Bu departmanda çalışan personel sayısı otelin kapasitesine ve yılına göre değişir. Otelin bina ve donanımı ne kadar eski ise o kadar bakım ve onarıma ihtiyacı olur. Oteldeki teknik sorunların zamanında giderilmesi çok önemlidir. Örneğin odasında herhangi bir arıza bildirimini yapan müşterinin bu isteğine en kısa sürede cevap verilmesi müşteri memnuniyeti açısından çok önemlidir.

c) Muhasebe Departmanı:

Muhasebe bölümü otelin tüm girdi ve çıktılarının mali kayıtlarını tutan bölümdür. Kayıtların doğru ve eksiksiz yapılması çok önemlidir. Otellerin harcama kalemi çok çeşitlidir. Bu nedenle kayıtların düzenli tutulması ve iyi takip edilmesi, gereksiz harcamaların ve yolsuzlukların tespitini de sağlar (Gökdeniz, 1999: 15).

4. HASTANELERDE OTELCİLİK HİZMETLERİ

4. 1. Hastane Otelciliği Kavramı

Günümüzde kullandığımız hastane sözcüğü ilk kez 1876 yılında Ahmet Vefik Paşa'nın yazdığı Lehçe-i Osmani adlı sözlüğe “hastahane” şeklinde girmiştir. Daha önce şifa yurdu anlamına gelen darüşşifa, şifahane kelimeleri kullanılmıştır. İngilizcede hastane anlamında kullanılan “hospital” sözcüğü hospites ziyaretçi kavramından gelmektedir. Ortaçağda hacıları misafir etmek için kurulan yerlerdir ve de bu sözcükten türeyen hospitality sözcüğü misafirperverlik anlamı taşır (Songur ve Saygın, 2014). Hastane otelciliği yakın geçmişte kullanılmaya başlanan bir kavram olsa da buradan anlaşıldığı gibi aslında hastaneler ilk kuruluşundan bu yana ağırlama hizmeti sunan yani misafir ağırlayan kurumlardır.

Araştırmalar, hastanelerin hastaların ihtiyacı olan tıbbi tedaviyi sunduklarını fakat bu hizmet kişiselleştirilmediğinde yani hastanın duyguları göz ardı edildiğinde kişilerin kendilerini yabancılaşmış hissettiklerini göstermiştir. Konuksever davranıldığında hastaların kendilerini rahat hissettikleri ve bunun sonucunda iyileşme süreçlerinin daha olumlu ilerlediği gözlenmiştir. Hastanelerin konaklama yani ağırlama hizmeti sunan kurumlar olduğunu düşündüğümüzde misafirperverlik vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlık kurumlarının tıbbi yönü çok sorgulanmış ancak ağırlama yönü ile pek ilgilenilmemiş ve bu konuda çok çalışma yapılmamıştır. Hizmet alanların memnuniyeti müşteri memnuniyet anketleri ile ölçülmeye çalışılmış ancak bu anketler hastaların deneyimlerini anlamaktan uzak kalmıştır. Misafirperverlik yalnızca fiziksel rahatlık sunmak değil aynı zamanda psikolojik konfordur yani hastaların yiyecek içecek ve barınma ihtiyaçlarını karşılamaktan daha fazlasıdır. Konuksever davranış her iki taraf için de kendini iyi hissettiren bir eylemdir ve tedavi edicidir. Dostçadır ve fiziksel, ruhsal ve duygusal bir ortam sunmaktır. Hastaneler profesyonel ev sahibidir ve hastalar onlar için bir misafirdir ve yaşanan misafirperverlik iyileştiricidir (Kelly R., Losekoot E., Valerie A. Wright-Stclair, 2016).

Hastaneler, en kapsamlı sağlık kurumlarıdır. Birçok yönüyle diğer sağlık kurumlarından ayrılır (Yerebakan, 2000: 9). Yataklı sağlık kurumları olan hastaneler konaklama hizmeti ve çok yönlü bir hizmet sunar. Bireylerin barınma temizlik ve beslenme gibi tüm ihtiyaçlarını karşılayan aynı zamanda sağlık hizmeti sunan tesislerdir. Hastaneler sağlık hizmeti sunan otellerdir. Onları bir otelden ayıran tek fark insanların bu tesislere başvurma amacıdır. İnsanlar bir otele dinlenme ve eğlenme amacıyla gelirken hastanelere tedavi olma amaçlı başvururlar. Her iki kurum da hizmet sektörüdür ve temelde insanların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak amacındadır. Günümüzde artık hastanelerin de bir konaklama tesisi olduğu kabul edilmiş, tedavi ve sağlık bakımı dışındaki hizmetlere de önem verilmeye başlanmıştır. Bu bakış açısı sağlık otelciliği ve hastane otelciliği kavramını doğurmuştur. Dünya Sağlık Örgütü(WHO) ne göre hastaneler, kısa ya da uzun süreli kişilere tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan yataklı kurumlardır.

Bilinen en eski kurumlardan olan hastanelerde hasta bakım hizmetlerinin gelişimi, enfeksiyonlardan korunma ve enfeksiyonlarla mücadele 1818–1865 yılları arasında Semmelweis ve Florance Nightingale ile başlamıştır. Nightingale yaptığı çalışmalarla devlet yönetimlerinin de dikkatini çekmeyi başarmış, bizzat kendisi de maddi yardımlarda bulunarak, temiz hasta yatağı, diyet mutfadı, çamaşırhane ve malzeme deposu bulunan, hijyen kurallarına uygun bir hastane kurulmasının öncüsü olmuştur. Böylece sadece hemşirelik hizmetlerinin değil, hastanelerde sunulan Ev İdaresi Hizmetlerinin yani Otelcilik Hizmetlerinin de temelini atmıştır (Gürsoy, 2013).

Hastaneye yatış, hastalar ve hasta yakınları için stresli bir süreçtir. Kişinin hastalıkla ilgili sıkıntılarının yanı sıra hastanede kalma süreci ile ilgili endişeleri vardır. İyi bir karşılama, tedavi süreci ve klinik hakkında bilgilendirme kişinin tedaviye uyumunu sağlar. Fiziksel olarak eldeki imkânlar ölçüsünde rahat ve temiz bir ortam sağlamak ve ihtiyaçların zamanında giderilmesi hastanın kendini güvende hissetmesine neden olur ve de iyileşme sürecini olumlu etkiler. Tıbbi tedavinin doğru ve zamanında uygulanması kadar iyi bir ev sahipliği de önemlidir (MEGEP, 2012:4).

Sevin (1998), hastaneleri misafirleri hasta olan oteller yani hasta misafirhanesi olarak tanımlamıştır.

Tüm bunlardan yola çıkarak sağlık otelciliğini; hastaları tedavi etmenin yanında rahat ettirmenin de amaçlandığı ve sağlık hizmetlerinin çalışan memnuniyetini de göz önünde bulundurarak, hastalara rahat, estetik ve hijyenik bir ortamda sunulduğu bir sistem olarak tanımlayabiliriz (Şahin, 2015).

4. 2. Hastane Otelcilik Hizmetleri

Hizmet işletmeleri olan hastane işletmeleri bireylerin bozulan sağlığının düzeltilmesi yanında onlara bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali kazandırmak amacıyla hizmet üreten sosyoekonomik kurumlardır (Yılmaz, 2008).

Yataklı sağlık kurumları olan hastaneler sağlık problemleri olan kişilerin tedavi ve bakımını sağlayan konaklama işletmeleridir. Tıbbi tedavi ve bakımın yanında konaklama, yeme içme gibi otelcilik hizmetlerini de sunarlar ve bu yönüyle bir otel işletmesinden farksızdır. Hizmet alan kişilerin konaklama amaçları farklıdır ancak sunulan hizmetlerin çok fazla ortak yönü vardır. Ancak hastanelerin tıbbi yönü her zaman birinci planda tutulmuş ve otelcilik hizmetleri ihmal edilmiştir(Sevin, 1998: 26).

Hastaneler, yani konaklama hizmeti sunan sağlık kurumları ve oteller birçok temel özelliği paylaşırlar. Otellerin müşteri memnuniyeti konusunu her zaman önemsemelerine karşın hastaneler için konuk yani hasta memnuniyeti konusu son yıllarda dile getirilmeye başlanmıştır. Hastanelerin ağırladığı konuklar yani hastalar tedavileri ile ilgili endişeli olurlar. Oysa otel müşterileri daha heyecanlı ve olumlu duygularla gelir ve konaklama süreleri önceden bellidir. Bu nedenle hastaneler en başından dezavantajlıdır. Hastaneler, konuklarını memnun etmek için daha fazla çaba harcamak zorundadır. Oteller her zaman müşteri odaklı çalışırlar ve bu konuda sürekli kendilerini geliştirdikleri için deneyimlidirler. Hastaneler otel endüstrisinin bu deneyimlerinden yararlanabilirler. Hastaların iyi bir konaklama hizmeti alması genel memnuniyetini artırır ve daha hızlı iyileşmelerine katkıda bulunur. Her iki sektörde de çalışanlar müşteri memnuniyeti konusunda çok etkilidir. Bu nedenle yöneticiler önce çalışanlarına iyi hizmet vermek zorundadır. Çalıştığı yerde mutlu olan personel hizmet sunduğu insanları daha mutlu eder ve olumlu deneyimlerle ayrılmasını sağlar (Zygourakis C., Rolston J. D., Treadway J., Chang S., Kliot M., 2014).

Yine Goldman ve Romley Los Angeles hastanelerinde yaptıkları bir çalışmada hastaneleri bir otel olarak ele almışlar ve hastanelerin klinik hizmetleri dışında sundukları olanakların hastaların tercihlerine olan etkilerini incelemişlerdir. Hastanelerin sunduğu iyi yemek, özenli personel, hoş bir çevre, temiz hava, çocuklar için oyun alanı, internet erişimi ve diğer sosyal aktivitelerin hastaların seçim davranışlarını olumlu etkilediği sonucuna varmışlardır. Hastaneler büyük tıbbi yatırımlar yaparlar. Bunun yanında daha az maliyetle sağlayabileceği diğer olanakları da ihmal etmediklerinde hasta memnuniyetleri ve hastaların iyileşme oranları artacaktır. Bu özellikler onları ayırıcı kılacaktır (Goldman ve Romley, 2008).

Günümüzde kamu hastaneleri de hastanelerde sunulan otelcilik hizmetlerinin hasta memnuniyeti açısından önemini anlamış ve Sağlık Bakanlığı hastanelerde Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Birimlerini kurmuş, ilgili birimleri de bu çatı altında toplamıştır. Böylece hastane otelciliği kavramı kamu hastanelerinde de profesyonel bir alan olarak yerini almıştır (TKHK, 2014).

Sağlık otelciliği, Türkiye'nin medikal turizmde yükselen bir destinasyon olması ile birlikte daha da önem kazanmıştır. Tıbbi tedavi amaçlı yapılan seyahatler olan medikal turizmden daha fazla pay almak isteyen sağlık tesisleri iyi bir sağlık hizmeti yanında daha profesyonel konaklama hizmeti sunmak için de kendilerini geliştirmişlerdir. Bu konuda oldukça başarı sağlayan özel sağlık kurumlarının yanında Sağlık Bakanlığının getirdiği bazı standartlarla kamu hastaneleri de daha kaliteli otelcilik hizmeti sunmaya başlamıştır (Kozak Akoğlan ve Gülenç, 2017).

Hastanelerin otelcilik hizmetleri şu başlıklar altında toplanabilir (TKHK, 2014:14).

4. 2. 1 Danışma ve Karşılama Hizmetleri:

Hastanelerdeki bu bölüm otellerdeki önbüro bölümünün karşılığı sayılabilir. Bu hizmete hastanelerde artık büyük önem verilmektedir. İyi bir karşılama ve yönlendirme sağlık tesisine başvuran insanlar için çok önemlidir ve olumlu bir etki bırakır.

4. 2. 2 Hasta Kabul Hizmetleri:

Sağlık tesisine başvuran hastaların veri kayıtlarının ve giriş çıkış işlemlerinin yapıldığı bölümdür. Yine otellerde önbüronun sunduğu hizmetlerdendir.

4. 2. 3 Kat Hizmetleri

Hastanelerde sunulan kat hizmetleri otellerin sunduğu kat hizmetlerinden farklı değildir. Oteller misafirlerinin evinde gibi rahat hissetmelerini isterler ve bu konforu sağlamaya çalışırlar. Sağlık kurumları da son yıllarda hastalarına otel konforu sağlamaya yönelmişler ve klinikleri hatta tesislerinin tüm bölümlerini buna göre dizayn etmeye başlamışlardır. Hastanelerin otellerden farklı olarak birinci fonksiyonları sağlık hizmeti sunmak olsa da iyi bir konaklama hizmeti sunmanın önemi anlaşılmış ve bunun iyileşme üzerindeki olumlu etkileri gözlenmiştir (Akdu, Bostan ve Akdu, 2016: 404). Özel hastaneler oda konforunu her zaman önemsemişler ve bu konuda başarılı olmuşlardır. Kamu hastaneleri bina koşulları ve yoğun talep nedeniyle istenilen konforu her zaman sunamamıştır. Ancak yenilenen kamu hastanesi binaları iyi bir otelcilik hizmeti sunabilecek standartlarda yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı fiziksel koşullar ve sunulan hizmet için bazı standartlar getirmiş ve bunları hayata geçirmiştir.

4. 2. 2. Yiyecek – İçecek Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı'nın yataklı sağlık tesisleri olarak ifade ettiği, konaklama hizmeti sunan sağlık işletmeleri de diyebileceğimiz hastaneler yiyecek içecek hizmetlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olmasını amaçlar. Bu nedenle yiyecek içecek hizmetleri, öncelikle gıda kaynaklı hastalıkların gelişmesini önlemek için hijyen kurallarına uygun ve güvenli bir şekilde sunulan, besinlerin hijyen kurallarına uygun bir şekilde hazırlanması, pişirilmesi, uygun koşullarda saklanması, yemeklerin servis edilecek birimlere taşınması, hasta ve refakatçilere ve de çalışanlara servis edilmesi, bulaşıkların toplanması ve temizlenmesi, tüm malzemelerin ve ekipmanların tekrar servise hazır duruma getirilmesidir (TKHK, 2014:60).

4.2.3. Güvenlik Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı 2014 yılında yayınladığı “ Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberi” nde hastane güvenlik hizmetlerinin görevlerini açıklamıştır. Hasta, hasta yakını ve çalışanların hastane sınırları içerisinde 7/24 can ve mal güvenliğinin korunmasını sağlar. Bunu yaparken teknik imkânlarını kullanılır ve hukuk kurallarına uygun olarak görev sınırları içerisinde yapar. Aynı zamanda sağlık işletmesinin demirbaşlarının korunmasından da sorumludur. Hastaneler 24 saat toplumun her kesiminden her yaşta insanın müracaat ettiği ve hasta kişilerin ve yakınlarının içinde buldukları durumdan dolayı stresli ve sabırsız oldukları düşünülürse her an sorun ve adli olay yaşanabilecek bir ortamdır. Hatta bizzat adli olaylar sonrasında kişilerin yaralanma ya da psikolojik travma ile müracaat ettikleri yerdir. Bu nedenle güvenlik çok önemlidir. Hastane güvenlik şirketleri 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair yasaya tabiidir. Gözetleme, denetleme ve kontrol etme görevlerini de bu yasaya bağlı kalarak gerçekleştirir.

‘

4.2.4. Kuaför ve Berber Hizmetleri

Hastanelerde yatan hastalara ve yakınlarına ihtiyaç halinde ve talep ettikleri durumlarda ücretsiz kuaför ve berber hizmeti de verilmektedir. Bu işi yapacak personelin hijyen eğitimi ve yönetimin uygun gördüğü eğitimleri almış olması gerekmektedir (TKHK, 2014:90).

4.2.5. Ulaşım Hizmetleri

Hastanelerde ulaşım yani taşıma hizmetleri hastaların hastane içinde ya da gerektiğinde hastane dışına güvenli bir şekilde taşınmasını kapsar. Aynı zamanda numune ve malzeme taşınması da önemli bir konudur ve iyi bir taşıma sisteminin kurulmuş olması zaman açısından önemlidir.

4.3 Diğer Otelcilik Hizmetleri

4.3.1 Kafeterya Hizmetleri

Hastanelerin sağlık hizmeti sunduğu tıbbi ünite ve kliniklerinin yanında kantin ve kafeterya gibi sosyal tesisleri de vardır. Bu tesisler hastaların, çalışanların ve ziyaretçilerin yeme içme ihtiyaçlarını karşılayabildikleri, dinlenebildikleri mekânlardır. Bu alanlar insanların biraz olsun hastanenin stresli ortamından uzaklaşabilmeleri ve sosyalleşebilmeleri adına önemlidir. Bu nedenle temiz ve ferah alanlar olmalıdır. Kantin ve kafeteryaları hastane kendisi işletebildiği gibi özel işletmeye de verebilir ancak her zaman hastane yönetiminin kontrolü ve denetimi altındadır

(http://www.muraterdiekerdevlethastanesi.gov.tr/intranet/Online_Rehberler_ve_Egitim_Kitapları/hizmet%20sunum%20rehberi.PDF).

4.3.2 Santral Hizmetleri

Bu bölüm kurumun iç ve dış iletişimini sağlayan önemli bir bölümdür. Santral hizmetleri bütün kurumlarda verilen bir hizmettir ancak hastanelerde ayrı bir önemi vardır. Çünkü aramaların çoğu acildir ve ivedilik gerektirir. Hastanelerin 24 saat hizmet veren birimlerindedir ve bu bölümde çalışan personel sakin, sabırlı ve çok dikkatli olmalıdır ve nezaket kuralları içerisinde anlaşılabilir net ifadeler kullanılmalıdır. Çağrılara en kısa sürede cevap verilmeli hastanenin tüm birimleri hakkında en ince ayrıntılarına kadar bilgi sahibi olunmalıdır. Her gün çalışma listeleri güncellenmeli ve değişikliklerden haberdar olunmalıdır. Santralin kullandığı rehber özellikle de doktorların iletişim bilgileri her zaman güncel olmalı hasta için aranıldığında en kısa sürede ulaşılmalıdır. Sadece çalışanların değil hasta ve hasta yakınlarının da sesli iletişimini sağlayan bir birimdir (TKHK, 2014:22).

4.3.3 Otopark Hizmetleri

Sağlık kurumlarında, çalışanlar, hizmet alanlar ve diğer ziyaretçiler için yeterli otopark alanlarının olması gerekir. Ancak hem son yıllardaki araç sayısındaki artış hem de hastanelerde yetersiz otopark alanının olması otopark sorununu beraberinde getirmiştir. Eski sağlık tesislerinde otopark için alan genişletilmesi

mümkün değildir. Bu nedenle çok katlı otopark sistemi ile bu sorun çözülebilir. Yeni yapılacak sağlık tesisi projelerinde de öngörülen hasta ve çalışan sayısına göre otopark alanı tasarlanmalıdır.

4.3.4 Dini Danışmanlık Hizmetleri ve Morg Hizmetleri

Ölüm, her canlının yaşam sürecinde olduğu gibi, kabullenilmesi zor olsa da insan için de kaçınılmaz bir sonudur. Morg hizmetleri hastanede yatan hastaların vefat etmesi halinde yataklı sağlık kurumlarının verdiği zorunlu hizmetlerden biridir. Ölüm olayı gerçekleştiği anda hasta yakınları da odadaysa nazikçe dışarı çıkarılır. Bundan sonraki aşamada hastanın bağlı olduğu cihazları çıkarılır, dren, katater ya da sonda takılıysa bunlar çıkarılır hastanın kirlenen bölgeleri temizlenir temiz bir çarşafı üstü örtülür ve yakınlarının bu şekilde görmesi sağlanır. Yakınlarının durumu nasıl karşılayacağı önceden tahmin etmek zordur. Kabul etmek istemeyebilirler sağlık personeli suçlayabilirler. Sakin ve sabırlı davranmak çok önemlidir (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/terminal_donem.pdf).

Yataklı sağlık kurumlarında vefat eden hastaların defnedilmeye hazır hale getirilmesi sürecinde gerekli hazırlıklar hastanede yapılır. Bu işlemlerin dini kurallara göre yapılması için hastanelerde din görevlisi de çalışmaktadır. Hasta yakınları için bu süreç oldukça travmatiktir. Ölen kişilerin ailesine bu süreçte yardım edilmesi ve destek olunması önemlidir. Cenaze uygun koşullarda morgda muhafaza edilir gerekirse yıkama işlemi de hastanede yapılır ve resmi işlemleri tamamlandıktan sonra yakınlarına teslim edilir (TKHK, 2014:91).

Hastaların dini ibadetlerini yerine getirebilmeleri için onlara yardım etmek duygusal destek sağlamak ve hayata daha fazla tutunmalarını sağlamak için bazı Avrupa ülkelerinde 40 yıldır hastanelerde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti sunulmaktadır. Batı ülkelerinde bu hasta haklarından sayılmaktadır. Ülkemizde ancak ölümü yaklaşan kişilere ve ölümden sonra hastane din görevlisi bu hizmetleri sunmaktadır (Koç, 2017).

5. YÖNTEM

Çalışmamızın bu bölümünde, uyguladığımız anket çalışmasının istatistiksel analizi sunulmaktadır.

5.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma ile Balıkesir Özel Sevgi Hastanesi sağlık çalışanlarının sağlık kurumlarında otel hizmetleri konusunda hastane otelcilik hizmetleri anket formunun oluşturulmasında benzer çalışmadan (Kılıçkaya, 2010) yararlanılmıştır. Demografik bilgilere ait sorular 8 ve ölçek ifadeleri 43 olmak üzere 51 ifadeden oluşmaktadır.

5.2. Evren ve Örneklem

Balıkesir Özel Sevgi Hastanesi toplam 553 sağlık çalışanı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Balıkesir Özel Sevgi Hastanesi'nde anket uygulanabilen çalışan sayısı doktor (8), laboratuar teknisyeni (5), temizlik personeli (16), hemşire (82), sekreter (10), anestezi teknikeri (21), gıda mühendisi (1), aşçı yardımcısı (8), garson (2), estetisyen (1), ATT (8), fizyoterapist (5), hasta danışmanlığı (48), otelcilik hizmetleri (13), ebe (7), hasta bakım (14), eczacı (1), radyoloji teknisyeni(1), idari personel (3) olmak üzere toplam (254) sağlık çalışanıdır. Basit tesadüfî örneklem ile 254 alınmıştır. Bu örnekleme işleminde evrendeki her ünitenin örnekleme alınma olma şansı, yani örneğe girme şansı eşittir. Evrenden 10 ünitelik bir örnek çekilecek olsa, her birimin örneğe girme şansının eşit olması demek, mümkün olan bütün 10 kişilik örnekleminde örneklem olma şansı eşit demektir. Buna göre, örneklemin söz konusu evrenden çekilebilecek örneklemden sadece birisi olduğunu, buradan elde edilecek bilgileri evrene genellemeye çalışıldığını bilmek, bilimsel yaklaşımın temel öğelerinden birisidir. Görülüyor ki basit tesadüfî örnekleme, her birimin örnekleme girme şansı eşit olduğu gibi, evrendeki mümkün olan her birey kombinasyonunun da, örneklem olma şansı eşittir.

5.3. Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecinde ekte sunulan anket örneğimiz veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Anket 27.02.2018 - 30.03.2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

5.4. Verilerin Analizi

Araştırmada sağlık çalışanlarından elde edilen dataların istatistiksel olarak çözümlenmesi için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 programı kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ve göç durumuna ilişkin özelliklerinin belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracından bulunan hastanelerde otelcilik hizmetleri ölçeğine verilen yanıtların güvenilirliğinin saptanmasında bir iç tutarlılık testi olan Cronbach alfa testi kullanılmış olup Cronbach alfa katsayısı 0,976 bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının hastanelerde otelcilik hizmetleri ölçeğine ait puanlarının belirlenmesi amacıyla ortalama, standart sapma, alınan en düşük ve alınan en yüksek puan gibi tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının hastanelerde otelcilik hizmetleri ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılıma uyum gösterme durumu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve hastanelerde otelcilik hizmetleri ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu sebeple araştırma hipotezlerinin karşılaştırılmasında parametrik olmayan test istatistikleri kullanılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine ve medeni durumlarına, hastanelerde otelcilik hizmetleri ölçeğinden aldıkları puanlar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların yaşlarına, eğitim durumlarına, çalıştıkları servislere, görevlerine, buldukları pozisyondaki çalışma sürelerine ve toplam mesleki deneyim sürelerine göre hastanelerde otelcilik hizmetleri ölçeğinden aldıkları puanlar Kruskal-Wallis H testi ile test edilmiş ve gruplar arası fark çıkması durumunda Mann-Whitney U testi uygulanarak farkın hangi gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Temel Hipotez: Sağlık çalışanlarının hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri yüksektir.

Tablo 1. Alt Hipotezler

Hipotez No	Hipotez	KABUL	RED
1	Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.		,559
2	Sağlık çalışanlarının yaşları ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.		,204
3	Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.		,856
4	Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.		,405
5	Sağlık çalışanlarının çalıştıkları servisler ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.		,474
6	Sağlık çalışanlarının görevleri ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.	,038	
7	Sağlık çalışanlarının bulunduğu pozisyonda çalışma süresi ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.		,391
8	Sağlık çalışanlarının toplam mesleki deneyimi ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.	,042	

Sağlık çalışanlarının hastanelerde otelcilik hizmetleri ile ilgili H₆“Sağlık çalışanlarının görevleri ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin bilgi seviyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.” ve H₈” Sağlık çalışanlarının toplam mesleki deneyimi ile hastanelerde otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir.

6. BULGULAR VE YORUMLAR

- Bu bölümde, çalışanlardan anket yoluyla elde edilen verilerin analizi çeşitli değişkenlere göre yorumlanmıştır.

Tablo 2. Çalışanların Demografik Durumlarına İlişkin Frekans Analizi 1

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	215	84,6
	Erkek	39	15,4
	Toplam	254	100,0
Yaş	18-24 yaş arası	106	41,7
	25-34 yaş arası	80	31,5
	35 yaş ve üstü	68	26,8
	Toplam	254	100,0
	Yaş Ortalaması	18,50± 8,15	Min= 10 Max= 30
Medeni durum	Evli	130	51,2
	Bekar	124	48,8
	Toplam	254	100,0
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi /Lise	159	62,6
	Önlisans	58	22,8
	Lisans	29	11,4
	Lisansüstü	8	3,1
	Toplam	254	100,0
Çalıştığı servis	Poliklinik hizmetleri	76	29,9
	İdari Hizmetler	76	29,9
	Yataklı klinikler	102	40,2
	Toplam	254	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların;

Çalışanlar cinsiyet değişkenine göre 215'i (%84,6) kadın, 39'u (%15,4) erkek olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar yaş değişkenine göre 106'sı (%41,7) 18-24 yaş arası, 80'i (%31,5) 25-34 yaş arası, 68'i (%26,8) 35 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır. Çalışanların yaş ortalaması 18,50± 8,15 Min= 10 Max= 30'dur.

Çalışanlar medeni durum değişkenine göre 130'u (%51,2) evli, 124'ü (%48,8) bekar olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar eğitim durumu değişkenine göre 159'u (%62,6) Sağlık Meslek Lisesi /Lise, 58'i (%22,8) Önlisans, 29'u (%11,4) lisans, 8'i (%3,1) lisansüstü olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar çalıştıkları servis değişkenine göre 76'ı (%29,9) Poliklinik hizmetleri, 76'ı (%29,9) İdari Hizmetler, 102'si (%40,2) Yataklı klinikler olarak dağılmaktadır.

Tablo 3. Çalışanların Demografik Durumlarına İlişkin Frekans Analizi 2

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Görevi	Doktor	8	3,1
	Laboratuar teknisyeni	5	2,0
	Temizlik personeli	16	6,3
	Hemşire	82	32,3
	Sekreter	10	3,9
	Anestezi teknikeri	21	8,3
	Gıda mühendisi	1	,4
	Aşçı yardımcısı	8	3,1
	Garson	2	,8
	Estetisyen	1	,4
	ATT	8	3,1
	Fizyoterapist	5	2,0
	Hasta danışmanlığı	48	18,9
	Otelcilik hizmetleri	13	5,1
	Ebe	7	2,8
	Hasta bakım	14	5,5
	Eczacı	1	,4
	Radyoloji teknisyeni	1	,4
	İdari	3	1,2
	Toplam	254	100,0
Bulunduğu pozisyondaki çalışma süresi	0-5 yıl	187	73,6
	6-10 yıl	52	20,5
	11-15 yıl	7	2,8
	16-20 yıl	3	1,2
	21 yıl ve üstü	5	2,0
	Toplam	254	100,0
	Bulunduğu Pozisyondaki Çalışma Süresi Ortalaması		13,74± 7,73
Min= 10 Max= 50			
Toplam mesleki deneyimi	0-5 yıl	150	59,1
	6-10 yıl	55	21,7
	11-15 yıl	20	7,9
	16-20 yıl	9	3,5
	21 yıl ve üstü	20	7,9
	Toplam	254	100,0
	Toplam Mesleki Deneyim Süresi Ortalaması		17,95± 12,18
Min= 10 Max= 30			

Araştırmaya katılan çalışanların;

Görev değişkenine göre 8'i (%3,1) doktor, 5'i (%2,0) Laboratuar teknisyeni, 5'i (%2,0) Laboratuar teknisyeni, 16'sı (%6,3) Temizlik personeli, 82'si (%32,3) Hemşire, 10'u (%3,9) Sekreter, 21'i (%8,3) Anestezi teknikeri, 1'i (%0,4) Gıda mühendisi, 8'i (%3,1) Aşçı yardımcısı, 2'si (%0,8) Garson, 1'i (%0,4) Estetisyen, 8'i (%3,1) ATT, 5'i (%2,0) Fizyoterapist, 48'i (%18,9) Hasta danışmanlığı, 13'ü (%5,1)

Otelcilik hizmetleri, 7'si (%2,8) Ebe, 14'ü (%5,5) Hasta bakım, 1'i (%0,4) Eczacı, 1'i (%0,4) Radyoloji teknisyeni, 3'ü (%1,2) İdari olarak dağılmaktadır.

Çalışanların buldukları pozisyonlardaki çalışma süreleri değişkenine göre 187'si (%73,6) 0-5 yıl, 52'si (%20,5) 6-10 yıl, 7'si (%2,8) 11-15 yıl, 3'ü (%1,2) 16-20 yıl, 5'i (%2,0) 21 yıl ve üstü olarak dağılmaktadır. Çalışanların buldukları pozisyonlardaki çalışma süreleri ortalaması $13,74 \pm 7,73$ Min= 10 Max= 50'dir.

Çalışanların toplam mesleki deneyim süreleri değişkenine göre 150'i (%59,1) 0-5 yıl, 55'i (%21,7) 6-10 yıl, 20'si (%7,9) 11-15 yıl, 9'u (%3,5) 16-20 yıl, 20'i (%7,9) 21 yıl ve üstü olarak dağılmaktadır. Çalışanların toplam mesleki deneyim süreleri ortalaması $17,95 \pm 12,18$ Min= 10 Max= 30'dur.

Tablo 4. Çalışanların Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

	n	\bar{x}	sd	Min	Max
Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği	254	45,57	5,83	10	58

Tablo 4.'te araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden aldıkları puanların belirlenmesine dair ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi betimsel istatistikler gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden $\bar{x}=45,57 \pm 5,83$ puan aldıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden en düşük 10, en yüksek 58 puan aldığı saptanmıştır.

6.1. Temel Boyutlar için Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Araştırmada kullanılan anket soruları için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Cronbach Alfa katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme ölçütü; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir. $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirlerdir. $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirlerdir şeklinde değerlendirilmiştir.

6.1.1. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği Güvenilirlik Analizi

Tablo 5. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik Analizi	
Cronbach's Alpha	N of Items
,976	43

Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısının hesabı yapılmıştır. Yapılmış olan analiz neticesinde Cronbach's Alpha değeri 0,976 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Cronbach's Alpha
Hastaneye girişte karşılamanın sıcak ve samimi olması	,976
Hastaneye giriş ve kayıt işlemlerinin hızlı ve hatasız yapılması	,976
Hastanın isteğine uygun oda verilmesi	,977
Hastanenin bölümleri ve sunulan hizmetlerle ilgili hastalara yeterli bilgi verilmesi	,976
Kahvaltı yemek ve diğer aktivitelerin zamanları hakkında bilgi verilmesi	,976
Odaların zamanında hazırlanması	,976
Odaların rahat ve konforlu olması	,976
Odaların temizliğinin ve düzeninin gerektiği gibi sağlanmış olması	,976
Odalarda bulunan eşyaların ve odanın teknik donanımının ihtiyacı karşılayacak düzeyde olması	,976
Oda hizmetlerinin hastaların istekleri doğrultusunda sorunsuz olarak sunulması	,976
Kafeteryanın dekorasyon ve tasarımının hastanenin kalitesini yansıtacak nitelikte olması	,976
Servis edilen yiyecek ve içeceklerin kaliteli ve lezzetli olması	,976
Menülerde diyet ve vejetaryen yiyecek/içeceklere yer verilmesi	,976
Kafeteryada kullanılan araç- gereçlerin kaliteli ve temiz olması	,976
Kafeteryanın temizlik ve havalandırmasının yeterli düzeyde olması	,976
Servis hizmetlerinin kaliteli ve hızlı olması	,976
Organizasyonlara uygun salon/salonların bulunması	,976
Güler yüzlü ve nezaketli olması	,976
Temizlik ve hijyene gereken önemi vermeleri	,976
İşleriyle ilgili gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları	,976
Hastalarla iyi ilişkiler kurmaya özeni göstermeleri	,976
İşlerini doğru ve hızlı bir biçimde yapmaları	,976
İlkyardım konusunda bilgili olmaları	,976
Temizlik ve hijyenin sağlanmış olması	,976
Yeterli sağlık personelinin olması	,976
Personelin tecrübeli olması	,976
Tedavi için gerekli araç ve gereçlerin bulunması	,976
Acil müdahale olanaklarının bulunması	,976
Birim hizmetleri ile ilgili olarak hastalara yeterli bilgilendirmenin yapılması	,976
Farklı kullanıma (tiyatro, sınıf vb) yeterli kapasitede toplantı salonlarının olması	,976
Salonların teknik donanım açısından yeterliliği	,976
Toplantı ve kongre hizmetlerine yönelik servis hizmetlerinin yeterliliği	,976
Toplantıyı düzenleyenlerin özel isteklerinin karşılanması (c/i,c/o saatleri, özellikli odalar vb.)	,976
Hastanenin genel fiziki donanımının ve tefrişatının yeterli düzeyde olması	,976
Çocuk ve yetişkinler için spor ve eğlence olanaklarının mevcut olması	,976
Hastanenin ortak kullanım alanlarının temiz ve bakımlı olması	,976
Hastanede sunulan tüm hizmetlerin zamanında ve doğru olarak sunulması	,976
Yangın sağlık ve güvenlik önlemlerinin gerekli düzeyde alınması	,976
Hastane içerisinde yönlendirme işaret ve tabelalarının yeterli ve iyi yerleştirilmesi	,976
Hasta dilek ve şikayetlerinin hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulması	,976
Hastaların hastanenin tüm bölümlerindeki yetkili ve çalışanlarla rahatlıkla iletişim kurabilmesi	,976
Hastaların hastanede kendileri huzurlu ve güvenli bir ortamda hissetmeleri	,976
Hastane fiyatlarının sunulan hizmetin kalitesine oranla uygunluğu	,976

Tablo 6 incelendiğinde; ankette yer alan tüm ölçeklendirilmiş maddelerin Cronbach Alpha (α) test istatistiği değerlerinin oldukça güvenilir sınır değerleri arasında yer aldığı görülmektedir.

6.1.2. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği Alt Boyutları Frekans Dağılımları

Daha önce yapılmış olan bir çalışmada kullanılan faktör analizi çerçevesinde alt boyutların frekans analizleri aşağıdadır.

Tablo 7. Hastaneye Giriş Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli değil		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastaneye girişte karşılamamanın sıcak ve samimi olması	6	2,4	3	1,2	7	2,8	54	21,3	184	72,4	46,02	8,07
Hastaneye giriş ve kayıt işlemlerinin hızlı ve hatasız yapılması	7	2,8	1	0,4	2	0,8	51	20,1	193	76,0	46,61	7,72
Hastanın isteğine uygun oda verilmesi	9	3,5	7	2,8	20	7,9	82	32,3	136	53,5	42,95	9,79
Hastanenin bölümleri ve sunulan hizmetlerle ilgili hastalara yeterli bilgi verilmesi	11	4,3	1	0,4	4	1,6	61	24,0	177	69,7	45,43	9,08
Kahvaltı, yemek ve diğer aktivitelerin zamanları hakkında bilgi verilmesi	8	3,1	4	1,6	11	4,3	76	29,9	155	61,0	44,40	8,99

Tablo 7'deki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastaneye giriş ile ilgili ifadelerine verilen yanıtların dağılımları; "Hastaneye girişte karşılamamanın sıcak ve samimi olması" (n=184) (%72,4), $\bar{x}=46,02\pm 8,07$, "Hastaneye giriş ve kayıt işlemlerinin hızlı ve hatasız yapılması" (n=193) (%76,0), $\bar{x}=46,61\pm 7,72$, "Hastanın isteğine uygun oda verilmesi" (n=136) (%53,5), $\bar{x}=42,95\pm 9,79$, "Hastanenin bölümleri ve sunulan hizmetlerle ilgili hastalara yeterli bilgi verilmesi" (n=177) (%69,7), $\bar{x}=45,43\pm 9,08$, "Kahvaltı, yemek ve diğer aktivitelerin zamanları hakkında bilgi verilmesi" (n=155) (%61,0) $\bar{x}=44,10\pm 8,99$ kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

Tablo 8. Hastane Kat Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli değil		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Odaların zamanında hazırlanması	5	2,0	1	0,4	4	1,6	74	29,1	170	66,9	45,86	7,32
Odaların rahat ve konforlu olması	5	2,0	1	0,4	5	2,0	77	30,3	166	65,4	45,66	7,39
Odaların temizliğinin ve düzeninin gerektiği gibi sağlanmış olması	5	2,0	1	0,4	2	0,8	50	19,7	196	77,2	46,96	6,99
Odalarda bulunan eşyaların ve odanın teknik donanımının ihtiyacı karşılayacak düzeyde olması	6	2,4	1	0,4	4	1,6	72	28,3	171	67,3	45,78	7,64
Oda hizmetlerinin hastaların istekleri doğrultusunda sorunsuz olarak sunulması	7	2,8	2	0,8	9	3,5	76	29,9	160	63,0	44,96	8,37

Tablo 8'deki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastane kat hizmetleri ile ilgili ifadelerine verilen yanıtların dağılımları; "Odaların zamanında hazırlanması" (n=170) (%66,9), $\bar{x}=45,86\pm 7,32$, "Odaların rahat ve konforlu olması" (n=166) (65,4), $\bar{x}=45,66\pm 7,39$, "Odaların temizliğinin ve düzeninin gerektiği gibi sağlanmış olması" (n=196) (%77,2), $\bar{x}=46,96\pm 6,99$, "Odalarda bulunan eşyaların ve odanın teknik donanımının ihtiyacı karşılayacak düzeyde olması" (n=171) (%67,3), $\bar{x}=45,78\pm 7,64$ "Oda hizmetlerinin hastaların istekleri doğrultusunda sorunsuz olarak sunulması" (n=160) (%63,0) $\bar{x}=44,96\pm 8,37$, kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

Tablo 9. Hastane Yiyecek İçecek Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli değil		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kafeteryanın dekorasyon ve tasarımının hastanenin kalitesini yansıtacak nitelikte olması	5	2,0	9	3,5	19	7,5	107	42,1	114	44,9	42,44	8,86
Servis edilen yiyecek ve içeceklerin kaliteli ve lezzetli olması	5	2,0	2	0,8	7	2,8	70	27,6	170	66,9	45,66	7,65
Menülerde diyet ve vejetaryen yiyecek/içeceklere yer verilmesi	6	2,4	5	2,0	14	5,5	75	29,5	154	60,6	44,40	8,72
Kafeteryada kullanılan araç-gereçlerin kaliteli ve temiz olması	4	1,6	0	0,0	3	1,2	64	25,2	183	72,0	46,61	6,62
Kafeteryanın temizlik ve havalandırmasının yeterli düzeyde olması	5	2,0	1	0,4	2	0,8	73	28,7	173	68,1	46,06	7,18
Servis hizmetlerinin kaliteli ve hızlı olması	5	2,0	1	0,4	6	2,4	68	26,8	174	68,5	45,94	7,41
Organizasyonlara uygun salon/salonların bulunması	6	2,4	3	1,2	14	5,5	79	31,1	152	59,8	44,48	8,45

Tablo 9'daki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastane yiyecek içecek hizmetleri ile ilgili ifadelerle verilen yanıtların dağılımları; "Kafeteryanın dekorasyon ve tasarımının hastanenin kalitesini yansıtacak nitelikte olması" (n=114) (%44,9), $\bar{x}=42,44\pm 8,86$, "Servis edilen yiyecek ve içeceklerin kaliteli ve lezzetli olması" (n=170) (%66,9), $\bar{x}=45,66\pm 7,65$, "Menülerde diyet ve vejetaryen yiyecek/içeceklere yer verilmesi" (n=154) (%60,6), $\bar{x}=44,40\pm 8,72$, "Kafeteryada kullanılan araç-gereçlerin kaliteli ve temiz olması" (n=183) (%72,0), $\bar{x}=46,61\pm 6,62$, "Kafeteryanın temizlik ve havalandırmasının yeterli düzeyde olması" (n=173) (%68,5), $\bar{x}=46,06\pm 7,18$, "Servis hizmetlerinin kaliteli ve hızlı olması" (n=174) (%68,5), $\bar{x}=45,94\pm 7,41$, "Organizasyonlara uygun salon/salonların bulunması" (n=152) (%59,8) $\bar{x}=44,48\pm 8,45$ kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Hastane Çalışanları Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Güler yüzlü ve nezaketli olması	5	2,0	0	0,0	1	0,4	44	17,3	204	80,3	47,40	6,61
Temizlik ve hijyene gereken önemi vermeleri	5	2,0	0	0,0	2	0,8	27	10,6	220	86,6	47,99	6,43
İşleriyle ilgili gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları	5	2,0	1	0,4	2	0,8	43	16,9	203	79,9	47,24	6,90
Hastalarla iyi ilişkiler kurmaya özeni göstermeleri	5	2,0	1	0,4	2	0,8	41	16,1	205	80,7	47,32	6,88
İşlerini doğru ve hızlı bir biçimde yapmaları	6	2,4	1	0,4	1	0,4	46	18,1	200	78,7	47,04	7,24
İlkyardım konusunda bilgili olmaları	5	2,0	1	0,4	5	2,0	47	18,5	196	77,2	46,85	7,19

Tablo 10'daki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastane yiyecek içecek hizmetleri ile ilgili ifadelerine verilen yanıtların dağılımları; "Güler yüzlü ve nezaketli olması" (n=204) (%80,3), $\bar{x}=47,40\pm 6,61$, "Temizlik ve hijyene gereken önemi vermeleri" (n=220) (%86,6), $\bar{x}=47,99\pm 6,43$, "İşleriyle ilgili gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları" (n=203) (%79,9), $\bar{x}=47,24\pm 6,90$, "Hastalarla iyi ilişkiler kurmaya özeni göstermeleri" (n=205) (%80,7), $\bar{x}=47,32\pm 6,88$, "İşlerini doğru ve hızlı bir biçimde yapmaları" (n=200) (%78,7), $\bar{x}=47,04\pm 7,24$, "İlkyardım konusunda bilgili olmaları" (n=196) (%77,2) $\bar{x}=46,85\pm 7,19$ kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Hastane Birim Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Temizlik ve hijyenin sağlanmış olması	7	2,8	0	0,0	0	0,0	30	11,8	217	85,4	47,71	7,13
Yeterli sağlık personelinin olması	8	3,1	1	0,4	4	1,6	29	11,4	212	83,5	47,16	7,99
Personelin tecrübeli olması	7	2,8	0	0,0	6	2,4	43	16,9	198	78,0	46,73	7,74
Tedavi için gerekli araç ve gereçlerin bulunması	7	2,8	0	0,0	2	0,8	34	13,4	211	83,1	47,40	7,35
Acil müdahale olanaklarının bulunması	8	3,1	1	0,4	1	0,4	36	14,2	208	81,9	47,12	7,85
Birim hizmetleri ile ilgili olarak hastalara yeterli bilgilendirmenin yapılması	8	3,1	0	0,0	8	3,1	59	23,2	179	70,5	45,78	8,29

Tablo 11'deki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastane birim hizmetleri ile ilgili ifadelerle verilen yanıtların dağılımları; "Temizlik ve hijyenin sağlanmış olması" (n=217) (%85,4), $\bar{x}=47,71\pm 7,13$, "Yeterli sağlık personelinin olması" (n=212) (%83,5), $\bar{x}=47,16\pm 7,99$, "Personelin tecrübeli olması" (n=198) (%78,0), $\bar{x}=46,73\pm 7,74$, "Tedavi için gerekli araç ve gereçlerin bulunması" (n=211) (%83,1), $\bar{x}=47,40\pm 7,35$, "Acil müdahale olanaklarının bulunması" (n=208) (%81,9), $\bar{x}=47,12\pm 7,85$, "Birim hizmetleri ile ilgili olarak hastalara yeterli bilgilendirmenin yapılması" (n=179) (%70,5) $\bar{x}=45,78\pm 8,29$ kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

Tablo 12. Hastane Toplantı ve Kongre Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Farklı kullanıma uygun (tiyatro, sınıf vb) yeterli kapasitede toplantı salonlarının olması	11	4,3	9	3,5	30	11,8	96	37,8	108	42,5	41,06	10,33
Salonların teknik donanım açısından yeterliliği	12	4,7	6	2,4	14	5,5	102	40,2	120	47,2	42,28	9,99
Toplantı ve kongre hizmetlerine yönelik servis hizmetlerinin yeterliliği	11	4,3	6	2,4	18	7,1	104	40,9	115	45,3	42,04	9,84
Toplantıyı düzenleyenlerin özel isteklerinin karşılanması (c/i, c/o saatleri, özellikli odalar vb.)	13	5,1	8	3,1	38	15,0	90	35,4	105	41,3	40,47	10,73

Tablo 12'deki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastane toplantı ve kongre hizmetleri ile ilgili ifadelerine verilen yanıtların dağılımları; “Farklı kullanıma uygun (tiyatro, sınıf vb) yeterli kapasitede toplantı salonlarının olması” (n=108) (%42,5), $\bar{x}=41,06\pm 10,33$ “Salonların teknik donanım açısından yeterliliği” (n=120) (%47,2), $\bar{x}=42,28\pm 9,99$ “Toplantı ve kongre hizmetlerine yönelik servis hizmetlerinin yeterliliği” (n=115) (%45,3), $\bar{x}=42,04\pm 9,84$, “Toplantıyı düzenleyenlerin özel isteklerinin karşılanması (c/i, c/o saatleri, özellikli odalar vb.)” (n=105) (%41,3) $\bar{x}=40,47\pm 10,73$ kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

Tablo 13. Hastane Genel Hizmetleri Boyutu Frekans Dağılımları

	Kesinlikle önemli değil		Önemli değil		Kararsızım		Önemli		Kesinlikle önemli		\bar{x}	sd
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastanenin genel fiziki donanımının ve tefrişatının yeterli düzeyde olması	7	2,8	0	0,0	10	3,9	81	31,9	156	61,4	44,92	8,13
Çocuk ve yetişkinler için spor ve eğlence olanaklarının mevcut olması	12	4,7	11	4,3	47	18,5	67	26,4	117	46,1	40,47	11,16
Hastanenin ortak kullanım alanlarının temiz ve bakımlı olması	7	2,8	0	0,0	4	1,6	46	18,1	197	77,5	48,74	32,48
Hastanede sunulan tüm hizmetlerin zamanında ve doğru olarak sunulması	7	2,8	0	0,0	3	1,2	53	20,9	191	75,2	46,57	7,62
Yangın, sağlık ve güvenlik önlemlerinin gerekli düzeyde alınması	7	2,8	0	0,0	3	1,2	40	15,7	204	80,3	47,08	7,50
Hastane içerisinde yönlendirme işaret ve tabelalarının yeterli ve iyi yerleştirilmesi	7	2,8	0	0,0	2	0,8	53	20,9	192	75,6	46,65	7,55
Hasta dilek ve şikâyetlerinin hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulması	8	3,1	0	0,0	2	0,8	63	24,8	181	71,3	46,10	7,96
Hastaların, hastanenin tüm bölümlerindeki yetkili ve çalışanlarla rahatlıkla iletişim kurabilmesi	9	3,5	1	0,4	3	1,2	57	22,4	184	72,4	45,98	8,45
Hastaların, hastanede kendileri huzurlu ve güvenli bir ortamda hissetmeleri	7	2,8	0	0,0	0	0,0	46	18,1	201	79,1	47,08	7,34
Hastane fiyatlarının sunulan hizmetin kalitesine oranla uygunluğu	7	2,8	0	0,0	4	1,6	68	26,8	175	68,9	45,90	7,78

Tablo 13'deki verilen bilgilere göre; ankete katılan sağlık çalışanlarının hastane genel hizmetleri ile ilgili ifadelerle verilen yanıtların dağılımları; "Hastanenin

genel fiziki donanımının ve tefrişatının yeterli düzeyde olması” (n=156) (%61,4), $\bar{x}=44,92\pm 8,13$, “Çocuk ve yetişkinler için spor ve eğlence olanaklarının mevcut olması” (n=117) (%46,1), $\bar{x}=40,47\pm 11,16$, “Hastanenin ortak kullanım alanlarının temiz ve bakımlı olması” (n=197) (%77,5), $\bar{x}=48,74\pm 32,48$, “Hastanede sunulan tüm hizmetlerin zamanında ve doğru olarak sunulması” (n=191) (%75,2), $\bar{x}=46,57\pm 7,62$, “Yangın, sağlık ve güvenlik önlemlerinin gerekli düzeyde alınması” (n=204) (%80,3) $\bar{x}=47,08\pm 7,50$, kesinlikle önemli, “Hastane içerisinde yönlendirme işaret ve tabelalarının yeterli ve iyi yerleştirilmesi” (n=192) (%75,6), $\bar{x}=46,65\pm 7,55$, “Hasta dilek ve şikâyetlerinin hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulması” (n=181) (%71,3), $\bar{x}=46,10\pm 7,96$ “Hastaların, hastanenin tüm bölümlerindeki yetkili ve çalışanlarla rahatlıkla iletişim kurabilmesi” (n=184) (%72,4), $\bar{x}=45,98\pm 8,45$, “Hastaların, hastanede kendileri huzurlu ve güvenli bir ortamda hissetmeleri” (n=201) (%79,1), $\bar{x}=47,08\pm 7,34$, “Hastane fiyatlarının sunulan hizmetin kalitesine oranla uygunluğu” (n=175) (%68,9) $\bar{x}=45,90\pm 7,7884$, kesinlikle önemli olarak bulunmuştur.

6.2. Hastane Otelcilik Hizmetleri Ölçeği Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 14. Cinsiyet ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Mann-Whitney U Testi

	Cinsiyet	n	$\bar{x}\pm ss$	M	SO	Z	p
Hastane Otelcilik Hizmetleri	Kadın	215	45,48±6,15	0,12	2744,65	-	,559
	Erkek	39	46,08±3,59	0,12	493,5	,081	

Tablo 14.’te araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Mann-Whitney U testi sonuçlarına ilişkin bulgular gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0,05).

Tablo 15. Yaş ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi

	Yaş	n	$\bar{x}\pm ss$	M	X ²	p
Hastane Otelcilik Hizmetleri	18-24	106	46,44±4,27	1,35	3,183	,204
	25-34	80	44,02±8,30	1,16		
	35 ve üstü	68	46,05±3,74	1,27		

Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 15.'de gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 16. Medeni Durum ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Mann-Whitney U Testi

	Medeni Durum	n	$\bar{x}\pm ss$	M	SO	Z	p
Hastane Otelcilik Hizmetleri	Evli	130	45,57±5,83	0,12	16681,00	-,182	,856
	Bekar	124	14,88±5,00	0,12	15704,00		

Tablo 16.'da araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Mann-Whitney U testi sonuçlarına ilişkin bulgular gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 17. Eğitim Durumları ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi

	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}\pm ss$	M	X ²	p
Hastane Otelcilik Hizmetleri	Sağlık Meslek Lisesi / Lise	159	45,60±6,41	1,32	2,917	,405
	Önlisans	58	46,08±4,16	1,24		
	Lisans	29	44,81±5,78	1,17		
	Lisansüstü	8	44,19±4,31	0,94		

Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının eğitim durumu gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 17.'de gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 18. Çalışılan Servis ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi

	Çalışılan Servis	n	$\bar{x}\pm ss$	M	X ²	p
Hastane Otelcilik Hizmetleri	Poliklinik hizmetleri	76	45,88±3,42	1,19	1,494	,474
	İdari hizmetler	76	44,92±7,49	1,29		
	Yataklı klinikler	102	45,83±5,83	1,32		

Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının çalıştıkları servis gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 18.'de gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları servis gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 19. Görev ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi

	Görev	n	$\bar{x}\pm ss$	M	X ²	p	Fark
Hastane Otelcilik Hizmetleri	Doktor	8	44,44±4,36	0,98	29,944	,038	ATT < Estetisyen
	Laboratuvar teknisyeni	5	47,07±2,93	1,41			
	Temizlik personeli	16	47,74±3,28	1,69			
	Hemşire	82	45,49±4,78	1,20			
	Sekreter	10	45,46±3,26	1,09			
	Anestezi teknikeri	21	47,43±2,28	1,47			
	Gıda mühendisi	1	46,97±0,00	1,29			
	Aşçı yardımcısı	8	48,02±2,47	1,68			
	Garson	2	47,55±2,13	1,42			
	Estetisyen	1	48,83±0,00	1,75			
	ATT	8	40,90±12,54	0,80			
	Fizyoterapist	5	43,72±2,87	0,68			
	Hasta danışmanlığı	48	44,44±7,23	1,16			
	Otelcilik hizmetleri	13	47,35±2,67	1,51			
	Ebe	7	44,51±6,62	1,22			
	Hasta bakım	14	45,61±10,35	1,69			
	Eczacı	1	48,14±0,00	1,57			
	Radyoloji teknisyeni	1	45,34±0,00	0,90			
İdari	3	41,78±4,35	0,51				

Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının görev gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 19.'da gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının görev gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Görevleri ATT olan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden

almış oldukları puanlar, diğer görevlerde bulunan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Tablo 20. Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Süresi ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi

	Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Süresi	n	$\bar{x}\pm ss$	M	X ²	p
Hastane Otelcilik Hizmetleri	0-5 yıl	187	45,66±6,30	1,32	4,116	,391
	6-10 yıl	52	45,16±4,49	1,10		
	11-15 yıl	7	45,34±4,02	1,09		
	16-20 yıl	3	45,63±4,28	1,20		
	21 yıl ve üstü	5	46,85±2,76	1,36		

Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının buldukları pozisyonda çalışma süreleri gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 20.'de gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının buldukları pozisyonda çalışma süreleri gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 21. Toplam Mesleki Deneyim Süresi ve Hastane Otelcilik Hizmetleri Kruskal-Wallis H Testi

	Toplam Mesleki Deneyim Süresi	n	$\bar{x}\pm ss$	M	X ²	p	Fark
Hastane Otelcilik Hizmetleri	0-5 yıl	150	46,04±6,06	1,39	9,932	,042*	1-3
	6-10 yıl	55	45,26±4,39	1,12			
	11-15 yıl	20	43,92±8,83	1,12			
	16-20 yıl	9	45,29±3,41	1,06			
	21 yıl ve üstü	20	44,72±4,57	1,04			

* $p<0,05$

Araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının toplam mesleki deneyim süreleri gruplarına göre hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden almış oldukları puanların karşılaştırılması için uygulanan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 21.'de gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının toplam mesleki deneyim süreleri gruplarına göre hastane otelcilik ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Toplam mesleki deneyim süreleri 11-15 yıl arası olan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden almış oldukları puanlar, 0-5 yıl, 6-10 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üstü toplam mesleki deneyim süreleri bulunan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1 Sonuç

Tıp bilimi, bir deneyimden bir diğerine, bilimsel yöntemlerle güvenilir bir şekilde gelişen, uygulama standartları oluşturulan bir bilimdir. Bu bilim kişilerin hastalıklardan korunmasını ve hastalanması durumunda tedavisini hedeflemektedir. Bu bilimin uygulama yerleri olan sağlık kurum ve kuruluşları, şifa sanatının başarılı bir uygulamasını gerçekleştirmeyi hedeflemektedirler. Sağlık hizmet sunucularının, şifa sanatının başarılı bir uygulamasını gerçekleştirebilmesi bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Bu durumda bir mekan ve hizmet algısı olarak otelcilik hizmetleri dikkati çekmektedir. Sağlık hizmetleri ve otelcilik hizmetleri entellektüel disiplinler olarak bir bütünün tamamlayıcılarıdır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında otelcilik hizmetlerinin önemi günümüzde anlaşılmıştır. Ülkemiz turizm ve otelcilikte yüksek standartları yakalamış, bu durum sağlık hizmetleri içinde bir referans noktası olmuştur. Özel hastaneler bu konuda daha fazla aktif olmuşlar ve kamu hastaneleri içinde örnek teşkil etmişlerdir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılan ziyaret, çoğu zaman kısa olarak planlanan, kimi zaman uzun süre konaklama durumuyla sonuçlanan, kimi zamanda plansız olarak yapılan bir ziyarettir. Bu işletmenin iyi bir planlamasının bulunmasını zorunlu kılar.

Otelcilik hizmetlerinin önemsenmemesi, hastalıklardan korunma ve sağaltım hedefinin gerçekleşmesinde bir engeldir. Bu durumda hastaneler asıl varoluş amaçlarına aykırı olarak, enfeksiyonların yayıldığı yerler haline gelebilir. Hastanelerin, sağlık çalışanlarının, hastaların ve hasta yakınlarının bulunmak istemedikleri yerler haline gelmesi, hizmet kusurlarının artmasına neden olur. Sağlık kurum ve kuruluşlarında bulunan kişiler arasında, hizmet veren veya alan, çatışma gibi hukuki sorunların artma sonucunu doğurur.

Bu çalışma Balıkesir’de özel bir sağlık kuruluşunda otelcilik hizmetlerinin günümüzde kapladığı yere ve gerekliliğine ilişkin algı düzeylerini tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Anket yoluyla yapılan araştırma sonucunda;

Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı sorulara verdikleri cevaplardan elde edilen verilere göre; sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenininin 215'i (%84,6) kadın, 39'u (%15,4) erkek olarak dağılmaktadır. Bu sonuçlara göre sağlık çalışanlarından kadın oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaş düzeyleri; 106'sı (%41,7) 18-24 yaş arası, 80'i (%31,5) 25-34 yaş arası, 68'i (%26,8) 35 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır. Bu verilere göre 18-24 yaş aralığında yoğunlaşma olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarında dinamik bir çoğunluğun, aktif olarak hizmet verdiğine işaretir.

Örneklem popülasyonunda medeni durum değişkenininin, 130'u (%51,2) evli, 124'ü (%48,8) bekâr olarak dağılmaktadır. Buna göre evli ve bekâr oranlarının birbirlerine yakın olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri; 159'u (%62,6) sağlık meslek lisesi / lise, 58'i (%22,8) önlisans, 29'u (%11,4) lisans ve 8'i (%3,1) lisansüstü olarak dağılmaktadır. Bu verilere göre örneklem popülasyonunun büyük çoğunluğunun, sağlık meslek lisesi/lise mezunu olduğu görülmüştür. Bu düzeyin en kısa sürede lisans veya lisansüstü seviyesine getirilmesi, verilen sağlık hizmetinin niteliğini yükseltecektir.

Sağlık çalışanlarının hastane içinde çalıştıkları birimler; 76'sı (%29,9) poliklinik hizmetleri, 76'sı (%29,9) idari hizmetler, 102'si (%40,2) yataklı klinikler olarak dağılmaktadır. Bu durum yataklı kliniklerde çalışanların, araştırmamıza daha fazla katıldığını göstermektedir.

Örneklem grubundaki sağlık çalışanları görevlerine göre; 8'i (%3,1) tıp doktoru, 5'i (%2,0) laboratuvar teknisyeni, 16'sı (%6,3) temizlik personeli, 82'i (%32,3) hemşire, 10'u (%3,9) sekreter, 21'i (%8,3) anestezi teknikeri, 1'i (%0,4) gıda mühendisi, 8'i (%3,1) aşçı yardımcısı, 2'si (%0,8) garson, 1'i (%0,4) estetsiyen, 8'i (%3,1) ATT, 5'i (%2,0) fizyoterapist, 48'i (%18,9) hasta danışmanlığı, 13'ü (%5,1) otelcilik hizmetleri, 7'si (%2,8) ebe, 14'ü (%5,5) hasta bakım, 1'i (%0,4) eczacı, 1'i (%0,4) radyoloji teknisyeni, 3'ü (%1,2) idari personel olarak dağılmaktadır. Araştırmaya hemşirelerin katılımını daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Görevleri ATT olan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden almış oldukları puanlar, diğer görevlerde bulunan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Toplam mesleki deneyim süreleri 11-15 yıl arası olan sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ölçeğinden almış oldukları puanlar, 0-5 yıl, 6-10 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üstü toplam mesleki deneyim süreleri bulunan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının hastane otelcilik hizmetleri ile ilgili algılarında; hastaneye girişte, hastaneye giriş ve kayıt işlemlerinin hızlı ve hatasız yapılmasının, kat hizmetlerinde, odaların temizliğinin ve düzeninin gerektiği gibi sağlanmış olmasının, yiyecek içecek hizmetlerinde, kafeteryada kullanılan araç-gereçlerin kaliteli ve temiz olmasının, hastane çalışanlarının temizlik ve hijyene gereken önemi vermelerinin, hastane birim hizmetlerinde temizlik ve hijyenin sağlanmış olmasının, hastane toplantı ve kongre hizmetlerinde salonların teknik donanım açısından yeterliliğinin, hastane genel hizmetlerinde yangın, sağlık ve güvenlik önlemlerinin gerekli düzeyde alınmasının kesinlikle önemli olarak değerlendirildiği anlaşılmıştır.

7.2 Öneriler

Sağlık Yönetimlerine Öneriler

Balıkesir ilinde çalışma yapılan sağlık kuruluşu verileri değerlendirildiğinde, hastanelerde otelcilik hizmetlerinin önemli bir yerinin olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında otelcilik hizmetleri ile ilgili bilinç yani farkındalık artmıştır. Bu durum önemli adımlar atılmasını sağlamıştır. Fakat genel olarak değerlendirildiğinde verilen hizmetin yeterli olmadığı gözlenmektedir. Özellikle hasta yoğunluğunun çok olduğu yerlerde yeniden neler yapılabileceği sorgulanmalıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının yöneticileri, çalışanlarla birlikte çalışma grupları kurup verilen hizmeti sorgulamalıdır.

Sağlık yöneticileri, hastane otelcilik hizmetlerinin önemine ve gerekliliğine inanmalıdır. Yalnızca prosedürü yerine getirmek için değil, hizmet alan ve hizmet verenlerin bulunduğu ortam olan sağlık kurum ve kuruluşlarında, günlük hayatın mükemmelen uyum içinde sürdürülebilmesi için gerekli olan konfor sağlanmalıdır. Bu durum çalışanların ve hizmet alanların koordinasyonunu kolaylaştıracak, doğal

olarak tedavi uyumunu ve başarısını arttıracaktır. Hizmet alanların memnuniyeti, hizmet talebini arttıracak, bu durumun doğal sonucu olarak mali geri dönüş sağlık tesisi imkânlarının daha fazla artmasını sağlayacaktır.

Sağlık yöneticileri hastaların ve çalışanların görüşlerini alarak otelecilik hizmetinin nasıl daha iyi olacağını sürekli sorgulamalı ve geliştirmelidir.

Bence en önemli kıstas, hizmet alan hastaların ve hizmet veren çalışanların hastanede ne kadar süre bulunmak veya bulunmamak istemesi durumudur. Yani tedavisi tamamlanan hasta ile mesaisi biten çalışan, sağlık kurum ve kuruluşundan bir an önce uzaklaşmak mı istiyor? Yoksa bir gülümsemeyle, bu işletmeyi kurup yönetenlere kalben müteşekkir olduğunu mu hissediyor?

Araştırmacılara Öneriler

Araştırmacılar öneminin günümüzde belirgin olarak farkına varılması anlamında yeni bir alan olan hastane otelecilik hizmetleri ile ilgili yeni birçok çalışma yapmalıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen otelecilik hizmet eksikleri sorgulanmalı, kalitenin ve verimliliğin artırılması için yapılabilecekler değerlendirilmelidir.

Sağlık yöneticilerinin, çalışanların ve hizmet alanların da katıldığı çok yönlü çalışmalar yapılabilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen otelecilik hizmetleri yönünden kamu hastaneleri ve özel sektör hastanelerini kıyaslayan çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akdağ, R. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Sağlık Bakanlığı <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.
- Akdu, U, Bostan, S. & Akdu, S. (2016). Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme, *Balıkesir University The Journal of Social Sciences Institute*, 19 (36), <http://sbe.balikesir.edu.tr/dergi/c19s36/18.pdf> adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf, adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.
- Akdur, R. (2000). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Akın, A. (2009). *Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının ilk döneminde yönetim (1963–1980) başarılı oldu mu? Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu*. Sempozyum Kitabı; 19–21 Kasım, Bursa.
- Akıncı, Z. (2016). *Otel İşletmeciliği ve Yönetimi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü, *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 8 (1), 7-62.
- Atabey, S. (2012). *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aydın, Ş. (2004). Otel İşletmelerinde Örgütsel Stres Faktörleri: 4-5 Yıldızlı Otel İşletmeleri Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(4), 35-36.
- Aydın, V., Korkmaz Özcan, Z. (2015). *Sağlık Turizmi*, Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Batman, O., Zengin B., Demirkol, Ş., Türkay, O., Doğdubay, M., Demirtaş, N., Akyol, C. & Altan, M. (2010). *Önbüro Yönetimi ve Önbüro Otomasyon Sistemleri*, İstanbul: Değişim Yayınları
- Boran S. (2008), *Toplam Kalite Yönetimi*, Sakarya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Ders Notları. <http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/37528/30129/ky1hafta.pdf> adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.

de Carvalho, N. A. R., Moura, E. C. C., Nogueira, L. T., Falcao, L. M., Lopes, V. C. A., Santos, J. D. M., & de Morais, F. F. (2016). *Hospital-hotel Service and Quality of Nursing Care According to the Perspective of Inpatients*. *International Archives of Medicine*, 9. <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2191> adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.

Çavmak Ş., Çavmak D. (2017). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı* <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/340272> adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.

Çetiner, E. (2008). *Konaklama İşletmelerinde Muhasebe Uygulamaları*, Ankara: Gazi Kitabevi.

Demirtaş, N. (2010). *Önbüro Yönetimi*, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları: Ankara.

Ergenoğlu, A. S., ve Aytuğ, A. (2007). *Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi*, Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E- Dergisi, 2(1).http://www.journalagent.com/megaron/pdfs/megaron-97659-article-sungur_ergenoglu.pdf adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.

Eren, N., Tanrıtanır, N. (1998). *Cumhuriyet ve Sağlık*. Ankara: TTB Yayınları

Fişek, N. (1991). *Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi*. Ankara: TTB Yayınları.

Goldman D., Romley J. A. (2008). *Oteller Olarak Hastaneler: Hastane Taleplerinde Hasta Olanaklarının Rolü*. NBER Working Paper No.14619. December. Cambridge.

Gökdeniz, A. (1999). *Otel İşletmelerinde Önbüro Yönetimi*. Ankara: Tursan Kitapevi Yayınları

Gürsoy, N. (2013). *Hastane Çalışanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarının Aile Yaşamına Etkisi: Kurum Ev İdaresi Personeli Üzerine Yapılan Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Hacıoğlu, N. (1989). *Turizm Pazarlaması*, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> adresinden 16.09.2018'de alınmıştır.

<http://www.osmar.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=501330>

adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.

http://www.muraterdiekerdevlethastanesi.gov.tr/intranet/Online_Rehberler_ve_Egitim_Kitaplari/hizmet%20sunum%20rehberi.PDF adresinden 10.12.2018'de alınmıştır.

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/terminal_donem.pdf adresinden 13.08.2018'de alınmıştır.

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19 (2), 131-174, <http://www.sosyolojidernegi.org.tr/s/2300/i/2016-Kasapoglu.pdf>, adresinden 05.09.2018'de alınmıştır.

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

Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*, 4. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi

Kılıçkaya, Ş. (2010). *Beş Yıldızlı Otel İşletmesi Yöneticilerinin Otel Hizmetlerine Yönelik Değerlendirmeleri: Afyonkarahisar Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Afyonkarahisar.

Kıngır, S. (2006). Bir Hizmet İşletmesi Olarak Beş Yıldızlı Otel İşletmelerindeki Yönetimsel sorunlar, *Selçuk Üniversitesi SBE Dergisi*, 15(1), 459-460.

Koç, M. (2017). Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Hastanelerdeki Manevi Danışmanlık Ve Rehberlik Hizmetleri (1995-2015): Sınırlılıklar ve Bir Eğitim Programı Önerisi, *Diyanet İmi Dergi*, sayı:4 <https://dergi.diyamet.gov.tr/MakaleDetayAramaSonuc.aspx> adresinden 01.02.2019'da alınmıştır.

Konak, N., Akoğlan, M. & Kozak, M. (1997). *Genel Turizm (İlkeler- Kavramlar)*, Ankara: Turhan Kitapevi.

Kozak Akoğlan, M. (2017). Sağlık Otelciliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Eskişehir Hastaneleri Örneği, *Manas Journal of Social Studies*, 6(5): 1624-7215.

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

Maviş, F. (1992). *Otel İşletmeciliği*, Eskişehir: Birlik Matbaası.

Megep, (2012). *Konaklama ve Seyahat Hizmetleri; Kat Hizmetleri Organizasyonu* Ankara http://Megep.Meb.Gov.Tr/Mte_Program_Modul/Moduller_Pdf/Kat%20hizmetleri%20organizasyonu.Pdf. adresinden 14.08.2018'de alınmıştır.

Mısırlı, İ. (2001). *Konaklama İşletmelerinde Ön Büro Teknikleri ve Uygulamaları*, Ankara: Detay Yayıncılık.

- Narlı, Y. (2009). *Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Arttırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(3), 1-2.
- Özdemir, O., Ocaktan, E. & Akdur, R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56 (4): 207-216.
- Resmi Gazete (2005). http://www.resmi_gazete.gov.tr/eskiler/2005708010-4.htm adresinden 05.09.2018’de alınmıştır.
- Rocha De Carvalho, Nalma Alexandra ve diğ (2016). Yatan Hastaların Perspektifine Göre Hastane-Otel Hizmeti ve Hemşirelik Bakımı Kalitesi. *Uluslararası Tıp Arşivi (International Archives of Medicine)*, <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2191> adresinden 05.09.2018’de alınmıştır.
- Rosalınd, K., Losekoot, E., Valerie, A., Stclair, W. (2016). Hastanelerde Misafirperverlik: Hasta Bakımının Önemi. *Ağırlama ve Toplum*. 6(2), 1-2.
- Sayım F., Aydın V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma, *Dergipark Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 1-2, <http://dergipark.gov.tr/dpusbe/issue/4771/65667> adresinden 12.09.2018’de alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı (1983). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*, (YTKİY) 13.1.1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete, Yapılan Değişiklikler İçin 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete, Ankara. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12575,19830113-17927-yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliği-05052005-tarihli-guncel-halipdf.pdf?0> adresinden 10.12.2018’de alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğü*, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Anıl Matbaacılık, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/> adresinden 05.09.2018’de alınmıştır.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 403-428, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/84674> adresinden 04.11.2018’de alınmıştır.
- Sevin, H. D. (1998). *Hastanelerde otelcilik hizmetleri, maliyeti ve kontrolü: Ankara ili uygulama örnekleri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara:

- Sevin, H. D. (2009). *Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Konaklama Hizmetleri*. Ankara: Başkent Üniversitesi, Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu
- Seymen A., Erdem B. & Gül M. (2014). *Konaklama İşletmelerinde Çağdaş Kat Hizmetleri Yönetimi*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Shirzadi S. M, Raeissi P., Nasiripour A. A., Jamaledin S. (2016) Hastane otel hizmetlerinin kalitesini etkileyen faktörler hastalar ve refakatçilerin bakış açısı: İran'da ulusal bir çalışma., *Journal of Research in Medical Sciences Dergisi*, [https : // www. ncbi. nlm. nih.gov/pmc/articles/PMC512](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC512) adresinden 04.11.2018'de alınmıştır.
- Somunoğlu S.,Ağırbaş İ.Tengilimoğlu D.,Çelik Y.,Erdem R., Akbulut Y. & Erigüç, G. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Songur H., Saygın T. (2014). Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 199-212.
- Şahin, Y. (2015). Hastane otel hizmetlerinin kalitesini etkileyen faktörler, *Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu*, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/78f93729dae44760b2394b84576fef91.pdf>, adresinden 13.08.2018'de alınmıştır.
- Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M. (2011). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 3. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- TKHK, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). *Hizmet sunum rehberi*. Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/82d3f45d0cd847979aa4fc9715bfd7c7.pdf>, adresinden 13.08.2018'de alınmıştır.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü, <http://sozluk.gov.tr/> [adresinden 13.08.2018'de alınmıştır.](#)
- www.who.int/topics/health_services/en/ adresinden 15.08.2018'de alınmıştır.
- Yaşa, E. (2012). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık ilişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.

- Yetgin, D. (2009). *Dört ve Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinin Pazarlanmasında Satış Geliştirme Yöntemlerinin Etkisi: Bodrum Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Yıldız, Ş. (2011). *Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinin Örgüt Yapılarının Mekanik – Organik Örgüt Yapısı Bağlamında İncelenmesi*. Yayınlanmamış Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Yılmaz, B. (2008). Hastane İşletmelerinde Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Faaliyet Esasına Dayalı Maliyetleme Yönteminin Rolü, Selçuk Üniversitesi, *İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal ve ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (2), 304-305.
- Zennun Beyatlı, H. (2016). *Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Zygourakis C., Rolston J. D., Treadway J., Chang S., Kliot M. (2014). Oteller ve Hastanelerin Ortak Noktası Nedir? Hastalara Daha İyi Bakabilmek için Otel Endüstrisinden Ne Öğrenebiliriz? *Surgical Neurology International Dergisi*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles> adresinden 12.11.2018'de alınmıştır.

EKLER

EK-1: Anket Formu

ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Bu envanter Balıkesir Üniversitesi, Turizm Fakültesi Yüksek lisans programında yürütülen bir çalışma için düzenlenmiştir. Amacımız, sağlık sektöründe otelcilik hizmetlerinin çalışanlar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi için hazırlanmıştır. Toplanan veriler, kişisel olarak değil topluca değerlendirilecek ve tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmamıza katılarak çalışmalarımıza destek verdiğiniz için teşekkür eder, başarılı ve sağlıklı bir çalışma hayatı dilerim. Saygılarımla,

Elife ÖZKAN ŞALDIRAN

Balıkesir Üniversitesi
Turizm Fakültesi

1. Cinsiyet:

Kadın

Erkek

2. Yaşınız:

17-24

25-34

35 ve

üstü

3. Medeni durumunuz:

Evli

Bekar

4. Eğitim durumunuz:

Sağlık Meslek Lisesi

Önlisans

Lisans

Yüksek Lisans

Doktora

5. Çalıştığınız servis

Poliklinik Hizmetleri
Klinikler

İdari Hizmetler

Yataklı

6. Göreviniz:.....(Belirtiniz)

7. Bulduğunuz pozisyondaki çalışma süreniz:

0-5 yıl

6-10 yıl

11-15 yıl

16-20 yıl

21 yıl ve üstü

8. Toplam mesleki deneyiminiz:

0-5 yıl

6-10 yıl

11-15 yıl

16-20 yıl

21 yıl ve üstü

SORULAR	Bu bölümdeki sorular sağlık sektöründe otelcilik hizmetlerinin çalışanlar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi amacıyla hazırlanmış sorulardır. Bu sorulara belirtilen ölçek değerleri ile sizin çalıştığınız birime uyanı parantez içine işaretlemeniz beklenmektedir. 1: Kesinlikle önemli değil 2: Önemli değil 3: Kararsızım 4: Önemli 5: Kesinlikle önemli	Kesinlikle önemli değil	Önemli değil	Kararsızım	Önemli	Kesinlikle önemli
		Hastane Otelcilik Hizmetlerine				
GİRİŞ BÖLÜMÜ						
1	Hastaneye girişte karşılanmanın sıcak ve samimi olması	1	2	3	4	5
2	Hastaneye giriş ve kayıt işlemlerinin hızlı ve hatasız yapılması	1	2	3	4	5
3	Hastanın isteğine uygun oda verilmesi	1	2	3	4	5
4	Hastanenin bölümleri ve sunulan hizmetlerle ilgili hastalara yeterli bilgi verilmesi	1	2	3	4	5
5	Kahvaltı, yemek ve diğer aktivitelerin zamanları hakkında bilgi verilmesi	1	2	3	4	5
KAT HİZMETLERİ						
6	Odaların zamanında hazırlanması	1	2	3	4	5
7	Odaların rahat ve konforlu olması	1	2	3	4	5
8	Odaların temizliğinin ve düzeninin gerektiği gibi sağlanmış olması	1	2	3	4	5
9	Odalarda bulunan eşyaların ve odanın teknik donanımının ihtiyacı karşılayacak düzeyde olması	1	2	3	4	5
10	Oda hizmetlerinin hastaların istekleri doğrultusunda sorunsuz olarak sunulması	1	2	3	4	5
YİYECEK İÇECEK						
11	Kafeteryanın dekorasyon ve tasarımının hastanenin kalitesini yansıtabilecek nitelikte olması	1	2	3	4	5
12	Servis edilen yiyecek ve içeceklerin kaliteli ve lezzetli olması	1	2	3	4	5
13	Menülerde diyet ve vejetaryen yiyecek/içeceklere yer verilmesi	1	2	3	4	5
14	Kafeteryada kullanılan araç-gereçlerin kaliteli ve temiz olması	1	2	3	4	5
15	Kafeteryanın temizlik ve havalandırmasının yeterli düzeyde olması	1	2	3	4	5
16	Servis hizmetlerinin kaliteli ve hızlı olması	1	2	3	4	5
17	Organizasyonlara uygun salon/salonların bulunması	1	2	3	4	5
ÇALIŞANLAR						
18	Güler yüzlü ve nezaketli olması	1	2	3	4	5
19	Temizlik ve hijyene gereken önemi vermeleri	1	2	3	4	5
20	İşleriyle ilgili gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları	1	2	3	4	5
21	Hastalarla iyi ilişkiler kurmaya özeni göstermeleri	1	2	3	4	5
22	İşlerini doğru ve hızlı bir biçimde yapmaları	1	2	3	4	5
23	İlkyardım konusunda bilgili olmaları	1	2	3	4	5

SORULAR	Bu bölümdeki sorular sağlık sektöründe otelcilik hizmetlerinin çalışanlar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi amacıyla hazırlanmış sorulardır. Bu sorulara belirtilen ölçek değerleri ile sizin çalıştığınız birime uyanı parantez içine işaretlemeniz beklenmektedir. 1: Kesinlikle önemli değil 2: Önemli değil 3: Kararsızım 4: Önemli 5: Kesinlikle önemli	Kesinlikle önemli değil	Önemli değil	Kararsızım	Önemli	Kesinlikle önemli
		Hastane Otelcilik Hizmetlerine				
BİRİM HİZMETLERİ						
24	Temizlik ve hijyenin sağlanmış olması	1	2	3	4	5
25	Yeterli sağlık personelinin olması	1	2	3	4	5
26	Personelin tecrübeli olması	1	2	3	4	5
27	Tedavi için gerekli araç ve gereçlerin bulunması	1	2	3	4	5
28	Acil müdahale olanaklarının bulunması	1	2	3	4	5
29	Birim hizmetleri ile ilgili olarak hastalara yeterli bilgilendirmenin yapılması	1	2	3	4	5
TOPLANTI VE KONGRE HİZMETLERİ						
30	Farklı kullanıma uygun (tiyatro, sınıf vb) yeterli kapasitede toplantı salonlarının olması	1	2	3	4	5
31	Salonların teknik donanım açısından yeterliliği	1	2	3	4	5
32	Toplantı ve kongre hizmetlerine yönelik servis hizmetlerinin yeterliliği	1	2	3	4	5
33	Toplantıyı düzenleyenlerin özel isteklerinin karşılanması (c/i, c/o saatleri, özellikli odalar vb.)	1	2	3	4	5
GENEL HİZMETLER						
34	Hastanenin genel fiziki donanımının ve tefrişatının yeterli düzeyde olması	1	2	3	4	5
35	Çocuk ve yetişkinler için spor ve eğlence olanaklarının mevcut olması	1	2	3	4	5
36	Hastanenin ortak kullanım alanlarının temiz ve bakımlı olması	1	2	3	4	5
37	Hastanede sunulan tüm hizmetlerin zamanında ve doğru olarak sunulması	1	2	3	4	5
38	Yangın, sağlık ve güvenlik önlemlerinin gerekli düzeyde alınması	1	2	3	4	5
39	Hastane içerisinde yönlendirme işaret ve tabelalarının yeterli ve iyi yerleştirilmesi	1	2	3	4	5
40	Hasta dilek ve şikâyetlerinin hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulması	1	2	3	4	5
41	Hastaların, hastanenin tüm bölümlerindeki yetkili ve çalışanlarla rahatlıkla iletişim kurabilmesi	1	2	3	4	5
42	Hastaların, hastanede kendileri huzurlu ve güvenli bir ortamda hissetmeleri	1	2	3	4	5
43	Hastane fiyatlarının sunulan hizmetin kalitesine oranla uygunluğu	1	2	3	4	5

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

Özel Sevgi Hastaneleri Baphekimliğine

BALIKESİR

Balikesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Sağlık Sektöründe Otelcilik Hizmetlerinin Kalipenler Tarafından Algılanması" konulu yüksek lisans tezi için düzenlediğimiz anket çalışmasının kurumunuzda yürütülebilmesi hususunda gerekli izin verilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim. 27.02.2018

Bahçeköyler Mh.

Esen Sk. No: 11/2

AHÇYK/BALIKESİR

050765254 02

Elife SALDIRAN

Elife

Uygunca
ÖZEL SEVGİ HASTANESİ
Dr. Ahmet HAKAN
Genel Müdür Yardımcısı
İdari Hizmetler Direktörü

02/03/2018

150/14